

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA

BÁRBARA DA CUNHA CARDOSO

Autoetnografia do (re)nascimento: experiências de violência na  
assistência ao parto.

PORTO ALEGRE, RS

2022

BÁRBARA DA CUNHA CARDOSO

Autoetnografia do (re)nascimento: experiências de violência na  
assistência ao parto.

Trabalho de conclusão de curso apresentado à comissão de graduação do curso de Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Ciências Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiene de Moraes Vasconcelos Gama.

PORTO ALEGRE, RS  
2022

## DEDICATÓRIA

Com a ânsia de tornar público o que é do privado, pela paixão que não costuma ser adequada à academia, grito (no silêncio dos sentimentos): NADA DAQUI - E EM TUDO O QUE ATRAVESSA O MEU SER, O MEU ESTAR, OS MEUS "EUS" - SERIA POSSÍVEL SEM OS AMPAROS, SEM O INCENTIVO E SEM OS AFETOS DOS MEUS PAIS, DA MINHA IRMÃ E - PRINCIPALMENTE - SEM A EXISTÊNCIA DO MEU FILHO!  
(RE)NASÇO, A CADA NOVA DATA, NA ALMA E NAS ESPERANÇAS, OXIGENADA PELO AMOR A VOCÊS!

## AGRADECIMENTOS

Se faz impossível inaugurar as linhas que descreverão o que sinto sem agradecer às mulheres que contribuíram para que esta pesquisa fosse possível. Sem falar das minhas interlocutoras, daquelas “que não sem dores aceitam que tudo deve mudar”<sup>1</sup>; que em sua carne carregam o estigma de corpo “descartável”<sup>2</sup>; delas que – mesmo atravessadas por uma cultura generificada – tem uma contra-história<sup>3</sup> para contar ou, melhor, para reescrever! Delas que são potentes nas suas agências mesmo quando não percebem. Agradeço às minhas interlocutoras que, dentro das suas próprias experiências e particularidades, representam muitas outras mulheres: fazendo ecoar vozes silenciadas! Agradeço a todas elas, a todas vocês, a todas as mulheres! Nada neste trabalho existiria e faria sentido se não fosse pensado e dedicado a cada uma de vocês!

Agradeço e abraço afetosamente minha orientadora Fabiene Gama por acreditar que eu seria capaz de realizar este trabalho, quando eu mesma não acreditava e, por vezes, ainda desacredito. Agradeço por ter tido o privilégio de lhe ter como orientadora, mas, também, como docente em algumas disciplinas da graduação. O que me proporcionou contato com possibilidades no fazer antropológico e científico que transbordam os muros da universidade. Me mostrou, em suas aulas, que é possível mobilizar pesquisa com métodos contemporâneos, decoloniais, “mulherizados”! Apresentando um universo de alternativas de pesquisa que não são comuns nas salas frias do Vale<sup>4</sup> e nos programas de disciplinas que, em sua maioria, listam autores homens cis, brancos, de classes altas, etnocêntricos. Uma mulher docente (e mais) que me acolheu, que me conduziu de maneira tão gentil e que me inspirou ao longo da minha trajetória acadêmica! E que me inspira, agora, para além do campus... para a vida! MUITO obrigada, “proo”!

---

<sup>1</sup> Extrato da música *Triste, louca ou má*, da banda Francisco el hombre.

<https://www.youtube.com/watch?v=IKmYTHgBNoE>

<sup>2</sup> Necropoder, Achille Mbembe: ao falar em “descartáveis” se refere ao genocídio da população negra.

<sup>3</sup> Arqueologia da história, Michel Foucault.

<sup>4</sup> Campus onde se localiza o prédio do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFRGS.

Para além das formalidades acadêmicas, agradeço profundamente a Fabíola Rohden e a Rosamaria Carneiro pelo aceite em compôr a banca para a defesa deste trabalho de conclusão de curso. Mas, também, pelas contribuições bibliográficas as quais foram de suma importância para esta pesquisa e, principalmente, para as questões de gênero e sexualidade que atravessam as nossas relações sociais.

Aqui também transbordo a minha profunda gratidão e afeto à Fátima, técnica em enfermagem que acompanhou as primeiras horas do meu trabalho de parto no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. Raras são as pessoas que trabalham com tanto amor e dedicação: Fátima é uma delas!

Agradeço a minha prima-irmã Natália, o meu primo-irmão Lucas e a minha madrinha Valéria por estarem sempre perto de mim e do meu núcleo familiar. Mesmo quando a distância da matéria se faz necessária estão conosco através do coração. Agradeço pelas incontáveis vezes em que foram fundamentais para que eu conquistasse meus objetivos. “Nati, depois te pago uma pizza!” “Amo vocês desde 1996!”

Por fim, agradeço ao meu núcleo familiar. Aos meus pais, não apenas pelo amor incondicional que sinto mas, também, pelo fato de terem sido basilares em todas as minhas conquistas. Ao meu pai, por não seguir o padrão hegemônico da figura paterna. A minha irmã que apesar de ser uma “chatinha” é o melhor presente que ganhei dos meus pais! Ao meu, “mais que amor”, filho que junto do seu nascimento fez florir sentido à minha vida e que me faz desejar ser uma pessoa melhor a cada dia! E, ainda, pulsa em todo o meu corpo a necessidade de manifestar meu agradecimento especial para a minha mãe, que extrapola os papéis sociais que delimitam a mulher filha e a mulher mãe: somos muito além dos vínculos sanguíneos! Somos amigas, companheiras, confidentes... Somos almas gêmeas!  
“Família, é preciso inventar uma palavra nova, só nossa: amor, é pouco!”

## RESUMO

Há, contemporaneamente, uma declarada disputa quanto à forma mais “segura” e/ ou “saudável” de parter e de nascer, dentro da obstetrícia brasileira, sejam os especialistas partidários do modelo “tecnocrático”, “hegemônico”, ou do modelo “humanizado”. Esta pesquisa, a partir do método autoetnográfico, apresenta experiências da pesquisadora na sua assistência ao parto em um hospital da rede pública da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Reflito em diálogo com vivências de 05 (cinco) interlocutoras da mesma geração, acessadas através de entrevistas semi-estruturadas. Tais experiências estão costuradas a dados e recomendações apresentadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde, revisão bibliográfica do tema e análise de imagens. Aqui, busco refletir sobre como as disputas pelos modelos se fazem presente durante o trabalho de parto no que diz respeito à autonomia das mulheres e durante a gestação. A escolha do tema desta pesquisa emergiu dos sentimentos, das sensações e das sequelas que a experiência do parto gerou nesta mulher mãe pesquisadora que agora pretende sensibilizar, afetuosamente, as leitoras como um convite ao debate.

**Palavras-chave:** parto tecnocrático; parto humanizado; violência de gênero; autoetnografia; mulheres.

## **ABSTRACT**

There is, contemporarily, a declared dispute as to the “safer” and/or “healthiest” way of calving and being born, within Brazilian obstetrics, whether the specialists support the “technocratic”, “hegemonic” model, or the “humanized” model. ”. This research, based on the autoethnographic method, presents the researcher's experiences in her childbirth care in a public hospital in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul. I reflect on a conversation with the experiences of 05 (five) interlocutors of the same generation, accessed through semi-structured interviews. Such experiences are stitched together with data and recommendations presented by the WHO and the Ministry of Health, a bibliographic review of the topic and an analysis of images. Here, I seek to reflect on how disputes over models are present during labor with pertains to women's autonomy and during pregnancy. The choice of the theme of this research emerged from the feelings, sensations and consequences that the experience of childbirth generated in this woman-mother researcher who now intends to affectionately sensitize the readers as an invitation to debate.

Keywords: technocratic childbirth; humanized birth; gender violence; autoethnography; women.

## LISTA DE IMAGENS E QUADROS

Imagem 1 - Cuidado Amigo da Mulher? Quais mulheres?.....	23
Imagem 2 – “Gravidez não é doença!” .....	37
Imagem 3 - Plano de parto: por vezes, não mais que um papel.....	41
Imagem 4 - Humanizar.....	45
Imagem 5 - “Talvez assim não tivessem me mutilado...” .....	46
Imagem 6 - “Mãe, esse relógio tá estragado?” .....	47
Imagem 7 - Das dores do parto.....	48
Imagem 8 - Mutilada.....	49
Imagem 9 - “Corta o cordão, mãe: é um rito!” .....	51
Imagem 10 - “A culpa foi minha?!” .....	53
Imagem 11 - Sobre o que a branquitude – mesmo quando empática – jamais vai entender.....	56
Quadro 1 - Categorias de violências obstétricas, direitos e exemplos .....	26
Quadro 2 - Termômetro de segurança da assistência materna do NHS.....	26
Quadro 3 - Práticas prejudiciais e motivos associados .....	27
Quadro 4 - Indicadores de atenção materna e neonatal .....	27

## SUMÁRIO

Introdução.....	09
Capítulo 1.“Senta que lá vem a história”: sobre conceitos, temporalidades e historicidades.....	21
Capítulo 2. O teatro do real.....	37
Capítulo 3. Dos corpos desprivilegiados e dos que chegam ao mundo (já) preteridos.....	55
Capítulo 4. Antropologias, sociologias, filosofias: (algumas) análises possíveis.....	65
Considerações Finais.....	98

## Introdução

*Minhas próprias fronteiras... ELES  
definem.  
Eu?! Vulnerável. Emudeço.  
Decisões impostas...  
Eu?! Que subestimem minha natureza! ELES  
sabem o que fazem! ELES sabem o que fazem?  
Mas, disso, surge um recomeço... Da  
minha fraqueza:  
ELAS, vira verbo! (RE)NASÇO!  
Delimito, agora,  
Minhas próprias andanças!*

### **Sobre os objetivos, os questionamentos, o que mobilizou a escolha do tema e as mulheres**

Há, contemporaneamente, uma declarada disputa quanto à forma mais “segura” e/ou “saudável” de nascer/parir, dentro da obstetrícia, sejam os especialistas partidários do modelo “tecnocrático”, “hegemônico”, ou do modelo “humanizado”. Pretendo, com esta pesquisa, contribuir com um diálogo crítico, político e emotivo a partir de uma autoetnografia (GAMA et al., 2021, p.4), levando em consideração a minha experiência de mulher parturiente em diálogo com a de outras mulheres da minha geração a fim de refletir sobre como, neste momento, recomendações da saúde são ignoradas em prol de um atendimento médico tecnocrata que produz violências por não respeitar os desejos da mulher. Chamando a atenção para o fato de que mulheres que possuem privilégios sociais (em especial a branquitude e o acesso à informação) têm mais chance de escapar de relações de poder na gestação e no parto, fazendo respeitar seus desejos.

Enquanto objetivos específicos, me guiei nos seguintes escopos: identificar as relações de poder generificadas na assistência ao parto na obstetrícia e no parto humanizado; descrever situações específicas de embate entre a vontade das mulheres e as decisões dos médicos (ou da equipe médica); contribuir ao diálogo acadêmico crítico; ampliar a discussão sobre a importância sócio-política do parto

humanizado na rede de saúde pública e privada no Brasil, frente a esse cenário de recorrente violência.

Fui levada do leito à sala de parto! Já variando e vulnerável a qualquer tomada de decisão: fui informada que precisaria de ocitocina artificial pois, segundo a equipe médica, eu não tinha mais forças - sendo colocada no oxigênio - e precisava acelerar o parto. As dores das contrações ficaram ainda mais agudas e “insuportáveis” (eu já havia dito centenas de vezes, à minha mãe, que eu morreria e que não suportava mais).<sup>5</sup>

A escolha do tema desta pesquisa surgiu a partir dos sentimentos, das sensações, das sequelas que minha experiência de parto mobilizou em mim. Ou seja, o que mobilizou a escolha do tema foi o que minha vivência mobilizou em mim. E é, partindo do que me afetou negativamente que pretendo sensibilizar, afetuosamente, as leitoras<sup>6</sup> como um convite ao debate. A pesquisa foi delineada, principalmente, pela seguinte pergunta: Partindo de uma experiência pessoal de trabalho de parto em um Hospital da rede pública de Porto Alegre, e das experiências das minhas interlocutoras, quais são as disputas existentes durante o trabalho de parto no que diz respeito à autonomia das mulheres?

### **E quando o método transcende o método?!**

(...) sobre o outro,  
 falando pelo outro,  
 “dando”, então (?), voz ao outro,  
 utilizando recursos qualitativos para que de uma forma  
 “rigorosa”  
 “objetiva”  
 “distante”  
 “neutra”  
 “descontextualizada”  
 “científica”  
 possa apresentar informações  
 “verdadeiras” (!)(?)  
 a um determinado campo ou área do conhecimento. (RAIMONDI, 2019,  
 p.66)

---

<sup>5</sup> Extrato de um dos relatos da minha experiência de parto.

<sup>6</sup> Meus escritos, aqui expostos, se darão direcionados principalmente às mulheres (também em homenagem: por não poder abraçar cada uma) . Mas opto por uma escrita que, propositalmente, colide (em determinadas circunstâncias) à norma “universal” da língua portuguesa: o falso neutro.

*Cansei! Isso não me satisfaz mais...  
A mim também!  
A mim também!  
A mim...  
também!!!*  
(RAIMONDI, 2019, p.67)

Para os desdobramentos da pesquisa, partindo da autoetnografia enquanto modo de produção de conhecimento, realizei descrições detalhadas e uma análise das situações vivenciadas por mim durante meu trabalho de parto em um hospital da rede pública de Porto Alegre, relacionando-as com experiências de outras mulheres da minha geração, acessadas através de entrevistas semiestruturadas e a outras experiências descritas nas referências bibliográficas. As entrevistas foram realizadas com 5 (cinco) interlocutoras. Tais experiências estarão relacionadas a dados e conceitos apresentados pela OMS (recomendações) e pelo Ministério da Saúde (Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto); análises bibliográficas referentes ao mesmo tema; produção imagética (registros feitos pela minha mãe em meu parto; imagens dos meus exames do pré-natal e do pós-parto e, ainda, imagens concedidas por algumas interlocutoras participantes).

Eu também, caro Raimondi e caras leitoras, embora esteja - ainda - inaugurando minha trajetória enquanto pesquisadora, como discente já não me conformo com práticas de produção de conhecimento embasadas em preceitos fundamentados de alteridade. Preceitos que distanciam pessoas/experiências, que negam correlações entre emoção e razão, que ignoram as subjetividades, que pregam a existência de uma neutralidade (ingenuidade a delEs?), que recusam, às pesquisadoras, a possibilidade de fazer brotar de suas próprias experiências ou, melhor, a partir das suas experiências, aspectos relevantes à sociedade. Conforme Raimondi traz em seus escritos e o que a professora Fabiene Gama reafirma em sua obra, esta é

uma lógica iluminista, colonial e imperialista que desqualifica e reprime formas de conhecimento atreladas à experiência, à oralidade, reiterando o viés visual, textual dos regimes ocidentais de saber e poder, cegando o/a pesquisador/a para outras expressões presentes no corpo, nos silêncios, nos olhares, nos disfarces. (RAIMONDI, 2019, p. 66 a 67, GAMA, 2020, p.189)

E foi, partindo desses anseios e desconfortos, ao assistir a defesa de Trabalho de Conclusão de Curso de um colega, o qual realizou uma autoetnografia, que compreendi (ou assumi): eu deveria abraçar esse método, sem receios da possibilidade em enfrentar resistência e/ou críticas de uma parcela (ortodoxa) nas Ciências Sociais. O colega foi de suma importância para que eu refletisse sobre minhas inseguranças, enquanto acadêmica: “O pesquisador que vem de dentro...”, descreveu Alex Cardoso (2022, p.17) lindamente e, sem saber, de forma encorajadora! Mas foi, somente, após ouvir um relato da minha orientadora Fabiene Gama, em podcast da Antropólis<sup>7</sup> - *#13 Autoetnografia, engajamentos e experiências sensoriais: uma conversa com Fabiene Gama* - que tive a certeza, já durante a realização das leituras das referências bibliográficas, de que havia feito a escolha certa. Gama relata, em um determinado momento da entrevista, sobre a exposição que uma autoetnografia pode acarretar à pesquisadora.

Ela conta que a circunstância de sua vida, ao publicar a pesquisa, se deu em contexto em que já se encontrava com a sua profissão consolidada; com cargo de professora na universidade pública, com a sua obra já amadurecida (5 anos de pesquisa) e compartilhada com diversas pessoas antes da publicação. Refleti, então, sobre minhas inseguranças enquanto estudante que não possui uma trajetória na área consolidada. E que, para além da crença na importância da autoetnografia enquanto ferramenta metodológica, e no entendimento da relevância do meu tema para a sociedade e para as questões de gênero, não tenho muito a perder: meu corpo já não cabe na instituição acadêmica.

Confesso: não construí uma estrada, na graduação, com o empenho adequado a uma grande pesquisadora. Ainda que possível a algumas pessoas, a mim fora extremamente difícil e exaustivo estudar em uma universidade federal, assistir as aulas à noite, após dois turnos de trabalho (fui professora do ensino fundamental durante maior parte da graduação e, depois, educadora social), precisar - ainda que com divisões nas tarefas domésticas com a família - manter a organização do lar, lidar com a questão da minha idade já avançada em relação aos colegas (aceitação

---

<sup>7</sup> <https://podcasts.apple.com/es/podcast/13-autoetnografia-engajamentos-e-experi%C3%Aancias-sensoriais/id1510512849?i=1000513341825&l=ca>

peçoal). Apesar de eu ter entrado no curso de Psicologia aos 17 anos, não o concluí e retornei à universidade em outra área, as Ciências Sociais, apenas muitos anos depois. Por isso, me formarei – levando em consideração dados referentes ao mercado de trabalho – com idade avançada, o que pode ser uma barreira à continuação da minha trajetória. Há, ainda, minha nulidade em proficiência em línguas estrangeiras e, o mais importante, o fato de ser uma mulher mãe que prioriza o tempo com o filho a qualquer outra coisa.

Dessa forma, o sonho de fazer pós-graduação parece-me tão distante... O sonho de fazer pesquisa profissionalmente e de ser professora universitária, tornaram-se ainda mais distantes. O que eu tenho a perder se, enquanto “quase” Cientista Social”, eu nada tenho? Farei pesquisa, então, sempre por acreditar que – de fato – minhas escolhas metodológicas são adequadas aos temas que eu venha a explorar. Farei pesquisa, então, sempre que entender que os temas – escolhidos por mim – são relevantes à dinâmica social e ao debate antropológico; farei pesquisa, então, por amor! Mas, caso em algum momento eu perceber que será possível dar um passo (ou mais) além, em busca da conquista dos meus sonhos – de forma que eu consiga conciliar a mulher mãe, a mulher trabalhadora, a mulher doméstica com a mulher que é o que se quer ser, o farei!

Penso, ainda, que seja importante relatar que foi por ter tido a oportunidade de conhecer o método autoetnográfico nas disciplinas mediadas pela minha orientadora, Fabiene Gama (foi a única professora, nas disciplinas que fiz, que abordou sobre esse método), que vislumbrei a possibilidade de aplicação deste método quando escolhi o tema da pesquisa certo tempo depois. A autoetnografia despertou em mim curiosidade e encantamento antes mesmo de vivenciar as experiências enquanto mulher parturiente, pois rompe com algumas normas de produção de conhecimento com as quais eu não me identificava; uma norma predominante iluminista, branca, heteronormativa, masculina. A ciência hegemônica tem cor, tem orientação sexual, classe social e gênero! Dessa forma, quando vivi as experiências aqui relatadas e pensei em escrever criticamente sobre elas, lembrei desta possibilidade metodológica.

## Mas o que é mesmo Autoetnografia?

Encontrava-me mutilada: com os cortes do corpo e da alma! A violência obstétrica pode se apresentar disfarçada em voz mansa, em tom preocupado de especialista que - recheado de boa intenção - carrega um fazer médico antiquado, discutível. Afirmando, como alguém que pretende explorar neste trabalho tais questões, que sofri (vivência tal que transcende minha própria experiência e narrativa) uma mutilação social. Partindo da crença de que, o que aqui será narrado, está além da minha experiência: é um fato (ou são fatos) recorrente em nossa dinâmica social. Dessa forma, nasce - junto ao meu filho - pensamentos potencializadores ao meu projeto de TCC! E que hoje começa a tomar forma em uma autoetnografia (...). (extratos do meu Projeto de TCC)

Segundo Gama (2020, p.206), autoetnografias voltadas para o campo da saúde

configuram ferramentas de grande importância na construção de debates no campo em que diferentes perspectivas podem ser confrontadas e avaliadas, tanto na academia quanto no campo das políticas públicas e mesmo de pacientes e do público em geral que eventualmente busquem mais informações, ou simplesmente informações mais acessíveis sobre os temas trabalhados. (GAMA, 2020, p.206)

É um método que relaciona a pesquisadora e a cultura a qual está inserida. Sendo, então, oposição àqueles métodos que se propõem neutros, objetivos; àquelas pessoas que defendem uma ciência herança do Iluminismo. Se faz urgente explicitar, como exposto por Raimondi (2019) e Gama (2020), que tal gênero extrapola a experiência do etnógrafo: o que experienciei transcende minha própria experiência e narrativa, são fatos recorrentes em nossa sociedade. O “não dito”, nas relações sociais, emerge nas autoetnografias que advogam “contra determinadas invisibilidades e silenciamentos, ao mesmo tempo em que ressaltam a importância da narração, em especial da narração pessoal, nas ciências humanas e sociais.” (GAMA, 2020, p.190).

Na introdução à obra *Irmã Outsider*, de Audre Lorde (2019), Nancy K. Bereano ressalta a forma poética que Lorde se propõe escrever e faz uma crítica aos teóricos que afirmam um binarismo entre o que sentimos e o que sabemos: a teoria objetiva, a teoria “confiável” desconsidera a poesia, aquilo que sentimos. Desconsideram as subjetividades das artes preterindo uma racionalidade fria. “Disseram-nos que a poesia tem alma e a teoria tem mente, e que precisamos escolher entre elas”, disse Bereano (2019, p.9)

A estrutura do patriarcado branco ocidental exige que acreditemos na existência de um conflito inerente entre o que sentimos e o que pensamos – entre a poesia e a teoria. É mais fácil que nos controlem quando uma parte do nosso eu é separada da outra, fragmentada e sem equilíbrio. Contudo, existem outras configurações, outras formas de experimentar o mundo, ainda que seja difícil nomeá-las. Podemos senti-las e procurar articulá-las. Como fazer conexões e curar divisões desnecessárias é tarefa do feminismo, Irmã outsider é motivo de esperança. (BEREANO, 2019, p.9)

Costuro aos pensamentos de Bereano elucidações advindas da autoetnografia de Gustavo Raimondi, “Corpos que (não) importam na prática médica: uma autoetnografia performática sobre o corpo gay na escola médica” (2019). Ao se referir sobre o processo histórico da Pesquisa Qualitativa, Raimondi nos lembra a herança deixada pelo Imperialismo e Colonialismo Europeu no termo “pesquisa” e sobre o “local” que o pesquisador deve ocupar, engessado à neutralidade, à frieza do distanciamento. O que retoma um “processo de dominação e silenciamento de determinados corpos e sujeitos ao longo de sua busca pelo conhecimento, explicitando a sua autoridade, alteridade e supremacia” (RAIMONDI, 2019, p.66) e valida seu próprio processo de produção do conhecimento. Raimondi aborda a autoetnografia enquanto método de produção do saber que tem como característica primordial a interrelação entre o que é pessoal e o que é cultural. Este método pode ser entendido então enquanto antagonista a processos de silenciamento e evidencia a importância das contextualizações e das historicidades na produção de conhecimento, “uma vez que esses componentes permeiam o conhecimento, garantindo um caráter contingencial, circunstancial e autêntico à escrita” (RAIMONDI, 2019, p.71).

A autoetnografia é um método de produção de conhecimento criado por meio de narrativas verbais e também por outros meios (GAMA, 2020, p.191). Está engendradora nas práticas representacionais e éticas: “o uso da metáfora, de textos, confusos, da escrita experimental, as formas poéticas e a ruptura do tempo linear” (GAMA, 2020, p.191). Tais práticas são algumas das características das autoetnografias contemporâneas. Em congruência com a poesia de Lorde e as afirmações de Raimondi, os escritos de Gama corroboram com a definição do método autoetnográfico apontando para o fato que,

Ao desafiar as normas e fronteiras representacionais e experimentar com as formas, estruturas e conteúdos, trabalhos autoetnográficos investem na expressão das emoções como uma forma de abordagem cultural e apresentam como autoras pessoas encarnadas. Dessa forma, eles ampliam

o que se pode dizer sobre determinados assuntos, pessoas e instituições, e até mesmo sobre a disciplina antropológica. (GAMA, 2020, p.191)

A autoetnografia não lida com “dados”, mas com “experiências” (GAMA, 2020, p.191). É um método que mobiliza qualidades que muitas vezes recebem críticas nas pesquisas qualitativas: são “corporificadas, reflexivas e emotivas” (GAMA, 2020, p.191). O que torna a pesquisa e – consequentemente – a pesquisadora transgressora, indisciplinada, política (GAMA, 2020, p.191).

A construção dessa forma de movimentar conhecimento, a autoetnografia, é potente quando a pesquisadora consegue sensibilizar as leitoras também emocionalmente, mobilizando reflexões. Sendo um método encarnado, a minha autoetnografia também visa movimentar sentimentos nas leitoras a partir do encontro com o tema, com a pesquisa. E sempre que esta pesquisa abordar o corpo, estará levando em consideração mente e corpo de forma unificada. Por fim, é importante ficar evidente que a autoetnografia é uma etnografia e portanto lida com as experiências da pesquisadora em seu contexto social, e não fora dele.

O uso das imagens e do áudio apresentados nesta pesquisa não foram incorporados como uma simples forma de ilustrar ou enfeitar o que está sendo escrito. Mas enquanto método de diálogo com o texto. As imagens, assim como o áudio, apontam para expressões e detalhes que as palavras, por vezes, limitam. Conforme escritos de Fabiene Gama, ao que se refere o uso das imagens – mas que entendo ser compatível ao uso do áudio – “são fruto desta produção de conhecimento subjetivo e experimental que é a autoetnografia, a qual nega a separação entre racionalidades e emoções, dados e análises, Eu e o Outro.” (GAMA, 2019, p.189).

### **Experiências: focalizando as mulheres, substanciais a esta pesquisa.**

Antecedendo os escritos em que aprofundo a pesquisa realizada, se faz fundamental focalizar os contextos nos quais minhas interlocutoras estão inseridas e nos quais me insiro; dar luz a essas mulheres (quem são? quais seus contextos de vida?), pois sem elas (e todas mais), não haveria pesquisa, não haveria o que contar, não haveria porquê contar. Embora as experiências aqui expostas sejam “nossas”, carregam relevância ímpar ao expressarem práticas de nossa sociedade.

São então experiências que extrapolam nossos próprios corpos; experiências sofridas por uma enormidade de mulheres; experiências que urgem ser analisadas; que urgem refinar o debate antropológico (e além); que urgem tomar novas formas e, conseqüentemente, ressignificar nossas dores. Optei por utilizar nomes fictícios às interlocutoras. Ainda que todas tenham concedido autorização para o uso das suas identidades, entendo que o sigilo é o mais adequado em respeito e proteção a cada uma. O que em nada prejudica as análises das experiências.

Angela é uma mulher negra; tem 22 anos. Nasceu em Porto Alegre e vive atualmente no bairro Restinga, na casa do pai de seu filho Yuri; está solteira; completou o Ensino Fundamental e, atualmente, é do lar. Sua orientação sexual é indefinida; sua experiência de parto foi no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, pelo SUS: baixou no dia 3 de julho de 2021 e pariu no dia 6 de julho de 2021; parto normal de 37 semanas e 5 dias. Entrevista concedida em 17/08/2022. Conheci Angela no quarto da maternidade no Hospital onde parimos. Nosso contato foi para além do ambiente hospitalar e conversamos através das redes sociais. Tendo a oportunidade de nos revermos para a realização da entrevista.

Rosa é uma mulher branca; tem 34 anos; nasceu em Porto Alegre e vive atualmente no bairro Cavalhada com seu companheiro e pai de sua filha Carmela o qual, ela relata, divide todas as tarefas domésticas e cuidados que envolvem a filha. É Assistente Social, heterossexual e sua experiência de parto foi no Hospital Fêmeina, pelo SUS: pariu no dia 1 de julho de 2021; parto normal induzido devido a diabetes gestacional, com 39 semanas de gestação. Rosa sofreu a perda de sua mãe no início de sua gestação, o que interferiu em seu pré-natal. Não teve ânimo, por razões óbvias, para buscar grandes informações e organizar a chegada da filha; o que será abordado com maior aprofundamento e espaço dedicado, afetivamente, à sua mãe, a qual tive o prazer e a honra de conhecer, e ao luto experienciado por ela e - no capítulo referente às incongruências do parto humanizado. Entrevista concedida em 20/08/2022. Conheci Rosa há 17 anos no cursinho pré-vestibular no qual estudamos. Apesar da amizade ser de longa data, havia vários anos que não nos encontrávamos. Esta pesquisa, para além de sua relevância teórica, nos proporcionou um agradável reencontro.

Lélia é uma mulher negra, tem 35 anos, mora em Viamão, é graduada em Produção Multimídia e Pós-graduada em Gestão Estratégica de Vendas e Relacionamento. Ela tem uma relação de respeito com o pai de seu filho Henrique, em nome da boa convivência pelo filho. O pai do filho mora em outra cidade, ela é solteira e bissexual. Sua experiência de parto foi no Hospital Mãe de Deus, pelo Plano de Saúde: pariu no dia 14 de fevereiro de 2019, parto normal. Entrevista concedida em 19/08/2022. Conheci Lélia através da minha prima, que foi colega da Lélia em sua graduação e são amigas desde então.

Simone é uma mulher branca de 26 anos, é estudante de Ciências Sociais, bolsista de iniciação científica na UFRGS em um projeto sobre Gênero e Sexualidade. Após sua experiência de parto e puerpério realizou um curso e está exercendo consultoria de amamentação. Ela tem união estável com o pai de seu filho Ben, que é cientista social; moram em Alvorada. Simone nasceu em Porto Alegre, é bissexual e sua experiência de parto foi no Hospital de Alvorada, pelo SUS: pariu no dia 25 de abril de 2020, parto normal. Entrevista concedida em 21/08/2022. Conheci Simone na universidade. Somos colegas e amigas.

Bell é uma mulher negra de 32 anos formada em Ciências Sociais (bacharel). É professora (formada no magistério), assessora parlamentar do PSOL e mora, com seu companheiro, pai de seu filho Benjamin, na mesma comunidade onde cresceu, no bairro Santa Tereza/Cruzeiro. Ela tem um vínculo forte com sua comunidade. Oriunda de uma família de classe média baixa, relata, em sua apresentação, que seus pais eram alcoólatras: foi criada pela avó paterna (doméstica que, apesar de não ter estudado, incentivou e fomentou os estudos da neta). Ela não tem contato com a família materna, é heterossexual e sua experiência de parto foi no Hospital da Santa Casa, pelo Plano de Saúde: pariu no dia 19 de junho de 2020, o parto foi uma cesariana devido a uma desproporção cefalopélvica, após longo trabalho de parto, com 38 semanas. Entrevista concedida em 25/08/2022. Conheci Bell quando fui integrante do Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), em meados de 2015. Quando deixei a militância partidária, eu e Bell mantivemos contato e amizade através das redes sociais. Infelizmente nossa entrevista precisou ser realizada por videochamada já que Bell estava em campanha eleitoral.

Por fim, me chamo Bárbara. Sou uma mulher branca de 33 anos formada em Ciências Sociais (bacharel). Sou professora formada no magistério. Já atuei como Educadora Social. No momento, não estou trabalhando para me dedicar exclusivamente a esta pesquisa e ao meu filho. Nasci e moro em Porto Alegre. Porém, me mudarei para São José em Santa Catarina após defender este TCC. Sou oriunda de uma família de classe média com a qual moro e que é minha rede de apoio nos cuidados do meu filho. Sou solteira e penso ser relevante explicitar que, ainda que a figura paterna exista, em momento algum fez parte dos meus planos e das minhas organizações diante das necessidades do meu filho. Sou mãe, nem solo, nem solitária. Ainda assim, apesar dessa organização familiar não representar solidão a mim, parte da sociedade designa a mulheres que optam por uma maternidade de produção independente uma experiência marcada por preconceito. Tal realidade é hoje incentivada por discursos do nosso próprio presidente da República, como quando em debate eleitoral (na Rede Bandeirantes, em 28/08/2022), ao justificar o programa Auxílio Brasil, chamou as “mães solo” de “mãe sem marido”. No entanto, se faz necessária a compreensão de que a categorização de “mãe solo” não está relacionada com o estado civil da mulher, mas ao fato de que ela experimenta de forma sobrecarregada e sem a participação do pai, os cuidados dos filhos. Minha experiência de parto foi no Hospital Materno-infantil Presidente Vargas, pelo Sistema Único de Saúde, em Porto Alegre, no dia 06/07/2021 às 14:15 e tive um parto normal.

### **Estrutura do trabalho**

No primeiro capítulo, abordo alguns conceitos relevantes ao debate proposto na pesquisa, como o entendimento de “violência obstétrica”, partindo das recomendações da OMS e do Ministério da Saúde. Apresento um projeto do qual o hospital que experienciei meu parto faz parte: “Hospital Amigo da Criança” e “Cuidado Amigo da Mulher” (iniciativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Faço isto para, posteriormente, poder correlacionar a realidade experienciada com o que se espera de uma instituição que participa deste programa. Descrevo, ainda, algumas pesquisas de suma relevância ao entendimento da situação em que a assistência ao parto se encontra no país, de forma geral. Demonstrando alguns dados quanto aos procedimentos e intervenções recorrentes na medicina hegemônica.

Retrato, também, parte do processo histórico da obstetrícia e da ginecologia que mobilizou o surgimento do movimento pela humanização do parto no Brasil, situando as leitoras sobre os conceitos, temporalidades e historicidades desta pesquisa.

No segundo capítulo, O teatro do real, apresento alguns relatos das experiências vividas por mim e por minhas interlocutoras. A seção contém as vivências do pré-parto e do parto/pós parto hospitalar. No entanto, elucido também alguns pensamentos desta mulher mãe que extrapolam a mulher pesquisadora. Peço que as leitoras entendam esses escritos de forma a conhecer melhor e para além das análises científicas, esta pesquisadora, que tem seu lado visceral pulsando constantemente. O “Eu mulher mãe” atravessa o “Eu mulher pesquisadora” e vice-versa.

O terceiro capítulo foi o que deu origem para que esta pesquisa se concretizasse. Ao presenciar e identificar diferenciação no tratamento que a equipe médica dedicou a mim em contrapartida do tratamento recebido pelas minhas colegas de quarto, a mulher pesquisadora, em seu leito pós-parto, movimentou algumas questões e hipóteses e achismos ao refletir sobre as interseccionalidades. Sendo assim, levanto o debate sobre os marcadores sociais da diferença. Dando um enfoque nos atravessamentos que as mulheres pretas sofrem.

No quarto capítulo tenciono o debate da pesquisa em congruência a algumas teorias, a algumas reflexões antropológicas, sociológicas e filosóficas. Com intuito de aprofundar minhas análises a respeito das experiências minhas e das interlocutoras ao que se refere às nossas vivências de parto e à assistência que recebemos das equipes médicas. Abordo, de forma breve, também, alguns trabalhos da Antropologia do Parto, por terem sido fundamentais no processo desta pesquisa. Ainda nesta seção, desenvolvo reflexões a respeito das incongruências do movimento pelo Parto Humanizado. Sendo o mais difícil para mim mas, talvez, o mais importante para esta mulher pesquisadora. É espinhoso tratar de um tema o qual me atravessa ou atravessava de forma romantizada. No entanto, não poderia ter sido um exercício mais relevante à maturação do meu fazer antropológico.

Nas considerações finais, ensaio “abrir” um diálogo.

## Capítulo 1. “Senta que lá vem a história”: sobre conceitos, temporalidades e historicidades.

### Garatujas que redesenam-se em diário de campo

Te esperei por tantos anos, meu amor!  
 Me preparei; me organizei; busquei - e continuo buscando - diversas informações referentes à maternagem...  
 fui me tornando, aos poucos e antes mesmo da tua existência, mãe! Não vou, aqui, romantizar a gestação: enjoos; tonturas; dores de cabeça; sono em excesso; o que ainda está por vir...  
 No entanto, cada segundo de mal-estar físico torna-se um grão de areia em comparação à alegria que sinto em te gerar e em imaginar tua chegada! O maior amor que se pode sentir na vida nutre-se - neste momento - através de mim!  
 Tu floresce, meu filho/minha filha, no ventre desta mãe: eu sou a tua morada e tu, desde já, és a razão de cada movimento meu, a razão da minha existência!  
 Em mim, tu fazes florescer sentimentos imensuráveis e inexplicáveis!  
 Enquanto mulher, enquanto mãe, enquanto feminista - inserida em uma sociedade machista/apodrecida - mantenho-me firme em meus propósitos, em meus planos, em minhas convicções.  
 Entretanto, agora, com - ainda mais - potência: por mim, por ti, por nós - SEMPRE!!! (Carta ao meu filho, escrita em 29/12/2020)

Foi há muito tempo atrás<sup>8</sup>... em outras circunstâncias da minha vida mergulhei no mundo da maternagem e em toda a teia de informações relacionadas ao assunto, incluindo o parto. Foi lá pelos meus 22 anos - atualmente sou composta por 33 ciclos cronológicos (levando em consideração o calendário gregoriano) - quando, envolvida em um relacionamento, eu tentava engravidar. Na ocasião, conheci o que antes sequer havia ouvido falar: o parto humanizado. Foi através do documentário *Renascimento do Parto*; buscando maiores informações na literatura e em um grupo de mulheres gestantes, mulheres mães e mulheres que pretendiam engravidar, na Casa de Cultura Mário Quintana, o qual as participantes dialogavam a respeito da gestação, do parto e do puerpério, com mediação de uma doula. Foi amor à primeira vista! Ali estava a nascente (ainda não estabelecida em minha consciência) que veio a desaguar – após tantos leitos percorridos – nesse respectivo trabalho. No entanto, já naquela época (tanto quanto atualmente), havia um muro impossibilitando algumas

---

<sup>8</sup> Perdoem-me o pleonasma; mas foi – e ainda o é - exatamente como em um teatro grego: onde ELES atuam, inclusive, nos papéis que seriam nossos. Como se eles fossem “redundantes” e nós não existíssemos.

mulheres (a maioria, eu diria) de terem acesso a um parto humanizado no Brasil: recursos financeiros e acesso à informação.

### **Violência obstétrica?!**

Foi às três da madrugada do dia seis de julho de dois mil e vinte e um: a bolsa rompeu-se inaugurando um processo que, apesar do seu encantador desfecho (ao ter, pela primeira vez, o olhar do meu filho fitado aos meus), atravessou a natureza e os procedimentos às mãos humanas e técnicas (no hospital Presidente Vargas, pelo Sistema Único de Saúde), desencadeando uma série de sentimentos e sentidos aterrorizantes. Ainda que eu tenha identificado naquele espaço e naquele momento meus privilégios enquanto mulher branca, de classe média e “bem-informada” quanto ao trabalho de parto, estava vivenciando alguns procedimentos que eu entendia enquanto violência obstétrica. Ao menos era como eu estava me sentindo: violentada.

A violência obstétrica pode ocorrer durante o pré-natal, o parto, o pós-parto (acompanhamento da mulher mãe<sup>9</sup> e do bebê ao longo do puerpério) ou, ainda, em situações de abortamento. E pode se manifestar de diversas formas: violência verbal e/ou física; negligência; uso indiscriminado de intervenções e procedimentos, geralmente, sem necessidade comprovada; cesarianas eletivas (por persuasão ou falta de informação do obstetra à paciente); silenciamento compulsório aos anseios das mulheres; abuso sexual. Simone Grilo Diniz et. al. (2015) traçam um mapa referente à violência obstétrica no Brasil. Nesta publicação, citam, enquanto definição para tal termo

No Brasil, como em outros países da América Latina, o termo “violência obstétrica” é utilizado para descrever as diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento. Outros descritores também são usados para o mesmo fenômeno, como: violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico,

---

<sup>9</sup> Seguindo a lógica referente ao que Camila Cristina Saraiva Castello aprendeu em seu campo, descrito na sua monografia de conclusão de curso (2016, p.8), sobre o uso da expressão “mulher grávida” ao invés de “gestante” ou “grávida”, já que – conforme extrato da obra, ela conta: “essa é uma condição, uma fase da vida na qual a mulher se encontra. Segundo as doulas com as quais convivi, usar o termo mulher como antecedente, implica em afirmar uma condição que é imutável, uma vez que estar grávida não exclui o fato de ser mulher.”. O que, entendo, é coerente – também – quando falamos na mulher enquanto mãe. Sendo assim, seguirei tais expressões em meus escritos: “mulher mãe”; “mulher gestante” (ou “mulher grávida”); “mulher parturiente”; “mulher puérpera”; e, ainda, em qualquer situação que seja relevante à identidade das mulheres.

violência institucional de gênero no parto e aborto, desrespeito e abuso, crueldade no parto, assistência desumana/ desumanizada, violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto, abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto, entre outros. (DINIZ *et. al*, 2015, p.3)

**Imagem 1 - Cuidado Amigo da Mulher? Quais mulheres?**



A imagem mostra a Central de Atendimento da Emergência Pediátrica e Obstétrica do HMIPV, o qual foi parturiente, contendo um banner referente à iniciativa “Hospital Amigo da Criança” e “Cuidado Amigo da Mulher”. (Fonte: Vanessa Conte PMPA)

O HMIPV é credenciado aos programas “Hospital Amigo da Criança” e “Cuidado Amigo da Mulher” (iniciativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o que significa ter o comprometimento em seguir alguns critérios em relação à realização de um acolhimento respeitoso e atendendo as necessidades da mulher durante o pré-parto, o parto e o pós-parto. O selo de qualidade<sup>10</sup> da iniciativa se dá (ou deveria) através do cumprimento de dez passos básicos, relacionados ao aleitamento. Seriam eles:

passo 1: ter uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde; passo 2: capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta Política; passo 3: informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno; passo 4: ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães,

<sup>10</sup> “selo de qualidade conferido pelo Ministério da Saúde aos hospitais que cumprem os requisitos instituídos pela Unicef e pela OMS em 1998 (...) também respeitar outros critérios, como o cuidado respeitoso e humanizado à mulher durante o pré-parto, parto e o pós-parto, garantir livre acesso à mãe e ao pai e permanência deles junto ao recém-nascido internado e cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lei NBCAL”. (PORTARIA Nº 1.153, DE 22 DE MAIO DE 2014)

imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário; passo 5: mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos; passo 6: não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista; passo 7: praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 (vinte e quatro) horas por dia; passo 8: incentivar o aleitamento materno sob livre demanda; passo 9: não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém nascidos e lactentes; e passo 10: promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta. (PORTARIA Nº 1.153, DE 22 DE MAIO DE 2014)

Ainda, hospitais com o selo do programa possuem (ou possuiriam) outras vantagens à mãe e ao bebê, garantindo um espaço de assistência, com menor chance de procedimentos invasivos. Segue lista para apreciação:

IV - cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher, que requer as seguintes práticas: a) garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional; b) ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves; c) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal; d) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; e) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal; f) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e g) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade.”

(PORTARIA Nº 1.153, DE 22 DE MAIO DE 2014)

No entanto, mesmo em algumas destas instituições, o Brasil apresenta hegemonicamente - ainda hoje - uma medicina antiquada na conduta do processo de parição, conforme diversas fontes apontam e as experiências relatadas por mim e minhas interlocutoras demonstram. Mantendo práticas invasivas, por vezes cruéis e - geralmente - desnecessárias.

De acordo com a importante pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2010) uma em cada quatro mulheres sofreu/sofre violência em seu parto e, em média, a metade das mulheres em situação de abortamento também vivenciaram/vivenciam alguma forma de violência. Segundo a análise, que foi realizada com 2.365 mulheres,

distribuídas em 25 Unidades Federativas das cinco macrorregiões do país, as tipificações mais comuns de violências são: gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou aviso prévio, ausência de analgesia (às mulheres que desejaram) e negligência. No entanto, se faz necessário um olhar atento a este resultado: muitas de nós não identificam as violências sofridas, pois, segundo a psicóloga Janaína Marques de Aguiar, em entrevista<sup>11</sup> à Fundação Perseu Abramo, entendem como algo que é permitido, comum. E, ainda, segundo a obstetra Ana Cristina Duarte, na mesma entrevista, “ Se você perguntar se as mulheres já passaram por ao menos uma destas situações, provavelmente chegará a 100% dos partos no Brasil”, referindo-se aos casos nos quais as mulheres não identificam a violência sofrida.

Em sua pesquisa, Tesser et. al. (2014) pontuam dados significativos às discussões referentes ao tema da violência obstétrica. Apresentam quadros demonstrativos que sistematizam e sintetizam as questões. O primeiro quadro contém categorias de violência obstétrica, os direitos correspondentes a elas e situações exemplificando tais categorias (inspirados em Bowser e Hill), demonstrando “a existência de uma superposição entre VO e dano iatrogênico no parto” (2014, p.3). O segundo quadro é um “termômetro de segurança da assistência materna” (2014, p.3) criado pelo National Health Service (NHS), uma maneira pragmática de demonstrar esses danos. E o terceiro quadro, aborda práticas prejudiciais/inefícazes e motivos associados (inspirados em diversos autores citados na própria tabela) os quais deveriam, segundo a pesquisa, ser extintos.

---

<sup>11</sup> <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>

## Quadro 1 - Categorias de violências obstétricas, direitos e exemplos.

Quadro 1. Categorias de violência obstétrica, direitos e exemplos.

Categoria	Direito correspondente	Situações exemplares
Abuso físico.	Direito a estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos.	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções "didáticas", como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias. Imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente "já está sentindo dor mesmo".
Imposição de intervenções não consentidas. Intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas.	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa, e respeito pelas escolhas e preferências, incluindo acompanhantes durante o atendimento de maternidade.	Mulheres que verbalmente e por escrito, não autorizam uma episiotomia, mas esta intervenção é feita à revelia da sua desautorização. Recusa à aceitação de planos de parto. Indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, "pós-datismo" na 40ª semana, etc.) ou para a mãe (cesárea para "prevenir danos sexuais", etc.). Não informação dos danos potenciais de longo prazo dos modos de nascer (aumento de doenças crônicas nos nascidos, por exemplo).
Cuidado não confidencial ou privativo.	Confidencialidade e privacidade.	Maternidades mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem sequer um biombo separando os leitos, e ainda usam a falta de privacidade como justificativa para desrespeitar o direito a acompanhantes.
Cuidado indigno e abuso verbal.	Dignidade e respeito.	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda. Humilhações de caráter sexual, do tipo "quando você fez você achou bom, agora está aí chorando".
Discriminação baseada em certos atributos.	Igualdade, não discriminação, equidade da atenção.	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casadas, com gravidez planejadas, adultas, brancas, mais escolarizadas, de classe média, saudáveis, etc.) depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobres, não-escolarizadas, mais jovens, negras, e as que questionam ordens médicas).
Abandono, negligência ou recusa de assistência.	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde.	Estudos mostram o abandono, a negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, descompensadas ou demandantes, e nos casos de assistência ao aborto incompleto, frequentemente são deixadas por último, com riscos importantes à sua segurança física.
Detenção nos serviços.	Liberdade, autonomia.	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços. No Brasil e em outros países, começam a ocorrer detenções policiais, como no caso narrado no início deste artigo.

Fonte: elaborado a partir de Bowser e Hill.<sup>8</sup>

Fonte: Tesser *et. al.* (2014).

## Quadro 2 - Termômetro de segurança da assistência materna do NHS

Quadro 2. Termômetro de segurança da assistência materna do NHS.

Dano perineal (laceração e episiotomia)
Trauma abdominal (cesariana ou laparotomia)
Hemorragia pós-parto
Infecção (trato urinário, mastite, ferida perineal, de cesária, laparotomia ou uterina)
Desfechos do bebê: apgar <7 (5º min.)
Transferência do serviço ou internação em UTI neonatal
Segurança emocional da mãe (separação mãe-bebê, ser deixada sozinha pela equipe quando preocupada, preocupação sobre segurança durante assistência levada em consideração, dúvida que não foi sanada)

Fonte: Safety Thermometer, National Health Service.<sup>12</sup>

Fonte: Tesser *et. al.* (2014).

### Quadro 3 - Práticas prejudiciais e motivos associados

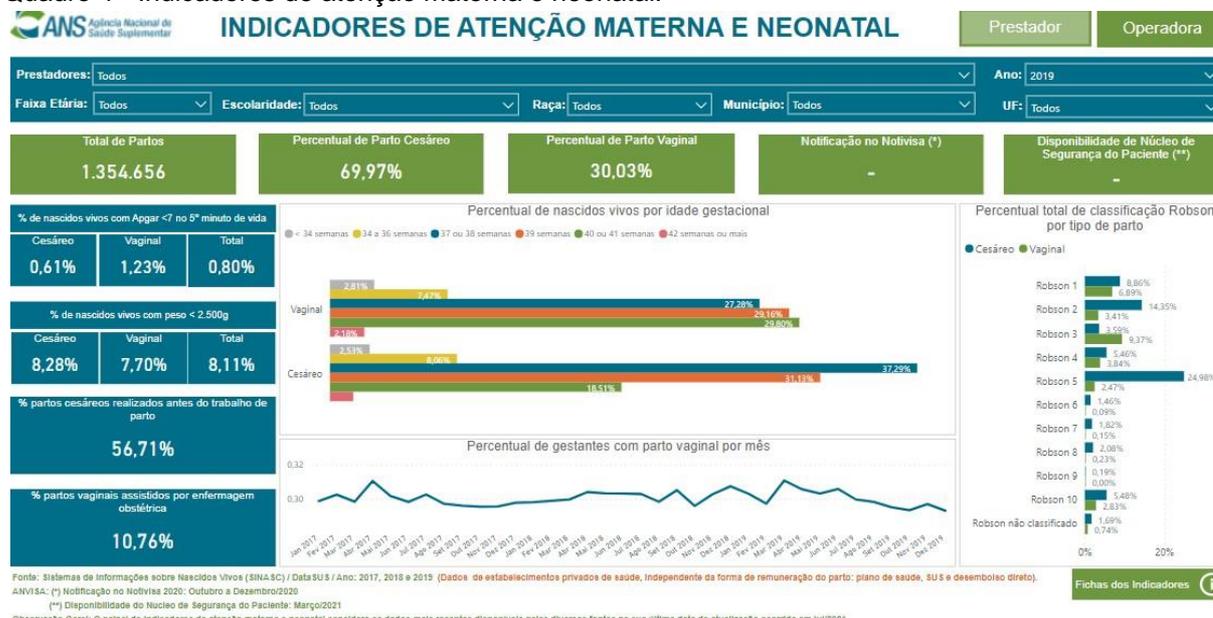
Quadro 3. Práticas prejudiciais e motivos associados.

Práticas prejudiciais ou ineficazes	Motivo
Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto/ Cateterização venosa profilática de rotina. <sup>13</sup>	Diminui a mobilidade, "prende" a parturiente ao leito. <sup>18</sup> Aumenta desconforto. <sup>16</sup> Solução glicosada pode aumentar a possibilidade de hipoglicemia neonatal. <sup>16</sup>
Uso indiscriminado de ocitocina.	Pode levar a um aumento da atividade uterina com conseqüente hipóxia fetal. <sup>15</sup> Ocitocina isoladamente não diminui a possibilidade de cesariana em mulheres com analgesia peridural. <sup>17</sup>
Amniotomia para acelerar trabalho de parto.	Amniotomia isolada parece diminuir um pouco a duração do trabalho de parto, mas aumenta a possibilidade de cesariana. <sup>18</sup>
Posição de litotomia (posição de exame ginecológico).	Posições verticalizadas reduzem o tempo de trabalho de parto e não estão associadas a aumento de intervenções ou efeitos negativos <sup>19</sup> São bem descritos os benefícios da posição verticalizada para mulher e feto. <sup>19,20</sup>
Episiotomia.	Aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e de hemorragia, sem diminuir complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal. <sup>21</sup> Seu uso rotineiro vir sendo constantemente desestimulado. <sup>22</sup>
Manobra de Kristeller.	Associada a lacerações perineais graves e internação em UTI neonatal para o bebê. <sup>23</sup> Há recomendação de que seja evitada. <sup>24</sup>
Restrição alimentar e hídrica.	Prolongada pode levar a desconforto da parturiente, há recomendação de que as mulheres tenham liberdade para ingerir líquidos e outros alimentos leves durante o trabalho de parto. <sup>25</sup>
Restrição aos movimentos corporais.	Dificulta lidar com a dor. <sup>26</sup> Aumenta a chance de necessidade de analgesia. <sup>26</sup> Aumenta a chance de cesariana. <sup>26</sup> Aumenta a duração do trabalho de parto. <sup>26</sup>
Impedimento de acompanhante.	Presença de acompanhantes é altamente protetora contra todas as formas de violência durante a internação hospitalar. <sup>27</sup>

Fonte: elaborado pelos autores a partir das fontes referenciadas na tabela.

Fonte: Tesser *et. al.* (2014).

### Quadro 4 - Indicadores de atenção materna e neonatal.



Fonte: Agência Nacional de Saúde (2019)

Ainda que tais análises tenham sido realizadas em 2014, os dados são próximos à realidade atual. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com indicadores atualizados em 2019 (vide quadro 4), foram realizados

287.166 partos na rede privada, onde 84,76% foram cesarianas; 56,71% destas cesarianas foram realizadas antes mesmo do início do trabalho de parto (TP); e, ainda, 37,29% (maior percentual) delas ocorreram em mulheres com idade gestacional entre 37 e 38 semanas. Embora, segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), as cesarianas devam ocorrer depois das 39 semanas de gestação (resolução CFM Nº2.284/2020 Art.2º). Em reportagem<sup>12</sup> à Agência Brasil, a ANS apresenta o que leva a tamanha proporção de cirurgias cesarianas, no país:

Dados da pesquisa Nascer Saudável realizada pela Fiocruz [Fundação Oswaldo Cruz] demonstram que a maioria das mulheres inicia o pré-natal optando pelo parto vaginal e mudam de opinião ao longo da gestação. As principais causas determinantes da elevada proporção de cirurgias cesarianas no Brasil incluem a forma atual de organização da rede de hospitais, que não favorece o parto vaginal, o modelo de remuneração baseado na realização de procedimentos, a preponderância de uma cultura médica intervencionista e as características psicológicas e culturais das pacientes, dentre outras. (AGÊNCIA BRASIL, 2021, n.p)

Para um entendimento referente à humanização do parto, que vem sendo apresentada enquanto alternativa antagônica à obstetrícia medicalocêntrica, se faz necessário um relato histórico de como se deu a construção do conceito “humanizado” e da construção da medicina obstétrica e ginecológica hegemônica. Visto que, ao passar dos tempos, o termo “humanização” foi ressignificado e vem sendo utilizado há décadas com os mais variados sentidos. Busquei aporte, para tal imersão, nas pesquisas da professora Fabíola Rohden (2002, 2005) em congruência ao estudo da médica obstetra e professora Carmen Simone Grilo Diniz (2005).

O então considerado pai da Obstetrícia Brasileira, Fernando Magalhães, aplicou o conceito “humanização” nos preâmbulos do século XX, sendo sucedido pelo professor Jorge de Rezende na segunda metade do século. Os dois defendiam a utilização da narcose e do fórceps enquanto métodos de humanização à assistência dos partos (DINIZ, 2005). Crenças, estas, que eram difundidas internacionalmente, na obstetrícia.

---

<sup>12</sup> <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-08/cesareas-respondem-por-84-dos-partos-e-a-humanizacao-2019#:~:text=%22Dados%20da%20pesquisa%20Nascer%20Saud%C3%A1vel,opini%C3%A3o%20ao%20longo%20da%20gesta%C3%A7%C3%A3o.>

Diniz aborda, ainda, o esforço da medicina para reivindicar o seu papel de resgate às mulheres quanto à tutela da Igreja Católica, que entendia “o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto” (DINIZ, 2005, p.628). Dessa forma, a obstetrícia apresentou, segundo ela, o anseio humanitário de solucionar a questão da dor na parturição “revogando assim a sentença do Paraíso, iníqua e inverídica, com que há longos séculos a tradição vem atribulando a hora bendita da maternidade” (DINIZ, 2005, p.628). Neste contexto, então, a mulher não mais é entendida enquanto culpada, pecadora, que deve atravessar sofrimento e dor, mas como “vítima da sua natureza”, necessitada da figura do obstetra na qualidade de seu salvador. É neste período que se alastram os usos do que a autora chama de “armamentário cirúrgico-obstétrico”: “fórceps, craniótomos, (...) instrumentos hoje considerados meras curiosidades arqueológicas e de que nos vexamos ao lembrá-los” (DINIZ, 2005, p.628). Sendo, aqui, então, tal processo fisiológico (parir) entendido enquanto patogênico, a “**obstetrícia masculina** reivindica sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar, leigo ou culto.” (DINIZ, 2005, p.628).

Pensando na possibilidade da existência de diferenciais de poder de gênero que impliquem a subjugação da autonomia e do protagonismo<sup>13</sup> das mulheres em seu processo de parturição, se faz urgente aprofundarmos de maneira mais delineada a construção da medicina obstétrica para, mais adiante, refletirmos sobre seu caráter cultural e ritualístico. Para tal, tenho apoio de Fabíola Rohden (2001, 2002, 2005). A autora nos traz, dentre tantas reflexões, o debate sobre as diferenças entre os sexos. Segundo ela, a ciência e a sociedade têm uma obsessão em definir tais diferenças pautadas em um binarismo de gênero entre os conceitos “homem” e “mulher”. Rohden demonstra em sua pesquisa que estes discursos permearam a historicidade da especialização “às moléstias de senhoras” (2001, p.173). Mas que ainda hoje “assistimos a uma proliferação surpreendente de discursos que reafirmam essas supostas diferenças (2001, p.13). A autora analisa, então, a construção da medicina ginecológica e a historicidade do processo de medicalização da gestação e do

---

<sup>13</sup> Pensando o protagonismo de acordo com as vontades de cada mulher enquanto indivíduo dotado de experiências de vida próprias. O que traz desejos diferentes umas às outras.

momento do parto. O que, segundo a autora (ROHDEN, 2005), é a base da institucionalização da medicina ginecológica e obstétrica do século XIX.

Rohden demonstra ainda a forma como foram constituídas as especialidades médicas destinadas à saúde das mulheres, em contexto que tratava os assuntos de reprodução e sexualidade com viés moral. O corpo das mulheres – através dessa especialização – era então atravessado por fatores que determinavam seu papel social quanto sua função procriativa. A especialidade torna-se a ciência da mulher. Já que o comportamento das mulheres é baseado na sexualidade, segundo esses médicos, diferentemente dos homens. Essa ciência extrapola as questões de saúde dos órgãos femininos, intervindo em todo o corpo da mulher. Leia-se “corpo” para além do binarismo entre mente e corpo.

Cada vez mais os médicos iam tomando a frente no gerenciamento da saúde feminina e da reprodução. (...) a influência das parteiras era crescentemente defasada. Quando surgiram as primeiras maternidades, no Rio de Janeiro, as parteiras diplomadas foram convocadas ao trabalho, mas sob o controle dos médicos. A autoridade de ginecologistas e obstetras sobre o comportamento das mulheres, no final do século XIX, ultrapassava e muito o domínio dos consultórios (...) ultrapassava o domínio do físico ou mesmo do psíquico para se instalar no domínio da moral. (ROHDEN, 2005, p.216)

E é a partir dessa obstetrícia organizada, pensada, agenciada, por homens que com o passar do tempo essa especialização tomou proporções importantes, no cenário da saúde do país. Na Academia Imperial de Medicina, assim como em outras organizações médicas da época, discutiam-se temas, como: anestesia por clorofórmio, fórceps, cesariana, aborto (devido a onanismo conjugal), regulamentação das amas de leite, etc. (ROHDEN, 2005, p.217).

Outra questão de extrema importância, se dá na relação entre os temas sobre reprodução e sexualidade como, por exemplo, nos exames ginecológicos das mulheres, e a moral das famílias implicadas. Conforme extrato do texto, “esse debate é agravado no momento em que entra em cena a honra da família, a autoridade de pais e maridos” (ROHDEN, 2005, p.219). Esse caráter moral acarretava dificuldades aos ginecologistas e aos obstetras. O uso de anestesia, nas situações de parto, gerava desacordos entre quem defendia tal uso e quem abominava. Uns evocavam a dor do parto enquanto natural, o que se justificava através da visão cristã do sacrifício. Outros, que a perda de consciência era algo degradante à paciente. Outros, ainda, alegavam

sua recusa ao uso da anestesia pois, segundo eles, as mulheres – sob tal efeito – ficavam excitadas. Já os defensores da anestesia, afirmavam que tais “efeitos” estavam na cabeça dos “praticantes inescrupulosos”. Seja como for, segundo a pesquisadora, o que estava explícito era o controle moral dessas mulheres.

O aspecto mais curioso desta discussão está na associação entre o parto e o ato sexual que originou o parto. Demonstrando que, naquele momento, não havia sido “estabelecido claramente a distinção entre sexo e reprodução” (ROHDEN, 2005, p.221). A tentativa de dissociar sexo e reprodução, era recorrente à especialização de saúde da mulher. A maternidade e o nascimento eram entendidos enquanto “sagrados”, o que ainda hoje observamos em alguns discursos moralistas. Mas, o que pode parecer incoerente, muitos destes profissionais preocupavam-se em afirmar que o ato sexual só era legítimo à procriação. Desta forma, fica evidente – mais uma vez – que a questão está voltada ao poder sobre os corpos das mulheres. A pesquisadora, finaliza seus escritos, afirmando que tais elementos contribuem à “complexificar o debate em torno das concepções sobre sexo, reprodução e relações de gênero que se produziram ao longo do século XIX e que tem ecos ainda hoje” (ROHDEN, 2005, p.221). Em congruência ao caráter da moral vigente no século XIX, ao longo da construção da especialidade da área destinada à saúde das mulheres, é relevante trazer extrato da entrevista com a interlocutora Bell. Conforme ela evidencia, apesar de ser uma mulher feminista, traz em sua vigília<sup>14</sup> o que está – também – internalizado em parte das mulheres, na nossa cultura:

Querendo ou não, a gente imacula o parto e apesar de estudarmos sobre isso [se referindo ao feminismo], é difícil conseguirmos desfazer essa imagem. Principalmente para quem sempre quis ser mãe! Desfazer essa imagem do parto imaculado, na cabeça! Então eu tive dificuldades, inclusive, com o nu do parto! Que, por ter tido doula, pude ir trabalhando. (Trecho de entrevista com Bell, realizada em 25/08/2022)

No Brasil, a sedação era realizada através da chamada “Lucina”<sup>15</sup>: mistura de morfina com cafeína. No entanto, devido à alta morbimortalidade das mulheres e seus bebês, através da associação da sedação ao parto instrumental, tal prática foi desprezada por várias décadas até o surgimento de formas mais “seguras” de

---

<sup>14</sup> Modelo panóptico de Foucault: arquitetura que permitia vigia constante; fabricando efeitos de poder.

<sup>15</sup> Lucina: Deusa dos partos e das gestantes, da mitologia romana.

anestesia. Na metade do século XX, inicia o processo de hospitalização do parto, ainda que sem evidências científicas ou comprovação de que tal medida fosse mais segura (DINIZ, 2005, p.628-629). Neste período, se dá a hegemonia no modelo hospitalar dos partos. E, ainda que as mulheres já estivessem vivenciando o parto sem sedação, eram imobilizadas, a posição de seus corpos era estritamente ginecológica (pernas abertas e levantadas), o funcionamento dos úteros eram acelerados ou reduzidos e eram acompanhadas por pessoas estranhas: “Separada de seus parentes, pertences, roupas, dentadura, óculos, a mulher é submetida à chamada “cascata de procedimentos” (DINIZ, 2005, p.629).

No caso brasileiro, é neste período que o uso da episiotomia (incisão/ mutilação cirúrgica na vulva que pretende ampliar a abertura da região vulvoperineal) e o uso do fórceps nas mulheres primíparas se tornam rotineiros. E, ainda hoje, no SUS, estes procedimentos são utilizados em larga escala. Já nos casos do setor privado, as cesarianas eletivas possuem uma taxa significativa no país, sendo - atualmente - o segundo maior país a realizá-las, perdendo apenas para a República Dominicana. A OMS recomenda, em até 15% a proporção de cesarianas. No entanto, no Brasil, esse percentual chega em média a 55% (2021).

Advindo de entendimentos científicos referentes aos processos históricos do parto e de todos os danos que este formato de assistência vinha/vem causando - sofrimento físico, psíquico e morbimortalidade materna e perinatal - que surge, há cerca de 42 anos, uma mobilização (internacional) que, no Brasil, ficou conhecida como o movimento de humanização do parto.

Ao que se restringe às Ciências Sociais, Diniz apresenta, de forma sucinta, como se deram os pensamentos/organizações iniciais. Segundo ela, nas Ciências Sociais

iniciativas de questionamento da prática usam o termo humanização da assistência, já na década de 1970 (Howard & Strauss, 1975). A chamada Antropologia do Parto, ao final dos anos 70, mostrou a assistência como construto social, sua reveladora variabilidade cultural e seu caráter ritual – tanto nas sociedades tidas como primitivas quanto nas chamadas sociedades complexas. Mostra os diferentes conhecimentos autoritativos – o conhecimento que baseia as decisões na assistência (Jordan, 1979), entre eles, o do chamado modelo tecnocrático, caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas, e por sua suposta neutralidade de

valores. Essas autoras documentaram extensivamente as relações da assistência ao parto com a sexualidade, com as relações de gênero e com o corpo feminino. Analisaram as contradições com as evidências científicas, e os rituais da assistência como expressões do medo extremo, em nossa sociedade tecnocrática, dos processos naturais dos quais esta sociedade depende para continuar sua existência (Davis-Floyd, 1992). Constitui um campo de pesquisa muito produtivo, frequentemente ligada ao ativismo feminista e/ou ao de mudança nas práticas (Davis-Floyd & Sargeant, 1997). (DINIZ, 2005, p. 629 e 630)

No campo das ciências da saúde, no final dos anos 70, o pesquisador da fisiologia obstétrica Roberto Caldeyro Barcia (1979) contribuiu para uma reflexão referente à assistência ao parto, da época, enquanto afirmando ser inadequado, propondo mudanças “na compreensão das dimensões anátomo-fisiológicas e emocionais do parto” (DINIZ, 2005, p.630). Já na saúde pública, o debate se dá a partir de 1979, onde surge o Comitê Europeu que pretendeu diminuir a morbimortalidade materna e perinatal, aprofundando os estudos referentes às intervenções no parto. Foram identificados problemas ainda hoje existentes, como: alto investimento sem comprovação de melhoria da assistência; controvérsias e incongruência referente ao que seriam os melhores procedimentos; e a diversidade de opiniões, referentes aos procedimentos, de acordo com cada região. No início, faziam parte do Comitê, profissionais da saúde e epidemiologistas. Depois, por sociólogos, parteiras e gestantes/ativistas.

Conforme aponta Diniz, em seguida surgiram diversos grupos que sistematizaram estudos sobre o tema apoiados pela OMS. Nasce, então, uma organização internacional, “que desenvolveu a metodologia de revisão sistemática, dando os primeiros passos do que viria a ser o movimento pela medicina baseada em evidências, MBE” (DINIZ, 2005, p.630). Segundo a pesquisadora, vale ressaltar que:

Ainda que o movimento da MBE tenha tomado rumos diversos, mais progressistas ou mais conservadores, esta inspiração inicial é fortemente questionadora, evidenciando as contradições e a distância entre as evidências sobre efetividade e segurança, e a organização das práticas. Trouxe à tona também o papel do poder econômico e corporativo na definição das políticas, e no desenho e financiamento das pesquisas. Além disso, teve como forte prioridade a defesa dos direitos dos pacientes. (DINIZ, 2005, p.630)

Essa mobilização resultou em uma conferência (1985) pensada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) conjuntamente aos escritórios da OMS das Américas e da Europa, referente à tecnologia adequada ao parto. Tendo

sido um ocorrido de extrema importância à saúde pública e à defesa dos direitos das mulheres, vide sobre a Carta de Fortaleza:

texto que teve a capacidade de inspirar muitas ações de mudança. Recomenda a participação das mulheres no desenho e avaliação dos programas, a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes, o fim dos enemas, raspagens e amniotomia, a abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto. Argumenta que as menores taxas de mortalidade perinatal estão nos países que mantêm o índice de cesárea abaixo de 10% e afirma que nada justifica taxa maior que 10% - 15% (WHO, 1985). Publicado no prestigioso Lancet, o texto provocou reações indignadas por parte de entidades médicas (Wagner, 1997). (DINIZ, 2005, p.630)

Com o crescente engajamento em 1989, foi publicada uma revisão referente aos procedimentos e, em 1993, houve a revisão de em média 40.000 estudos. Dentre eles, 275 práticas de assistência perinatal, sendo categorizado quanto a efetividade e segurança (DINIZ, 2005, p.630). E, ainda, em 1996 a Organização Mundial da Saúde publicou parte desse trabalho: o que, ainda hoje, se entende por “Recomendações da OMS”. No Brasil, tais recomendações foram publicadas e enviadas a todos os obstetras e enfermeiras obstétrizes em 2000, pelo Ministério da Saúde, intitulado: Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático:

O livro evidencia que o atendimento ao parto no Brasil se baseia em grande medida naquilo que se busca superar. A distância impressionante entre o chamado padrão-ouro da ciência e a prática obstétrica no Brasil é um exemplo de quanto a cultura (institucional, técnica, corporativa, sexual, reprodutiva) tem precedência sobre a racionalidade científica, como conhecimento autoritativo na organização das práticas de saúde. (DINIZ, 2005, p.631)

Neste século, então, amplia-se a discussão a respeito da violência obstétrica. E se faz necessário evidenciar alguns movimentos contraculturais e medidas que foram e são de extrema importância à luta pela humanização do parto, como: Rede de Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), atuando desde 1993; Artemis, que surge em 2013; Grupo de Apoio à Maternidade Afetiva (GAMA); Rede Cegonha (RC), lançada em 2011 pelo Ministério da Saúde. Tais iniciativas proporcionaram avanços significativos na atenção ao parto e nascimento, implementando um novo modelo de assistência pautada no entendimento de um partear enquanto condição fisiológica/natural, centrada nas necessidades da mulher. A Rede Cegonha incorporou dispositivos da Política Nacional de Humanização; realizou pesquisas de extrema importância científica; programas de formação, como o Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino de Obstetrícia e Neonatologia (Apice ON); Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica; etc.

No entanto, ainda que este tema esteja na pauta feminista e na pauta da saúde pública desde o final da década de 80<sup>16</sup> e ainda que o tema tenha alcançado crescente discussão em diversos âmbitos da sociedade, ainda assim, atualmente, no Brasil, há resistência hegemônica de alguns obstetras e instituições no que se refere à humanização do parto. Não houve tampouco apropriação generalizada do debate pelo grande público e a sociedade como um todo.

Apesar da enorme relevância das pautas que os movimentos que se propõem "humanizados" carregam, também é importante refletirmos sobre suas incongruências. O que veremos de maneira mais apropriada e que pretende dialogar com a etnografia de Rosamaria Carneiro (2014).

Em suma, se faz possível afirmar que o movimento pela humanização do parto defende mudanças nesse modelo tecnocrático de parir/nascer; mudanças nesse modelo hospitalar e de hipermedicalização. Sendo, seu alicerce, a indicação da OMS que, através de uma enormidade de estudos científicos, lançou o guia de recomendações de cuidados durante o parto para uma experiência de parto positiva que incluem, por exemplo: indicação/incentivo ao parto vaginal; indicação à chamada "Hora de Ouro" (primeira hora de vida do neonato), que significa aleitamento materno no pós-parto e contato pele-a-pele mãe-bebê; a presença de um acompanhante de escolha da mulher, durante o parto; incentiva a atuação de enfermeiras obstetras; recomenda uma mudança no uso indiscriminado de procedimentos e costumes desnecessários, intervencionistas e, geralmente, perigosos à saúde da mulher e do bebê, tais como a amniotomia (ruptura provocada na membrana que envolve o feto para induzir o TP), a episiotomia (incisão no períneo com o intuito de facilitar a passagem do bebê), a tricotomia (raspagem dos pêlos pubianos), o enema (lavagem intestinal), as cesarianas eletivas (partos cirúrgicos agendados).

Se faz necessário evidenciar que a OMS e a maior parte dos defensores do parto humanizado não se colocam contra as intervenções em casos os quais sejam realmente necessárias. Mas pretendem, com um aglomerado de medidas

---

<sup>16</sup> Ver, por exemplo, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) elaborado pelo Ministério da Saúde em 1984.

humanizadoras e respeitando os desejos da mulher (posição que lhe parece mais confortável para parir; práticas biomecânicas mais adequadas à fisiologia do parto; mais "naturais"), evidenciar o protagonismo da mulher, desestimular métodos desnecessários e prejudiciais (medicalizados; tecnologizados; artificial; violento) e valorizar a importância interdisciplinar à assistência ao parto.

Por fim, é primordial para esta pesquisa um olhar cuidadoso ao que se pode compreender pelo conceito de violência(s). A antropologia traz o debate referente a relação natureza-cultura desde as obras clássicas até a contemporaneidade. Negando a dicotomia entre "natureza" e "cultura", procuro compreender o que cada experiência relatada pelas interlocutoras e minhas próprias vivências traduzem à partir dos diferentes contextos os quais estamos inseridas. Considerando o que cada uma sentiu e identificou como violência em sua experiência do parto. Porém, vale ressaltar, que a discussão teórica que envolve a relação natureza-cultura é um debate complexo o qual não será tema central do trabalho. Pois, entendo que será necessária a continuidade desta pesquisa para que eu consiga aprofundar alguns conceitos e teorias, como os desdobramentos da harmonia entre natureza-cultura.

## Capítulo 2. O Teatro do real

### PRIMEIRO ATO: breves considerações sobre o pré-natal e seus atravessamentos.

Imagem 2 - “Gravidez não é doença!”



A imagem mostra alguns exames realizados por mim ao longo do pré-natal. (Acervo pessoal)

O artigo 226, inciso 7º da Constituição Federal, garante a decisão de constituição familiar ao casal, de forma livre, “competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL). Ou seja, temos o direito de optar pela maternidade, de decidir quantos filhos ter, de definir o momento mais adequado para isso, sem nenhuma forma de coerção ou controle neonatal.

O direito, no caso das mulheres que optam por gerar um filho, se estende ao âmbito da saúde: é possível começar um acompanhamento médico antes mesmo de gestar. Em consultas chamadas pré-concepcionais, podemos ser avaliadas através de exames e histórico clínico e acompanhadas, antes mesmo de gestarmos. Caso a gestação seja descoberta já em andamento, temos o direito de receber acompanhamento médico, pelo SUS, ao longo de toda a gestação, além do parto e do puerpério. A atual recomendação da OMS é de que a mulher tenha oito consultas, ao menos, em seu pré-natal. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda não menos que uma consulta no primeiro trimestre, duas consultas no segundo trimestre e três consultas no terceiro trimestre. A OMS conta, atualmente, com um documento

contendo diversas recomendações referentes aos cuidados pré-natais (CPN) para uma experiência positiva na gravidez. O documento aborda diversas questões, tais como intervenções nutricionais, avaliação materna e fetal, orientações em situações adversas como, por exemplo, casos de diabetes gestacional e tabagismo, medidas preventivas, intervenções para sintomas fisiológicos, intervenções nos sistemas de saúde para melhorar a utilização e a qualidade dos cuidados pré-natais (OMS, atualizado em 2016). Ainda assim, são diversos os casos de violência obstétrica.

Descobri a gestação com seis semanas; passei por atendimento com uma enfermeira, na unidade de saúde do meu bairro (Unidade Básica de Saúde Beco do Adelar), que me passou requisições para a realização de uma ecografia obstétrica e alguns exames de sangue, solicitou-me algumas vacinas e receitou-me ácido fólico. No dia dois de dezembro de 2020, tive minha primeira consulta de pré-natal (registrada em minha Carteira da Gestante) com a médica da família que veio a me acompanhar ao longo de toda a gestação. Vale ressaltar que ela não é ginecologista, nem obstetra. No entanto, era a responsável pelas gestantes nesta unidade de saúde.

Aspecto curioso nas situações vivenciadas por mim ao longo do meu pré-natal, se deve ao fato de minha médica alterar seu discurso sobre várias questões, conforme trazia relatos de experiências de outras mulheres que ela atendia no pré-natal e no pós-parto. Exemplo disso, foi referente ao meu plano de parto: no início da minha gestação, ela afirmava que eu poderia realizar um plano de parto, se assim desejasse. No entanto, quando estava mais próximo da possibilidade de eu entrar em trabalho de parto, ao solicitar sua ajuda para elaboração de tal documento, ela afirmou que talvez não adiantasse eu levar um plano de parto ao hospital. Trouxe relatos de gestantes que tiveram seus planos ignorados. Disse ainda que eu precisaria cuidar a forma com que abordaria os meus desejos e minhas recusas para não ser mal interpretada; com intuito de não gerar possível incômodo a equipe que fosse me acompanhar no hospital. Afirmava que tudo dependeria da equipe que estivesse de plantão.

Outro fator recorrente nas experiências relatadas, assim como ocorrido em meu pré-natal, se dá referente aos exames disponíveis pelo SUS. Por vezes, o problema é a qualidade do exame: em mais de um relato, nas entrevistas que realizei e em minha experiência pessoal, as equipes das unidades solicitaram que, se fosse possível,

fizéssemos as ecografias em clínicas particulares, devido a má qualidade das ecografias disponibilizadas pelo SUS. Assim como em diversos relatos as interlocutoras afirmaram que precisaram recorrer a exames particulares, devido a demora na divulgação dos resultados através do SUS. Narrativas comuns, também, nos grupos da internet.

Pode-se compreender como violação de direitos a falta de recursos adequados e/ou o tempo de espera para resultados de exames. Segundo trecho da lei nº 1.820 de 2009, que aborda direitos e deveres dos usuários da saúde, “É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento” (Art.3º da lei nº 1.820 de 2009). A lei elenca, ainda, uma série de subitens que devem ser assegurados, como: “atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento” (inciso I da lei nº 1.820 de 2009)<sup>17</sup>.

Outras situações emergiram quando eu tinha crises de ansiedade <sup>18</sup> : demonstrando preocupação <sup>19</sup> , ainda que de forma afetuosa, a médica me aconselhava a parar de pesquisar sobre parto e sobre tudo o que envolvesse a maternagem. Ao se referir, algumas vezes, sobre a humanização do parto, adotava um ar de zombaria: “Vocês têm essa mania de acreditar em tudo o que veem na internet!”. Se faz necessário evidenciar o fato de que ela não falava com intuito de me ofender. Tampouco me silenciava. Construimos um vínculo excelente e, ainda que discordássemos de determinadas questões, sempre fui acolhida por ela e tratada de forma respeitosa.

A violência obstétrica por vezes extrapola as relações e se apresenta com belas vestimentas; é imperceptível, até mesmo para quem a reproduz. Minha médica não queria o meu mal, pelo contrário, demonstrava preocupação com a minha saúde, a saúde do meu filho e com a forma que eu seria recebida no hospital, quando fosse parir. Ela não carregava prepotência em seu fazer médico, em seu tempo dedicado a

---

<sup>17</sup> [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820\\_13\\_08\\_2009.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html)

<sup>18</sup> Naquele período eu estava com transtorno de ansiedade: CID F411.

<sup>19</sup> As análises mais aprofundadas se encontram em capítulo apropriado.

mim. Muito menos estava fechada ao diálogo. No entanto, confiava em sua formação médica. Ela apenas reproduzia- como quem realmente está disponível e, até mesmo, é terna com seus pacientes - uma medicina atravessada por relações de poder em sua construção histórica. Nós mulheres não estamos à parte dessa sociedade; somos, também, produto da cultura a qual pertencemos. Minha médica teve em sua formação medicalocêntrica, que passou por um processo de medicalização da gravidez e do parto que, segundo já vimos (Rohden, 2005), foi base da institucionalização da obstetrícia e da ginecologia no século XIX e que deixou marcas no fazer médico e nas instituições acadêmicas. Rohden aprofunda essa questão, com enfoque atento aos aspectos referentes à sexualidade e à reprodução. Ou melhor, a construção de uma medicina que fez um esforço, significativo, em seu processo histórico, para dissociar o ato sexual da reprodução, devido a questões morais (moralidade da figura do médico e da profissão; honra das famílias; autoridade dos pais e dos maridos). A vertente “humanizada” da medicina, que se propõe a ser uma alternativa a este(s) método(s) de parturição, se apresenta, na prática, como uma alternativa acessível e a todas as mulheres?

Angela relata que, em seu pré-natal, pouco conseguiu sanar suas dúvidas referentes ao parto. Precisou buscar informações por conta própria e afirma ter pesquisado na internet, principalmente através de vídeos do Youtube.<sup>20</sup> Tal relato não foi incomum nas entrevistas realizadas. O mesmo pude observar em parte relevante dos discursos nos grupos destinados às mulheres, sobre experiências de parto e maternidade em redes sociais<sup>21</sup>. É importante lembrar que tanto Angela quanto as outras interlocutoras, em comunhão com a minha própria experiência, tivemos nossos partos em hospitais que fazem parte do Projeto “Amigo da Criança e Cuidado Amigo da Mulher”. A exceção foi Lélia, que partejou no hospital Mãe de Deus, que participa do Programa Parto Adequado<sup>22</sup>.

---

<sup>20</sup> Plataforma de vídeos.

<sup>21</sup> Grupos: Ohana; Parto Humanizado Porto Alegre. Páginas: HMIPV – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas; Infância ConTato; O Renascimento; Paizinho, vírgula; Parto Normal Humanizado; Grupo Nascer Sorrindo; Canto da mulher que canta.

<sup>22</sup> <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado-1#:~:text=Conhe%C3%A7a%20o%20Movimento%20que%20estimula,cesarianas%20desnecess%C3%A1rias%20na%20sa%C3%BAde%20suplementar>.

Cheguei a perguntar uma vez como era feito o parto no caso do bebê estar sentado ou não quisesse vir: “Tudo eles vão te explicar lá!” [referindo-se à resposta da médica]. Parecia que ela estava sempre correndo! (Trecho da entrevista com Angela, realizada em 17/08/2022)

### Imagem 3 - Plano de parto: por vezes, não mais que um papel

Plano de Parto – Henrique de Oliveira Wendt

Estamos cientes de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao nascimento de nosso bebê caso tudo transcorra tranquilamente. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser previamente avisados e consultados a respeito das alternativas.

#### Local preferencial de parto:

Hospital Mãe de Deus – Porto Alegre

#### Trabalho de parto:

Presença de meu parceiro, Glauco Martins Wendt, (na ausência dele, a mãe, Maria Soely de Oliveira) Indução do parto por ocitocina sintética apenas se estritamente necessária.

Liberdade para beber água e sucos enquanto seja tolerado.

Liberdade para caminhar e mudar de posição.

Liberdade para o uso ilimitado de chuveiro.

Monitoramento fetal não contínuo.

Analgesia: peço que não seja oferecido anestésicos ou analgésicos. Eu pedirei quando achar necessário.

#### Parto (hora do nascimento):

Prefiro a posição sentada na banqueta, semi reclinada ou de cócoras sustentada.

Aceito outras sugestões caso as posições acima não funcionem.

Prefiro fazer força quando me der vontade, em vez de ser guiada pelo processo. Gostaria de um ambiente especialmente calmo nessa hora (com luz baixa e música, de preferência).

Episiotomia: prefiro não ter, e gostaria que o períneo fosse aparado na fase da expulsão, além da aplicação de compressas quentes e massagem.

Gostaria de ter o bebê imediatamente colocado em meu colo e que ele possa mamar ainda na primeira hora de vida.

Cortar o cordão umbilical, se possível, depois que esse parar de pulsar.

#### Após o parto:

Aguardar expulsão espontânea da placenta com auxílio da amamentação.

Evitar a aplicação de nitrato de prata nos olhos do bebê

Se possível, aplicar as vacinas e a vitamina K no colo da mãe.

O bebê deve ficar comigo na primeira hora de vida.

Quando houver necessidade de afastá-lo da mãe para realização de procedimentos, o pai deve estar presente em todos os momentos.

Gostaríamos de poder dar o primeiro banho do bebê no quarto com o apoio da enfermeira.

Liberção para o quarto o quanto antes.

#### Cuidados com o bebê:

Amamentação sob livre demanda, não oferecer água glicosada ou bicos.

Alcanceamento conjunto o tempo todo com a presença do meu parceiro Glauco Wendt.

#### Caso a cesárea seja necessária.

Gostaria da presença de meu parceiro.

Após o nascimento, gostaria que colocassem o bebê sobre meu peito e que minhas mãos estejam livres para segurá-lo.

Amamentação o quanto antes.

Agradecemos a compreensão da equipe envolvida e por participarem desse momento tão importante para a nossa família.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

Nadia Santos de Oliveira (Mãe)

Glauco Martins Wendt (Pai)

Fonte: Acervo pessoal de Lélia

A imagem acima mostra o plano de parto de Lélia. O documento fora pensado por ela, sem acompanhamento de um profissional da obstetrícia ou da humanização do parto. O plano, contudo, acabou sendo perdido pela equipe hospitalar no dia do parto, o que aponta para um descaso em relação ao documento.

Todas nós imaginávamos/desejávamos um parto o mais natural possível. Mas a maior parte de nós precisou buscar informações referentes ao parto “humanizado”, ao parto “normal” e ao parto “natural” por conta própria durante a gestação, devido à resistência das equipes que nos acompanharam no pré-natal. Resistência que

encontramos, também, na assistência ao parto por parte significativa das equipes médicas.

“E o hospital de Alvorada, como é?” [Simone perguntou] Eu lembro que ela falou bem assim: “Ah sim! Lá tu vai adorar! Tudo humanizado...só que não, né?!”. Bem assim, gurria! Daí eu disse: “Como assim? Não entendi!”; daí ela falou: “Não! É porque lá não tem anestesia; não tem nenhum tipo de interferência para reduzir a dor. Então, tu chega lá - a não ser que seja realmente necessária uma cesárea - aí tu não tem. Tu vai ser obrigada a parir no normal e sem nenhuma anestesia. Daí fica a teu critério! É humanizado, né, que chamam?”. Aí falou mil vezes, debochando! (Trecho da entrevista com Simone, realizada em 21/08/2022)

Então era isso que eu buscava, um parto o mais natural, mesmo que fosse no hospital. Que priorizasse isso: um parto mais natural, com menos procedimentos possíveis, procedimentos desnecessários, vamos assim dizer! (Trecho da entrevista com Lélia, realizada em 19/08/2022)

Esses são apenas alguns extratos das entrevistas, que demonstram dificuldades em sanar seus anseios e, também, algumas violências sofridas/identificadas por minhas interlocutoras. No entanto, foram relatos recorrentes nas entrevistas e os quais também experienciei, no meu processo de parturição. É importante evidenciar que tais relatos exemplificam a realidade experienciada por mim e por essas mulheres, o que não significa que todas as mulheres que vivenciam situações semelhantes identificam ou sentem que o ocorrido é uma violência.

Ao resgatar minha experiência, as vivências das minhas interlocutoras e relatos de outras mulheres<sup>23</sup> pude perceber a complexidade que se dá em torno do debate das violências de gênero. Ainda que exista uma série de recomendações da OMS e do Ministério da Saúde, foi possível identificar diversas faces do que pode ser ou não violência contra a mulher, a depender da forma com que cada uma de nós entende o que é “violência” e a depender das próprias particularidades que engendram o corpo da mulher e seus marcadores sociais.

### **Um relato que toca a pesquisadora.**

Eu vou respondendo tuas perguntas porque eu não sei o que falar sobre mim! Sabe?! Uma coisa é fato, que tu já deve saber [e de fato sei]: Depois que tu vira mãe, tu tá acostumada a falar sobre o filho. E aí tu perde o costume de falar sobre ti. Quando perguntam, tu fica: Tá mas, o que falo? (Trecho da entrevista com Lélia, realizada em 19/08/2022)

---

<sup>23</sup> Disponibilizados em relatos em grupos de redes sociais, referências bibliográficas sobre o tema que quais integram esse trabalho e relatos dos documentários Renascimento do Parto 1, 2 e 3.

Este trecho da entrevista com a Lélia me trouxe reflexões sobre meus próprios sentimentos e considerações sobre a minha maternagem. Sinto o quanto a maternidade, embrenhada das mais diversas significações e interpretações, pode atingir algumas de nós com atravessamentos distintos. Ao provocar rupturas e transformações em nossos papéis sociais, pode significar para algumas de nós um anulamento enquanto indivíduos.

Em sua monografia, Rhuama Ayube de Azevedo (2017) aborda narrativas coletadas em grupos online sobre maternagem. Embasada em preceitos da psicanálise, busca compreender a construção do papel materno partindo da premissa de que os comportamentos esperados socialmente de “ser mãe” está intrinsecamente relacionado ao que é “ser mulher”. Ou seja, atribui-se à mulher um papel social rígido: o da maternagem; ou, ainda, o de uma maternidade perfeita relacionada à feminilidade e ao “dom da maternidade”. Segundo ela, nos anulamos, enquanto mulheres para dar espaço à “mãe”, aquela que não mais se enxerga em prol de um maternar aceito socialmente e da fixação por um partejar perfeito. Aquela que se preocupa com o novo ser, que passa a ocupar o lugar das nossas próprias vidas. Isso se dá porque permitimos, mas também porque assim fomos ensinadas. Essa experiência nos rasga, atravessa nossas agências e nossas potencialidades. Mas aquela que ousar maternar de forma distinta àquela esperada, ou seja, abdicando de seus desejos, é criticada. “Amo meu filho, mas odeio ser mãe” foi o que movimentou o interesse de Ayube ao tema de sua monografia. Eu diria, refletindo sobre as minhas vivências: “Amo meu filho, mas odeio ser a mãe que a sociedade impõe: com suas iniquidades, com suas amarras, com as relações de poder!”. Reformulo, então: “AMO MEU FILHO! ODEIO OS PAPÉIS SOCIAIS AOS QUAIS SOU ATRIBUÍDA ENQUANTO MÃE!”.

## **SEGUNDO ATO: o parto e pós-parto hospitalar.**

O MEU MUNDO NÃO É AZUL, TAMPOUCO ROSA

O dia de hoje pode ser sintetizado por uma palavra: esperança!!!

Para além da notícia de cunho nacional (que também nos transborda de fé), no dia da mulher recebi, com o peito em abundante alegria, a notícia de que terei um filho!!! O André Luiz Neto é minha esperança em meio a tanto caos (mundial/social); ele já é o motor das minhas ações; o meu mais profundo e genuíno amor!!!

No entanto, sem dúvidas, um dos grandes desafios para uma mãe feminista atinge um aspecto micropolítico: pensar e agir a educação, dos nossos filhos, de maneira antimachista, contribuindo na busca por equidade.

Quando se fala em educação feminista, geralmente, se pensa no empoderamento das meninas (das filhas). E, agora, me preparo - enquanto mãe, enquanto feminista e enquanto educadora - para ser uma agente no desenvolvimento do meu filho em prol da ruptura dos estereótipos. Visando o amadurecimento - do meu menino - de forma que venha a contribuir com essa luta: a não perpetuação do machismo e da misoginia; e para que não sofra, emaranhado nos perigos da masculinidade tóxica.

Meu filho, meu amor é teu! Já dedico minhas agências a ti e ao teu desenvolvimento! A esperança de um mundo melhor me atravessa de forma potente, nesse dia!!! E esse mundo, o NOSSO mundo, meu amor/meu filho, é COLORIDO!!! (Carta ao meu filho, escrita em 08/03/2021)

O documentário *Renascimento do Parto*, lançado em 2013, conforme os escritos da professora Diniz (2014), mobilizou uma gama considerável de público a ponto de bater o recorde de *crowdfunding* (financiamento coletivo) mais rápido no país. Em três dias superou os números previstos para sessenta dias. Dois meses após seu lançamento, o filme foi visto por dez vezes mais a quantidade média de espectadores do gênero (documentário), no Brasil. Ela afirma que o documentário é um recurso educativo que pretende, conjuntamente com os movimentos sociais em prol da “humanização” do parto, dar luz às mudanças na assistência ao parto no país. O documentário aborda sobre os procedimentos e os hábitos realizados de forma indiscriminada, rotineira e hegemônica na obstetrícia brasileira, como episiotomias, litotomias, ocitocina sintética, manobras de kristeller, cesarianas eletivas<sup>24</sup> realizadas sem consentimento, sem aviso prévio e/ou sem necessidade comprovada, entre outros. Estes procedimentos e ações são compreendidos enquanto violência obstétrica que, segundo a OMS, é uma violação dos direitos humanos fundamentais. Ainda que estejam inseridos - majoritariamente – na rotina e nos currículos de formação médica hegemônica. O filme mobilizou um público considerável... e mobilizou em mim planos por uma experiência de parto “de cinema”.

Eu estava - ou assim acreditava - preparada para ser mãe e lidar com todos os atravessamentos que fazem parte deste universo materno, em meados das minhas 22 primaveras. No entanto, não consegui engravidar ao longo de vários anos de tentativas (o que, hoje, agradeço: tudo tem seu devido tempo...). Os anos se

---

<sup>24</sup> Ao falar em cesariana eletiva, me refiro às recomendações da OMS. Importante relatar que não é em tom de julgamento às mulheres que optam por uma cirurgia em seu parto.

passaram; guiei a vida e fui guiada por ela a novas experiências, novos rumos. Foi quando, durante plena pandemia da COVID-19, em uma “escapadinha” da quarentena, que já se arrastava por mais de um ano e meio, conheci o progenitor do meu bebê. Foram alguns encontros superficiais que me proporcionaram o que de mais valioso há em minha vida: meu filho.

**Imagem 4 – Humanizar**



A água é uma ferramenta importante para os defensores do Parto Humanizado. Para mim: um alívio REAL! Fonte: Acervo pessoal da autora.

Enquanto meu pequeno – que hoje está gigante - florescia, nutrindo-se através de mim, resgatei minhas buscas por fontes relacionadas aos mais variados solos da maternagem em meu pré-natal. O que inclui as etapas do parto e todas as ocorrências que poderiam se apresentar a mim como, por exemplo, os procedimentos médicos. Ao ser apresentada à equipe disponível para a minha assistência, expus minhas ânsias sendo amparada pela minha mãe que foi minha acompanhante, porta-voz, calmante, anjo da guarda entre outras funções. Gostaria de ressaltar a importância que minha mãe e minha família tiveram em meu processo gestacional, em meu parto

e em meu puerpério, tornado-se uma rede de apoio para mim e, hoje, também para meu filho. Esta não é a realidade de uma enorme quantidade de mulheres, que não contam com esse amparo. O que traduz minha realidade enquanto uma mulher dotada de privilégios.

**Imagem 5 – “Talvez assim não tivessem me mutilado...”**



Afirmi diversas vezes que desejava parir de cócoras. Quando me movia ou ficava de quatro apoios, a dor diminuía e eu conseguia fazer mais força. Mas a obstetra de plantão disse que ela não faria dessa forma, pois não sabia fazer parto dessa maneira. Fui impedida! Levada para a sala de parto e obrigada a parir em posição litotômica (posição ginecológica). Fonte: Acervo pessoal da autora.

As primeiras horas do meu trabalho de parto foram suportáveis a ponto de ter lucidez e firmeza quanto a toda literatura investida por mim ao longo dos nove meses de gestação e também ao longo dos anos em que tentava engravidar. Mantive minha voz! A técnica de enfermagem que me acompanhou, Fátima, uma mulher negra, foi componente fundamental, acolhendo meus desejos: “Não quero ocitocina para acelerar o parto!”; “Não quero episiotomia!”; “Não quero litotomia!”. E, assim, fui

respeitada, levada ao chuveiro, massageada, estimulada a usar a bola suíça, acatada no desejar de ficar em posição verticalizada, de andar ou de me pôr na posição que me sentisse mais confortável (afinal, a gravidade ajuda!).

Uma observação interessante é notar a presença homogênea de mulheres ocupando os cargos da enfermagem e residentes na obstetrícia. E que os poucos homens presentes na ala ocupavam os cargos de responsáveis pelas equipes, os cargos de chefia. Isso também foi relatado por minhas interlocutoras. Em um dos relatos foi pontuado que o único homem presente era o anestesista. Em outro que o médico que fez sua cesárea era o único homem, mas que, no entanto, ele sequer “olhou” para ela.

**Imagem 6 - “Mãe, esse relógio tá estragado?”**



(Meu) Leito 05: O espaço continha uma cama hospitalar, uma poltrona, cortinas fechando todos os lados separando os leitos, o que possibilitava escutar “as dores” das outras mulheres e ter minhas próprias “dores” compartilhadas, e esse relógio que mirei incontáveis vezes, desejando correr o tempo que insistia em rastejar. Fonte: Acervo pessoal da autora.

Algumas horas, que pareciam séculos, passaram e aquela mulher – que destoava da maior parte da equipe, não por sua cor mas por sua competência e empatia – encerrava seu expediente. Fátima foi fundamental à minha organização, encorajando e respeitando minhas decisões, enquanto mulher parturiente. Quando

fiquei enlutada pela ausência dela, as dores ficaram ainda piores: não sei se eram minhas emoções agindo ou se eram os processos normais do parto. No entanto, não parava de perguntar à minha outra anja, que já se encontrava tão desesperada quanto a filha: “Mãe, que horas são?”; “Parece que o tempo não passa!”. Perder aquela personagem de tamanha importância no meu partear, que não se encaixava aos padrões da medicina hegemônica, tornou os próximos “séculos” insuportáveis. A mulher negra, encorajadora, afetuosa, potente, inspiradora, enfermeira... foi embora às 13h. Meu filho nasceu às 14:15.

**Imagem 7: “Das dores do parto”**



Em posição litotômica por decisão da médica. Deste jeito minhas dores aumentavam consideravelmente e eu tinha a impressão de que estava dificultando o nascimento do meu filho. Fonte: Acervo pessoal da autora.

Fui levada do leito à sala de parto. Já variando e vulnerável a qualquer tomada de decisão, fui informada que precisaria de ocitocina artificial pois, segundo a equipe médica, eu não tinha mais forças - sendo colocada no oxigênio - e precisava acelerar o parto. As dores das contrações ficaram ainda mais agudas: eu já havia dito centenas de vezes para a minha mãe que eu morreria e que não suportava mais!

Cada vez que vejo as imagens do meu parto ou escuto os áudios que minha mãe gravava para mandar ao meu pai e à minha irmã, que estavam aguardando no saguão do hospital, rememoro meu parto. Ao compartilhar, a seguir, um destes áudios – assim como as imagens ao longo do trabalho, espero que possam viajar no tempo comigo e visitar meu trabalho de parto. As sensorialidades podem ser potentes na movimentação das empatias.



**Imagem 8 - Mutilada**



A episiotomia que sofri foi de 3º grau. A imagem mostra “o alívio” de ter meu filho nos braços enquanto a dor de estar sendo costurada (por mais de uma hora), a exaustão pelo TP, e milhares de outros atravessamentos que me geram um misto de sentimentos e sensações. (Acervo pessoal)

A notícia da “necessidade” de uma episiotomia cortou-me mais na alma que no períneo: “Mas eu não quero uma episiotomia! Eu prefiro laceração natural! Mãe, fala para elas!”. E minha mãe falou, o que já havia dito diversas vezes naquele dia: “Ela estudou muito sobre os procedimentos! Não quer episiotomia!”, com toda a delicadeza e respeito que uma mãe que tem sua filha e seu neto sob os cuidados que não são os seus pode ter. Mas fomos voto vencido: convencidas de que eu não conseguiria parir sem o corte, de que meu bebê corria riscos e que já estava em sofrimento (sem nenhuma evidência), de que eu não tinha mais escolha! E arrisco-me a deduzir: nem a pessoa mais “bem-informada”, em um momento de total vulnerabilidade, consegue manter totalmente a coerência e suas exigências com seus estudos prévios. Experienciava dor extrema, preocupação com meu filho e com a alteração do estado de consciência, conhecido como “partolândia”<sup>25</sup>. Sofri, então, uma episiotomia de terceiro grau (são quatro graus existentes). E, pasme, meu filho ainda assim não “passou”! Foi necessário recorrer ao fórceps, instrumento cirúrgico à extração do concepto. Simultaneamente à alegria de ter meu bebê nos braços, senti a angústia de ser costurada por mais de uma hora. Eu estava vivenciando a dor física e mental da mutilação, tão comentada nos relatos que li de mulheres sobre sua experiência de parto, assim como em pesquisas sobre o tema.

---

<sup>25</sup> Momento que ocorre durante a parte ativa do parto devido aos hormônios.

**Imagem 9 - “Corta o cordão, vovó: é um rito!”**



O médico chefe da ala perguntou se minha mãe queria cortar o cordão umbilical. No entanto, no relato de Angela, mulher negra que pariu no mesmo Hospital, no mesmo dia, com a mesma equipe, não deram esta opção para a sua acompanhante, sua mãe. Fonte: Acervo pessoal da autora.

Ainda que o momento em que minha mãe cortou o cordão umbilical tenha sido carregado de simbologia (ritualística) que me tocou de forma profundamente especial, foi antecedido por mais situações traumáticas. Tive a placenta arrancada de dentro de mim, puxada pela médica com suas mãos que adentraram o meu corpo, causando uma dor física extremamente desconfortável. E, sem que eu tivesse tempo e condições físicas/psicológicas de dizer algo, solicitaram que minha mãe cortasse o cordão umbilical. Sem esperar que meu filho pudesse ser nutrido através da irrigação sanguínea ainda pulsante no cordão. Conforme as recomendações da OMS, o corte do cordão deveria ser feito de 1 a 3 minutos após o nascimento do bebê. Visto que o sangue que ainda fica na placenta é rico em ferro. O clampeamento precoce aumenta os riscos de anemia, assim como, “o clampeamento tardio, diminui os riscos de hemorragia intraventricular, enterocolite necrosante, sepse infantil e transfusão de

sangue”, conforme afirma o obstetra e diretor do Instituto Nascir<sup>26</sup> Hemmerson Magioni.

Eu já engolia a decepção amarga por não ter conseguido ecoar minhas vontades, meus planos para o parto. Uma infinidade de sentimentos me atravessou de maneira traumatizante e ainda assombra minhas memórias do parto: a sutura da minha<sup>27</sup> episiotomia; o suporte para os pés, que me mantinha em posição litotômica, e estava “bambo”; o corpo em exaustão, os tremores e o cansaço excessivo que dificultavam manter as pernas na posição adequada à sutura. Meu corpo inteiro tremia e doía devido a força que eu estava fazendo para manter minhas pernas apoiadas e abertas somada às forças exercidas no trabalho de parto. Isso, enquanto sentia a agulha da sutura, necessitando de várias anestésias locais. E, ainda, tentando acalmar meu recém conhecido bebê, que chorava – possivelmente – estranhando o novo mundo. Tudo doía: a “cascata de procedimentos”, as muitas dores, a culpabilização por – ainda que vulnerável – permitir tantas violências experimentadas em tom “amigável”, os jalecos que transmitiam uma estranha sensação de frieza, tudo. Sem forças para reagir, sem forças para pedir que fosse feito de forma diferente, sem forças para chorar (mais). Ainda hoje, me pergunto: Por que eu me desculpava ao gritar de dor? Por que permiti tudo aquilo?

---

<sup>26</sup> <https://institutonascir.com.br/>

<sup>27</sup> Que de “tão minha” traz dores físicas e mentais, ainda hoje, após mais de um ano dessa experiência de parto e, possivelmente, seguirá comigo para sempre.

**Se me atravessa, atravessa meu filho e vice-versa: um breve relato sobre o que motiva esta mulher mãe.**

**Imagem 10 - “A culpa foi minha?!”**



Pós-parto, no hospital: Marcas do fórceps. Fonte: Acervo pessoal da autora.

Conforme já explicitado, o documentário *Renascimento do Parto* foi o que inaugurou meu conhecimento referente a existência do chamado parto “humanizado”. Tanto que tal paixão conduziu minha busca por mais informações e meu desejo por parir de forma “humanizada”. Ter um parto “natural” ou “o mais natural possível” virou uma quase obsessão; da mesma forma que se tornou para minhas interlocutoras. Entendo que contribuiu no desenvolvimento saudável (ou não) do meu filho, desde a sua morada intrauterina até após o nascimento e além. Estão costuradas nele as mais variadas decisões que tomei ao longo da minha gestação, a como planejei ou deixei de me organizar para meu parto. E assim seguirá sendo até que minha criança cresça e adquira sua total autonomia e independência. Ainda assim, em diferentes

circunstâncias, quando adulto, será também tocado pelas minhas ações. Qualquer forma de organização e tomada de decisão mobilizará o desenvolvimento dele: nutrição, afeto, a forma com que lido em situações de risco. Sobre isso, exemplifico com os cuidados na exposição da pandemia a qual estamos presenciando, da Covid-19, que atravessou toda minha gestação, parto, puerpério e o primeiro ano de vida do meu filho.

Após me tornar mulher mãe, qualquer arbítrio da minha parte, tocará meu filho. Talvez, tal afirmação pareça simplória e até mesmo banal. No entanto, peço que vislumbrem e, às que passaram pela experiência da gestação, rememorem<sup>28</sup> todo este processo: preparos para uma gestação planejada (quem planejou); gestação/pré-natal; “Gravidez não é doença!” mas dá (pode dar) enjoos, inchaços, dores de cabeça, sonolência (extrema), dores nas costas; efeitos dos hormônios da gravidez. Poderia escrever uma tese inteira referente aos atravessamentos - nada românticos - da minha gestação, no meu corpo, que nada lembram os glamourosos ensaios fotográficos da barriga ou mesmo dos partos humanizados que vemos na internet.

Foram planos frustrados, dores extremas, físicas e mentais, um pós-parto hospitalar difícil, meu filho com as marcas do fórceps eu seu rostinho, remédios, agulhadas... “Tem que fazer xixi e cocô, para poder ser liberada!”, “Tem que colocar gelo na tua episiotomia!”, “Tem que amamentar!”, e tantos outros “tem que...”. O puerpério inaugura o que merece, sem dúvidas, uma pesquisa a parte, devido ao que traduz para algumas mulheres: complexidade e a enormidade de atravessamentos que podem se apresentar. Alguns dos quais experienciei, foram: a amamentação mama ingurgitada, a “pega” inadequada do bebê, mamilos (MUITO) machucados, “Volta no hospital: vai ao banco de leite!”, um ponto da minha episiotomia que rompeu e que doía muito, mais de um mês sentindo dores agudas até cicatrizar, as consultas ao(s) pediatra(s) e as incontáveis dúvidas, inseguranças, preocupações e desacordos com o que o pediatra dizia, as vacinas e o choro do meu filho, os exames, as vitaminas, a privação do sono. Ver o dia nascer e ter a sensação de que nunca mais vai conseguir descansar. Além das cólicas, dos choros que eu não identificava a causalidade, das fraldas (MUITAS fraldas) e seus preços absurdos. Alguns familiares e amigos que não

---

<sup>28</sup> Ainda que cada qual com suas próprias experiências e particularidades.

compreendiam a decisão de não receber visitas; os palpites não solicitados sobre os mais variados assuntos do meu maternar pois, geralmente, tem alguém que fez diferente e os filhos e “estão aí: todos vivos e crescidos!”.

Até aqui descrevi apenas algumas situações da minha gestação e do primeiro mês do meu filho. Mas que são experiências comuns à maior parte dos relatos que colhi e das conversas no meu círculo de amizades, entre as mulheres mães que conheço. O fato é que para um desenvolvimento infantil saudável ao meu filho – em todos os sentidos – percebo uma teia de fatores que extrapolam o meu próprio corpo enquanto mulher, e ações, e decisões, e organizações à minha criança. Quando escrevi cartas, ao meu filho, que ainda se aninhava em meu ventre, eu já refletia e pesquisava sobre todas as questões aqui tratadas e compreendia que nada estava desconexo. Um parto adequado às minhas convicções, ou “o mais adequado possível”, levando em consideração possíveis “acidentes”/intercorrências, precisava respeitar, também, aquele outro indivíduo.

Além disso, compreendi que cada mulher traz, para o momento do parto, sua própria compreensão sobre gestar e parir, suas crenças e expectativas em relação ao parto ideal, e infinitas particularidades que influenciam nas escolhas por um partear de acordo com o que se acredita, se teme etc. Ainda que possamos ser tocadas por experiências semelhantes, no que diz respeito à gestação e ao parto, nossas decisões estão recheadas de subjetividades, expectativas e, algumas, são atravessadas pelos marcadores sociais que em suas interseccionalidades produzem violências em diferentes níveis e formas. Entende-se por “marcadores sociais da diferença”, as diferenciações que estão engendradas em nossos corpos, em nossas vidas, como: gênero, raça, etnia, orientação sexual, geração.

### Capítulo 3. Dos corpos desprivilegiados e dos que chegam ao mundo (já) preteridos...

Imagem 11 – Sobre o que a branquitude – mesmo quando empática – jamais vai entender



Angela ficou internada, passando mal, por quatro dias até o momento do nascimento de seu bebê. Teve pré-eclâmpsia e, ao se queixar que estava passando mal, afirmaram que ela estava “inventando coisa”. Ao solicitar analgesia e cesárea, recusaram e disseram que “na hora de fazer não gritou!; e, ainda, em outro momento, ao gritar de dor, disseram para não gritar, pois assustaria as outras “mãezinhas”. Fonte: Acervo pessoal de Angela.

E a minha mãe tá tão acostumada com isso... [silêncio] a gente não tá acostumada com esse negócio de ‘pode?’, ‘licença?’, que achamos normal!  
(Trecho da entrevista com a interlocutora Angela, em 17/08/2022)

Angela pariu no mesmo dia que eu, quase no mesmo horário, no mesmo Hospital. Ela foi atendida pela mesma equipe e ficou internada, no pós-parto hospitalar, no mesmo quarto que eu. Foi desta forma que nos conhecemos e ela se tornou uma amiga e, pouco mais de um ano depois, uma das minhas interlocutoras. Conforme já dito, Angela é uma mulher de 22 anos, negra, residente em uma

localidade periférica de Porto Alegre e que, até então, concluiu o Ensino Fundamental. Duas mulheres, duas realidades e diversos marcadores sociais que nos diferenciam. No entanto, nossas experiências de trabalho de parto, parto e pós-parto no mesmo hospital, com a mesma equipe, deveriam ser, minimamente, semelhantes. É previsto em lei que todas as mulheres tenham o direito de acesso à saúde, sendo “dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, Art.196). Na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), criada com intuito de redução das iniquidades, o compromisso no combate às desigualdades presentes no Sistema Único de Saúde é afirmado. Assim como o compromisso com a promoção e prevenção da saúde da população negra, de forma integral<sup>29</sup>. Mas como isso se apresenta, na concretude, extrapolando as páginas da Constituição Federal? O que os dados, as experiências, os fatos nos apontam?

É fundamental compreender que as minhas experiências, de parto e de vida, não foram e não são – em todos os âmbitos – limitadas por questões de raça, de classe e, até mesmo, de idade. Mas tais marcadores sociais impactam negativamente a vida de muitas mulheres negras e pobres no Brasil. As diferenças entre nós poderiam ser lidas como positivas e apresentarem graça e encantamento; e cores; e bonitezas; e riquezas... tal como é a diversidade da fauna e da flora. Mas as diferenças, na nossa sociedade, desaguam em diferenciações que, muitas vezes, sufocam direitos: em iniquidades; em injustiças; em diversas formas de violência; em experiências determinadas pelos marcadores sociais da diferença em suas interseccionalidades. Deveriam – racistas, lgbtfóbicos, misóginos e o Estado - não apenas tolerar as individualidades, as diferenças; não apenas garantir equidade nos direitos das cidadãs; mas, também, extrair desses diferenciais, potencialidades à sociedade.

---

<sup>29</sup> Políticas de promoção de equidade em saúde, no site do governo federal: <https://aps.saude.gov.br/ape/equidade/oquee#:~:text=Art.&text=%E2%80%9CA%20sa%C3%BAde%20%C3%A9%20direito%20de,promo%C3%A7%C3%A3o%20prote%C3%A7%C3%A3o%20e%20recupera%C3%A7%C3%A3o%E2%80%9D>.

Busco aporte em um texto lido por mim já com esta autoetnografia em andamento. Mas que me tocou de maneira substancial, para além dos próprios conceitos – relevantes a esta pesquisa - de “diferença”, “intersecção”, “marcadores sociais”. E optei, arriscadamente - devido ao tempo minguado que me atravessa enquanto pesquisadora – por inserir sua poesia: Audre Lorde (2019). Este primeiro contato com a obra de Lorde foi sugerido pela minha orientadora.

Como mulheres, compartilhamos alguns problemas; outros, não. Vocês temem que seus filhos cresçam, se unam ao patriarcado e deponham contra vocês; nós tememos que nossos filhos sejam arrancados de dentro de um carro e sejam alvejados no meio da rua, e vocês darão as costas para os motivos pelos quais eles estão morrendo. (LORDE, 2019 p.10)

Abordarei, então, questões fundamentais às relações de poder de gênero. Partindo de algumas reflexões de Lorde em alguns extratos da sua obra. Em congruência à pesquisa de Rosamaria Carneiro (2015); à obra de bell hooks (1982); retomarei os escritos de Fabíola Rohden (2001, 2002). E - ainda - alguns relatos da experiência da interlocutora Angela. Dedico este capítulo focalizado nas interseccionalidades – carinhosamente – a todas as mulheres que são atingidas pelos marcadores sociais: os corpos desprivilegiados; os corpos que chegam ao mundo (JÁ) preteridos; os corpos matáveis<sup>30</sup>.

Fiquei sentida quando ganhamos alta e tinha um pessoal [da equipe médica] falando contigo, sobre teu pós-parto. Eles não vieram falar comigo! Fiquei esperando, mas passaram reto por mim. Eu sei sobre as questões do pós-parto ouvindo o que disseram para ti, porque não conversaram comigo! Viraram as costas e foram embora! (Trecho da entrevista com a interlocutora Angela; realizada em 17/08/2022)

Tiveram toda a atenção pra falar contigo, sobre tudo. E eu fiquei atirada em um canto! Elas ficavam na tua volta, falando contigo! Comigo era só o básico! (Trecho da entrevista com a interlocutora Angela; realizada em 17/08/2022)

Nenhum procedimento, exame, etc., foi pedido autorização ou explicação. E a minha mãe tá tão acostumada com isso...a gente não tá acostumada com esse negócio de “pode?”, “licença?”, que achamos normal! (Trecho da entrevista com a interlocutora Angela; realizada em 17/08/2022)

Todavia, fica evidente, na fala da Angela, que alguns direitos na assistência ao parto, foram negados a apenas uma de nós. E não foi para a mulher de 31 anos<sup>31</sup>, branca, de classe média, universitária. Os direitos os quais pude identificar nos relatos

---

<sup>30</sup> Conceito de necropolítica, de Achille Mbembe - filósofo, teórico político, historiador, intelectual e professor universitário.

<sup>31</sup> Na época do parto eu estava com 31 anos e 11 meses.

de Angela e que não nos foram equânimes, foram: o uso da bola de pilates; o uso do chuveiro; oferta de analgesias; solicitação de permissão para a realização dos procedimentos e intervenções, principalmente nas fases latente e ativa do trabalho de parto; o acesso às informações necessárias; e a maneira com que conduziram o acolhimento: enquanto seguravam minha mão, mandavam Angela não gritar.

Durante minha internação eu também havia percebido as diferentes condutas advindas da equipe. O que corroborou, tanto quanto minhas próprias experiências de parto, em meus anseios pela escolha do tema desta pesquisa, conforme evidenciado por mim, em exercício solicitado pelo professor Alexandre Magalhães, referente ao levantamento bibliográfico, do projeto de TCC. Entendo que uma reflexão sobre os marcadores sociais da diferença e seus impactos na assistência ao parto são de extrema importância para esta autoetnografia. Visto que, para além da relevância ao debate para a sociedade, minhas experiências de parto e pós-parto também foram tocadas pelo estranhamento e uma série de sentimentos negativos relacionados à experiência da minha colega de quarto.

Apesar de uma experiência tão dolorosa, a do meu parto, se faz necessário o mergulho mais atento e cheio de recortes importantes em toda a minha experiência. A qualidade no tratamento recebido por mim e por minha mãe de toda a equipe médica não pareceu ter equidade ao modo em que outras parturientes foram tratadas. Essas observações e hipóteses emergiram, em mim, ao longo dos dias de recuperação, em quarto coletivo e diante de relatos destas colegas de quarto. E, ainda que tocada por uma situação de experimentação tão delicada em minha vida, se tornou impossível ao meu lado (quase) cientista social ignorar o problema social e vender-me às outras vivências naquele espaço. Afinal, estava - ali - ocorrendo uma diferenciação de tratamento, realmente? Se sim, quais as variáveis possíveis a isso? Raça? Suposta classe social? Nível de instrução referente ao trabalho de parto e aos próprios direitos que este momento de parto engloba? Se eu estava me sentindo mutilada, fisicamente,

muitas daquelas mulheres poderiam carregar marcas sociais constantes em suas vidas!<sup>32</sup>

Violências de gênero não são experimentadas por todas nós de igual maneira. Tal como já descrito, não somos todas agraciadas pelos direitos humanos, que deveriam ter caráter inviolável, atemporal e universal; direitos da própria “natureza” humana. Somos TODAS diferentes! Mas nossos direitos advêm de uma mesma Constituição. Nossas experiências enquanto cidadãs deveriam ser (muito) próximas, sem lacunas nos direitos. No entanto, a prática se apresenta em formatos – totalmente – afastados da legislação, principalmente, aquelas dedicadas aos corpos desprivilegiamos, em especial aos corpos negros, às mulheres negras.

Audre Lorde (2014), ao ser convidada a participar de uma conferência no Instituto de Humanidades da Universidade de Nova Iorque, desapontou-se ao ver a programação do evento. Apesar da discussão ser sobre teoria feminista, não seria nada inclusiva às questões interseccionais. E, ainda, somente, duas mulheres negras estavam compondo o grupo que exporia suas elucidações. Lorde elabora sobre sua perspectiva às diferenças:

Como mulheres, fomos ensinadas a ignorar nossas diferenças, ou a vê-las como causas de desunião e desconfiança, em vez de encará-las como potenciais de mudança. Sem comunidade não há libertação, apenas o mais vulnerável e temporário armistício entre uma mulher e sua opressão. (...) No entanto, comunidade não deve implicar um descarte de nossas diferenças, nem o faz de conta patético de que essas diferenças não existem. Aquelas entre nós que estão fora do círculo do que a sociedade julga como mulheres aceitáveis; aquelas de nós forjadas nos cadinhos da diferença – aquelas de nós que são pobres, que são lésbicas, que são negras, que são mais velhas – sabem que a sobrevivência não é uma habilidade acadêmica. É aprender a estar só, a ser impopular e às vezes hostilizada, e a unir forças com outras que também se identifiquem como estando de fora das estruturas vigentes para definir e buscar um mundo em que todas possamos florescer. Pois as ferramentas do senhor nunca derrubarão a casa-grande. (LORDE, 2014, p. 126)

É imprescindível que pensemos na “ciência” que defende o binarismo entre os termos “mulher” e “homem” na compreensão de gênero, enquanto refutada/

---

<sup>32</sup> Realizei as disciplinas das duas ênfases: sociologia e antropologia. Projeto de TCC em Antropologia foi mediada pelo professor Caleb Faria; e Projeto de TCC em Sociologia foi mediada pelo professor Alexandre Magalhães.

antiquada/ultrapassada. Visto que, dessa forma, estaremos silenciando diferenciais dentro – inclusive – do que é ser mulher e das categorizações que desnudam a ideia ingênua de unidade, que advém de uma das vertentes do movimento feminista. Vertente pautada nas “urgências” das mulheres brancas de classe média! Não somos, enquanto mulheres, um bloco homogêneo e – muito menos – nos ofertam direitos de maneira igualitária.

Ao realizar, durante minha graduação, a disciplina Gênero e Sexualidade, mediada pela docente Fabíola Rohden, entrei em contato com alguns textos os quais são fundamentais ao tema desta pesquisa. Sendo assim, abordarei mais destas obras, como a de bell hooks (1981). A autora trata, em seus escritos, sobre questões referentes aos conceitos de interseccionalidade, focando especialmente nos marcadores de raça, gênero e capitalismo e, partindo deles, analisa a perpetuação dos sistemas de opressão e de dominação de classe. Afirma também, que houve - em meados dos anos 70 – uma crítica ao movimento feminista em relação às pautas das mulheres negras. Porém, entende que a essência do feminismo é antirracista e que somente serão alçados os objetivos da luta feminista quando as mulheres estiverem em comunhão. Retrata a intencionalidade das sufragistas brancas quanto à manutenção da supremacia branca, compactuando com a segregação racial: “Enquanto o racismo das mulheres brancas defensoras dos direitos das mulheres vinha à superfície, a frágil ligação entre elas e as ativistas negras foi quebrada.” (HOOKS, 1981, p.6). Segundo ela, o que corrobora com os escritos desta pesquisa, “é o compromisso em erradicar a ideologia da dominação que é permeável na cultura ocidental em vários níveis – sexo, raça e classe” (HOOKS, 1981, p.138).

Quando começou o movimento contemporâneo em relação ao feminismo, houve pouca discussão sobre o impacto do sexismo sobre o estatuto social das mulheres negras. A classe alta e média das mulheres brancas que estavam à frente do movimento não fizeram nenhum esforço em enfatizar que o poder patriarcal, o poder que os homens usam para dominar as mulheres, não é apenas um privilégio das classes altas e médias dos homens brancos, mas um privilégio de todos os homens na sociedade sem olhar a classe ou a raça. (HOOKS, 1981, p.64)

Hooks traz em seus escritos que o sexismo advindo dos homens negros existe desde antes mesmo da escravatura americana. E elucida esta afirmação ao relatar a diferenciação nos papéis de gênero explícitos no trabalho destinado às mulheres

escravizadas. Os senhores brancos designavam para estas mulheres tarefas entendidas enquanto “masculinas”. Mas aos escravizados não designavam tarefas ditas “femininas”. As mulheres trabalhavam no campo, por exemplo. Porém, os homens não cuidavam das crianças. “As políticas sexistas do governo branco e colonizador americano” apenas reiterou aos homens negros escravizados a ideia já estabelecida de que os homens seriam “superiores às mulheres” (HOOKS, 1981, p.64).

Pensando ainda nas intersecções entre raça, classe e gênero relacionadas às desigualdades no acesso à saúde no Brasil, costuro à obra de Hooks os escritos de Rosamaria Carneiro (2015). A autora dá luz à reflexão sobre como o corpo das mulheres negras é compreendido através de discursos em diferentes perspectivas: profissionais da saúde; feministas negras; mulheres e pessoas encontradas em espaços de serviços de saúde. Carneiro parte da experiência de Marcela, “uma mulher pobre, sozinha, jovem e negra, parindo sozinha e depois considerada deprimida” (CARNEIRO, 2015, p.421) para abordar as relações entre raça, gênero e classe na assistência ao parto. Em suas análises, os discursos sobre Marcela nas passagens em que o racismo é dissimulado, teriam diferentes leituras a depender dos discursos que consideram e potencializam a existência de marcadores sociais.

Importante, também, retornar à obra de Fabíola Rohden (2002). A pesquisadora conta que a obstetrícia e a ginecologia, da época vigente descrita no seu trabalho, afirmava em suas práticas e discursos que era “preciso introduzir uma disciplina moral e corporal entre as mulheres de posição social inferior” (ROHDEN, 2002, p.110) de forma especial. O que demonstra um atravessamento interseccional entre classe e gênero na medicina voltada às mulheres no século XIX. Caso a medicina propagasse esta afirmativa na atualidade poderia ser compreendida enquanto discriminatória e, até mesmo, ilegal. Lembremos: as análises antropológicas devem – sempre – considerar os contextos das intercorrências. Assim, se faz importante compreendermos como se deu este processo de construção da especialidade da obstetrícia e da ginecologia para, a partir daí, refletirmos sobre o que nos ficou de herança da/na medicina que pretende prevenir e promover a saúde das mulheres. O que nos é ferramenta no debate para pensarmos a possibilidade de atravessamentos

de relações de poder principalmente na medicina hegemônica. Segue extrato dos escritos de Rohden:

A mulher passava a ter um lugar privilegiado no hospital, seja através do estabelecimento de maternidades, ou da criação de unidades de consulta ginecológica. Nesse empreendimento, teve um papel fundamental o argumento em torno da especificidade feminina. As doenças das mulheres eram percebidas como difíceis e acompanhadas de muito sofrimento e sensibilidade nervosa, o que requeria atendentes especialmente treinados para lidar com os perigos desse excitação nervosa. O tratamento era delicado e não poderia ser efetuado com sucesso na balbúrdia de um hospital geral. Outro argumento dirigia-se à condenação do tratamento domiciliar ainda em voga e que, especialmente nas classes pobres, não dava resultados satisfatórios. Era preciso introduzir uma disciplina moral e corporal entre as mulheres de posição social inferior. (ROHDEN. 2002, p.110)

Nota-se que há um progresso no movimento hospitalar e acadêmico ao que se refere às especialidades da saúde das mulheres. Então, elas ganharam espaço “privilegiado” no ambiente hospitalar, tanto com o surgimento das maternidades quanto dos consultórios ginecológicos. No entanto, a defesa em propagar a importância de um espaço feminino nestes ambientes da saúde se deu na argumentação de que as mulheres sofriam com doenças e especificidades próprias de seu gênero. Tais doenças eram ditas difíceis para o corpo médico. E, ainda, devido ao “excitamento nervoso”, necessitavam de profissionais os quais estivessem treinados para lidar com estas mulheres. Além da questão moral sobre o corpo das mulheres, envolvida em tal argumentação estava o adendo referente às mulheres de classes pobres. Afirmavam que estas “mulheres de posição inferior” necessitavam de uma intervenção moral ainda mais profunda e satisfatória. O que demonstra uma concepção que estabelece relação de determinado(s) comportamento(s) “inadequado(s)” com a classe social a qual estas mulheres ocupavam.

Transcrevo, a seguir, um desabafo da interlocutora Simone que dá luz a outro marcador social: idade/geração. Ao relatar sua experiência de parto, aborda observações as quais considera possibilidades de explicações às vivências que considerou como violentas. Lembrando que Simone é uma mulher de 26 anos mas que, quando passou pela assistência ao parto, tinha 24 anos. Para análise, segue sua fala:

De repente se eu fosse mais velha o tratamento seria outro. Toda aquela questão de interseccionalidade! Talvez teriam levado em consideração

quando eu disse que sabia que estava no expulsivo! (Trecho de entrevista com Simone, em 21/08/2022)

Ao elaborar uma suposição sobre o que poderia ter sido a causalidade dos atravessamentos os quais ela considerou como violentos, Simone se referia de maneira geral ao seu processo de gestação e parturição. Este trecho da entrevista ocorreu no final do seu relato. No entanto, é importante listar o que de suas vivências Simone compreendeu e sentiu serem ações violentas por parte das equipes da sua assistência pré-natal e de parto. O que a própria Simone considerou como violência, em sua experiência no pré-natal e no parto, foi: a forma irônica com que a sua obstetra abordava o parto humanizado e como lidava com o fato de Simone ter plano de saúde e fazer pilates mas optar pelo atendimento no SUS; a maneira como foi recebida na triagem do Hospital São Lucas da PUCRS, onde solicitaram que ela fosse para o seu hospital de referência em meio ao trabalho de parto, já com 4cm de dilatação; a recusa da enfermeira em lhe fazer exame de toque quando Simone sentiu que já estava no expulsivo e, ainda, quando lhe disse para “lutar” contra a vontade de fazer força; quando Simone solicitou analgesia, a mesma enfermeira afirmou que buscaria a anestesia, no entanto não retornou; Simone relatou, também, não ter recebido informações sobre aleitamento e outras questões relevantes para o puerpério, no pós-parto hospitalar, mesmo quando solicitou. Ela acredita, então, que possa ter sofrido estas experiências devido a sua idade. Que por ser jovem foi, possivelmente, considerada imatura para a maternagem.

Trago, para finalizar este capítulo, o discurso de Sojourner Truth. Que foi uma mulher abolicionista ex escravizada que confrontou a concepção da burguesia referente ao conceito de “feminilidade”, na época (1851). Ao participar da Convenção dos Direitos das Mulheres, em Ohio, fez o discurso que veio a ficar bastante conhecido e que veio a dar nome ao livro de bell hooks, *Ain't I a woman?*. Truth foi interpelada por um homem branco da plateia o qual lhe proferiu: “Eu não acredito que tu sejas realmente uma mulher!”. Sendo seguido por uma legião de mulheres brancas as quais entenderam que uma mulher negra não deveria ter voz. Pois se tratava de uma criatura “sem valor para o título de mulher”. Então gritaram: “Não a deixem falar! Não a deixem falar! Não a deixem falar!”. Ela resistiu aos protestos e veio a se tornar uma personagem emblemática para as feministas. Como sendo uma das primeiras mulheres a chamar a atenção e abordar a reflexão sobre “o destino da mulher negra

escrava que, forçada pela circunstância de trabalhar lado-a-lado com os homens negros, era uma viva personificação da verdade que as mulheres podiam ser iguais aos homens no trabalho.” (HOOKS, 1981, p.115). Hooks conta, ainda, que não foi coincidência Truth ser autorizada a falar após um homem branco. O qual abordou ser contrário aos direitos igualitários para as mulheres tendo enquanto argumentação a ideia de que nós seríamos muito fracas para desempenhar tarefas manuais/braçais. Explicando que, segundo ele, seríamos em nossa natureza fisicamente inferiores aos homens. O que Truth responde a todo o público presente é o que encerra este capítulo. Mas que, em hipótese alguma, dá fim ao debate das violências geradas à partir das interseccionalidades que permeiam todos os âmbitos da nossa sociedade. O que torna este conceito fundamental ao debate desta pesquisa.

Bem, crianças, atrevo-me a dizer algo sobre este assunto. Eu acho que quer os negros do Sul e as mulheres do Norte estão a falar sobre direitos, os homens brancos estarão em dificuldade em breve. Mas o que é isto que estão a falar? Esse homem aí há pouco disse que as mulheres precisam de ajuda para subir às carruagens e levantadas sobre as poças, e de me cederem os melhores lugares ... e não sou eu uma mulher? Olhem para mim! Olhem para os meus braços! (ela arregaçou a manga direita da camisa) ... Eu lavei, plantei e colhi para os celeiros e nenhum homem podia ajudar-me – e não sou eu uma mulher? Eu posso trabalhar tanto quanto qualquer homem (quando eu puder fazê-lo) e ser chicoteada também – e não sou eu uma mulher? Eu dei à luz cinco crianças e vi todas serem vendidas para a escravatura e quando chorei a minha dor de mãe, ninguém senão Jesus ouviu – e não sou eu uma mulher? (HOOKS, 1981, p.115)

#### **Capítulo 4. Antropologias, sociologias, filosofias: (algumas) análises possíveis.**

Intento, aqui, abrir reflexões referentes ao tema da pesquisa em congruência a alguns conceitos e teorias com intuito de aprofundar minhas análises a respeito das experiências minhas e das interlocutoras ao que se refere às nossas vivências de parto e à assistência que recebemos das equipes médicas. Mas, também, trazendo teorias, conceitos, contribuições bibliográficas que possam ser relevantes ao entendimento das relações de gênero e outras apreciações relevantes ao tema. Visando, identificar possíveis relações de poder generificadas na assistência ao parto na obstetrícia hegemônica e no parto humanizado. Busco ainda, contribuir ao diálogo acadêmico crítico mas, sobretudo, dar continuidade ao debate das mulheres, com as mulheres.

quando eu era criança eu não gostava de negros; falava que jamais namoraria um negro. Como eu sabia que não podia gostar de negro? Eu queria ter o cabelo liso! Pensava: eu não quero ser negra; lá fora eu vou apanhar! (Trecho da entrevista com a interlocutora Angela, em 17/08/2022)

Enquanto conversávamos em uma confeitaria no bairro onde Angela mora, entraram dois policiais. É possível afirmar que tinham em sua postura e em seu rosto um “ar” de superioridade: peitos estufados, mãos no coldre, encarando minha interlocutora. Sequer olharam para mim, o que demonstra quais são os corpos alvo. Foram até o balcão e disseram à atendente que “estavam apenas observando” e, em seguida, saíram do estabelecimento. Reproduzindo um “procedimento” padrão ao qual eu, enquanto mulher branca, não costumo me sentir intimidada. No entanto, já presenciei diversas vezes condutas semelhantes direcionadas às minhas amigas pretas. Ela continuou contando sobre seu parto, apesar de mudar o tom de voz: passou a falar baixinho, se perdendo um pouco em seu raciocínio. Assim que aquelas duas figuras que representam o Estado foram embora, Angela comentou:

Isso que aconteceu, por exemplo [apontando para a porta], já me dá medo! Porque estamos só sentadas, conversando e eles vem, olham... parece que é só pra... [fica em silêncio por um tempo e retoma seu relato sobre o parto]. (Trecho da entrevista com a interlocutora Angela, em 17/08/2022)

Entendo relevante mobilizar alguns conceitos de Foucault (1975, 1976, 1977)<sup>33</sup> que, apesar de já estarem em parte volumosa dos debates nas Ciências Sociais e em outras áreas, nos ajudam a pensar sobre os mecanismos de poder e estratégias as quais estão aliados. Nestes primeiros parágrafos, dou continuidade às questões que atravessam, principalmente, as mulheres negras, mas que contribuem ao entendimento, também, das relações de poder de gênero de forma abrangente. O que motiva minha escolha de transbordar o capítulo sobre as interseccionalidades no que diz respeito às violências de gênero até esta seção, fica explícito na forma com que minha interlocutora foi tratada tanto em sua experiência de parto quanto pela polícia, em plena confeitaria. Enquanto todas as pessoas brancas, ali presente, abocanhavam seus bolos e salgados provavelmente sem ao menos perceber a presença daqueles que agem em nome do Estado - quiçá alguns sintam-se mais seguros ao avistar uma

---

<sup>33</sup> A obra *Em defesa da sociedade* foi compilada a partir das aulas de Foucault no Collège de France.

farda - a presença dos policiais impactou o comportamento de Angela, desestruturando sua linha de pensamento.

Para tal, penso ser significativo tornar presente o nome e, conseqüentemente, a história de KATHLEN ROMEU!<sup>34</sup> Para quem não se recorda, ela era uma mulher negra, de 24 anos, grávida de 3 meses, que teve sua vida e a vida do seu bebê ceifada pelo braço opressivo e violento do Estado no Rio de Janeiro, a polícia militar, no dia 08 de junho de 2021. A investigação concluiu que o tiro que atingiu esta mulher e seu filho, não de pele alva mas de pele alvo,<sup>35</sup> foi disparado por um policial militar.

Kathlen representa, aqui, os corpos sacrificáveis; o *homo sacer*, de Agamben; o descartável, de Mbembe; os desclassificáveis, de Bourdieu; desta e de tantas outras nações. A desclassificação, o encarceramento, a dominação, o genocídio da população negra, das mulheres negras, dão continuidade - como um penoso motor - as minhas análises e reflexões.

A compreensão foucaultiana sobre poder ajuda a explicar as práticas exercidas pelo Estado e pelas classes hegemônicas. Vislumbrar a dinâmica do poder com uma possível conexão ao místico - o poder associado a magia - não perpassa a boniteza das bruxarias, porém, a uma face cruel e aterrorizante do poder do Estado e, também, das micro relações. Não há analogia ao desaparecer ilusionista, de entretenimento, mas a um poder concreto e doloroso: ao **sumir** com o direito à vida. Algumas leitoras podem estar se perguntando: “Mas qual é a relação com o parto?”. E eu respondo: ao analisarmos dados e experiências levando em consideração os marcadores sociais, no caso gênero e raça/etnia, podemos afirmar que os riscos que engendram as mulheres parturientes negras são maiores. De acordo com notícia publicada no site da Câmara dos Deputados em 02/12/2021,<sup>36</sup> o Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva, publicado pela organização Criola aponta que “para cada 100 mil

---

<sup>34</sup> Dedico estas linhas, afetosamente, em memória de Kathlen e de todas as mulheres pretas que tiveram suas vidas roubadas pelo Estado ou por qualquer circunstância atravessada por violência.

<sup>35</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=4pBp8hRmynI>

<sup>36</sup> A pesquisa sustentou a criação do Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva. <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/clp/noticias/mortalidade-materna-entre-negras-e-77-maior-no-pais-da-201cdemocracia-racial201d>

nascimentos no município do Rio (...) houve 71 mortes de brancas e 188 de pretas”. Aponta, ainda, que em “todo o Brasil, foram 1.114 óbitos, sendo que as mortes entre negras é 77% superior às das brancas”. Estes dados demonstram, tal qual as experiências relatadas por Angela, a existência da reprodução de hierarquias na medicina obstétrica com relação à raça das mulheres parturientes.

Baseando-se nesta reflexão, é possível identificar que o que marca todo o debate proposto nesta pesquisa no que diz respeito às opressões e/ou violências as quais podemos sofrer enquanto mulheres parturientes, é que alguns corpos sofrem mais e outros menos na assistência ao parto. E que o que podemos identificar como violência obstétrica muitas vezes advém da reprodução de opressões estruturadas no seio da nossa sociedade. Segundo artigo de Lia Maria Siqueira (2021), integrante da Organização Criola, a opressão

é mais um mecanismo de reiteração da hierarquização social atravessado por classe, gênero, sexualidade, identidade de gênero, deficiências, idade e status de migração que, na vigência do racismo, ganha contornos ainda mais perversos. Assim, combatê-la demanda esforços no sentido de enfrentar o racismo, promover equidade racial, social, defender os direitos humanos como meios necessários para a consecução do que chamamos Justiça Reprodutiva. (SIQUEIRA, 2021, n.p)

Foucault (1976) nos apresenta o conceito de biopoder que busca um ordenamento, um controle social em benefício ao que chama de corpo saudável da população. Sobre o exercício do poder, o autor estabelece duas situações: um dos pontos seria referente ao que delimitaria o poder de maneira formal, através de regras de direito. A outra situação, sobre o que esse poder produz enquanto verdades ou efeitos de verdade. Segundo Foucault, o biopoder é “o direito de fazer morrer ou de deixar viver. O que, é claro, introduz uma dissimetria flagrante” (FOUCAULT, 1976, p.287). E os dados nos mostram quais são os corpos que estão na mira do “fazer morrer”, na assistência ao parto no Brasil. Ele analisa que, no final do século XVIII, surge o que chamou de biopolítica:

De que se trata nessa nova tecnologia do poder, nessa biopolítica, nesse biopoder que está se instalando? Eu lhes dizia em duas palavras agora há pouco: trata-se de um conjunto de processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade de uma população, etc. São esses processos de natalidade, de mortalidade, de longevidade (...) primeiros alvos de controle dessa biopolítica. (FOUCAULT, 1976, p.289-290)

Ele aborda discursos que legitimam e são legitimados através de uma tríade: poder-direito-verdade. Ele explica que os discursos soberanos - na Idade Média, época a qual ele se referia em sua aula - se constituíram em três eixos tradicionais: o genealógico, visando “fazer com que a grandeza dos acontecimentos ou dos homens passados possa caucionar o valor do presente, transformar sua pequenez e sua cotidianidade em algo igualmente heroico e justo” (FOUCAULT, 2002, p.77); a memorização, perpetuando a lembrança das “façanhas” dos poderosos; e, o exemplo, como uma lei viva. Segundo Foucault, vivemos em regimes de verdade (cada sociedade com seu regime de verdade) que são escolhidas sem isenção de interesses políticos e econômicos.<sup>37</sup> Arrisco uma metáfora, na tentativa de elucidar este pensamento foucaultiano. Recupero o relato referente a minha relação com a minha médica do pré-natal e a forma com que ela lidava com meu desejo por um parto humanizado:

quando eu tinha crises de ansiedade: demonstrando preocupação, até mesmo de forma afetuosa, aconselhava-me a parar de pesquisar sobre parto (...) Ela, apenas, reproduziu (por vezes) - como quem realmente está disponível e, até mesmo, é terna com seus pacientes - uma medicina atravessada por poder de gênero em sua construção histórica. (Relatos sobre o pré-parto)

Agora imaginemos os três eixos de Foucault atravessando o corpo da mulher médica. Se pensarmos a genealogia, a memorização e o exemplo partindo dos preceitos foucaultianos, aproximando dos processos históricos da ginecologia e da obstetrícia, podemos analisar de maneira mais aprofundada meus relatos. Não é novidade que é atribuída à profissão médica uma valorização social e econômica. O que possivelmente explica ser o curso mais caro das universidades particulares, se dá no conceito de Bourdieu (1979) sobre "desenvolvimento homotético". Segundo o sociólogo, é a distância entre grupos sociais que se mantém mesmo quando as classes baixas conquistam direitos. Sendo assim, o genealógico foucaultiano pode ser visto, metaforicamente, na própria instituição médica ou através de nomes os quais as instituições dão poder: através dos currículos acadêmicos. A memorização se dá na perpetuação, nos currículos, destes "clássicos" da medicina que, hegemonicamente, são homens cis brancos de classes altas, resgatando suas "façanhas" enquanto

---

<sup>37</sup> Parte destes escritos foram elaborados, por mim, na disciplina Sociologia III: Novas Sínteses Teóricas, entregue ao docente José Carlos dos Anjos. Por compreender que estes conceitos são relevantes ao debate desta pesquisa e que os corpos das mulheres negras são os mais atingidos pela violência de gênero.

médicos. E, o exemplo, pode ser compreendido na figura dos professores acadêmicos enquanto modelo a seguir. Desta forma, a mulher médica teria em suas próprias agências e pensamentos, sem que perceba conscientemente, as relações de poder generificadas advindas da sua formação acadêmica. Reproduzindo o que pode ser entendido enquanto um ciclo de manutenção do poder hegemônico de gênero.

Penso ser considerável comentar o assassinato da população negra no Brasil, sobretudo, pensando na morbimortalidade materna e neonato das mulheres parturientes negras e suas filhas e filhos, através dos olhos do filósofo Achille Mbembe (2015). Pois, suas análises foram constituídas em um espaço, uma realidade e um tempo mais aproximados da negritude brasileira contemporânea. O que torna mais adequado à descrição e um entendimento em relação aos processos bárbaros vividos no país. Sua teoria aborda questionamentos e conclusões as quais Foucault, em seu tempo e contexto, não produziu. Mbembe nos apresenta uma relação do biopoder foucaultiano com os conceitos de estado de exceção e estado de sítio.

As, em média, 77% das vidas perdidas das mulheres negras em comparação às vidas das mulheres parturientes brancas, em sua experiência de parto, apontam para uma reflexão: nossa política é centrada em uma produção de assassinatos em larga escala, eliminando os "descartáveis". Isto é o que Mbembe chama de Necropoder. Por que os corpos das mulheres pretas são os que mais sofrem com a morbimortalidade em sua experiência de parto?

Ao pensar o conceito de biopoder, Foucault está inserido em uma época de ascensão do capitalismo. O sistema, na época vigente, necessitava de força de trabalho: o corpo como uma máquina de produção. Sendo assim, o Estado precisava encontrar modos de instrumentalizar a conduta e as práticas para que pudesse obter o controle da população e de cada indivíduo. A questão, agora, não é mais a disciplina dos corpos, mas a "segurança" da população. Segundo Foucault, "a velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano é agora, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida" (FOUCAULT, 1988, p.131). Porém, atualmente, o capitalismo opera de outras formas. É possível associarmos ao que Marx chamava de "trabalho morto", uma força de trabalho

acumulada em forma de maquinário, tornando os indivíduos dispensáveis, descartáveis.

O que ocorre, então, segundo Mbembe, é que - se falando politicamente - passamos de uma biopolítica a uma necropolítica. De uma política voltada à produção de vida - ainda que seletiva - para uma política a qual carrega enquanto objetivo o extermínio dos descartáveis, dos não rentáveis. Em outras palavras: passamos de uma política que visa produzir a vida, o bios, controlando os indivíduos, mantendo-os dóceis e úteis (produtivamente), mantendo um ordenamento (uma política que se assemelha a um “trabalho de vida”) para uma política em que o estado de exceção virou regra. Mbembe sugere a noção de necropoder e necropolítica para explicar de que formas, na contemporaneidade, subjagam a vida ao poder da morte. Já que a noção de biopoder seria insuficiente para explicar a realidade contemporânea. Aborda, ainda, sobre as novas tecnologias de destruição, como as armas de fogo, que servem ao “(...) interesse da destruição máxima de pessoas e da criação de ‘mundos de morte’, formas novas e únicas da existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o status de ‘mortos-vivos.’” (MBEMBE, 2016, p.146).

O que vemos no cotidiano das mulheres negras, no país, é esta política da matabilidade. Onde o capitalismo opera de forma explosiva, ocasionando o terror, a barbárie. Este terror vem sendo disseminado, principalmente, através de um conjunto tecnológico do Estado: a polícia.

Sobre a constituição da polícia, na obra de Foucault, podemos concluir que a definição para tal se deu de diferentes formas, de acordo com o tempo e o espaço. Segundo ele, a polícia é um golpe de Estado permanente. Mas o que Foucault não abordou em sua teoria e que ao caso atual e brasileiro é de suma importância, é a reflexão sobre o estado de exceção. Isto ocorre quando o poder - e, segundo Mbembe, não necessariamente é o estatal - impõe uma ordem legal por intermédio por ultraje da própria lei. Ou seja, através da suspensão da lei. A ação policial, ou de figuras/instituições hegemônicas, veste o estado de exceção como forma de normalização de seus atos. Por exemplo, não caracterizando a morte da negritude brasileira como homicídios ou não atentar para a diferenciação nos índices de

mortalidade das mulheres pretas em seus partos em detrimento das mulheres brancas.

Pensemos, novamente, nos corpos das mulheres negras que são mortas quase duas vezes mais do que as mulheres brancas, em sua experiência de parto. Refletindo sobre as formulações de Mbembe, é possível compreender quando ele afirma que este poder também advém de outras maneiras que não a do Estado, que se legitima "intervenções" e práticas que fogem da lei quando é mobilizado por determinados grupos sociais. Ou seja, a morte em massa das mulheres negras parturientes é legitimada. Afinal, a ferramenta do "golpe de Estado permanente" atira e mata a mulher gestante e seu bebê, enquanto passeia na rua. Por que não o faria usando, enquanto tecnologias, as instituições hospitalares?

Retomando os pensamentos de Foucault, julgo significativo abordar uma outra forma de vigilância, além da policial/estatal/coercitiva: a vigilância interiorizada.

E, aqui, rememoro o relato da interlocutora Bell:

Querendo ou não, a gente imacula o parto e apesar de estudarmos sobre isso [se referindo ao feminismo], é difícil conseguirmos desfazer essa imagem. Principalmente para quem sempre quis ser mãe! Desfazer essa imagem do parto imaculado, na cabeça! Então eu tive dificuldades, inclusive, com o nu do parto! Que, por ter tido doula, pude ir trabalhando. (Trecho de entrevista com Bell, realizada em 25/08/2022)

Ou seja, para que a ordem seja efetiva e o controle constante, ocorre um mecanismo o qual o filósofo chama de "Modelo panóptico" (FOUCAULT, 1975). O pensamento e a nomenclatura advém do próprio modelo arquitetônico projetado para prisões. Devido ao seu formato físico, os cárceres nunca sabiam se estavam ou não sendo vigiados. Sendo assim, seu comportamento deveria ser linear para não receber punição. Para Foucault, a sociedade vive um reflexo desse modelo. Fomos adestradas, ensinadas a sermos disciplinadas, ordenadas através de punições e premiações, lembrando o método behaviorista. Dessa forma, o poder age - ou espera agir - de forma sutil (sutil, geralmente, quanto aos corpos da branquitude). Somos constantemente vigiadas por nós mesmas.

Embora as mulheres e, principalmente, as mulheres negras brasileiras ainda vivam (quando/enquanto seu direito à vida não é cessado) a segregação de forma

latente - ainda que experimentem os delírios dos sexistas e, ainda, as mulheres pretas lidem com uma branquitude fóbica - há uma contra história a ser contada e uma contra história (ou histórias) em curso. Foucault (1976) nos propôs, também, uma inversão de análise: uma narrativa que nasce a partir da luta das raças e que conta uma a contra história. É a voz que fala do lado sombrio, a partir da sombra.

No Brasil, vivenciamos nas últimas décadas, uma retomada, um levante das mulheres. O movimento feminista e, principalmente, o viés do movimento feminista negro e, também, algumas mulheres acadêmicas contam as histórias das vencidas. O movimento e algumas mulheres pesquisadoras são uma "ferramenta" de luta: trazem o discurso daquelas que não tem a glória, ou daquelas que "a perderam e se encontram agora, por uns tempos talvez, mas por muito tempo decerto, na obscuridade e no silêncio..." (FOUCAULT, 1999, p.82):

Não temos, atrás de nós, continuidade; não temos, atrás de nós, a grande e gloriosa genealogia em que a lei e o poder se mostram em sua força e em seu brilho. Saímos da sombra, não tínhamos direito e não tínhamos glória, e é precisamente por isso que tomamos a palavra e começamos a contar nossa história" (FOUCAULT, 1999, p.82).

Este foi um extrato do texto sobre o curso mediado por Foucault, onde ele fala sobre o novo discurso da guerra das raças. Todavia, encaixa-se de maneira precisa à luz da realidade do movimento feminista contemporâneo, das mulheres pesquisadoras que produzem conhecimentos mobilizando questões de gênero e, principalmente, das mulheres negras em sua luta por direitos.

Foucault (1985) aponta o que concerne às teorias que pontuam o sexo em discurso. Ele trata a questão a partir da crença de uma história de crescente repressão ou, o que ele chama, de uma hipótese repressiva. Questiona os discursos que sustentam essa hipótese e, principalmente, visa identificar os mecanismos de poder e estratégias as quais estão aliados. O autor apresenta essa "hipótese repressiva" da sexualidade, que emerge dos discursos, em um contexto da era vitoriana burguesa - como símbolo da repressão e da interdição do sexo. Segundo ele, em meados do século XVII, no Ocidente, houve uma tolerância com o "ilícito" às práticas sexuais. No entanto, nessa era vitoriana, a moral burguesa teria conduzido a sexualidade à heterossexualidade (família conjugal), legitimada através da intencionalidade da

reprodução enquanto modelo e discurso da verdade. Ou seja, a repressão foi o principal método de ligação entre o poder, o saber e a sexualidade. Em síntese, a obra de Foucault analisa, enquanto argumento principal, os discursos referentes à sexualidade na Grécia Antiga. Ao que se refere Foucault (1985) quanto as clínicas médicas, pode-se dizer que são espaços onde se produz discursos referentes a sexualidade e o comportamento das pessoas. Sendo, então, um local de biopoder estando relacionado aos dispositivos do poder do Estado, na época vigente em sua obra.

Partindo de algumas elucidações de Carmen Simone Grilo Diniz (1996), pensemos o conceito de “gênero” na definição essencialista, que a dinâmica social a qual estamos inseridas determina, o que poda a reflexão referente ao feminino e ao masculino. A leitura dos papéis sociais se constrói e desconstrói socialmente, a depender de diversos fatores, tais como a historicidade, a cultura e o tempo. Eles tem o que a autora chama de “caráter mutante”. E tais construções/desconstruções sociais se dão “no espaço de interação, conflito e instabilidade”, em todos os âmbitos da dinâmica social, inclusive no parto: “numa interação entre sujeitos múltiplos, contraditórios, que se ‘engendram’ mutuamente” (DINIZ, 1996, p.181). Diniz traz um extrato importante à discussão da fala de Lauretis, referente às potencialidades epistemológicas do feminismo, concebendo o sujeito social de outra forma, que não o padrão normativo:

um sujeito constituído no gênero, sem dúvida, mas não apenas na diferença sexual, e sim por meio de códigos linguísticos e representações culturais; um sujeito ‘engendrado’ não só na experiência das relações de sexo, mas também de raça e classe: um sujeito, portanto, múltiplo em vez de único, e contraditório ao invés de simplesmente dividido. (DINIZ, 1996, 181)

É interessante costurar no extrato de Diniz e nas reflexões a partir de Foucault e Mbembe, algumas considerações do ensaio bibliográfico de Fabíola Rohden (1998). Ao abordar duas obras - uma de Emily Martin, outra de Thomas Laqueur – de relevância aos temas dos corpos e das sexualidades, Rohden correlaciona tais pensamentos, o que corrobora com as análises desta pesquisa. É possível afirmar que Laqueur aborda a trajetória histórica referente ao entendimento que diferencia os sexos até a compreensão contemporânea. Conforme a autora, a “maneira inovadora como concebe as categorias sexo e gênero” (1998, p.127), tem grande relevância

devido a sua abrangente temporalidade. Apesar das duas obras analisadas terem, enquanto objeto central, temas distintos, trazem conexões em vários aspectos. A obra de Martin, se dá partindo da intervenção dos corpos das mulheres através da medicina ginecológica e obstétrica. Rohden, à ótica dessas duas obras, então, apresenta ideias que nos auxiliam na compreensão acerca do binarismo de gênero e, ainda, das questões de corpo e sexualidade em articulação entre história e antropologia. Podemos, então, pensar a concepção do conceito de gênero como uma construção que parte de contexto cultural e histórico, sendo então mutável. Para os gregos, conforme elucidado na obra, existia um único sexo biológico: o que, para eles, diferenciava a compreensão do que é ser “homem” ou “mulher” era o nível de “perfeição” desses corpos. Segundo Rohden sintetiza:

dependendo da quantidade de calor atribuída a cada corpo, ele se moldaria, em termos mais ou menos perfeitos, em um corpo de homem quando o calor foi suficiente para externalizar os órgãos reprodutivos, ou em um corpo de mulher quando foi insuficiente e os órgãos permaneceram internos. (ROHDEN, 1998, p.128)

É possível entender, ainda, tal visão do corpo masculino enquanto ícone, na cultura vigente à época, sobre a estrutura básica do corpo enquanto hierárquica às relações de poder. Esse “modelo de um sexo”, conforme Laqueur, prevalece até o Renascimento, nascendo, então, o “modelo de dois sexos”: através da ciência, da forma de compreender os corpos, de uma “revolução” epistemológica e sociopolítica. Segundo Rohden, um “clamor social”, “associado a uma multiplicidade de causas”, desaguou em tal reformulação referente ao entendimento dos funcionamentos dos corpos (órgãos sexuais). O corpo da mulher, então, passou a ser um “campo de batalha” para definir as relações sociais. Laqueur apresenta ainda, conforme a autora, outras temporalidades e fatos históricos que modificaram - epistemologicamente e politicamente - as compreensões sobre gênero, sexo e sobre os corpos das mulheres. E também modificaram o que para ele é o mais importante em sua obra: a compreensão de que não existe representação “correta” do corpo da mulher em relação ao corpo do homem. Sendo a ciência da diferença mal interpretada.

De acordo com o trabalho de Rohden (1998), a autora Martin parte de 165 entrevistas com interlocutoras pertencentes a diferentes “comunidades” com diferentes marcadores sociais e da análise de depoimentos e manuais médicos da

ginecologia e da obstetrícia para pesquisar o que essas mulheres e o que os especialistas compreendem sobre útero, menstruação, hormônios, etc. Ela traz, ainda, aspectos históricos para suas reflexões. Segundo Rohden sintetiza:

A cultura médica seria um sistema cultural cujas ideias e práticas perpassam a cultura popular. Isso poderia ser visto a partir da utilização do conceito de metáfora. Tanto os textos médicos quanto os depoimentos das mulheres estariam expressando, através de metáforas, concepções mais gerais sobre a sociedade, concepções estas que têm fundamento nos processos econômicos, sociais e políticos em curso em um dado momento. (ROHDEN, 1998, p.132)

Conforme a autora, Martin aborda o conceito de metáfora enquanto “convincente na questão da circulação de discursos”. Dessa forma, demonstra que a maneira com que as mulheres compreendem a representação de seus corpos está relacionada à forma com que a sociedade determina, de maneira geral, esses corpos, sempre de acordo com cada contexto social, cada momento histórico. Rohden traz, então, uma dessas passagens: onde, a partir do século XIX, na segunda etapa da Revolução Industrial, “a ideologia da produção concretizada nas fábricas é tão abrangente que chega aos corpos” (1998, p.132). E ao que se refere, partindo, principalmente, da análise dos textos médicos da época, aos corpos das mulheres, está – metaforicamente – associado às fábricas na “produção” de filhos, em conformidade com a forma como a sociedade é pensada, nesse período histórico. O que permite a compreensão do corpo e da sociedade sendo parte de uma organização hierárquica, dentro de um sistema fabril. Segue, extrato do texto de Rohden, explicitando o pensamento da época:

No caso do corpo feminino, esse sistema funciona a partir da sequência cérebro hormônios-ovários, os quais se comunicam hierarquicamente. O bom andamento do sistema tem como resultado a produção de novos seres humanos. E qualquer evento que fuja a este objetivo implica uma desvalorização. É o caso da menstruação e da menopausa. Segundo Martin, tal como é descrita em textos médicos e em livros populares, a menstruação aparece como uma falha na produção. Todo o sistema estava preparado para gerar um novo produto e se isto não aconteceu é devido a algum tipo de falha. Já a menopausa é definida como o momento do término da produção, quando as máquinas já estão cansadas e começam a apresentar defeitos até que, finalmente, cessam de funcionar. Com referência à concepção hierárquica, pode-se apontar o fato de que as falhas acontecem porque algum elemento deixou de obedecer aos sinais de comunicação enviados pelo órgão superior. No caso da menopausa, os ovários é que deixariam de responder, quebrando a hierarquia da produção. (ROHDEN, 1998, p.132-133)

O texto de Martin traz o olhar das mulheres sobre seus próprios corpos ao exemplo de suas locuções a respeito do período pré-menstrual ou “tensão” prémenstrual. No entanto, conforme Rohden analisa – brilhantemente – a posição da

pesquisadora, ao afirmar enquanto positivo o “reconhecimento” da área médica, demonstra “dificuldade”. Rohden dá luz à reflexão sobre o equívoco da autora que “parece esquecer” que a medicina e os discursos diversos são construídos e mutáveis. O que permite afirmar que, tanto esse conjunto de sintomas quanto seus conceitos estão sujeitos à possibilidade de mudanças, ao longo do tempo, a depender dos contextos. Ao “reconhecer” como positiva a nomeação de tensão pré-menstrual, Martin revela, segundo Rohden, seu desassossego em elencar alternativas à dominação das mulheres. E completa:

A questão da dominação é, mais uma vez, o que está por trás de seu argumento quando afirma que os sintomas que as mulheres descrevem na tensão pré-menstrual podem ser entendidos como indicativos de um processo de liberação. (...) Falar das perspectivas de liberação das mulheres, por mais importante que seja politicamente, não resolve os impasses metodológicos de sua investigação. O ponto de partida da dominação já aponta para onde os resultados da pesquisa deveriam chegar, fazendo com que os esforços explicativos cessem antes de articular melhor os problemas. (ROHDEN, 1998, p.133)

É possível compreender as angústias de Martin. Porém, para além de seus anseios por mudanças na realidade das mulheres nas questões de dominação masculina, seguindo o raciocínio de Rohden percebemos que Martin acaba deixando um esvaziamento ao que se refere à complexidade dos dados coletados em sua pesquisa. Ao sugerir, em suas considerações finais, por exemplo, que a construção social da medicina está conectada a um contexto de hierarquia e poder/ controle, e, logo em seguida, afirmar que as mulheres, partindo de suas experiências comuns a partir do corpo, podem “confrontar as concepções da medicina”. No entanto, é construção social, também, o que Martin chama de “experiência comum das mulheres”. Rohden, elaborando o que motiva sua ressalva, afirma que

Essa ressalva não seria necessária se a autora falasse de práticas discursivas ou linhas de força em contraposição. Mas, de modo distinto, ela prefere conceder um estatuto diferenciado a essa experiência. Embora diga que não se trata de uma volta à natureza, mas de um outro tipo de cultura, Martin localiza a noção de experiência a partir do corpo. Em função de vivenciarem processos corporais particulares, as mulheres conseguem ter a capacidade de articular melhor dimensões ideologizadas em domínios separados, como casa e trabalho, natureza e cultura, amor e contrato. Sendo assim, uma vez que se tornassem conscientes desse processo ou característica comum, poderiam ser capazes de perceber o problema dessas dicotomias e propor uma nova ordem social. (ROHDEN, 1998, p.134)

A análise continua e, em estranhamento, fala da forma com que Martin deixa passar o fato de que possivelmente não seria só uma habilidade das mulheres a

elaboração de novas maneiras de ver as realidades. Apontando que o que Martin fez em seus escritos foi uma suposição. Como se a categoria “as mulheres” fosse desconexa da cultura na qual as mulheres estão inseridas; como se não coexistissem em comunhão às relações sociais com os homens. Rohden afirma que é coerente, em alguns casos, o uso do conceito de metáfora como ferramenta às associações para

mostrar como o conteúdo de textos médicos e representações das mulheres não é o resultado exclusivo de descobertas científicas, mas tem relação com conjuntos de pensamento predominantes, ideias-chave, presentes de uma forma mais ampla em um determinado contexto social. (ROHDEN, 1998, p.135)

Mas que, no entanto, a autora reduz sua pesquisa a “subentendidos”, como, por exemplo, quando trata da dominação masculina ou da alienação das mulheres. Pois apresenta suposições ao invés de demonstrar correlações entre micro e macroprocessos. Em suas palavras:

o uso da ideia de metáfora não é levado às últimas consequências porque a noção mais geral com a qual os comportamentos ou discursos mais específicos seriam relacionados não é descoberta e sim pré-concebida. (ROHDEN, 1998, p.135)

Rohden também correlaciona os escritos de Martin e Laqueur, apontando para o fato de que Laqueur incorpora a perspectiva foucaultiana de maneira mais aprofundada que Martin. E sua relevância, aos estudos de corpo e sexualidade, transgridem a dicotomia entre “natureza” e “corpo”. A partir de uma perspectiva de pluricausalidade e desnaturalização dos objetos, para Laqueur e Foucault o corpo já não é mais compreendido como algo puramente biológico e a sexualidade “não é simplesmente construída por um único processo”. Como exemplo, Rohden cita a medicalização. Tais problemas sociais exigem um maior aprofundamento, um maior esforço do pesquisador. Já os escritos de Martin parecem presos a objetos e teses garantidos, sem relativizar tais pressupostos, o que acaba por ser reducionista. Para Rohden, é de suma importância que o corpo ocupe um lugar na pesquisa que extrapole a concepção biologizante, sem considerar as questões contextuais, históricas. Para ela, o corpo é

um campo maleável de fluxos que participa na elaboração de inúmeras possibilidades que envolvem discursos, práticas e intervenções concretas. O corpo continua sendo real, mas só pode ser analisado através das diferentes formas de agenciamento que assume em distintos momentos históricos. Em vez de o corpo ser algum substrato irreduzível ou base sobre a qual se assentam as representações sociais, ele se transforma em uma dentre tantas outras variáveis que compõem os processos sociais capazes de engendrar determinados objetos. (ROHDEN, 1998, p.137)

Já no preâmbulo de seu artigo (1993), Judith Butler apresenta a seguinte indagação: “Por que nossos corpos deveriam terminar na pele?”. Deste modo, a autora dá luz ao questionamento referente às formas de poder e à materialização que é imposta aos corpos (matéria) através da hegemonia heterossexual (simbólico). O que resulta no domínio de corpos/objetos.

Esta hegemonia heterossexual define, então, o que é objeto da performatividade. Para Butler, performatividade é um conceito que se afasta (inclusive, se opõe) da performance emergida da encenação roteirizada e voluntária. Segundo ela, o conceito deve ser entendido enquanto “prática reiterativa e citacional pela qual o discurso produz os efeitos que ele nomeia” (BUTLER, 1993, p.111). Estando, então, relacionada à ideia de sujeito social. O que representa a imposição de uma normatividade e uma escolha inconsciente. Norma esta que traduz a heterossexualidade enquanto modelo dominante a produzir um ideal de feminino e masculino. A autora aborda o conceito de “ideal regulatório”, de Foucault, e complementa que o “sexo”

não apenas funciona como uma norma, mas é parte de uma prática regulatória que produz os corpos que governa, isto é, toda força regulatória manifesta-se como uma espécie de poder produtivo, o poder de produzir — demarcar, fazer, circular, diferenciar — os corpos que ela controla. (BUTLER, 1993, p.110)

Em suma, a reformulação da performatividade resulta, então, em: Performatividade de gênero sendo teorizada com a prática forçosa e reiterativa dos regimes sexuais regulatórios; Agência não é escolha individualista ou voluntarista, mas é condicionada pelos próprios regimes de discurso/poder; Hegemonia sexual da heterossexualidade, circunscreve e contorna a “materialidade” do sexo, sendo esta formada e sustentada através da materialização de normas regulatórias;

Materialização de normas exige processos identificatórios (assunção de normas); Externo constitutivo: abjeto como limites da vida corporal.<sup>38</sup>

Resgato novamente, com intuito de findar o capítulo, reflexões sobre a historicidade da obstetrícia e ginecologia, da obra de Rohden. Visto que nela é possível identificar neste processo os conceitos abordados acima. A pesquisadora elucida mais uma questão relevante ao tema: o controle dos corpos das mulheres prostitutas e o esforço em coibir a emancipação das mulheres. Havia, segundo o texto, a obrigatoriedade de utilização do espéculo<sup>39</sup> nessas mulheres. Em Paris, ao regulamentarem a prostituição (1810), o espéculo tornou-se um “instrumento de controle sanitário e policial” (ROHDEN, 2002, p.113). As mulheres prostitutas registradas eram obrigadas a fazer exame ginecológico, com uso do espéculo, regularmente. Tal instrumento, que havia sido abolido durante a Idade Média e a Renascença, foi reintroduzido na ginecologia. Sua obrigatoriedade nas prostitutas caso fosse atualmente, seria entendido como discriminação. Alguns médicos, contrários ao uso do instrumento, alegavam que o uso do espéculo causaria prazer e levaria as mulheres jovens ao quadro clínico de histeria, à masturbação e “as aproximaria da condição de prostitutas” (ROHDEN, 2002, p.113).

Abordo o pensamento de Butler intentando refletir o discurso médico e suas práticas, do período vigente à obra de Rohden. Quando a medicina obrigava algumas mulheres a realizar exame ginecológico, quando extrapolavam os assuntos de saúde e adentravam nas questões morais das mulheres e, ainda, quando definiam o papel social dessas mulheres, estavam regulando os corpos femininos. Se o “sexo”, conforme Butler “é uma das normas pelas quais o ‘alguém’ simplesmente se torna viável, é aquilo que qualifica um corpo para a vida no interior do domínio da inteligibilidade cultural” (BUTLER, 1993, p.111), então as mulheres que – por ventura – fugissem à norma, estariam ao mesmo tempo “deixando de ser sujeito” e rearticulando “os próprios termos da legitimidade e da inteligibilidade simbólicas.” (BUTLER, 1993, p.112). Butler acredita que processos de desidentificações coletivas podem contribuir para “uma recontextualização da questão de se saber quais corpos

---

<sup>38</sup> Aula mediada pela professora Fabíola Rohden para a disciplina Gênero e Sexualidade

<sup>39</sup> Instrumento para exame ginecológico.

pesam e quais corpos ainda devem emergir como preocupações que possam ter um peso crítico.” (BUTLER, 1993, p.113). Sendo assim, penso que as mulheres as quais, de alguma forma, se emancipam ou se emanciparam das normas regulatórias que materializam a diferença sexual, cada qual em seu tempo e contexto, estão contribuindo ou contribuíram para recontextualizações dos papéis de gênero e sexo.

Em outra obra, Rohden (2001) analisa o caso chamado “Abel Parente”. Abel Parente foi um “médico italiano radicado no Brasil e dedicado à obstetrícia e à ginecologia, ou às moléstias de senhoras, como mais comumente se falava.” (ROHDEN, 2001, p.173) Ele desenvolveu uma técnica de anticoncepção através de “um tipo de raspagem das paredes do útero e injeções, que impedia temporariamente a concepção” (ROHDEN, 2001, p.173). Atuando no Rio de Janeiro entre o final do século XIX e início do século XX, ele acreditava que a esterilização das mulheres poderia modificar o comportamento delas e, conseqüentemente, transformações na sociedade vigente. Visto que a sexualidade feminina era da ordem da procriação, apenas. E se estas mulheres “não tiverem o peso da concepção a controlar o seu apetite sexual tornar-se-ão todas prostitutas.” (ROHDEN, 2001, p.175). Ou seja, a oposição de parte da medicina “às moléstias de senhoras” quanto a questão da anticoncepção era de cunho moral. A pesquisadora buscou identificar quais as “definições de família e de relações de gênero estão por trás dos discursos envolvidos.” (ROHDEN, 2001, p.174). O debate no período foi acalorado, chegando aos higienistas e desaguando em rupturas na ala médica. E as questões levantadas na ocasião podem hoje ser articuladas “com a questão mais geral referente à historicidade da criação da diferença entre os sexos e gêneros.” (ROHDEN, 2001, p.174).

Os médicos chegaram a elencar características que, segundo eles, seriam provenientes do corpo da mulher prostituta. Ou seja, as mulheres prostitutas seriam diferentes fisicamente e em suas personalidades das mulheres “normais”. Apresentariam, então, traços e comportamentos específicos:

o andar, o sorriso, o olhar, a preguiça, a mentira, a depravação e o alcoolismo, até a ausência de senso moral, apetite sexual exaltado e limitados recursos intelectuais eram indicadores apontados pelos médicos. Elas eram o símbolo da anti-higiene e consideradas as grandes fontes de transmissão de doenças,

especialmente as venéreas. Mas o que as caracterizava enfaticamente era a sua sexualidade sem limites ou fronteiras. (ROHDEN, 2001, p.175)

Havia, na época, uma grande preocupação na possibilidade de emancipação das mulheres. O que entendiam enquanto “ameaça à ordem estabelecida” (ROHDEN, 2001, p.175). Ao definirem um estereótipo da mulher prostituta, definiam o mesmo às que buscavam uma vida diferente do que seus lares e suas famílias representavam. O oposto da prostituta eram as mulheres “mães” e “esposas”.

Existia um misto de crenças de que a sexualidade feminina se restringia à reprodução e qualquer forma de emancipação da mulher era entendida como promiscuidade. Os métodos anticoncepcionais representavam perigo às mulheres e à sociedade, já que seus corpos eram doentes e necessitavam de controle moral. Havia um medo da categoria médica de que as mulheres “de família” virassem mulheres prostitutas. Já que entendiam o prazer dos corpos femininos e a “ausência da finalidade reprodutora” prejudiciais a elas e à ordem social. (ROHDEN, 2001, p.175).

A obstetrícia e a ginecologia se constituíram, então, de maneira a contribuir para o controle dos corpos das mulheres. Sendo uma, possível, ferramenta à ordem social que regulava a moral feminina, delimitando através do discurso e da ação o papel das mulheres na sociedade. As normas regulatórias materializando o “sexo”. “Por que nossos corpos deveriam terminar na pele?” (BUTLER, 1993, p.110).

### **Violências simbólicas nos ritos de passagem**

Partindo dos escritos de Sonia Hotimsky (2001) é possível e importante elucidar algumas questões já desgastadas pelas ciências. Mas que se fazem fundamentais às discussões do tema. Sabe-se que o processo de parturição se dá através da correlação entre natureza e cultura: é um ato fisiológico – o que o torna universal – e, ao mesmo tempo, produzido/construído culturalmente. A concepção da correlação entre “natureza” e “cultura” é parte fundamental da discussão antropológica e científica como um todo.

Segundo Hotimsky, apesar de não ser um campo novo, ainda na contemporaneidade ele mobiliza uma enormidade de interesses. Em seu texto, a autora elucida uma série de contribuições dos principais autores que se debruçaram sobre o tema. Aborda, por exemplo, os estudos sobre os “ritos de passagem” de Arnold Van Gennep, afirmando que ele foi um dos primeiros a apontar às ciências antropológicas, que o nascimento e o parto seriam um dos períodos de transição. Segundo ele, cada indivíduo de qualquer sociedade tem sua vida e suas agências envolvendo diversas passagens de um grupo de idade para outro grupo, que ocasionam mudanças nos papéis sociais e são marcados por “ritos de passagem”. Os ritos seriam facilitadores às mudanças de status ou condição social no ciclo da vida. Ou seja, facilitariam para que as rupturas sociais não fossem violentas ao indivíduo. A gestação e o parto, seriam então, para Gennep, facilitadores na vida das mulheres: uma preparação para a maternidade. E na vida dos bebês, seria a condição de ser social. Ele traz, ainda segundo a autora, uma reflexão sobre as diferenças entre concepção, gestação, parto e maternidade enquanto atos que extrapolam a fisiologia, abordando esses eventos como também culturais. Nas palavras de Hotimsky, “há um retorno social do parto, assim como há uma maternidade/paternidade social que é distinta da maternidade/paternidade física, e um casamento social que é distinto da união sexual.” (Hotimsky, 2001, p.42).

Outra contribuição para a Antropologia do Parto que Hotimsky elucida é o papel da antropóloga/militante da humanização do parto Robbie Davis-Floyd. Inspirada em Gennep, Davis-Floyd reflete sobre o que chama “rito de transição”. Sua principal obra, *Birth as an American Rite of Passage*, não conta ainda com tradução para o português. Sendo assim, apresento um pouco sobre seus escritos partindo, também, do texto de Simone Grilo Diniz (2002). Davis-Floyd, em sua pesquisa, fala do contexto estadunidense, onde realiza cem entrevistas com mulheres de classe média, profissionais da área da saúde. Pretende, em sua obra, explorar as experiências dessas interlocutoras quanto ao parto e sua “formatação cultural”. Defende que todas as sociedades canalizam o processo de parir/nascer através dos ritos de passagem. Esses ritos, para Floyd, carregam valores os quais são socialmente partilhados. Segundo Diniz, uma das principais contribuições da autora ao debate antropológico sobre o parto se dá ao afirmar que a hospitalização do parto (em detrimento ao nascer em casa) não acarretou um processo de desritualização. Muitos acreditam que os

rituais do parto, são observáveis apenas em sociedades/ culturas ditas “primitivas”. No entanto, ela elucida o oposto: essa migração do parto para o ambiente hospitalar desaguou, segundo Davis-Floyd, “na mais elaborada proliferação de rituais em torno deste evento fisiológico já vista no mundo cultural humano” (DAVIS-FLOYD, 1992, p.02 *apud* DINIZ, 2002, p.524). Floyd traz referências da antropologia, do movimento feminista e do movimento de saúde das mulheres para pensar as relações de partos e seus rituais. Analisa os sistemas de crenças e valores, do seu contexto geográfico e temporal, pensando o lugar das ciências, das tecnologias e das instituições em seu esforço de expressar e perpetuar os ritos do/no parto hospitalar. Os procedimentos da assistência ao parto são, segundo ela, os ritos. Floyd, em um dos seus capítulos, traz uma análise simbólica dessas rotinas na assistência, como

(...) o uso da cadeira de rodas para a admissão da parturiente, a separação da família, a troca das roupas pelas batas abertas do hospital, a lavagem retal, a permanência no leito e a limitação de movimentos, a privação de comida e de água, o uso de soro na veia, o uso de ocitocina para aumentar as contrações, o rígido controle de tempos e movimentos, os usos da analgesia e anestesia, a ruptura das membranas, o monitoramento fetal interno e externo, os toques vaginais, as orientações de quando fazer ou não fazer força, a transferência do pré-parto para a sala de parto, a posição deitada, com as pernas para cima e imobilizadas, o uso de panos cirúrgicos estéreis, de mãos atadas, de máscaras e de desinfetantes; e por fim a episiotomia (corte da vulva e vagina) – e ainda os procedimentos do pós-parto e da assistência ao bebê. (DINIZ, 2002, p.524)

Compreendendo a relevância dos clássicos da Antropologia e da Sociologia ao debate da pesquisa, abordo o conceito de “poder simbólico”, de Bourdieu (1989). O que acredito ser possível costurar à obra foucaultiana e em todas mais delineadas até aqui. O que nos dá ferramentas para pensar a possibilidade dos ritos serem atravessados por uma violência simbólica generificada. O objetivo se dá em demonstrar as ideias de Bourdieu para, então, relacionar com a teoria feminista, de Sardenberg (2011), no que diz respeito à dominação masculina na sociedade em que habitamos e a violência simbólica.

Pierre Bourdieu em *O poder simbólico* (1989), organiza suas considerações analisando os sistemas simbólicos como estruturas estruturantes; os sistemas simbólicos como estruturas estruturadas, passíveis de uma análise estrutural; as produções simbólicas como instrumentos de dominação; e os sistemas ideológicos

que os especialistas produzem à luta pelo monopólio da produção ideológica legítima. Em sua primeira síntese, Bourdieu afirma:

O poder simbólico é um poder de construção de realidade que tende a estabelecer uma ordem gnoseológica: o sentido imediato do mundo (e em particular do mundo social) supõe aquilo a que Durkheim chama o conformismo lógico, quer dizer, uma concepção homogênea do tempo, do espaço, do número, da causa, que torna possível a concordância entre as inteligências.” (BOURDIEU, 1989, p.9)

O autor define, enquanto poder simbólico, um poder invisível que só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem (BOURDIEU, 1989). Contextualizando os conceitos de Bourdieu, podemos analisar experiências e situações sociais lidas enquanto “naturais” como constituídas através de manifestações do “poder simbólico”. Trago o exemplo das relações afetivas inseridas em sistemas patriarcais. Para ele, as manifestações de dominação, hierarquização, acomodação e produção de consenso, na expressão do poder simbólico, são uma constante nas relações.

O capítulo que nos é relevante a esta pesquisa está dividido em quatro subtítulos. No primeiro, o autor aborda a arte, a religião, a língua, etc., como estruturas estruturantes (modus operandi/modo de operação). O que, segundo ele, determina nossa maneira de agir, operar ou executar determinadas atividades. Seguindo, sempre, os mesmos padrões nos processos. No segundo subtítulo, o autor fala dos sistemas simbólicos como estruturas estruturadas (opus operatum). E, em seu terceiro subtítulo, aborda as produções simbólicas como instrumentos de dominação.

A análise estrutural constitui o instrumento metodológico (...). É o que se vê bem na representação que Saussure, o fundador desta tradição, fornece da língua: sistema estruturado, a língua é fundamentalmente tratada como condição de inteligibilidade da palavra, como intermediário estruturado que se deve construir para se explicar a relação constante entre o som e o sentido. (BOURDIEU, 1989, p.9)

Analisa ainda:

a cultura que une (intermediário e comunicação) é também a cultura que separa (instrumento de distinção) e que legitima as distinções compelindo todas as culturas (designadas como subculturas) a definirem-se pela sua distância em relação à cultura dominante. (BOURDIEU, 1989, p.11)

No último subtítulo do capítulo, Bourdieu elucida os sistemas ideológicos legítimos enquanto instrumentos de dominação estruturantes exatamente por serem

estruturados. Reproduzindo, então, de forma irreconhecível a estrutura do campo das classes sociais. Os sistemas simbólicos cumpririam, assim, sua função social e política, a partir das suas produções, através do acúmulo de poder material e simbólico da classe detentora desses poderes. Porém, não seria apenas a classe privilegiada que buscaria monopólio dos espaços e meios de produção simbólica. Assim como, em busca do poder simbólico e da violência simbólica. Todas as esferas, da sociedade, coexistem – segundo ele - em constante luta hegemônica.

Bourdieu não trabalhou diretamente com o conceito de gênero. Entretanto, seu pensamento sobre o masculino e o feminino traça aproximações à diversas autoras feministas. Ele aborda a questão da “dominação masculina”, principalmente, a partir de uma perspectiva simbólica. Para Bourdieu, a dominação masculina seria uma das formas de violência simbólica. Por esse conceito, Bourdieu compreende o poder que impõe significações, impondo-as como legítimas. Dissimulando as relações de força que sustentam a própria força. Ou seja, uma manutenção de poder que se mascara nas relações; que se infiltra em nosso pensamento, à nossa concepção de mundo e às nossas agências.

Bourdieu denuncia um modo de pensar pautado pelas dicotomias e oposições. Além disso, enfatiza que essas concepções “invisíveis” chegam a nós e nos levam à formação de esquemas de pensamentos impensados. Ou seja, quando acreditamos carregar liberdade em nossos pensamentos, acreditamos agenciar nossas ideias, desconsiderando que esse “livre pensamento” está atravessado por interesses, preconceitos, opiniões alheias. O sociólogo afirma que uma relação desigual de poder comporta uma aceitação dos grupos dominados. Não sendo, necessariamente, uma aceitação consciente e deliberada. Mas, principalmente, de submissão pré-reflexiva. Em decorrência disso, a própria socialização dos corpos estaria tingida por essas ideias. “O corpo biológico socialmente modelado é”, conclui Bourdieu:

um corpo politizado, ou se preferimos, uma política incorporada. Os princípios fundamentais da visão androcêntrica do mundo são naturalizados sob a forma de posições e disposições elementares do corpo que são percebidas como expressões naturais de tendências naturais. (BOURDIEU, 1989, p.156)

A biologia e o corpo seriam, então, “espaços” onde as desigualdades entre os sexos - aqui resumidas na ideia de dominação masculina - seriam naturalizadas. Esta

noção nos remete à Joan Scott e à Judith Butler, bem como ao viés das feministas pós-estruturalistas. Em relação à violência de gênero, a antropóloga feminista Sardenberg (2011) comenta:

Por “violência de gênero”, refiro-me a toda e qualquer forma de agressão ou constrangimento físico, moral, psicológico, emocional, institucional, cultural ou patrimonial, que tenha por base a organização social dos sexos e que seja impetrada contra determinados indivíduos, explícita ou implicitamente, devido à sua condição de sexo ou orientação sexual. (SARDENBERG, 2011, p. 1)

Sardenberg elucida que, tanto as mulheres quanto os homens, podem ser alvos da violência de gênero. E, numa perspectiva que transcende o binarismo de gênero, outros gêneros mais também poderiam ser. Não importando suas orientações sexuais, já que gênero não tem relação com a orientação sexual. Porém, complementa afirmando que, devido à ordem de gênero sexista regente em nossa sociedade que, segundo a autora, está “inscrita e perpetrada nas nossas instituições sociais, nos nossos sistemas de crenças e valores e no nosso universo simbólico” (SARDENBERG, 2011, p. 2), são as mulheres que mais estão expostas a este tipo de violência.

As violências físicas, psicológicas, sexuais, simbólicas e outras praticadas contra as mulheres se configuram, portanto, enquanto formas da violência de gênero contra a mulher. A violência simbólica para Sardenberg, por sua vez, é aquela que se infiltra na cultura e que está na base das outras violências; e, ainda, sendo ela fundamentada pelo poder simbólico que se quer invisível e reforçado pelos que o exercem e pelos que estão (in)conscientemente sujeitos a ela. Em suma, violência simbólica é, portanto, a mola propulsora de todas as outras violências. Violência invisível, sutil e, ainda mais perigosa, propagada todos os dias em nossa sociedade.

De fato, a violência de gênero se expressa com força nas nossas instituições sociais (falamos então de violência institucional de gênero) e, de maneira mais sutil, embora não menos constrangedora, na nossa vida cultural, nos atacando (ou mesmo nos bombardeando) por todos os lados, sem que tenhamos plena consciência disso. Diariamente, ouvimos piadinhas, canções, poemas, ou vemo-nos diante de contos, novelas, comerciais, anúncios, ou mesmo livros didáticos (ditos científicos!), de toda uma produção cultural que dissemina imagens e representações degradantes, ou que, de uma forma ou de outra, nos diminuem enquanto mulheres. Essas imagens acabam sendo interiorizadas por nós (até mesmo as feministas “de carteirinha”), muitas vezes sem que nos demos conta disso. Elas contribuem sobremaneira na construção de nossas identidades/ subjetividades, diminuindo, inclusive, nossa auto-estima. Isso tudo se constitui no que chamamos de violência simbólica de gênero, uma forma de violência que é,

indubitavelmente, uma das violências de gênero mais difíceis de detectarmos, analisarmos e, por isso mesmo, combatermos.” (SARDENBERG, 2011, p. 2)

## **Incongruências do movimento pelo Parto Humanizado**

Minha percepção, aqui em casa, eu e o Alexandre - os dois da Sociais - pensamos sobre essa questão [parto humanizado] como algo do neoliberalismo. Transfere para a mulher a responsabilidade: se ela não conseguir, ela é a culpada! A mulher que deve buscar a informação, tem acesso, pode pesquisar...se chega na hora do parto e não consegue, é a única responsável pelo sucesso do parto! (Trecho da entrevista com a interlocutora Simone, em 21/08/2022)

Após um debate – de extrema relevância – com a minha orientadora Fabiene Gama, que veio a corroborar com a análise das experiências das minhas interlocutoras, (re)construí minha maneira, superficial e essencialista, de pensar o tema desta pesquisa. Ainda que eu seja uma defensora da humanização do parto, em âmbito privado, se fazia urgente relativizar essa compreensão a partir da minha visão antropológica e científica, ao adentrar em meu trabalho. As paixões, ainda que estejam impregnadas no corpo da mulher pesquisadora, precisam estar – muito – evidentes a essa pesquisadora. Que ela desnude suas paixões a ponto de conseguir vislumbrar o que das análises é paixão e o que das análises se faz possível ou necessário um olhar ampliado. De modo que não atravesse o trabalho de maneira ingênua. Mas que potencialize o debate, de forma lúcida e – embora afetuosa – coerente e justa. Sendo assim, dedico as próximas escritas a todas àquelas as quais eu possa ter, em minhas relações, atravessado de forma extremista, ao defender o movimento pelo Parto Humanizado apaixonadamente.

É a única situação que tenho de queixa do hospital! Porque parece que está [se referindo a enfermeira] deixando por mim. Mas no fundo, no fundo, não deixa por mim. Não é tão humanizado, assim! Pode ser uma violência fazer exame de toque toda hora?! Pode! Mas eu pedi para ela fazer! Porque eu precisava saber! Eu estava com muita dor, queria saber em que nível estava... porque se eu continuasse com 5 [se referindo à dilatação] eu pediria uma anestesia! E ela disse, apenas, que não! Ela não acreditou que eu sabia sobre o que estava sentindo! Não acreditou que eu sabia as fases do parto! Chamei várias enfermeiras e não deram bola! Apesar de serem respeitadas, elas não levavam em consideração o que eu estava falando!  
(Trecho da entrevista com a interlocutora Simone, em 21/08/2022)

Simone aborda questões relevantes para pensarmos o debate das incongruências pelo Parto Humanizado, em seu formato aplicado em alguns espaços,

como no Hospital o qual ela pariu: Hospital de Alvorada. Quando a interlocutora retrata solicitar o exame de toque em sua experiência de parto, e recebe recusa da enfermeira que lhe acompanhava, podemos – em um primeiro momento – entender que a profissional estava cumprindo com seu trabalho de forma rigorosa e eficiente. Ao decidir recusar, ela está seguindo as recomendações da OMS e do Parto Humanizado. No entanto, conforme Simone elucida, estava pedindo pelo exame. Se o movimento pela humanização na assistência tem – enquanto um de seus princípios – evocar o protagonismo e a autonomia das mulheres, não estaria a enfermeira censurando essa máxima? Aqui, penso importante um adendo: a figura da enfermeira representa a instituição a qual trabalha. O Hospital de Alvorada se intitula humanizado, conforme podemos confirmar em seu site que, na página destinada à obstetrícia, diz: “Centro de Parto Normal com 8 quartos concebidos a que a gestante tenha o seu parto normal neste próprio ambiente, com acompanhante dentro dos mais modernos conceitos de humanização do parto.”<sup>40</sup> Simone falava a verdade, sabia o que estava acontecendo com seu corpo, a partir dos seus estudos prévios referentes ao parto. Tanto que, o que aconteceu depois, traduz sua afirmação. Simone relata que sabia que estava no expulsivo. Seu corpo, durante as contrações, fazia força “sozinho”. E a enfermeira lhe dizia para controlar essa vontade de fazer força e que ela deveria “lutar contra essa vontade e segurar”. Poucos minutos depois, seu companheiro viu que a cabeça do seu filho já estava “saindo”. Simone conta:

Então isso foi muito agressivo para mim! Meu corpo tremia, fazia força sozinho! E eu ficava lutando contra aquilo! Ficava segurando a vontade de fazer cocô! Segurando! Eu sabia que tava errado! Sabia que deveria fazer força! Mas como ela me disse, fiquei com medo! Eu tinha certeza do que eu sabia e tudo isso começou a me fazer muito mal: eu tava exausta! (Trecho da entrevista com a interlocutora Simone, em 21/08/2022)

O Hospital Presidente Vargas, o qual partejei, também pretende ser um hospital que segue preceitos “humanizados”, conforme já explicitado. Apesar de não exporem da mesma forma como faz o Hospital de Alvorada, pode-se confirmar tal informação através da Classificação enquanto participante do Projeto Hospital Amigo da Criança e Cuidado Amigo da Mulher. O projeto, já citado nesta pesquisa, através do Ministério da Saúde, garante auxílio financeiro aos hospitais que cumprem as práticas estabelecidas pelo projeto que tem, enquanto fundamento, as práticas da

---

<sup>40</sup> [hospitaldealvorada.com.br/obstetrícia/](http://hospitaldealvorada.com.br/obstetrícia/)

humanização do parto. Outros hospitais de Porto Alegre participam do projeto, como: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Hospital Fêmeina; Hospital Santa Casa; Hospital Conceição.<sup>41</sup> Sendo assim, a “cascata de procedimentos” que eu e meu filho sofremos, ou ainda as situações que Angela, minha colega de quarto, experienciou e relatou, partiram de uma instituição que integra um projeto que preza pelos preceitos da “humanização”. Assim como se deu em relação às vivências das interlocutoras Rosa (Hospital Fêmeina) e Bell (Hospital Santa Casa).

Em seu relato, Rosa reflete sobre uma questão que carrega atravessamentos muito profundos. Ela relata que, durante seu pré-natal, optou por não pesquisar sobre o parto. Ela preferiu “deixar fluir para não alimentar a ansiedade”. Conta que confiou nos profissionais da saúde e que deixou que eles definissem o que seria mais adequado ao nascimento da sua filha. Para alguns defensores do Parto Humanizado, isso seria impensável. Uma mulher não deveria entregar o protagonismo “tadinho” nas mãos “medicalocêntrica”, “tecnocêntricas”. No entanto, para muitas mulheres, como Rosa, uma organização prévia de seus partos causa angústias e movimenta questões psicopatológicas. É importante fazer um adendo, referente às experiências de pré-parto dessa interlocutora. Rosa perdeu sua mãe<sup>42</sup> no seu primeiro mês de gestação. Conta que, para além das questões da ansiedade, precisou lidar com burocracias que a morte da mãe exigiu e também com seu luto. Não é necessário e seria impossível que todas as mulheres, no Brasil, desejassem os mesmos modelos de parto. Ainda que tivéssemos, todas, acesso às informações sobre parto e toda sua teia. Mais uma vez, se faz urgente resgatar os conceitos de “natureza” e “cultura”, em comunhão. Dessa forma, deixo aqui um questionamento:

Respeitar as mais variadas formas de pensar e agenciar o partejar, ainda que extrapolem as recomendações da OMS e/ou recusem o Parto Humanizado, não seria o mesmo que dar o protagonismo e a autonomia a essas mulheres, sobre seus partos e seus corpos? E, ainda, de acordo com as diversas teorias que visitamos, nossas

---

<sup>41</sup> Informação retirada da reportagem Partos Humanizados ganham incentivo do SUS: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/amp/2014/05/Partos-humanizados-ganham-incentivo-doSUS-4512595.html>

<sup>42</sup> Deixo, aqui, meus mais sinceros e profundos sentimentos à Rosa e seus familiares. Tive a alegria de conhecer a Carmen, a qual dedico, também, esses escritos, com amor.

agências, mesmo quando acreditamos ter autonomia e protagonismo, não estariam – sempre – embebidas pela cultura?

Gostaria de trazer para minhas reflexões algumas pesquisadoras de suma importância no debate referente às incongruências do Parto Humanizado para dialogar com as minhas vivências e com as experiências das minhas interlocutoras. São elas: Rosamaria Carneiro (2014); e Carmen Susana Tornquist (2003; 2006).

No entanto, antes de adentrar nestas obras, faço uma breve colocação referente ao conceito de parto normal na etnia Kaxinawa, através da pesquisa de Carla Justo (2018). Seu significado etimológico carrega significados que se afastam das nossas compreensões. Para eles, é considerado “parto normal” aquele que não causa sofrimento às mulheres parturientes. Já quando essas mulheres atravessam um parto longo e com muita dor, chamam de “parto perigo” (JUSTO, 2018, p.39). E, quando necessário, a mulher parteira usa técnicas de intervenção: a mulher parturiente coloca seus pés para cima, na rede, e fica de cabeça para baixo. A mulher parteira, então, enquanto faz uma reza, ajeita o bebê, com as mãos, até que ele fique na posição considerada, por eles, correta para nascer. Isso nos permite refletir que, em culturas diferentes - mesmo quando com entendimentos diferentes sobre os mesmos termos nossos – intervenções são, ou podem ser, lidas enquanto positivas e necessárias, em determinadas circunstâncias. O que demonstra que aspectos culturais e ritualísticos existem, independentemente da forma de parir e da sociedade em que ocorre o parto. Inclusive, nos processos de assistência advindos do Parto Humanizado. E para tal, podemos pensar numa série de exemplos, como: a figura da doula; a bola; a massagem; parir de cócoras. Podem ser lidos enquanto símbolos do ritual humanizado.

Tornquist (2003) levanta uma questão importante ao analisar o caráter por vezes perverso do movimento pelo Parto Humanizado, em sua obra. Rememorando meus escritos sobre os papéis de gênero, faço aqui uma costura aos pensamentos da autora. Quando se define o que a mulher representa socialmente em qualquer instância da sociedade, se limita sua criatividade e suas ânsias, e se silencia essa mulher e qualquer possibilidade de autonomia e protagonismo. Em extratos do seu texto, elucida a questão da universalização da mulher:

No ideário do parto humanizado, construiu-se um modelo para parir, e um determinado modelo de mulher - que, se de um lado atribui positividade ao corpo feminino e este poder de dar à luz (de controlar a fertilidade), apresenta seu lado perverso quando algumas mulheres não atingem este ideal do belo parto. Não estaríamos, aí, diante, de uma reiteração do velho bordão que idealiza "A" maternidade (uma só forma de " maternidade")? serão estas universalizáveis? E mais, não terão efeitos perversos também sobre aquelas que - mesmo investidas do imaginário do empoderamento - por motivos dos mais diversos, não conseguem alcançá-los? (TORNQUIST, 2003, p.426)

De mãos dadas à reflexão de Tornquist, abordo a fala da interlocutora Bell que, ao relatar sua experiência, traz ocorrências que elucidam sua autocobrança ao necessitar de uma cesariana, após um longo trabalho de parto. Ainda que, compreenda sua impossibilidade física para ter tido o parto dos seus sonhos, carrega, além de suas próprias sombras, o rechaço por parte de mulheres que se intitulam feministas, em grupos do Parto Humanizado. Penso ser relevante dar luz a uma parte da fala de Bell, a qual resgatarei outro trecho mais adiante:

Depois que fui para cesárea, eu chorava muito! E eu me culpava muito! E eu não me sentia acolhida nos grupos de parto humanizado! Para ajudar minha saúde mental, eu saí de todos eles! Hoje em dia, eu não faço parte de nenhum grupo de mães. Isso me deixou bastante abalada! Porque eu já tinha minha cobrança e aí os grupos, as pessoas diziam 'Ah, mas aí tu fez a anestesia, não tinha como avançar!'. Eu postei meu relato de parto e aí era um monte de críticas! (Trecho de entrevista da interlocutora Bell, em 25/08/2022)

Ao analisar o discurso de um médico obstetra, sobre seu papel na assistência humanizada, Tornquist (2006) traz para o debate a reflexão referente ao biopoder, especialmente quando o médico pontua seus deveres, em ter – em última instância – a decisão em determinadas circunstâncias, devido seu dever em prol das duas vidas envolvidas na assistência ao parto. O ideário de humanização traz uma questão complexa a se pensar: os limites entre os direitos da mulher sobre o próprio corpo, e os direitos do bebê. Havendo, então, possibilidades de tensão entre os direitos desses dois sujeitos. Segue, abaixo, o relato do médico Renato:

O fato de eu considerar o parto vertical melhor para você e para o neném, eu não vou cair no mesmo erro e te obrigar a ficar de cócoras ... O meu papel é orientar. Agora você tem que decidir dentro de opções seguras para você e para o teu neném. Evidentemente, se você chegar aqui e quiser parar pendurada na janela, eu não posso permitir né? Agora, se tua opção for dentro de padrões internacionalmente aceitos, é outra história. O sentido é esse. O papel do médico é informar as opções. (Renato, médico, Florianópolis). (TORNQUIST, 2006, p.13)

O conceito de “cesarianas humanizadas” tem sido debatido por parte da categoria médica. No entanto, o movimento da Parto Humanizado, em sua maioria, desconsidera tal conceito. Ou melhor, afirma que não existe “cesariana humanizada”. Porém, se – novamente – considerarmos as variáveis que atravessam os corpos das mulheres, é preciso um olhar afastado da romantização do PH. A questão do medo, por exemplo, é muito mais complexa do que parece: envolvendo uma rede de conexões às mais diferentes áreas do conhecimento (psicologia, antropologia, sociologia, filosofia...). A própria noção de limiar da dor, nos ajuda a entender a importância da relativização da questão. O sentido de cesariana eletiva, pode transcender a intervenção medicalocêntrica; podendo ter diversas origens motivacionais, no momento em que a mulher opta pela cirurgia. Conforme os escritos de Rohden (2001), a nível de informação histórica, ao ser criada – em 1876 - a cesariana reduziu em muito a taxa de mortalidade vigente. O que se faz urgente evidenciar, aqui, novamente, é a forma com que, parcela, do movimento dito humanizado recebe as mulheres que, “donas” de seus corpos, optam por esta forma de parir e de nascer.

Eu cheguei no meu limite e fui além! E não é sobre desistir! A medicina avançou a ponto de fazer acontecer o nascimento, de qualquer forma! Tu não vai ser menos mãe por ter tido uma cesárea! (Trecho de entrevista da interlocutora Bell, em 25/08/2022)

A sociedade brasileira normaliza a medicalização, para todas as dores, todas as patologias, todas as psicopatologias e mais. Existem drogarias espalhadas pela cidade de Porto Alegre: algumas farmácias têm suas lojas quase a cada esquina. No entanto, mesmo quando contra sua vontade, a mulher precisa “ser forte” e transpor seus limites à aceitação da dor física e emocional, em seu partejar. É preciso – como nas mais diversas circunstâncias que a sociedade apresenta – ter seu corpo atravessado por um poder que não o seu. Do contrário, corre o risco de ter sua maternagem lida enquanto indigna de respeito, por parte de um movimento que – em sua maioria – se intitula feminista.

Com intuito de findar o capítulo, mas jamais o debate, é de suma importância trazer a pesquisa de Carneiro (2014), já mencionada, à discussão. Ela parte de algumas problematizações que emergiram da sua pesquisa de doutorado. Na ocasião, mapeou e abordou reflexões a respeito do parto natural em congruência às práticas

das mulheres. Ainda que, em meio a cultura tecnocêntrica e medicalocêntrica hegemônica, parte dessas mulheres têm – cada vez mais – se voltado ao tema da humanização do parto, com interesse voltado aos campos da sexualidade, da saúde e das práticas femininas.

Ela pretende, em seu texto, elucidar a observação – que seu campo lhe demonstrou – quanto à pluralidade de compreensões sobre o conceito de “parto humanizado”. Por exemplo, determinado grupo entende que seria “somente o parto sem nenhuma intervenção médica ou farmacológica, o parto quase desassistido por profissionais de saúde ou, até mesmo, o atualmente denominado parto domiciliar” (CARNEIRO, 2014, p.247). No entanto, ao realizar seu campo, a pesquisadora percebeu uma diversidade nas elucidações a respeito do conceito e afirma perceber que podemos compreendê-lo enquanto uma “expressão guarda-chuva”. Isso se dá pelas mais variadas alegações referentes ao termo desde as mulheres que optam por “deixar fluir” até as mais dogmáticas.

Ao refletir sobre o termo “mais natural”, costura as categorias de natureza e de cultura. Conforme Carneiro, o uso de natureza, se aproxima da ideia de “algo dado, inerte e passivo” (CARNEIRO, 2014, p.252). Que, se estende, por uma das ramificações do movimento, ao sentido de menor controle e menos intervenções para uma maior autonomia da mulher parturiente. O que atravessa a cultura ou as culturas. Ou seja, o que se entende por todos esses conceitos ou o que se espera para o próprio parto, está engendrado ao que se tem por expectativas advindas das suas individualidades que, por sua vez, estão constituídas e atravessadas de cultura. Outro viés do movimento, no entanto, entende o “mais natural” como ruptura com a cultura. Em outras circunstâncias do seu campo, o conceito perde a pluralidade e cai-se no pensamento moderno de que, segundo a autora, “a natureza é biológica, essência e um *a priori*” (CARNEIRO, 2014, p.252). O que corrobora com o que observamos em outras referências, ao que se refere à dicotomia entre natureza e cultura.

Carneiro elucidava as mais variadas ramificações no entendimento do que é “natural”, “mais natural” e “parto humanizado” que surgiram de seu campo. Apontando que no movimento do parto humanizado há embates polarizando o que seria a humanização na assistência ao parto, nos quais se fazem presente “inúmeras relações

de poder e práticas discursivas” (CARNEIRO, 2014, p.253). E, quanto aos discursos das mulheres, afirma:

ora negam a natureza do parto, quando a mesma funciona como argumento para que o parto seja um ato médico e fisiológico mas que, em contrapartida, ora fazem um uso político da categoria “natural” ao exaltarem a capacidade da natureza feminina de parir sem intervenção da medicina e tecnologia, a saber, aqui então tratada como cultura. (CARNEIRO, 2014, p.253-254)

Entende-se então que, quando os médicos consideram o parto natural/biológico para justificar interferências e procedimentos, essas mulheres afirmam que parto também é atravessado por cultura, um evento: “plural, pessoal, familiar, espiritual e sexual” (CARNEIRO, 2014, p.254). Porém, ao abordarem que, em prol da saúde e da vida da mulher parturiente e do bebê, pode se fazer necessário algum procedimento/tecnologia, elas modificam o discurso alegando e evidenciando a natureza feminina: o corpo com sua “natureza inata, inerte e *a priori*” (CARNEIRO, 2014, p.254). Isso demonstra a pluralidade de entendimentos sobre o que é ou o que se entende por “natural”, “mais natural” e “parto humanizado”.

Carneiro aborda, ainda, a questão da “pedagogia do parto”, ou seja, a forma de recorrer à cultura que o movimento incentiva: prática de esporte; alimentação saudável; estudar os procedimentos; acompanhamento de uma doula; etc. Apontando para a ideia de que é necessário um preparo para a parição, o que não condiz com o discurso de “natureza feminina” do parir. Exemplifica tal argumentação partindo de uma fala colhida em seu trabalho de campo, na qual um médico, em reunião onde a temática do parto “natural” e “humanizado” surgiu, defendeu a não necessidade do uso de anestésias e das cesarianas. Segundo ele, “a natureza se incumbem do trabalho de parto” (CARNEIRO, 2014, p.257). No entanto, pouco depois, afirmou: “é preciso preparar-se para o trabalho de parto, assim como um atleta se prepara para correr uma maratona” (CARNEIRO, 2014, p.257). Carneiro analisa a fala do médico que, ao defender a necessidade de exercício físico na produção de endorfina, está sugerindo que se recorra ao cultural para produzir algo do natural. Ou seja, “culturalizar a possibilidade de produção do ‘naturalmente corporal’, dado que todo ser humano teria, em si, a capacidade natural de produção da endorfina” (CARNEIRO, 2014, p.257).

Outro aspecto que a autora elucida, traz uma reflexão de Tonrquist (2002), pesquisadora que vimos a pouco. As duas elaboram, cada qual em sua obra, uma reflexão sobre a categoria de natureza aparecer frequentemente nos discursos das adeptas do parto humanizado. O que se aproximaria ao ideário ecologista, definindo o parto como apenas fisiológico, onde a medicina tecnologicizada agiria desnecessariamente, transformando o simples – parir, que é da natureza do corpo feminino – em patológico, algo que necessitaria da intervenção medicalocêntrica. O que permite concluir que a cultura pode ser evitada já que é apreendida. O que nega a relação amalgamada entre natureza e cultura. Ainda, resgataríamos uma visão “romântica e evolucionista de um mundo distante da arbitrariedade da cultura” (CARNEIRO, 2014, p.256).

o termo “mais natural” ou o termo “humanizado” parecem vir pautados mais pela pluralidade de significados e possibilidades de extensão semântica do que por algo *a priori* a ser valorado ou questionado, assim como também pela cultura operante e relações de poder que a compõem, sinalizando a existência da “dialética sem síntese” também entre as ideias de animalidade/humanizade. (CARNEIRO, 2014, p.263)

Dou luz aos extratos da entrevista com a interlocutora Rosa. Pois entendo que suas colocações demonstram situações do que, por parte do movimento da humanização do parto, seria lido enquanto violência obstétrica.

“Rosa, tu tem que parar de gritar! Porque tu ta gastando energia, ta fazendo força à toa! Se tu gastar energia agora, teu bebê não vai nascer! Te concentra e foca a tua dor no abdômen, para poder ajudar ela a nascer! Porque se tu continuar gritado assim vai dar problema, teu bebê não vai nascer!” [Rosa, imitando a fala da médica] (Trecho da entrevista com a interlocutora Rosa, em 20/08/2022)

Pedi ajuda para trocar ela: eu não tinha experiência, havia levado 20 minutos para trocar ela, passou xixi e estava muito frio. E ela chorando e com soluço. Aí eu pedi: “Moça, pelo amor de deus, me ajuda porque eu demoro muito pra trocar ela!” E ela: “Ah! mas a fralda tu olha no youtube como se troca! Qualquer uma aprende como se troca uma fralda!”. (Trecho da entrevista com a interlocutora Rosa, em 20/08/2022)

Eu me sentia como um cachorro: ninguém olhava na minha cara! Não pediam autorização de nada! (Trecho da entrevista com a interlocutora Rosa, em 20/08/2022)

Mas urge ressaltar que Rosa pariu no Hospital Fêmeina,<sup>43</sup> que participa do projeto Hospital Amigo da Criança e Cuidado da Mulher, onde a assistência ao parto seria “humanizada”.

Ainda que a discussão sobre “natureza” e “cultura” pareça já surrada, pesquisas como a de Rosamaria Carneiro (2014) - ao abrir reflexões referentes aos termos “mais natural” e “humanizado” - nos mostram que é urgente que mantenhamos vivas tais articulações. Carneiro elucida, partindo dos discursos de seu campo, situações em que, indivíduos ou grupos, trazem em suas narrações contraposições, quanto a dicotomia entre natureza e cultura. Mas que, por vezes e – possivelmente – sem identificar - recorrem a situações que nos demonstram um anseio ou uma defesa, nas ações do partejar, que perpassa a cultura em comunhão à natureza. A autora conclui:

Essas leituras, no limite, podem nos ajudar a compreender os usos políticos e as possibilidades de agenciamento do termo “mais natural” entre as adeptas do parto humanizado e também entre os profissionais de saúde, tornando-os mais uma prática discursiva e um resultado de relações de poder do que algo unívoco. Sendo assim, Antes de engessarmos concepções de saúde e de bem-estar tidas como “naturais” ou então antes de entendê-las como asseguradas pela cultura, por que não mobilizar categorias de pensamento? Assim, podem-se mapear as suas possibilidades de extensão, a razão desses deslocamentos e a interface entre agenciamento e estruturação. No mínimo, desestabilizaríamos ideias de saúde monolíticas e pouco atravessadas pela perspectiva de pessoa... (CARNEIRO, 2014, p.263)

Finalizo o capítulo, evidenciando que, mesmo após a pesquisa, não deixei de nutrir afeto pela teoria da humanização do parto. No entanto, é preciso, resgatando a obra de Carneiro (2014), considerar a pluralidade de compreensões do que os conceitos “mais natural” e “humanizado” significam. E talvez, nos questionarmos sobre o porquê do acesso a um “parto humanizado” não extrapolar as classes médias; os corpos brancos; as mulheres privilegiadas. Lembrando que o entendimento do que é uma violência obstétrica está por vezes também relacionado ao que se espera para o parto e estão engendrados por especificidades de cada cultura. Democratizar as possibilidades de parição não violenta é pensar a NÃO universalização dos corpos das mulheres.

---

<sup>43</sup> <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=programas&idSubMenu=10022>

## Considerações Finais.

Há um mês eu nasci (ou despertei)!! Só sei que, depois de te ter aninhado em meu colo, meu filho, senti a vida em sua plenitude!!! E, em meio às cólicas, à privação do sono, às dificuldades da livre demanda...experenciemos, juntos, momentos incomparáveis de descobertas e alegrias imensuráveis!!! As dificuldades se perdem na boniteza do teu sorriso (sujo de leite)!!! Há um mês nasceu a mãe, que foi tocada pelo mais profundo e puro amor! Há um mês nasceu o filho, que é sinônimo de felicidade!!!!

Parabéns, meu amor/meu filho pelo teu primeiro mesversario!!! Meu colo vai ser sempre teu!!!!

P.S.: Eu tenho MUITO a dizer sobre a gestação, o parto, o puerpério e, principalmente, sobre o meu passarinho/filho! Mas o tempo está de férias de mim! Um dia escrevo... (Carta ao meu filho, 06/08/2021)

A ideia de algo acontecer “por acidente” implica que todo o resto deveria estar acontecendo como planejado. No entanto, seria ingênuo crer que nossas agências não colidirão, jamais, em interferências das mais diversas, sejam elas advindas de outros indivíduos ou na intersecção dos marcadores sociais ou a depender de - infinitas/possíveis - adversidades: o que nos devolve ao “acidente”. E o partejar não foge das contingências. Podemos, enquanto mulheres gestantes, organizar um plano de parto “perfeito” mas – sempre – há possibilidade de imprevistos. Tais escolhas serão perfeitas aos olhos, às experiências, aos desejos de todas as mulheres grávidas? Impossível! Podemos, também, deixar ao acaso e não refletirmos sobre nosso parto: que pode vir a ser orquestrado pela figura do outro – a figura médica, por exemplo. A questão é: independentemente do caminho que cada uma de nós pensou/pensa, referente ao parto, estamos o definindo a partir da congruência entre “natureza” e “cultura”. Estamos, cada uma de nós com nossa decisão e, junto dela, com nossas vivências; e com nossas paixões; e com nossos medos; e com nossos desejos; e com...; e com... Sendo autônomas e protagonistas destas escolhas ou – talvez – nenhuma de nós o é, de fato! Afinal, conforme dito, somos – TODAS - atravessadas por “natureza” fundida à “cultura” e vice-versa.

Nenhuma vontade nos é inata e afastada da complexidade do que nos constitui, enquanto humanas; enquanto seres BIOPSISSOCIAIS. Podemos, talvez e então, planejar, ou não, nossos partos, da forma que nos parecer mais sensível e adequada, independentemente de binarismos pré-estabelecidos: parto humanizado x medicina tecnocêntrica; natureza x cultura. Ainda que isso signifique optar pela condução do

parto, restrita, à equipe médica; ainda que optemos por um parto domiciliar; ainda que, em nosso plano, optemos por uma cirurgia; ainda que não suportemos a dor do parto e supliquemos por uma analgesia; ainda que não saibamos lidar com qualquer “acidente” que possa nos atingir e nos faça “recalcular a rota” e decidamos optar por um caminho diferente ao planejado previamente.

Vulneráveis, enquanto mulheres grávidas e/ou mulheres parturientes, a insegurança/o medo muitas vezes domina nossas decisões e a cultura (generificada) gerencia nossas agências. Assim como, essa mesma cultura, está emanharada – historicamente – nas instituições e nos corpos médicos. É de extrema importância entender por “violência” mais do que se pensa, partindo de um único viés. A violência é subjetiva. E pudemos observar isso ao longo do texto: principalmente através dos relatos das minhas interlocutoras em congruência às minhas próprias experiências. Cada uma, partindo do seu próprio contexto, desejava seu parto próprio. Ainda que, por vezes, compartilhemos vontades.

Nos relatos das experiências em hospitais humanizados apareceram situações em que as interlocutoras compreenderam que estavam vivenciando formas de violência, assim como nas minhas próprias experiências. No entanto, rememoro aqui meu querido professor de Geografia, do Ensino Médio. Agora, como quando escrevi sobre isso pela primeira vez, lembrei de quando o professor explicou a importância do ponto do observador na definição da posição solar, de forma um tanto filosófica. Afinal, o sol estava nascendo para nós mas se despedia em outras partes do mundo. Nunca mais me esqueci do ponto do observador e de que o nosso “local” (cultural, espacial, temporal...) influi na forma com que estamos enxergando as coisas. O que, a meu ver, é o principal entendimento que um etnógrafo e que um leitor de etnografias devem ter. E, mesmo com esse entendimento e com esforço em desnudar nossa visão do mundo, estamos manchados das nossas próprias socializações.

Minhas reflexões se dão referentes às nossas escritas autoetnográficas e, também, o nosso “ler etnográfico”. É importante evidenciar, sempre, que escrita e observação estão recheados de nossas vivências. Assim, pensando na minha experiência de mulher parturiente e também naquelas de minhas interlocutoras, poderia afirmar que, a depender do “ponto do observador”, atravessado por uma

infinidade complexa de teias, símbolos e marcadores sociais, o que se entende por violência pode mudar. Ou o que se sente a partir das mais variadas intercorrências, também dependerá ou estará fundamentado nesta correlação entre “natureza” e “cultura”, e à nossa própria compreensão desta relação, assim como aquelas de todos os sujeitos envolvidos.

Ocorrem violências obstétricas ou violências de gênero nos mais diversos ambientes de assistência ao parto. No entanto, se faz necessário que tenhamos um olhar mais apurado ao que pode ser esperado do termo “violência obstétrica”. Pois, “a depender do ponto da observadora”, o que é violência para ela, imbuída de suas subjetividades, pode não significar violência à outra, concebida por suas próprias subjetividades. Mas o que parece ser importante na minha experiência, em diálogo com o que me foi dito, é que uma experiência de preparação e parto não violenta, de uma forma mais ampla, estaria relacionada ao respeito aos desejos de cada mulher em relação a como ela pretende viver este momento de transição em sua vida. Pois cada uma de nós é um mundo novo; cada nascimento traz experiências singulares. O acidente e o imprevisto sempre será parte do partejar, por mais organizadas que estejamos, por mais preparada que a equipe médica seja. Humanizar seria acolher, como afirma o movimento pelo Parto Humanizado.

Rohden (2001; 2002; 2005) evocou o caráter moralista e de controle dos corpos das mulheres, ao longo da construção dessa medicina hoje posta. A autora demonstra como as relações de poder generificadas se fazem presente na obstetrícia e na ginecologia, especialidade que era definida como “guardiã da honra feminina e da regulação das manifestações corporais da mulher, de modo que a maternidade fosse bem encaminhada, a reprodução garantida e a ordem social cristalizada” (ROHDEN, 2002, p.115).

O romantismo, em meu olhar inicial, ao que se refere ao parto humanizado, não foi sucumbido. Mas deu espaço para que eu pudesse exercitar e aplicar meu real ofício, no debate da pesquisa aqui proposta, desnudando meus “achismos” nesta autoetnografia. Foi um desafio árduo! A “arte de pesquisar”, como diria Miriam Goldenberg, me atravessou de maneira potente. No entanto, não mais carrego a pretensão inicial em comprovar hipóteses e/ou confrontar a medicina hegemônica.

Muito menos, definir qual é a forma mais adequada, ou mais segura de parir: como quem determina o que deve ser mais adequado aos corpos femininos. Tampouco estou afirmando que, pelo exercício da relativização, deixemos as violências obstétricas e, conseqüentemente, de gênero, sem atenção adequada.

Pois foi possível identificar as relações de poder genericadas advindas não somente das salas de parto mas, também, de todas as outras salas; de todos os ambientes em que circulamos. Assim como nos processos interiorizados culturalmente. Meu anseio, com este TCC, é colaborar com o diálogo sobre experiências de violência na assistência ao parto. Se tudo o que conhecemos, inclusive nós mesmas, é atravessado por uma cultura hegemônica sexista, racista que tem mecanismos de biopoder e biopolítica, que carrega uma violência simbólica e, também, que através dos ritos opera mantendo essa lógica, como mobilizar mudanças que rompam com estas ocorrências em nossa sociedade?

Parto da minha experiência para tocar os impulsos e as paixões de quem sente a mesma ânsia. A mesma aspiração por pensar o corpo das mulheres, as agências das mulheres, as vontades das mulheres em busca de possíveis explicações que elucidem nossas relações sociais e nossa sociedade. Refletindo sobre possibilidades e pensar soluções aos atravessamentos os quais, coletivamente, experienciamos. Meu desejo aqui é abrir e não encerrar as considerações.

A autoetnografia enquanto metodologia tem uma peculiaridade em relação aos outros métodos: sua capacidade de propagar conhecimentos e/ou reflexões, mobilizando as emoções das leitoras. O que, pode, proporcionar um engajamento de forma afetiva – e mesmo afetada. Carneiro, em sua obra (2021) também elucida reflexões ao fazer autoetnográfico: enquanto convite para a leitora afetar-se, pensar também sobre si. Afirma:

sempre procurei muito mais abrir e provocar do que fechar qualquer conclusão sobre o puerpério. Na realidade, o meu objetivo maior era trabalhar com/a partir de minhas emoções e romper com o silenciamento e a patologização social sobre o puerpério. (CARNEIRO, 2021, p.25)

Reflito, para me aproximar do final desta pesquisa, a partir de um conceito de Boaventura de Sousa Santos: o epistemicídio. Tal pensamento pronuncia sobre as formas de saberes, de conhecimentos que não estão estabelecidos pelos currículos. Não se respeita, nem se considera - na maioria das vezes - a heterogeneidade e as particularidades dos teóricos e das teorias em seu tempo, sua historicidade, seu espaço. Para ele, o epistemicídio é a outra face do genocídio.

mas o epistemicídio foi muito mais vasto que o genocídio porque ocorreu sempre que se pretendeu subalternizar, subordinar, marginalizar, ou ilegalizar práticas e grupos sociais que podiam ameaçar a expansão capitalista [...] tanto no espaço periférico, extra-europeu e extra-norteamericano do sistema mundial, como no espaço central europeu e norte americano, contra os trabalhadores, os índios, os negros, as mulheres e as minorias em geral (étnicas, religiosas, sexuais)" escreve Santos Souza (SANTOS, 1995, p. 328).

Ou seja, é o que produz estudos "fora do lugar". Quando, enquanto cientistas sociais, agimos de forma epistemicida, estamos sendo coniventes à manutenção desse necropoder de Mbembe, do biopoder de Foucault. Penso, também, que manifestar, enquanto mulher branca, um discurso de reconhecimento de uma posição privilegiada, não se faz suficiente quando vivemos neste necropoder. É necessário redefinir as relações de força na academia. Não apenas respeitando e valorizando as falas das pessoas pretas, mas se aliando na (re)construção e na (re)leitura das nossas histórias enquanto mulheres. Mas, principalmente, contribuindo com quem é mais atingida pelas violências em nossa sociedade: a mulher preta. E, enquanto futura cientista social, penso ser essencial buscar sentido ao meu fazer antropológico/sociológico. Fazer uso da ciência para alçar meios, ferramentas que corroborem com debates em prol das (des)construções e (re)construções sociais. Colaborar com reflexões que provoquem as leitoras a agir em prol das transformações no mundo. Para isso, acredito que precisamos acessar as diversas histórias e, não, uma única sobre os temas. Em especial aquelas das pessoas que vivem nas margens, as minorias que são maioria, as vencidas, as matáveis, as desclassificáveis, os corpos patológicos... carregam suas próprias verdades, carregam potência!

Eu não quero esquecer porque quando eu falar sobre essas questões, quero contar exatamente como foi! Para as pessoas saberem que foi muito difícil! Muito torturante! O parto, depois o puerpério. Para que elas tenham noção! Até vi em um grupo desses uma mulher que comentou que não gosta de amamentar e que não amamenta. Ela comentou 'Vocês são todas feministas do 'Meu corpo, minhas regras!' mas menos quando o assunto é parto normal e amamentação!'. E veio uma chuva de comentários, assim: 'Sou muito feminista! A mulher tem que ter autonomia, sim! Mas sobre amamentação,

sobre o parto vamos conversar um pouquinho...! Esse ‘Vamos conversar um pouquinho’, dessas pessoas, que me fez sair dos grupos. Eu estava sendo super condenada, super julgada por mulheres que se diziam feministas! Se eu tivesse desistido antes, talvez eu tivesse mais disposição para cuidar do meu filho nos primeiros dias dele! (Trecho da entrevista com a interlocutora Bell, em 25/08/2022)

É preciso romper com os silenciamentos! A Ciência também não encerra: está sempre passível de refutação; de reorganização; de ser atravessada pelas novas histórias, pelas CONTRA-HISTÓRIAS, pelos novos tempos, pelos novos contextos! A ciência não pode ser lacrada! Rosamaria, abre diálogo, em suas cartas, aos atravessamentos do puerpério partindo das suas experiências; Fabiene, abre diálogo em seus escritos, aos atravessamentos da esclerose múltipla partindo das suas experiências; Fabíola, abre diálogo em sua obra, aos atravessamentos que uma historicidade “do homem” marca nos corpos femininos partindo dos processos históricos da especialidade médica da saúde das mulheres. E cito essas três mulheres, propositalmente. Representam, aqui, todas mais, como uma homenagem: Mulheres mães; mulheres gestantes; mulheres parturientes; mulheres puérperas; mulheres que não desejam a maternidade; mulheres, todas! Espero que, de alguma forma, as reflexões aqui escritas, possam sensibilizar as leitoras. E que minhas palavras não fiquem apenas intramuros acadêmicos. O conhecimento produzido na academia abre sentido ao transgredir à mesma, desaguando na sociedade. Espero, então, com esta pesquisa, dar continuidade às reflexões sobre as mais variadas formas e entendimentos sobre as violências obstétricas e as relações de poder generificadas na assistência ao parto.

*Terceiro ato?! Jamais!  
Abrimos diálogo: eu, ela, elas, vocês, nós...  
Sobre o que é nosso, sobre o que nos atravessa.  
Nós não esqueceremos, Bell!  
Vamos abrir diálogo e escrever nossa contra-história.  
É sobre romper e é sobre abrir...  
É sobre (RE)NASCER!*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ATENÇÃO PRIMÁRIA. Governo do Brasil. Disponível em <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/01/governo-federal-lanca-cuida-maisbrasil-para-fortalecer-atendimento-materno-infantil-no-sus> Acesso em 04 de maio de 2022
- BUTLER, Judith. *Corpos que Pesam: sobre os limites discursivos do 'sexo'*. In LOURO, Guacira Lopes (org.). *O Corpo Educado. Pedagogias da Sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.
- BOURDIEU, Pierre. *Sobre o poder simbólico*. In: BOURDIEU, Pierre. *O Poder Simbólico*. Trad. Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- CARDOSO, Alexandro. O EU CATADOR: RECICLANDO HUMANIDADES, RESSIGNIFICANDO RESÍDUOS E COMPARTILHANDO A CULTURA SOCIAL DA RECICLAGEM. Trabalho de Conclusão de Curso, UFRGS, Porto Alegre, 2022.
- CARNEIRO, Rosamaria. *Cartas para mim ou sobre mim? Notas autoetnográficas de um puerpério não silenciado*. SEXUALIDAD, SALUD Y SOCIEDAD, Rio de Janeiro, v. e21306, p. 1-33, 2021.
- CARNEIRO, Rosamaria. *De perto e de longe do que seria natural, mais natural e/ou humanizado. Uma etnografia de grupos de preparo para o parto*. In: FERREIRA, J. & FLEISCHER, S. (orgs.) *Etnografias em Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: Garamond (pp. 243-265), 2014.
- CARNEIRO, Rosamaria. *Em nome de um campo de pesquisa: antropologia (s) do parto no Brasil contemporâneo*. Vivência: Revista de Antropologia, v. 1, 2015.
- CARNEIRO, Rosamaria. *O Peso do Corpo Negro Feminino no mercado da saúde: mulheres, profissionais e feministas em suas perspectivas*. Mediações - Revista de Ciências Sociais, v. 22, p. 1-424, 2017.
- CASTELLO, Camila. *A doulagem como um "divisor de águas": uma etnografia do Curso de Formação de Doulas e Educadoras Perinatais da Matriusca*. Monografia do TCC (Bacharel em Ciências Sociais) - Universidade de Brasília. Brasília, 2016.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. *Os modelos assistenciais tecnocrático, humanizado e holístico*. Tradução de Adriana Tanese Nogueira. In: Robbie Davis-Floyd. *The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth*. In INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS. International Conference on Humanization of Childbirth. Fortaleza, Brazil, 2-4 November 2000, pp. 5-23.
- DINIZ, Carmen Simone. *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento*. São Paulo, 2005. Departamento de Saúde MaternoInfantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- DINIZ, Carmen Simone. *"Que valores escolhemos nesse ritual?"*. Revista Estudos Feministas. São Paulo, 2002, p.523 – 527.

DINIZ, Simone. “O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso”. Revista Interface, SP, 2014, p.217 – 2020.

FOUCAULT, Michel. *Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade: A Vontade de Saber*, vol 1. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. *O corpo utópico: As heterotopias*. São Paulo: n.1 edições, 2013a.

GAMA, Fabiene. *A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla*. Anuário Antropológico, vol. 45, n. 2. 2020. p. 188-208.

GAMA, Fabiene *et al.* *Apresentação - Autoetnografias, escritas de si e produções de conhecimentos corporificadas*. Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana, n. 37, 2021 - e21300.

GAMA, Fabiene. *Sobre emoções, imagens e os sentidos: estratégias para experimentar, documentar e expressar dados etnográficos*. RBSE Revista Brasileira de Sociologia da Emoção, v. 15, n. 45, p. 116-130, dezembro de 2016. ISSN 1676-8965

GENNEP, Arnold Van. *Os ritos de passagem*. tradução de Mariano Ferreira, apresentação de Roberto da Matta. Petrópolis, Vozes, 2012.

HOOKS, B. “*E eu não sou uma mulher?*”: *Mulheres negras e feminismo*. Trad. Bhuvli Libanio. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2020.

LORDE, Audre. 2020. *Irmã Outsider. Ensaios e Conferências*. Belo Horizonte: Autêntica.

MBEMBE, Achille. *Necropolítica*. Tradução: Renata Santini. Revista Arte & Ensaios. 2016, p. 123 – 151.

QUEIROGA, Marcelo Antônio. PORTARIA GM/MS Nº 715, DE 4 DE ABRIL DE 2022. Encontra-se em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abrilde-2022-391070559> Diário oficial da União. Abril, 2022.

RAIMONDI, Gustavo Antonio; MOREIRA, Cláudio; BRILHANTE, Aline Veras; BARROS, Nelson Filice. “A autoetnografia performática e a pesquisa qualitativa na Saúde Coletiva: (des)encontros método+lógicos”. Caderno de Saúde Pública. Dezembro de 2020. Vol. 36, nº 12, p. e00095320.

RAIMONDI, Gustavo Antonio. 2019. *Corpos que (não) importam na prática médica: uma autoetnografia performática sobre o corpo gay na escola médica*. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

RATTNER, Daphne. *Visões hospitalocêntricas e medicocêntricas sobre atenção ao parto ressuscitam com criação da Rami, denuncia ReHuNa*. Encontra-se em: [https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/visoeshospitalocentricas\\_rami\\_redecegonha/65772/](https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/visoeshospitalocentricas_rami_redecegonha/65772/) DIAS, Bruno. ABRASCO. Abril, 2022.

REHUNA. *Parecer técnico nº1/2022*. Encontra-se em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2022/04/Parecer-Tecnico-no-01-de-2022-25-de-abrilretificado.pdf> Abril, 2022.

ROHDEN, Fabíola. *Ensaio bibliográfico: O corpo fazendo a diferença*. MANA 4(2):127-141, 1998.

ROHDEN, Fabíola. *Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX*. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 101-125, junho de 2002.

ROHDEN, Fabíola. *Histórias e tensões em torno da medicalização da reprodução*. Gênero, v.6, n.1, p.213 - 224. Niterói, 2006.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher* [online]. 2nd ed. rev.and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. Antropologia & Saúde collection.

TESSER CD, KNOBEL R, ANDREZZO HFA, DINIZ SD. *Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer*. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(35):1-12.

TORNQUIST, Carmen Susana. *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil* - Florianópolis: UFSC, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 2004.

TORNQUIST, Carmen Susana. *Paradoxos da Humanização*. Cadernos de Saude Publica, Rio de Janeiro, v. 19, n.supl.2, p. 107-113, 2003.

TORNQUIST, Carmen Susana. *Parto na contemporaneidade: perspectivas antropológicas*. v. 06, p. 09-16, 2006.

## VÍDEOS

CONCEIÇÃO, Evaristo. "Escrevivência". Leituras Brasileiras. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=QXopKuvxevY>

CHAUVET, Eduardo. "O renascimento do parto 1". Youtube Filmes. Disponível em:

[https://www.youtube.com/watch?v=wtA\\_GWytHYR](https://www.youtube.com/watch?v=wtA_GWytHYR)

CHAUVET, Eduardo. "O renascimento do parto 2". Youtube Filmes. Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=VnFNpA-f0Jg>

CHAUVET, Eduardo. "O renascimento do parto 3". Youtube Filmes. Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=zYGJzLvb7Xg>