

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

MARIAH TORRES ALEIXO

**ETNOGRAFIA DE UMA CATEGORIA: COMPOSIÇÕES DA VIOLÊNCIA  
OBSTÉTRICA ENTRE ATIVISTAS, PROFISSIONAIS E VÍTIMAS**

PORTO ALEGRE  
2023

MARIAH TORRES ALEIXO

ETNOGRAFIA DE UMA CATEGORIA: COMPOSIÇÕES DA VIOLÊNCIA  
OBSTÉTRICA ENTRE ATIVISTAS, PROFISSIONAIS E VÍTIMAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Antropologia.

Professora Orientadora: Doutora Claudia Lee Williams Fonseca.

PORTO ALEGRE  
2023

## CIP - Catalogação na Publicação

Aleixo, Mariah Torres

Etnografia de uma categoria: composições da  
violência obstétrica entre ativistas, profissionais e  
vítimas / Mariah Torres Aleixo. -- 2023.

226 f.

Orientadora: Claudia Lee Williams Fonseca.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências  
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia  
Social, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Antropologia Social. 2. Etnografia Multisituada  
. 3. Violência Obstétrica. 4. Parto Humanizado. 5.  
Profissões. I. Fonseca, Claudia Lee Williams, orient.  
II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MARIAH TORRES ALEIXO

ETNOGRAFIA DE UMA CATEGORIA: COMPOSIÇÕES DA VIOLÊNCIA  
OBSTÉTRICA ENTRE ATIVISTAS, PROFISSIONAIS E VÍTIMAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Antropologia.

Professora Orientadora: Doutora Claudia Lee Williams Fonseca.

Porto Alegre, 29 de julho de 2023

Resultado:

BANCA EXAMINADORA

---

Professora Doutora Claudia Lee Williams Fonseca, Orientadora  
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Professora Doutora Jane Russo  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

---

Professora Doutora Jaqueline Teresinha Ferreira  
Instituto de Saúde Coletiva  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Professora Doutora Fabiene Gama  
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

*É que eu tô, tô grávida  
Esperando um furacão  
Um fio de cabelo, grávida  
Uma bolha de sabão*

*E vou parir  
Sobre a cidade  
Quando a noite contrair  
E quando o Sol dilatar  
Dar a luz*

*(Arnaldo Antunes, na voz de Marina Lima)*

*Precisamos voltar a defender ideias de maneira respeitosa e factual. Precisamos concordar que nem a condescendência santarrona da esquerda e nem as intimidações mesquinhas da direita se qualificam como argumentos políticos. Precisamos insistir não apenas na verdade, mas na nuance. Um argumento a favor de qualquer movimento de justiça social, por exemplo, é mais potente e mais confiante se tiver nuances, porque não sente a necessidade de simplificar para convencer.*

*(Chimamanda Ngozi Adichie, março de 2023, para a revista Quatro cinco um)*

## Agradecimentos

Terminar uma tese envolve a participação de uma série de instituições e pessoas que oferecem diversos tipos de suporte ao longo do caminho. Além disso, é a culminância de uma trajetória de pesquisa de antes. É pensando nesses dois elementos que organizo meus sinceros agradecimentos.

Agradeço à Coordenação de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo investimento feito em mim, por meio da bolsa de doutorado e, também, durante o mestrado. Agradeço à Universidade Federal do Pará (UFPA), que me deu régua e compasso. E a tudo que pude aprender ali e trazer na mala comigo. Agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e, especialmente, ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, por ter me recebido de portas abertas para a jornada do doutorado. Agradeço aos professores PPGAS, na pessoa dos professores Ruben Oliven, Sergio Baptista, Fabíola Rohden, Fernanda Rifiotis, Ceres Victora, Patrice Schuch, Theófilos Rifiotis, Eduardo Dullo e Jean Segata. Da sociologia, agradeço à professora Rochelle Fachinetto. Foram professores com quem cursei disciplinas e aprendi bastante. Agradeço também às professoras Fabíola Rohden e a Juliana Macedo pela atenção e ensinamentos na qualificação desta pesquisa de doutorado.

Agradeço à professora Fabiene Gama, pelos diálogos no grupo de pesquisa “Assédio e violência nas universidades”, pelo compartilhamento de ideias sobre uma universidade e antropologia mais respeitosa; e por ter aceitado fazer parte da banca. Agradeço também às professoras Jane Russo e Jaqueline Teixeira pelo aceite do convite.

Agradeço à minha orientadora, Claudia Fonseca, por ser uma presença inspiradora e generosa, por conduzir a orientação de maneira atenciosa e paciente. E por me ajudar a descobrir o tipo de antropóloga-feminista que eu quero ser.

Agradeço à turma do doutorado em 2018, especialmente aos colegas Sara Guerra, Janaína Bujes, Vinícius Teixeira, Eduardo Zanella, Fanir Neves, Jorge Holanda, Thayanne Freitas, Alef Lima, Guillermo Gómez e Marielen Baldisera. Também agradeço as trocas importantes com outros colegas do PPGAS, Tatiane Muniz, Bruno Domingues, Lucilda Cavalcante, Josiane Bueno, Gabriela Maia e Diéssica Caige. Agradeço às amigas de orientação, suporte importante principalmente quando precisávamos nos manter sãs durante o fim do mundo: Helena Fietz, Helena Lancellotti e Ranna Mirthes. Agradeço à Ranna pela

amizade sensível e companheira. À amiga Luísa Dantas, por ser minha Belém dentro de Porto Alegre, e tornar tudo mais leve e feliz

Agradeço ao meu amigo-irmão dessa e de outras vidas, Diego Santos, por todo apoio e carinho de sempre. Agradeço ao Ebrailon Massetto, também pelo carinho e por me apresentar uma Porto Alegre vegetariana e *pet friendly*. Agradeço ao Tiago Leme, por me adotar como amiga e ser presente. Agradeço também à amizade e incentivo de Luiz Otávio Fleck, Morgana Goulart, Juliane Bento, Jéssica Delabari, Sara Sousa, Roberta Carnellos, Maria do Carmo, Alexandro Bohrer, Melissa Carabajal, Karina Fernandes, Thais Gracia, Karolina Roeder, Eric Dantas, Kakau (Karitha Soares) e Bernardo Gomes. Às minhas amigas de sempre, por todo amor e incentivo quase que diários ao longo desses anos: Carla Marques e Twig Lopes. Também à Marjorie Begot, Paula Vanessa, Estella Libardi, Luciana Gouveia, Flávia Vieira e Danielle Morammay. Ao núcleo Rio de Janeiro, pelo incentivo na conclusão do trabalho: Twig Lopes, Luciana Andrade, Breno Zanotelli, Fernando Meireles, Rafael Rubim. E também ao Zé Szwako, pelo incentivo à defesa presencial.

Agradeço ao Bruno Marques Schafer, por ter cruzado meu caminho e mudando a direção. Obrigada por seu cuidado, incentivo, companheirismo e amor. Meu primeiríssimo leitor, porque escrevemos a vida juntos. Isso faz diferença todo dia. Agradeço também por ter me dado uma família gaúcha a quem também agradeço. À minha sogra e amiga, Maira Marques, por ser uma presença amorosa, admirável e incansavelmente incentivadora. Ao meu sogro, Romário Schaefer, também por estar sempre presente. Também agradeço pela acolhida e afeição à Iraci Jardim, Eri Schaefer, Marcia Marques, Eduarda Betanin, Regina Pires, Eloísa Sozinho e Enrique Sozinho. Agradeço à família de Belém, aos meus avós, Maria Onete Torres e Horário Torres, minhas maiores inspirações. Aos primos e tios Torres, especialmente, Marina Torres e Maria José Torres. Ao meu pai, amor maior, Ricardo Aleixo. Aos meus irmãos Lucas Aleixo e Thamiris Sant'Ana. À Karina Aleixo e também à Clarice Palheta, pela alegria e beleza que foi sua chegada entre nós. Agradeço, por fim, a todas as interlocutoras dessa pesquisa, pois sem seus saberes, que se dispuseram a compartilhar um pouco comigo, essa tese não teria sido possível.

## RESUMO

A violência obstétrica é uma categoria que emergiu em meio ao Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento, principalmente quando mães ativistas passaram a integrá-lo em maior número. Elas passam a reivindicar que uma série de condutas de profissionais e instituições de saúde na assistência obstétrica ao pré-natal, parto e pós-parto, antes normalizadas, constituem um tipo específico de violência contra a mulher, isto é, violência obstétrica. Diante desse cenário, desde 2019 passei a seguir os atores que manejam a noção de violência obstétrica em suas práticas ativistas e/ou profissionais. Isso envolveu, então, seguir atividades e ações, presenciais e online (via redes sociais) de mães ativistas, profissionais da medicina obstetrícia, advogadas especializadas e mulheres vítimas dessa violência. Envolveu também a realização de entrevistas em profundidade, perambulações e acompanhamentos de redes sociais, eventos e palestras, observações em congresso de ginecologia e obstetrícia e análise de documentos produzidos por corporações médicas e advogadas. Utilizando como caminho metodológico a proposta de implosão do objeto tracei quais noções de violência obstétrica os atores que acompanhei estavam produzindo ao manejar a categoria, bem como quais as mediações que eles fizeram/fazem nesse processo. As mães ativistas centram o combate à violência obstétrica na difusão de informações baseadas em evidências científicas e promoção do poder de decisão e autonomia das mulheres. Embora as corporações médicas se manifestem contra o uso do termo violência obstétrica, uma série de médicos reconhecem problemas com a assistência ao parto e somente as obstetras feministas promovem o uso da noção de violência obstétrica; porém os médicos em conjunto convergem para a defesa da autonomia das pacientes. As advogadas especializadas em violência obstétrica agem como as principais mediadoras, formulando conceitos jurídicos de violência obstétrica a partir de conhecimentos da área da saúde e de demandas ativistas, e traduzindo isso para as mulheres a quem buscam alcançar como clientes. As vítimas não são somente aquelas familiarizadas com o universo da humanização do nascimento, mas todas as mulheres que passam a interpretar as crueldades vividas em suas vidas reprodutivas, agora, como violência. Enfim, nosso percurso de pesquisa mostra como as variadas histórias contadas por minhas interlocutoras, ao gerarem um desafio à unificação e à “tecnificação”, desestabilizam a “violência obstétrica” que as especialistas procuram descrever. Contudo, é graças aos muitos debates circundando o termo que as mulheres mães encontram, para além de uma lista de procedimentos técnicos, uma linguagem para as más experiências e, principalmente, as crueldades – muitas delas fruto de uma violência de gênero – vividas em suas vidas reprodutivas.

**Palavras-Chave:** Violência Obstétrica; Humanização do Parto; Antropologia do Parto; Medicina Obstetrícia; Advogadas; Vítimas.

## ABSTRACT

Obstetric violence is a category that emerged in the midst of the Movement for the Humanization of Childbirth and Birth, especially when activist mothers became part of it in greater numbers. They start to claim that a series of behaviors of health professionals and institutions in obstetric care during prenatal care, childbirth and postpartum, previously normalized, constitute a specific type of violence against women, that is, obstetric violence. Faced with this scenario, since 2019 I started to follow the actors who handle the notion of obstetric violence in their activist and/or professional practices. This then involved following activities and actions, in person and online (via social media) by activist mothers, obstetrical medicine professionals, specialized lawyers and women victims of this violence. It also involved conducting in-depth interviews, wandering around and following up on social networks, events and lectures, observations at a gynecology and obstetrics congress and analysis of documents produced by medical corporations and lawyers. Using the object implosion proposal as a methodological path, I traced which notions of obstetric violence the actors I followed were producing when handling the category, as well as what measurements they made/make in this process. I propose that activist mothers focus on combating obstetric violence involve disseminating information based on scientific evidence and promoting women's decision-making power and autonomy. Although medical corporations are against the use of the term obstetric violence, a number of physicians recognize problems with childbirth care and only feminist obstetricians promote the use of the notion of obstetric violence; however, physicians converge towards the defense of patients' autonomy. Lawyers specializing in obstetric violence act as the main mediators, formulating legal concepts of obstetric violence based on knowledge in the health area and activist demands, and translating this to the women they seek to reach as clients. The victims are not only those familiar with the universe of the humanization of birth, but all women who begin to interpret the cruelties experienced in their reproductive lives, now, as violence. Ultimately, our research path shows how the varied stories told by my interlocutors, by generating a challenge to unification and “technification”, destabilize the “obstetric violence” that the experts seek to describe. However, it is thanks to the many debates surrounding the term that women mothers find, in addition to a list of technical procedures, a language for the bad experiences and, mainly, the cruelties – many of them the result of gender violence – experienced in their reproductive lives.

**Key words:** Obstetric Violence; Humanization of Childbirth; Anthropology of Birth; Obstetric Medicine; Lawyers; Victims.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Políticas e ações estatais de humanização e combate à violência obstétrica, mostrando a permeabilidade do estado (e dos poderes executivo, legislativo e judiciário) às demandas das redes. ....	56
Quadro 2: Classificação das espécies de violência obstétrica feita por Judite e Elza exposta durante o Minicurso.....	152
Quadro 3: Classificação das espécies de violência obstétrica feita por Ludmila, enviada no grupo de Whatsapp para divulgar seu curso.....	153

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Exemplos de Violência Obstétrica (Instagram) .....	19
Figura 2: número de citações e publicações sobre violência obstétrica no Web of Science	22
Figura 3: Fluxograma de composição da Parto do Princípio (a PP existe desde os primeiros anos dos anos 2000, com maior atuação, segundo Jurema, a partir de 2006/2007. Os outros grupos foram e seguem juntando-se à PP desde então).....	37
Figura 4: Diagrama de formação da ONG Artemis (fundada em 2013) e sua relação com a rede Parto do Princípio e o grupo Nascer Direito (fundado entre 2017 e 2018). .....	44
Figura 5: Repercussão da decisão do MS sobre o termo Violência Obstétrica.....	65
Figura 6: Crachá Congresso .....	82
Figura 7: Publicação no Instagram sobre Lei Mariana Ferrer .....	116
Figura 8: Notícia sobre Shantal .....	167
Figura 9: Notícia sobre anestesista .....	169

## **APOIO DE FINANCIAMENTO CAPES**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código 001.

## Sumário

Introdução: A propósito de implosões e espantos .....	15
1. Seguindo a violência obstétrica em múltiplas frentes.....	15
2. Implodindo a categoria .....	18
3. A violência autoevidente .....	21
4. #violenciaobstetrica: perambulações, acompanhamentos, circuito .....	28
5. Os capítulos.....	33
Capítulo 1 .....	35
Ativistas da humanização do parto: diferentes gerações e os passos da virada para a violência obstétrica.....	35
1. Redes de mulheres/mães .....	36
1.1. Jurema: desde a Parto do Principio .....	36
1.2. Iraci: a gênese de uma doula .....	40
1.3. Judite: Nascer Direito e Nascer Sorrindo – ensinando direitos.....	42
2. Entendendo o pano de fundo: a ReHuNa e outros movimentos históricos.....	45
3. Informação, escolha e V.O. como o contrário do parto humanizado .....	51
4. Lucimar e as ausências presentes.....	58
Capítulo 2 .....	65
Categoria médica: gênero, política e a disputa de sentidos .....	65
1. Introdução ou os médicos no plural .....	68
2. Barganhando ingresso em um congresso médico .....	76
2.1. O congresso como espaço de formação .....	80
2.2. Lei de cesárea a pedido: a autonomia da paciente na mira .....	84
2.3. O “corte econômico” e o medo de ser processado .....	91
2.4. Direito à analgesia peridural: uma panaceia contra as dores do parto .....	94
3. Contra a tutela médica: “meu corpo, minhas regras” .....	98
3.1. A violência da origem, da ciência, da prática .....	103
4. Vítimas ou algozes da violência no parto? Discordâncias e convergências entre obstetras .....	110
Capítulo 3 .....	115
Advogadas em co-produção com o direito: entre o técnico e o moral .....	115
1. Uma inflexão no movimento pela Humanização do Parto: as advogadas cada vez mais atuantes .....	121
1.1. Judite .....	124

1.2. Ludmila .....	127
1.3. Dora.....	132
2. Ativismo e profissão .....	137
3. Uma questão técnica, <i>pero no mucho</i> .....	144
3.1. Legislação.....	145
3.2. Medicina Baseada em Evidências .....	149
3.3. Classificações heterogêneas .....	151
3.4. A dúvida sobre o fórceps: entre protocolos e sensação de violação .....	154
3.5. Os direitos (no fundo) como questão moral .....	158
4. Constituindo vítimas? .....	162
Capítulo 4 .....	167
Histórias de parto e violência: entre convenções, crueldade e cuidado.....	167
1. Introdução .....	167
2. Aportes analíticos para pensar classificações/categorias .....	171
3. Histórias de parto e violência.....	173
3.1. <i>Paula</i> .....	173
3.2. <i>Renata</i> .....	179
3.3. <i>Débora</i> .....	184
4. Experiência frustrada, violência convencional.....	188
5. Coisas que importam: percepções de intencionalidade e cuidado .....	191
6. Violência obstétrica como violência de gênero .....	197
Capítulo 5 .....	201
Reflexões finais: Implosões sugeridas pelas histórias de parto “em segundo plano” .....	201
1. SUS e rede suplementar .....	201
1.1. As experiências de mulheres negras.....	205
1.2. A questão das marcas físicas (em mães e bebês/crianças).....	208
2. Quando o erro médico se confunde com violência obstétrica .....	210
3. Implosões compartilhadas.....	213
Referências Bibliográficas.....	217

## **Introdução: A propósito de implosões e espantos**

### **1. Seguindo a violência obstétrica em múltiplas frentes**

A violência obstétrica parece estar em todo lugar. Quando defini, em diálogo com a orientadora, que o tema da pesquisa de doutorado seriam as noções de violência obstétrica produzidas pelos atores que a manejam, nem eu mesma sabia muito bem no que consistia essa modalidade de violência. Mas, como eu imaginava ser um tipo de violência de gênero que atinge – e aflige – muitas mulheres no país, e isso me mobiliza tanto como pesquisadora quanto subjetivamente, topei o desafio de me voltar para ela.

Então, diferente de outras pesquisadoras inseridas naquela que passou a ser denominada no país como *antropologia do parto* por Rosamaria Carneiro (2014), eu não tive uma vivência como ativista pela humanização do parto e nascimento, nem fui/sou adepta de práticas “mais naturais” ou menos intervencionistas no cuidado com a saúde e não sou mãe nem pari nenhuma vez até este momento da vida (DINIZ, 2001; TORNQUIST, 2004; CARNEIRO, 2015; SENA, 2016; SOUZA, 2021). Isso me conduziu a reflexões antropológicas e etnográficas atravessadas pelo aprendizado e espanto com o que estava vivenciando junto às interlocutoras ativistas, médicas, advogadas, mães e vítimas de violência obstétrica.

Assim, meu interesse pelo tema da tese surgiu por me considerar uma pesquisadora feminista preocupada com a violência doméstica e o feminicídio; voltei-me para a violência no parto inquieta com a categoria violência obstétrica e me vi imersa num universo até então novo para mim. Definido o tema de pesquisa, passei então a “seguir a violência obstétrica” num movimento de realização de uma etnografia multisituada (MARCUS, 1995). Na verdade, muito antes que eu racionalizasse e delimitasse melhor meus caminhos metodológicos, eu já tinha iniciado esse movimento, pois, a violência obstétrica estava na televisão, na internet, em conversas com familiares e amigos, em interações com profissionais de saúde, até em entrevistas de emprego. Isso, durante toda a pesquisa e escrita da tese, e muitas vezes sem que eu fosse procurar. O que apresento então é uma etnografia feita “em casa”, pois nunca estive numa ilha distante, muito pelo contrário. De fato, nunca

senti que saí do campo. Ele foi interrompido apenas pelos prazos necessários à escrita e finalização do doutorado.

Seguir a categoria violência obstétrica foi um procedimento interessante pois identifiquei que essa noção de violência está sendo reivindicada em diversos lugares, trajetórias, experiências. Então precisei adaptar as ferramentas antropológicas para esse fenômeno – ou objeto de estudo – disperso social e espacialmente (GUPTA e FEGURSON, 1997). Ao interagir com diversos atores, tive de lançar mão de estratégias diferentes para acessá-los, assim como eles me colocaram em locais diferentes a partir de como interpretaram quem eu era e/ou o que estava fazendo.

O movimento caro ao fazer antropológico de estranhar o familiar e se familiarizar com o “exótico” se multiplicou, adquirindo contornos diferentes em cada situação etnográfica. Ao longo de toda a tese reflito sobre esses encontros, mas, de forma geral, as ativistas, mães, vítimas, advogadas – algumas que ocupavam mais de uma dessas posições – pareciam me conceber como alguém comprometida com o combate à violência obstétrica, como uma aliada. E, apesar de me sentir “de fora” desse tipo de militância, me via/vejo mesmo como aliada e em alguns momentos afirmei isso a elas com todas as letras. Quanto às advogadas, eu acabei dizendo para elas que eu tinha graduação em direito e também a carteira da OAB, embora não exercesse a profissão naquele momento e a tenha exercido muito pouco. Creio que isso talvez tenha criado uma abertura maior ao diálogo com elas e foi comum que elas me dissessem “ah, você também é formada em direito, deve entender o que eu tô falando”. Eu assentia com cabeça, mas nem sempre estava entendendo totalmente, uma vez que o ramo da violência obstétrica é novo no “mundo” jurídico. Quanto à relação com profissionais de saúde, especialmente médicos não adeptos da humanização do nascimento e críticos ao uso da expressão “violência obstétrica”, procurei destacar minha posição de pesquisadora e a importância de compreender a perspectiva deles para a pesquisa que estava desenvolvendo.

Quando eu comentava com colegas de fora da antropologia o que estava pesquisando, as pessoas regiam com frases como “nossa, deve ser difícil”, “que sofrimento pesquisar isso”, “muito triste.” Uma amiga ficou grávida na mesma época do início do doutorado e comentou: “tenho muito medo que aconteça comigo.” Eram sempre reações de pesar, mas ao mesmo tempo não teciam maiores detalhes sobre essa violência, como se esses comentários fizessem

referência a uma ideia geral e difundida de que mulheres têm o risco de sofrer inúmeras violências ao longo da vida.

É possível dizer que essa ideia geral é difundida no país desde meados dos anos 1980 e teve seu ápice com a formulação e aprovação da Lei Maria da Penha (Lei nº. 11340) em 2006 e da Lei do Feminicídio (Lei nº. 13.104) em 2015. Especialmente a primeira foi precedida de intensos debates institucionais e sociais sobre o problema da violência doméstica no país. Estes foram conduzidos em meio a publicações científicas sobre o assunto nas mais diversas áreas, entre as ciências sociais, serviço social, psicologia, saúde coletiva e direito. Houve também uma farta produção de estatísticas sobre o tema, de modo que desde algum tempo há a medição de índices de violência doméstica e feminicídio em pesquisas do Instituto Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), entre outras entidades. Tudo isso tornou apreensível a ideia de que mulheres podem vir a sofrer violência doméstica por parte dos parceiros e no ambiente familiar como um todo<sup>1</sup>.

Nesses comentários corriqueiros a respeito do meu tema de pesquisa, parecia ressoar a ideia de que as mulheres podem vir a ser vítimas de algum tipo de violência, uma ideia promovida, sem dúvida, por discussões e políticas recentes na grande mídia. Tanto isso faz sentido que algumas dessas colegas chegaram a se prontificar a conversar comigo sobre a violência obstétrica que haviam sofrido, ou me colocaram em contato com parentes e/ou amigos que elas julgavam ter experienciado esse tipo de violência em sua gravidez e processo de parturição. E ao fazer isso, não questionavam qual estava sendo meu enfoque na pesquisa etnográfica sobre esse tipo de violência, se nos profissionais da enfermagem, da medicina, ou mesmo nas ativistas. Pressupunham de pronto que eu estava interessada em ouvir as vítimas, o que em parte era verdadeiro, mas não somente elas.

Suponho que tais colegas imaginavam que eu intentava focalizar as vítimas para contribuir na denúncia dessa violência. Isso é geralmente o que as pessoas pensam quando alguma prática é denominada como sendo violenta, pois nomear algo como violência – sexual, familiar, doméstica, policial, obstétrica, entre outras possibilidades – significa postular o combate contra ele, tamanha é a carga moral do termo (MISSE, 2016). Tenho

---

<sup>1</sup> Há trabalhos importantes na antropologia e ciências sociais sobre esse assunto, remeto aos de Guita Grin Debert e Maria Filomena Gregori (2008), Maria Filomena Gregori (1992).

consciência que a própria escolha da categoria como objeto de estudo a legitima não somente academicamente, mas também no âmbito social, pois ciência e política caminham juntas. Porém, não pretendo me concentrar em fazer denúncias, pois entendo que elas são mais bem operacionalizadas no espaço da justiça. Antes, estive preocupada em entender como foi – e é – possível a violência obstétrica existir. Em outras palavras, busquei entender como e por quais feixes de relações e articulação de atores a noção de violência obstétrica vem sendo estabilizada no país, quem e o que opera tais estabilizações e de que maneira. Para isso, passei a adotar, além de uma perspectiva multisituada, também a ideia da implosão do objeto, ou implosão inquisitiva, justamente pelo modo como o objeto de estudo – a categoria violência obstétrica – se apresentava para mim.

## 2. Implodindo a categoria

Como eu disse, a violência obstétrica parece estar em todo lugar. Além desses comentários em conversas corriqueiras, que acabaram constituindo minha primeira fonte de “lugares-comuns”<sup>2</sup> em relação ao objeto de pesquisa, acabei notando outra por meio da rede social digital *Instagram*. Durante todo tempo da pesquisa, a *internet* e suas ferramentas foram essenciais, sobretudo as redes sociais digitais, tanto como instrumento de pesquisa, quanto por serem largamente utilizadas no campo dos debates sobre a melhoria da assistência ao parto no país, promovidos pelos atores que acompanhei. O lugar-comum que notei no *Instagram*, encontrei numa série de publicações: de perfis de profissionais de saúde que trabalhavam na assistência ao parto, de advogadas(os), de escritórios de advocacia, de coletivos de mães em apoio ao parto humanizado, entre outros. Em quase todas, aparecia um *card* que listava uma série de situações que são, isto é, constituem, prática de violência obstétrica. No *Instagram*, em minha conta nessa rede social, eu comecei a seguir a *hashtag* – uma espécie de indexador de assuntos de interesse – *#violenciaobstetrica*, e isso fazia com que minha *timeline*<sup>3</sup> fosse inundada de publicações sobre parto, especialmente as do tipo abaixo:

---

<sup>2</sup> Vasculhar os lugares-comuns em relação ao objeto de estudo é a proposta metodológica de Joseph Dumit (2014) que utilizo como percurso etnográfico nessa introdução e na tese. Nas próximas linhas discorro sobre ela.

<sup>3</sup> *Timeline* é um termo êmico de usuários de redes sociais digitais e tem a ver com sua tradução literal do inglês: “linha do tempo.” É também chamada de *Feed*, uma abreviação da palavra *Feedback*, que pode ser traduzida

Figura 1: Exemplos de Violência Obstétrica (Instagram)



Fonte: Instagram

Na figura, há um desenho de uma mulher grávida na *esquerda*, e na *direita* uma série de ações que *são* exemplos de violência obstétrica: ofender xingar ou humilhar a mulher a sua família; agendar cesárea sem recomendação baseado nos interesses do médico; obrigar a parturiente a ficar deitada e não permitir que ela se movimente durante o trabalho de parto; impedir a entrada de acompanhante na sala de parto e impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto. *Cards* como esses, com desenhos ou fotos de mulheres grávidas e uma lista de práticas nem sempre coincidentes *são* comuns no espaço do *Instagram* que aborda o tema e são um dos clichês em relação ao objeto de estudo.

Exemplos de condutas que *são* violência demonstram o caráter normativo da questão, pois não há espaço para frases reflexivas tais como: aquilo que “pode ser considerado [violência]” ou “aquilo que levou você a se sentir violentada ou lesada”. Eram/são quase sempre listas categóricas. E justamente porque tomei contato com a categoria dessa forma, como autoevidente, estando na boca de todos a partir da ideia geral das mulheres como vítimas e presente em listas normativas nas redes sociais, é que o procedimento metodológico

---

como “retorno”. Nada mais é que do que a página principal, que aparece quando abrimos nosso perfil na rede social, e nos mostra quais as publicações mais recentes dos perfis que seguimos.

de implosão do objeto, explicado por Joseph Dumit (2014), com inspiração nas práticas de pesquisa de Donna Haraway, se tornou interessante para conduzir o percurso etnográfico.

A proposta de Dumit (2014) com a “implosão do objeto” ou “implosão inquisitiva” é forjar conexões aparentemente impensáveis entre múltiplos elementos que atravessam o objeto de pesquisa – “facts, media, things, people [...] all implosions, all material-semiotic actors, all unpackable, all full of different threads that “can—and often should” be teased out” (Idem, p. 349). Ela impele a observar e questionar os clichês em relação ao objeto, que vêm da maneira em que ele é concebido no mundo (inclusive científico) e da própria posicionalidade do pesquisador. Então, a ideia é partir dos clichês e lugares comuns dos objetos de estudo para então implodi-los, buscando pelas diversas dimensões que ele pode ter: laborais, políticas, tecnológicas, históricas, míticas, textuais, orgânicas, educacionais, entre outras.

Esse tipo de metodologia não leva à delimitação de apenas um lócus de pesquisa, como se houvesse uma totalidade a ser explicada, mas, ao contrário: como a ideia é compreender e forjar conexões, se intenta multiplicar os elementos a serem examinados, a fim de “dizer algo” sobre o que/quem está sendo pesquisado. Por meio de questionamentos ante todas as dimensões imagináveis que possam atravessar o objeto, cabe aos pesquisadores vasculhar também suas ignorâncias em relação a ele, a fim de garantir objetividade situada (HARAWAY, 1995). Por isso, falo aqui de lugares-comuns do objeto de pesquisa, mas também dos meus próprios clichês em relação a ele. No caso, minhas ignorâncias em relação à violência no parto entram na conta do que estará sendo implodido.

Por isso que iniciei essa tese explicando o que se apresentaram como clichês desde o início da pesquisa. Eles não são totalmente intrínsecos ao objeto, são os lugares-comuns que se apresentavam para mim, que não era do “meio”: são, portanto, clichês do objeto e, também meus, simultaneamente. Então, se o espanto acontecia porque eu estive em processo de aprendizado constante, ele também foi um procedimento metodológico para conduzir a pesquisa, seja porque ao questionar os clichês eu me permitia duvidar e ser surpreendida por eles, seja porque partindo deles foi possível perceber “ausências presentes” (M’CHAREK, 2014), isto é, o que recorrentemente não aparecia nas manifestações de quem estava manejando as noções de violência obstétrica e, por isso, precisava também ser percebido e inquirido.

Assim, o objetivo desta tese acabou sendo fazer um percurso sobre o que aprendi sobre violência obstétrica a partir: do diálogo com a bibliografia e estudos sempre citados por especialistas dessa área; da observação de notícias de jornais, que proliferavam, sobre violência no parto, e, claro, da interação com ativistas da humanização do nascimento (e com aqueles contrários à violência obstétrica). Meu caminho incluiu também entrevistas com médicos obstetras (bem como os documentos produzidos por eles), profissionais do direito, em particular, as advogadas especializadas em direitos no ciclo gravídico-puerperal e mulheres que se consideram vítimas de violência obstétrica. Não proponho um desvendamento sobre as origens do termo, do conceito. Até porque estou partindo da premissa de que não há algo intacto e anterior, apto a ser descoberto pela pesquisadora. É das práticas, e do rastreamento de relações e conexões que se produzem os objetos de estudo e, também, a própria noção de violência. Na sequência, abordo o que estou chamando de clichê da produção acadêmica sobre violência obstétrica

### **3. A violência autoevidente**

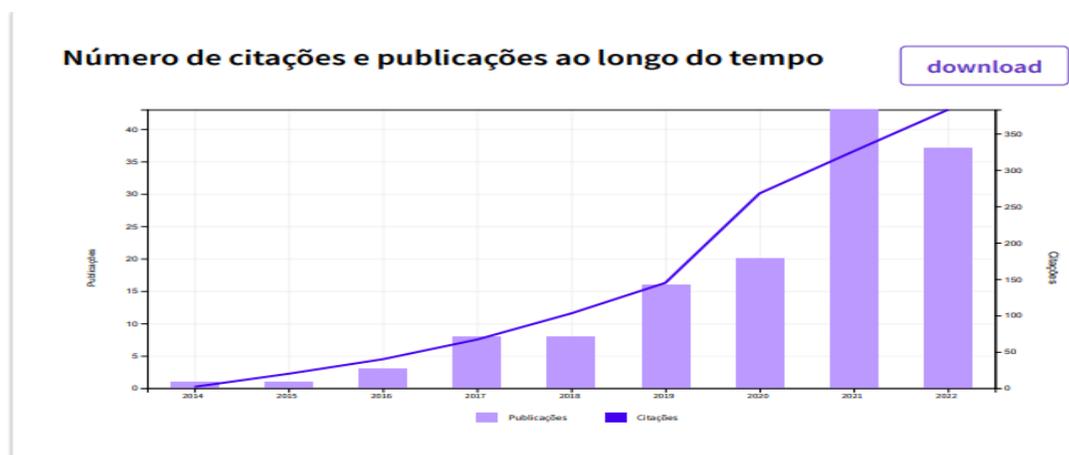
Além dos clichês tirados do pensamento leigo em relação a esse tipo de violência, existe outro que vou denominar clichê científico. É um tipo que está muito presente na literatura sobre violência obstétrica: pesquisas que, baseadas em listas prévias de práticas ditas nocivas que podem ser feitas por profissionais e/ou instituições de saúde durante a gravidez ou o parto, dedicam-se, ou a quantificar se tais ações estão sendo feitas em algum hospital ou maternidade específicos, escolhidos como lócus da pesquisa, ou a verificar se o que é identificado como violência pelas parturientes de determinado hospital corresponde às categorias prévias delineadas (geralmente baseadas em preceitos jurídicos ou da Organização Mundial da Saúde - OMS).

Dizer que esses tipos de estudos são orientados por categorias do senso comum de forma alguma significa negar sua importância ou sua qualidade, longe disso. Até porque muitos deles me ajudaram sobremaneira ao longo da pesquisa. Estou utilizando os termos de Dumit (2014) para indicar quais são as abordagens rotineiras dentro desse campo de estudos, o que me ajuda a construir meu próprio objeto de investigação.

O gráfico abaixo foi gerado por mim a partir do repositório de periódicos *Web of Science*, que indexa os principais periódicos que publicam artigos em inglês. A imagem resulta da pesquisa do termo *obstetric violence* no repositório. Encontrei 137 artigos sobre violência obstétrica, falando do fenômeno nos Estados Unidos, Índia, México, República Dominicana, África do Sul, Chile, Sri Lanka, República Tcheca, Brasil (as primeiras vinte publicações que apareceram são sobre pesquisas realizadas nesses países), entre outras localidades. As barras indicam o número de publicações e a linha azul o número de citações. A pesquisa abarcou todas as áreas de conhecimento, não somente a antropologia ou as ciências humanas. É possível perceber que há uma preocupação crescente com o tema em diversas áreas, ela vem crescendo desde 2014 até os anos mais recentes, denotando um fenômeno global.

Não pretendo debater uma amostra exaustiva de textos que lançam mão das abordagens científicas rotineiras. A partir dessa pesquisa, selecionei um texto de uma antropóloga que trabalha com saúde pública/antropologia médica (o que no Brasil geralmente é chamado de “antropologia da saúde”) escrito em coautoria com uma médica doutoranda em saúde pública (CASTRO e SAVAGE, 2019) como excelente ilustração da linha usual de raciocínio analítico.

Figura 2: número de citações e publicações sobre violência obstétrica no Web of Science



Fonte: Web of Science, gerado pela autora.

Arachu Castro e Virgínia Savage (2019) conduziram sua pesquisa em duas maternidades públicas localizadas na capital da República Dominicana. Elas explicam

brevemente que no país há o sistema de saúde pago, em que as pessoas são consumidoras, e há o público, que é mantido por ações filantrópicas. Um cenário um pouco parecido com o que era o Brasil antes da criação do Sistema Único de Saúde. A maioria das mulheres atendidas nas maternidades em que a pesquisa aconteceu eram de baixa renda e afrodescendentes. As autoras realizaram 43 entrevistas semiestruturadas com as parturientes enquanto elas aguardavam para ter alta, após terem parido os filhos.

As autoras, citando um documento da OMS chamado *Prevenção e Eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde (2014)*, partiram da ideia que violência obstétrica é um conceito e uma forma de violação dos direitos humanos. Para delimitá-lo citaram a definição de violência obstétrica presente na legislação venezuelana, que a caracteriza como:

la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (VENEZUELA, 2007)

A partir disso e usando sobretudo a bibliografia recente vinda da América-latina sobre o assunto, as autoras desenvolveram seis espécies de violência obstétrica para guiar suas perguntas às entrevistadas. Trata-se do *Verbal abuse* (abuso verbal), que seria o uso de linguagem desrespeitosa, culpar a parturiente por um resultado adverso, praticar humilhações e censura; *Poor rapport with woman* (mau relacionamento com a mulher), que é não comunicar a realização de processos e procedimentos, ou algum outro tipo de barreira comunicacional; *Sociocultural discrimination* (discriminação sociocultural), praticar discriminação em relação a alguma característica da parturiente, como posição econômica, aspecto cultural, entre outras possibilidades; *Physical abuse* (abuso físico), que pode ser não oferecer formas de alívio da dor, realizar procedimentos sem consentimento e desnecessários, bater ou estapear; *Failure to meet professional standards of care* (insuficiência em atender aos padrões profissionais de atendimento), que pode consistir em atrasos, negligências, falta de atenção médica, falta de prestação de contas às pacientes, quebra de confidencialidade e *Health system conditions* (condições do sistema de saúde), que elas exemplificam com, por exemplo, falha em garantir privacidade, destinar vários pacientes a uma única cama de

hospital, falta de recursos para prover conforto às mulheres, negar a presença de visitas e/ou acompanhantes.

Na parte da análise das entrevistas, as autoras primeiro descrevem o cenário geral das duas maternidades: eram sempre lotadas, não havia cama suficiente para as parturientes, de modo que não era raro que duas ou mais mulheres revezassem a mesma cama. As autoras comentam também que não existia privacidade, pois não tinha separação de qualquer natureza entre as camas. Às vezes as maternidades não forneciam roupa de cama e os lençóis eram trazidos de casa por parentes ou pelas próprias mulheres. Quanto às visitas, eram oferecidas apenas duas horas por dia para recebê-las nas maternidades; então, na maioria das vezes, as parturientes iam para a enfermaria ou sala de parto sem acompanhantes, enquanto seus familiares ficavam na parte de fora da instituição, sem saber ao certo o que estava acontecendo com elas e se elas e seus bebês estavam bem. Parentes esperavam quase sempre do lado de fora, sendo vigiados pela segurança que era quem acabava decidindo quem podia entrar no lugar e em qual horário.

Castro e Savage (2019) descrevem com certa surpresa o fato de a maioria das entrevistadas não classificar como “mala atención” – era assim que elas falavam – a falta de privacidade resultante da precariedade das infraestruturas das maternidades, ou mesmo a linguagem ríspida usada por profissionais de saúde quando lidavam com elas. Sobre essa questão elas em geral diziam que não eram todos os profissionais que usavam palavras ríspidas, uns sim e outros não. Elas não viam esse elemento com grande preocupação.

Para as pesquisadoras, as parturientes entrevistadas entendem a “buena atención” (no caso, o contrário da “mala atención”) como a administração de remédios ou execução de procedimentos eficazes que, se possível, fizessem com que o parto não demorasse muito; e não serem negligenciadas. Para elas, não ser negligenciadas tem a ver com receber atenção médica suficiente para não morrer. Para explicar esse ponto, as autoras destacam a história que uma das entrevistadas contou sobre uma moça que deixou de ser atendida porque estava com hemorragia e precisava de transfusão de sangue. Como ali não havia sangue disponível, lhe foi dito que se ela não conseguisse o sangue, não seria atendida. Ela ficou nessa situação durante três dias na maternidade. Ao contar isso as autoras enfatizaram que aparentemente para suas interlocutoras não ser negligente é não deixar morrer. A moça da história acabou conseguindo bolsas de sangue com familiares. Com isso foi atendida e sobreviveu.

As entrevistadas de Castro e Savage valorizam o fato de o médico estar presente verificando de tempos em tempos se elas estavam bem; apesar de a maioria delas entender que a demora no atendimento tenha a ver com a superlotação das maternidades e não com a falta de vontade dos profissionais de saúde. Ao expor isso, as autoras afirmam que as mulheres participantes da pesquisa acabam tendo uma visão excessivamente medicalizada do que seria uma boa assistência ao parto. O fato de aparentemente não questionarem ou repudiar as práticas que as incomodavam – pois muitas vezes só mencionavam que certas coisas haviam acontecido quando diretamente questionadas – se deve ao que as autoras denominaram como “preferência adaptativa” (de forma resumida, significa a adequação da mulher ao cenário de restrições materiais e de direitos, isto é, quando, diante dele, exigir somente o que é possível). É como se, em certo nível, as pacientes aceitassem receber esta assistência de baixa qualidade em seus processos de parturição.

Castro e Savage (2019) concluem fazendo inferências sobre a produtividade do conceito de violência obstétrica em pesquisas sobre a assistência ao parto: para elas, ele pode ajudar a ampliar expectativas em relação a tal assistência, de forma que as mulheres possam perceber que devem ter seus direitos – inclusive à privacidade, ao bom tratamento pelos profissionais de saúde, que não foram enfatizados pelas entrevistadas – garantidos. Além disso, dado o entendimento específico que as parturientes têm sobre “buena atención”, quaisquer mudanças propostas no setor de saúde ou estudos sobre o assunto devem incluir observações etnográficas. Na época da realização da pesquisa (março a junho de 2015), nenhuma ação havia sido realizada para combater a violência obstétrica na República Dominicana, mas para Savage e Castro (2019), essa ação deve iniciar, incluindo as mulheres como agentes ativas dos seus direitos reprodutivos.

Escolhi esse texto para exemplificar uma abordagem consagrada (nos termos de Dumit, a base de um clichê científico) que existe nessa bibliografia emergente, porque ele vem da pesquisa de uma antropóloga. No entanto, possui o mesmo tipo de clichê de estudos de outras áreas, como o campo da saúde. No fundo, concebe a violência obstétrica como um fato autoevidente.

Castro e Savage (2019) se remetem ao excerto normativo venezuelano, juntamente com o documento da OMS, para definir o conceito de violência obstétrica e buscam saber se o cuidado obstétrico oferecido nas duas maternidades é violento com base nessas definições

prévias. O tipo de cuidado obstétrico oferecido no hospital parece chocar as autoras, assim como provavelmente muitos leitores do seu texto, inclusive a mim. Isso provoca o ímpeto de categoricamente afirmar: “quanta violência obstétrica!”. Talvez por estarem um pouco movidas por ele, é que as autoras tenham entendido como “preferência adaptativa” o aparente não questionamento ou certa “aceitação” de situações como o compartilhamento de camas, a falta de divisória entre elas, a linguagem ríspida de profissionais de saúde, o tempo longo de espera, entre outras coisas.

Embora tal interpretação seja plausível, é preciso considerar que as interlocutoras de Castro e Savage (2019) foram entrevistadas ainda no hospital, logo depois do parto, e isso pode ter influenciado com que elas não tenham descrito algumas situações com grande incômodo ou pesar. Se aquelas duas maternidades eram sua única opção hospitalar disponível para parir, elas iriam expressar insatisfação naquele momento? Uma maior reflexão sobre as circunstâncias da entrevista poderia ajudar a relativizar um pouco a ideia de que as parturientes “aceitam” a situação.

Se, para as parturientes, a “buena atención” estava mais relacionada à eficácia de medicamentos e procedimentos e também à rapidez do parto, talvez fosse mais promissor tentar entender o porquê de elas darem valor a tais elementos em vez de apontar que elas possuem uma concepção medicalizada da atenção ao parto. Isso soa como se suas noções de boa atenção ao parto deveriam ser modificadas. Penso que as mulheres pobres podem ter mais a dizer – ou a ensinar – sobre o que consideram “buena atención”.

Se a preferência adaptativa pode ser uma chave de leitura, certamente não é a única. E afirmo isso pensando, por exemplo, no estudo de Olivia Hirsh (2015) comparando as expectativas de mulheres de camadas populares e camadas médias em relação ao parto/nascimento. Ela mostra como as mulheres das camadas populares desejam a medicalização e parecem estar mais focadas no resultado do parto – isto é, no nascimento do bebê de fato – que na experiência de parturição em si. Obviamente há muita diferença de contexto entre a pesquisa de Hirsh (2015) e de Castro e Savage (2019), pois a primeira conduz seus estudos numa casa de parto pública<sup>4</sup> e num curso privado de preparação para o parto,

---

<sup>4</sup> “Diferentemente dos Centros de Parto Natural, as casas de parto funcionam de maneira independente de qualquer outro serviço de saúde. Em sua maioria, são geridas pela equipe de enfermagem, enfermeiras obstétricas e técnicas de enfermagem, sem a figura do médico e sem a possibilidade de cirurgia. Funcionam como ambientes de atenção ao parto de baixo risco, com protocolos particulares que definiriam para cada uma

ambos no Rio de Janeiro, enquanto as segundas são defrontadas com a realidade precária das duas maternidades públicas dominicanas. Porém, Hirsh (2015) procura compreender especificidades de classe sem necessariamente almejar mudar as concepções que pessoas pobres têm de determinado assunto. Castro e Savage (2019), por outro lado, concluem seu artigo sugerindo que o conceito de violência obstétrica poderia ajudar a trazer a noção de direitos às dominicanas e fazê-las revoltar-se em relação às péssimas condições das maternidades.

O fato é que, mesmo com aporte etnográfico, o texto de Castro e Savage (2019) acaba consolidando o senso comum acadêmico a respeito da violência obstétrica que também existe em outras áreas do conhecimento, isto é, as pesquisadoras acabam colocando a violência como categoria autoevidente. Há no texto a ideia de uma violência *a priori*, que existe mesmo antes do reconhecimento dela pelas pessoas. Também faz parte dessa visão lidar com as normas oficiais, seja a legislação da Venezuela ou os preceitos da OMS, como se fossem isentas de contradição ou disputa, tanto na sua elaboração, quanto na sua interpretação (MERRY, 2006). Essas normas poderiam ser exploradas, por outro lado, no sentido etnográfico, situadas como processos dentro de seus respectivos contextos, e não sendo utilizadas como um “conceito” de referência ou ferramenta de análise.

Enfim, a violência obstétrica em muitas pesquisas é revelada através de uma lista já consensuada de práticas. Se essas práticas ocorrem, mas não são reconhecidas como tal pelos interlocutores de pesquisa, o “problema” é com estes e não com a lista ou conceito em si. E nesse ponto, o clichê científico se assemelha bastante ao clichê do senso comum presente em inúmeras publicações nas redes sociais que elencam as formas com que a violência obstétrica se manifesta. No intento de me afastar desses dois clichês, ou melhor, implodi-los, procuro nas páginas dessa tese, entender exatamente como certas práticas presentes na assistência ao parto passaram a ser concebidas como violentas por usuárias dos sistemas de saúde, profissionais envolvidos com o nascimento e especialistas em direitos das mulheres e direitos humanos.

---

o que vem a ser esse tipo de parto” (CARNEIRO, 2021, p. 38). Os Centros de Parto Natural têm uma proposta parecida com as casas de parto, com atenção a partos de baixo risco assistidos por profissionais de enfermagem obstétrica, mas foram desenhadas a partir da política da Rede Cegonha, de 2011, para serem inseridas como parte de centros de saúde mais amplos, conforme Rosamaria Carneiro (2021) também aponta.

#### 4. #violenciaobstetrica: perambulações, acompanhamentos, circuito

Nesta tese, meu objeto de estudo não é necessariamente a internet e as conexões viabilizadas por ela. Porém, ela constituiu o rol de ferramentas metodológicas da pesquisa, principalmente depois da deflagração da pandemia de Covid-19. Se essa era uma pesquisa “em casa”, quando a pandemia teve início essa expressão usual do *métier* da antropologia se tornou literal. Especialmente nos períodos em que ainda não havia vacina para a nova doença que se espalhava mundialmente, grande parte da pesquisa realizei de casa, usando a rede social *Instagram* no meu celular e computador, além de aplicativos de mensagens instantâneas e chamadas de vídeo. Mesmo assim, escrevia minhas interações com os atores num diário de campo, para além de gravações que fazia, e imagens e vídeos que salvava em arquivos no computador e celular. E, nesse fazer quase cotidiano da pesquisa em casa e na internet, a aventura antropológica que a imagem de um diário de campo encerra teve bem menos glamour e começou a me parecer maçante. Mas continuei.

Enquanto as mortes por Covid-19 aumentavam e o cansaço de uma rotina mais caseira se impunha – mesmo àqueles que não puderam fazer um isolamento social, de fato – às vezes eu me sentia atrapalhando a vida das minhas parceiras de diálogo. A maioria são mães e estavam atarefadas com o trabalho, o cuidado com os filhos, com a família, os doentes. Em muitos momentos eu espaçava os contatos também para que eu descansasse de telas, mas sobretudo para que eu não fosse mais um inconveniente enquanto o mundo parecia estar acabando.

Apesar de o uso das redes sociais na internet ter se constituído ferramenta da pesquisa desde o início, percebi sua importância e a necessidade de refletir sobre esse uso a partir da pesquisa realizada durante a pandemia, que incluiu especialmente meu diálogo com advogadas especializadas em violência obstétrica, mas, também, algumas ativistas que eu já havia conhecido pessoalmente, além de mulheres vítimas dessa violência. No entanto, custei a problematizar tais ferramentas de pesquisa, justamente porque posso ser considerada uma espécie de *nativa digital*.

Fui apresentada a essa noção por Beatriz Accioly Lins (2021), que em sua tese de doutorado investigou o *vazamento* de *nudes*<sup>5</sup> na internet. Ela enfatizou a maneira como tal

---

<sup>5</sup> Nudes também é um termoêmico dos usuários de mídias digitais e podem ser entendidos como fotos sensuais.

vazamento foi vivido por mulheres que tiveram suas imagens sensuais publicadas na internet sem sua autorização, mas também considerou a forma como juristas tentaram agenciar tais vazamentos para regulamentar a prática de fazer e compartilhar nudes, e até o modo pelo qual grupos feministas passaram a usar os nudes como forma de expressão livre do desejo sexual, de elevação da autoestima e empoderamento.

Segundo Lins (2021), *nativos digitais* são pessoas nascidas a partir dos anos 1980, que teriam crescido com acesso a tecnologias de comunicação e testemunharam seu desenvolvimento, desde a popularização da internet até a possibilidade de acessá-la a qualquer tempo por *smartphones*, celulares que têm uma câmera acoplada e possibilitam uso regular da rede mundial de computadores. São pessoas que, por terem crescido quase que concomitantemente com as novas tecnologias de comunicação, incorporaram tais ferramentas à sua vida cotidiana. A autora faz a devida crítica a tal noção, com a qual concordo: o termo *nativo digital* esmaece uma série de diferenças que fazem com que o acesso às tecnologias de comunicação não seja uniforme e homogêneo dentro de um grupo de pessoas de uma mesma faixa de idade. O recorte etário não é suficiente para explicar o acesso e uso corriqueiro da internet em notebooks e smartphones, uma vez que para muitas pessoas da minha faixa etária – nascidos no final dos anos 1980 – isso ainda não é tão corriqueiro, ou, se atualmente o é, não é há tanto tempo assim. A própria autora com quem estou dialogando aqui afirma que os *smartphones*, com câmera e acesso à internet, se popularizaram no Brasil a partir de 2013, momento em que pacotes promocionais de internet e celulares que dão acesso a eles se tornaram mais baratos no mercado brasileiro.

O fato é que estou familiarizada com a internet, os smartphones e as redes sociais digitais, como o *Instagram*, de modo semelhante a muitas de minhas interlocutoras. O *Instagram* é uma rede social usada primordialmente no celular. Nele, são *postadas* fotos com um texto abaixo ou ao lado da foto<sup>6</sup>. Usualmente, no final de tais textos, os usuários dessa plataforma utilizam uma ou várias *hashtags*, isto é, uma palavra ou expressão com # (conhecido como “jogo da velha”) no início<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Quando se acessa pelo celular, o texto aparece abaixo da foto, quando o acesso acontece no computador, o texto aparece ao lado da foto. Os textos que acompanham as fotos não são muito extensos, há um limite de tamanho deles, de modo que alguns usuários dessa rede usam o espaço dos comentários para continuar o texto do post.

<sup>7</sup> Entre as hashtags mais usadas por minhas parceiras de diálogo nessa tese, estão #nãoaviolenciaobstétrica #violenciaobstetrica #partohumanizado.

As *hashtags* são um recurso utilizado por usuários de diversas mídias digitais, principalmente o *Twitter* e o *Instagram*. Elas são “(...) indexadores de tópicos e/ou palavras-chave que atuam como potentes marcadores temáticos e como modo objetivo de situar acontecimentos” (BABONI, 2020, p. 03-04). Ou seja, as *hashtags* são utilizadas para selecionar o tema da publicação que está sendo feita, a fim de facilitar a procura da audiência interessada. Funciona, também, como eixo para que as pessoas expressem experiências, como a *hashtag* #seráqueéracismo, que foi um dos motes da pesquisa de Renata Baboni (2020). Por meio deste indexador, uma série de pessoas começou a publicar relatos de experiências de racismo no *Twitter*, entre 2015 e 2016, no espaço digital brasileiro. Sabendo dessa função e utilizando-a corriqueiramente em minhas publicações no *Instagram*, procurei pela *hashtag* #violenciaobstetrica e passei a segui-la. Isso fez com que meu *feed*<sup>8</sup>, que antes era composto por fotos e vídeos de amigos próximos começasse a ser “invadido” por vídeos de mulheres dando à luz em banheiras ou de cócoras, publicações informativas falando sobre o que é e como identificar a violência obstétrica quando ela acontece, entre outros tantos *posts* informativos sobre a fisiologia do parto/nascimento. Foi assim que passei a seguir diversos perfis, entre profissionais de saúde – enfermeiras, médicas, doulas, fisioterapeutas, educadoras perinatais, consultoras de amamentação, psicólogas<sup>9</sup> e, para minha surpresa naquele momento, advogadas.

Além de começar a seguir essa *hashtag* e os perfis que encontrei por meio dela, comecei também a salvar as publicações que julgava interessantes para a pesquisa. O armazenamento para formação de um arquivo de publicações favoritas era feito no meu perfil pessoal nessa plataforma. Foi ao longo da formação dessa espécie de acervo que o *Instagram* se estabeleceu como importante ferramenta da pesquisa e assim prosseguiu numa curva ascendente

Esse momento de seguir a *hashtag* e, a partir dela, os perfis de profissionais ativistas pelo parto humanizado se desenrolou durante toda pesquisa e constitui uma espécie de perambulação, isto é, uma observação errática possibilitada pela arquitetura de determinada

---

<sup>8</sup> Feed vem do inglês feedback. Nada mais é que a página principal que aparece quando abrimos nosso perfil na rede social, e nos mostra as publicações mais recentes dos perfis que seguimos. Para se referir a ele também se usa *timeline* ou, em português, linha do tempo.

<sup>9</sup> Estou colocando as profissões no feminino porque são majoritariamente que mulheres que trabalham com parto/nascimento.

mídia digital. Como dizem Débora Leitão e Laura Gomes (2017), certas plataformas digitais permitem que tenhamos contato com uma multiplicidade de textos, imagens e vídeos de maneira efêmera, como se experimentássemos o burburinho de uma praça ou de uma rua movimentada, a diferença é que isso acontece pela tela do smartphone ou do computador.

Mas essas perambulações eram com finalidade. Estive observando quem falava sobre violência obstétrica e o que falava. Foi assim que mais ou menos intuitivamente comecei a curtir *posts* que abordavam a violência no parto e, com isso, percebi que eles eram publicados em grande parte – não tenho condições de saber se são a maioria, o que irei explicar melhor na sequência – por advogadas. Se meu perfil no *Instagram* já estava povoado de informações, imagens, vídeos, textos sobre parto e nascimento, minhas “curtidas” nas publicações das advogadas inseriu mais uma camada ao meu *feed*: a das mulheres advogadas que falavam sobre violência obstétrica. Elas, inicialmente, eram perfis do *Instagram* que eu seguia, curtia e salvava algumas publicações. Mas, a partir disso, comecei a conhecê-las, ou pessoalmente (antes da pandemia), ou via outras plataformas de interação, especialmente o *Whatsapp* e as videochamadas do *Google Meet* após a pandemia de Covid-19.

Mas sei que o fato de o perfil das advogadas ter ganhado evidência para mim não é algo do terreno da aleatoriedade. As mídias sociais fazem isso: por meio dos algoritmos, criados a partir das nossas ações enquanto usuários desse “espaço” – o que curtimos, em quais publicações comentamos, com quem conversamos no *chat* – o que aparece para nós, seja no *feed* ou nos *stories*<sup>10</sup>, é selecionado. É assim que aos poucos é criada uma espécie de “bolha”, de modo que, se eu estou interessada em violência obstétrica, e curto e assisto diversas publicações e *stories* sobre isso, é o que mais vai aparecer para mim, ao invés de outro tipo de conteúdo.

José Van Dijck (2016) é uma entre tantos outros pesquisadores que têm se dedicado a estudar as mídias sociais e entender as mudanças sociais e históricas que elas estão produzindo. Ela<sup>11</sup> explica que as mídias sociais são uma combinação sociotécnica: o social

---

<sup>10</sup> *Stories* são uma espécie de publicação no *Instagram* que dura somente 24 horas. Passado esse tempo ela é apagada automaticamente. Para ver os *Stories* dos perfis que seguimos, devemos clicar nas bolas, com a foto de cada perfil seguido apresentadas em miniatura. Há uma timeline de vídeos e imagens logo quando se abre o aplicativo e outra, somente de *Stories* (também em vídeos e imagens, mas também com músicas e outras possibilidades de edição), caso a pessoa decida clicar nas bolas com as fotos de perfil em miniatura que aparecem na parte de cima quando se abre o aplicativo.

<sup>11</sup> José Van Dijck é professora emérita da Universiteit Utrecht. Ela é uma mulher cisgênero. Por ser o nome de alguém proveniente dos Países Baixos, pode haver estranhamento.

advém da interação entre as pessoas, mediadas pelas plataformas, e o técnico pelos algoritmos gerados em função dessas interações e demonstrações de preferências (quando clicamos no botão “curtir”). Tais mídias, então, se constituem juntamente com os usuários, ao mesmo tempo em que os dados deles – nossos – são registrados e usados de forma não muito transparente para fins publicitários. Então, à medida em que perambulo em meio às múltiplas discussões sobre parto/nascimento – principalmente violência obstétrica – enquanto visualizo minha conta no *Instagram* (a maior parte das vezes, pelo celular), sou levada a olhar também ofertas de roupas, equipamentos para casa, livros recém lançados e tudo o mais que tenha sido capturado como sendo do meu interesse pela arquitetura de dados da mídia social. Tendo isso em conta, essas perambulações talvez não sejam comparáveis a estar andando em uma praça ou via pública, mas sim em um shopping center.

Estou fazendo essa explanação a fim de assentar que as mídias sociais não são mediações neutras. Fazer pesquisa etnográfica usando-as como recurso implica em considerar a dimensão comercial de seu funcionamento e seu alto grau de opacidade (MARINS, 2020), no sentido de que a maneira como elas operam nunca parece estar muito bem explicitada. Isso de modo algum inviabiliza a pesquisa, mas acrescenta a ela uma camada de reflexividade, relacionada justamente ao tipo de mediação usada para a comunicação acontecer.

Além das perambulações, fiz o acompanhamento dos perfis de advogadas especializadas em violência obstétrica (com quem dialogo mais detidamente no capítulo 03, mas, de certa forma, no decorrer de todo trabalho) (LEITÃO e GOMES, 2017). Isso significa dizer que estabeleci contato mais direto e privado com elas. Eventualmente me inscrevi e participei de cursos que elas promoveram/promovem, entrevistei-as, conversei via *Whatsapp*, assisti palestras e lives que elas divulgaram no *Instagram* ou para as quais elas me convidaram diretamente. O acompanhamento foi descrito por Leitão e Gomes (2017) como uma das estratégias etnográficas online, uma espécie de “pesquisa stalker”<sup>12</sup> em que o pesquisador observa – e acompanha – as interações e publicações de determinados perfis/contas em mídias sociais. Mas ele pode ser entendido também como um desdobramento digital do “feijão com arroz” da pesquisa antropológica. Ou seja, pode ser pensado como uma

---

<sup>12</sup> Stalker é um termo de usuários da internet em geral e das mídias digitais em particular que significa literalmente, a partir da tradução do inglês, “perseguidor”. É aquela pessoa ou perfil que acompanha o que a outra pessoa ou perfil faz em suas redes sociais.

convivência por certo tempo, com múltiplas interações, com certos interlocutores. A diferença é que grande parte dessas interações são mediadas pelo digital.

O acompanhamento que fiz das movimentações divulgadas e realizadas em seus perfis no *Instagram* aconteceu mais fortemente depois que as entrevistei e expliquei meus interesses de pesquisa. A ideia de ser “stalker” sugere um observador escondido, que não estabeleceu acordos. Só estive como “stalker” no início, isto é, no exato momento em que comecei a seguir os perfis delas no *Instagram*. No entanto, logo me apresentei pelo chat dessa mídia social ou mesmo pelo whatsapp disponibilizado por elas no perfil. Quando eu assistia as lives, algumas vezes elas mencionam que eu estava assistindo e me davam um “oi”.

O acompanhamento que fiz das práticas profissionais e ativistas por um parto humanizado e sem violência revelou a existência de um circuito de advogadas especializadas em violência obstétrica. Circuito é uma noção que vem da antropologia urbana (MAGNANI, 2014; MARINS, 2020) e pode ser compreendido como: “a configuração espacial, não contígua, produzida pelos trajetos de atores sociais no exercício de algumas de suas práticas, em dado período de tempo.” (MAGNANI, 2014, p. 09). Esse conceito tem tido renovada produtividade para etnografias em que o ambiente online tem proeminência, tal como a que estou apresentando nesta tese. Isso porque a ideia de circuito possibilita conectar pessoas cujas práticas são similares e que não necessariamente se encontram delimitadas num mesmo espaço físico. Circuito se tornou particularmente produtivo quando, em relação mais estreitada com as advogadas *experts*, soube que todas se conheciam, mesmo que não “ao vivo.”

## 5. Os capítulos

A tese está organizada em cinco capítulos e cada capítulo tem a ver com um percurso diferente de pesquisa. No primeiro capítulo, intitulado *Ativistas da humanização do parto: diferentes gerações e os passos da virada para a violência obstétrica* focalizo meu diálogo com mulheres ativistas da humanização do nascimento, explorando suas trajetórias militantes e o que tais processos dizem da emergência da noção de violência obstétrica. No capítulo dois, *Categoria médica: gênero, política e a disputa de sentidos*, concentro minhas interações junto à classe médica, especialmente os ginecologistas-obstetras, focalizando e tentando

entender seu rechaço à noção de violência obstétrica, sem desconsiderar, no entanto, a pluralidade de tais profissionais, que também abarca médicas feministas que combatem a violência no parto.

No terceiro capítulo, *Advogadas em co-produção com o direito: entre o técnico e o moral*, focalizo a atuação profissional-ativista das advogadas especializadas em violência obstétrica, que representam uma inflexão e renovação geracional no próprio movimento pela humanização do nascimento. Exploro sobretudo a forma com que elas conceituam violência obstétrica para sua audiência nas redes sociais – mães, grávidas e outras advogadas – para quem oferecem cursos gratuitos e pagos. No quarto capítulo, *Histórias de parto: violências, convenções, cuidado e além*, dialogo com três mulheres que se entendem vítimas de violência obstétrica. A partir de suas histórias e do entendimento delas sobre a violência sofrida, procuro entender os contornos que a violência obstétrica tem adquirido, quais molduras são formadas pelas experiências das vítimas e o que fica de fora delas.

O quinto e último capítulo é um capítulo conclusivo, denominado *Reflexões finais: implosões sugeridas pelas histórias de parto em “segundo plano”*, em que parto do perfil que as advogadas traçaram de suas clientes para compreender a amplitude que a categoria violência obstétrica tem alcançado: um caminho pouco óbvio e surpreendente. Ao longo de todo o trabalho, busquei traçar relações, mediações, caminhos que a noção de violência obstétrica tem seguido, implodindo os clichês encontrados ao longo do percurso – os meus e os do objeto de pesquisa – tentando sempre inquirir sobre as ausências presentes, que precisam ser postas em evidência para que a implosão cumpra seu papel a contento. Embora esse seja o aporte teórico-metodológico que guia toda tese, em cada capítulo lancei mão de autores, teorias e outras etnografias que me auxiliaram na descrição etnográfica e na produção da reflexão antropológica.

## Capítulo 1

### Ativistas da humanização do parto: diferentes gerações e os passos da virada para a violência obstétrica

*“Então, eu acho que só tem um jeito das pessoas saberem que sofreram violência obstétrica: nominar isso, porque é bom tu nominar as coisas né, no momento que nomina aquilo se transforma dentro de ti, se tu não sabe o quê que é que tu sofreu, o quê que é aquilo que te faz sentir mal, tu parece meio fora da casa.”<sup>13</sup>*

*“Tanto as pessoas quanto as coisas têm uma qualidade trapaceira irredutível que resiste a categorias e projetos de todos os tipos. O anseio é alimentado pelas lacunas nas categorias e pela peculiar vivacidade dos signos”<sup>14</sup>*

Não demorou muito para que eu percebesse que a ideia de humanização do nascimento, bem como o movimento em prol dela tinham a ver com a violência obstétrica. Acompanhando ativistas em eventos e redes sociais digitais, elas quase sempre se apresentavam como defensoras da humanização do parto e que lutam contra a violência obstétrica. E na literatura sobre o assunto, Sônia Giacomini e Olívia Hirsh (2021) identificam que definições de violência obstétrica em muitas produções acadêmicas vão ao encontro das demandas do movimento pela humanização do nascimento, de modo que, nesses termos, um parto com violência obstétrica passa a ser um parto que não seguiu os preceitos da humanização.

Três ativistas com quem dialoguei são uníssonas em falar que a violência obstétrica é um nome novo para um problema antigo, que é o maltrato às mulheres durante a gravidez e no parto em instituições de saúde e que isso envolve um sistema obstétrico que é centrado no médico e não na mulher. Destaco que o momento em que cada uma delas ingressou no movimento pela humanização do parto acaba por dizer muito da mudança desse movimento, que pode ser pensado no plural, como movimentos de humanização do parto (SOUZA, 2021).

---

<sup>13</sup> Jurema (nome fictício), ativista pelo parto humanizado, integra a organização Parto do Princípio e a ONG Artemis, em 30 de setembro de 2019, Porto Alegre/ RS. Foi combinado com as interlocutoras dessa pesquisa que apareceriam no meu texto sob pseudônimos.

<sup>14</sup> Tradução livre do excerto original “[b]oth people and things have a nonreducible trickster quality that resists categories and projects of all kinds. Yearning is fed from the gaps in categories and from the quirky liveliness of signs” (HARAWAY, 1997, p.128 *apud* DUMIT, 2014, p. 359)

Essas mudanças, das quais elas são agentes e testemunhas, possibilitaram a emergência da noção de violência obstétrica. Elas se chamam Jurema, Iraci e Judite.

## 1. Redes de mulheres/mães

### 1.1. Jurema: desde a Parto do Princípio

Tive o primeiro contato com Jurema via *Whatsapp*. Recebi o contato dela com a indicação de que seria muito importante que eu a conhecesse, pois ela é representante da Artemis em Porto Alegre, ONG cuja sede fica em São Paulo e, entre outras coisas, oferece capacitação para advogadas atuarem em casos envolvendo violência obstétrica no judiciário. Jurema me explicou melhor sobre a atuação dessa e outras organizações em defesa do parto humanizado quando me recebeu em sua casa. Era um conjunto residencial num bairro de classe média da capital gaúcha, distante cerca de quinze minutos do centro da capital, com várias casas iguais, todas de dois andares, pintadas numa cor entre o cinza e o bege e a de Jurema era a única com uma mandala colorida na porta. Ela é uma mulher de 45 anos que aparenta ser mais nova, de cabelos cacheados loiros e com expressivos olhos azuis grandes e parecia muito interessada em nossa conversa.

Ela começou a participar do ativismo pelo parto humanizado entre 2004 e 2005, um pouco antes de engravidar do filho hoje adolescente. Descobriu o movimento enquanto pesquisava sobre a possibilidade de ter um parto na água, isto é, um parto normal, só que numa banheira. Lembra ter ficado impressionada com a necessidade de haver esse tipo de ativismo e com a falta de poder de escolha das mulheres. Deparou-se com um cenário obstétrico em que as mulheres não tinham informação e eram levadas a ter partos hospitalares; e grande parte deles cesarianos. E em sua família, como ela diz, “parto normal é normal”. As avós, a mãe, tias, irmãs, pariram seus filhos via parto normal, então aquilo, em sua visão, era algo fácil e tranquilo de acontecer e de conseguir.

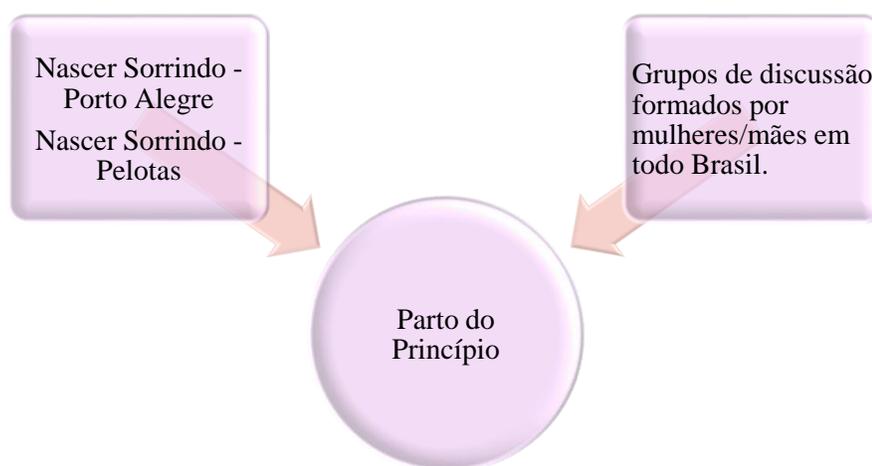
Ela me explicou que compõe a Parto do Princípio, que surgiu em 2006. É um coletivo de mulheres, em sua maioria mães, que organiza reuniões entre mães, grávidas, tentantes<sup>15</sup>, para dar informações sobre a fisiologia do parto, levando profissionais da saúde para falar

---

<sup>15</sup> Mulheres ou casais que estão tentando engravidar.

sobre nascimento e maternidade. Elas divulgam sobretudo as evidências científicas<sup>16</sup>sobre gestação e parto, empoderando as mulheres para tomarem as melhores decisões a respeito dos seus processos de parturição. Ela explica que nesse momento a comunicação entre as “PPzetas”, como elas chamavam aquelas pertencentes ao grupo, acontecia por listas de e-mail. Havia a lista da Parto do Princípio e também a lista da Parto Nosso, que ela também participava. Nessas listas, elas expressavam inúmeras dúvidas sobre gravidez, parto, maternidade, umas às outras. Aos poucos, segundo Jurema, surgiu uma série de outros grupos de mães em todo o Brasil que passaram a se filiar à Parto do Princípio. Ao fazer isso, recebiam orientações de contatos de profissionais de saúde que trabalhavam segundo princípios da humanização do nascimento e informações sobre as evidências científicas e deviam se reunir pelo menos uma vez por mês. Nesse mesmo período surgiu em Porto Alegre (e depois de alguns anos, em outras cidades gaúchas) o Nacer Sorrindo, um grupo organizado por doulas filiado à Parto do Princípio.

Figura 3: Fluxograma de composição da Parto do Princípio (a PP existe desde 2006. Os outros grupos foram e seguem juntando-se à PP desde então)



Fonte: Elaboração própria

Jurema não sabe muito bem ao certo quando foi que elas pararam de falar “parto desumanizado”, “parto desrespeitoso” para passar a dizer “violência obstétrica.” Só diz que

<sup>16</sup> Nas próximas páginas, explico mais detalhadamente no que elas consistem.

é recente e enxerga uma grande influência das leis da Venezuela e da Argentina<sup>17</sup> que incluíram a violência obstétrica como uma das formas nas quais a violência contra a mulher pode se apresentar. A organização da qual Jurema faz parte entregou o dossiê Violência Obstétrica – “Parirás com dor” à Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência contra as Mulheres, em 2012. Ele é assinado com o nome inteiro do grupo, que é Rede Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Ele é mais explicativo sobre quem o compõe e o trabalho que realizam.

Ao longo de quase duzentas páginas, há citações do trabalho de médicas ligadas ao campo da saúde coletiva, reconhecidas por seus trabalhos acadêmicos e ativistas em prol da humanização do parto, como, por exemplo, Carmen Simone Grilo Diniz<sup>18</sup> e Daphne Rattner<sup>19</sup>, juntamente com depoimentos colhidos na internet, de mulheres que passaram por violências no parto. Elas denunciam uma série de situações que ocorrem em hospitais e maternidades Brasil afora durante a assistência ao parto. São frases como “Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender”, “na hora de fazer você gostou, né?”, ditas por profissionais de saúde e que humilham as parturientes. São práticas como proibição de acompanhante<sup>20</sup> no hospital, cobrança de taxas extras para permitir acompanhante e realização de episiotomia de rotina (que elas classificam como um tipo de mutilação genital, especialmente quando é realizado o chamado “ponto do marido”, que é uma costura a mais

---

<sup>17</sup> Na Venezuela e na Argentina, a definição de Violência Obstétrica foi inserida na lei sobre violência contra a mulher; no primeiro país em 2007 e no segundo em 2009. Desse modo, foi classificada como uma forma de violência de gênero. O excerto da lei venezuelana está no corpo do texto. O da lei argentina é muito semelhante, pois ali V.O. é “aquella que ejerce el personal de salud sobre eu cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expressada en um trato desumanizado, um abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales (...)” (Artículo 6º, e), Ley 26.485.

<sup>18</sup> Carmen Simone Grilo Diniz é médica, professora titular do Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Sua tese de doutorado aborda a humanização de parto e direitos humanos e é inserida por Carneiro (2014) na bibliografia da Antropologia do Parto, mesmo que seja de outra área. Seus artigos sobre humanização do nascimento são muito citados tanto no mundo acadêmico quanto entre as ativistas pela humanização e contra a violência obstétrica, inclusive no dossiê “Violência Obstétrica – Parirás com Dor”.

<sup>19</sup> Daphne Rattner é médica, professora associada de Epidemiologia, no departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. É presidente da ReHuNa desde 2015. É conselheira da Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y Nacimiento – RELACAHUPAN, Integrou, como especialista, o Comitê de especialistas da Rede Cegonha e o Comitê de Mobilização Social da Rede Cegonha, ambas comissões no âmbito do Ministério da Saúde. Seus textos e palestras são amplamente citados pelas ativistas das novas redes em prol da humanização do parto e nascimento, inclusive no dossiê “Violência Obstétrica – Parirás com dor”.

<sup>20</sup> A lei nº. 11.108/2005, popularmente conhecida como “lei do acompanhante”, garante o direito à presença de acompanhante de livre escolha da parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Essa lei é um fruto de uma campanha organizada pela ReHuNa nacionalmente e em vários estados (leis estaduais de acompanhante foram aprovadas antes da lei federal).

no tecido de períneo supostamente para a vulva ficar mais “apertada”). Também se incluem a realização de Manobra de Kristeller, restrições quanto à posição de parir, realização de cesárea sem que seja clinicamente necessário e uma série de condutas como “restrição de informação”, “descaso e abandono”, “desprezo e humilhação”.

Não listei todas as situações elencadas no dossiê. É um número extenso de condutas a partir dos depoimentos de mulheres que sofreram com elas enquanto pariam seus filhos. Dado o propósito de denúncia do documento, é compreensível o tamanho e nível de detalhamento. Mas, como é tido como o marco inicial da discussão sobre violência obstétrica no Brasil, por ativistas e pesquisadoras (VELÁSQUEZ, 2021), cabe notar como, nele, a violência no parto pode ser ampla, ao ponto de ser difícil delimitá-la.

Além de citar trabalhos de pesquisadoras renomadas e depoimentos de mulheres, as autoras do documento também citam evidências científicas, leis e regulamentos de saúde que estão sendo descumpridos com as condutas de violência obstétrica, além de trazerem algumas propostas para mudar a assistência ao parto no país<sup>21</sup>. A formulação e entrega do dossiê pela Parto do Princípio está em ressonância com ativismos pelo parto/nascimento em outros países, tais como França, Irlanda, Reino Unido e Portugal, que Madeleine Akrich *et al* (2014) chamou de “ativismo baseado em evidência”. Nesses, os grupos descrevem práticas a partir do ponto de vista dos usuários dos sistemas de saúde, traduzindo sua experiência e ponto de vista em linguagem científica e internacional, e, eu acrescento, legal e normativa. Isso confere mais peso e autoridade aos seus argumentos.

---

<sup>21</sup> Entre as propostas listadas no dossiê estavam: Atuação das agências reguladoras ANS e ANVISA estabelecendo normatização de oferta de plantões obstétricos qualificados; Publicização dos índices de cesáreas e partos normais, episiotomias, acompanhantes por instituição (públicas e privadas, civis e militares) e profissional de saúde (de acordo com o vínculo: público, particular, em plantão obstétrico, credenciado pelo plano de saúde); atuação do Ministério da Saúde estabelecendo normativa para adequação culturais; adequação das vestes hospitalares para utilização durante o trabalho de parto, a fim de que as mulheres possam deambular livremente, mantendo, no entanto, seu direito à privacidade, evitando constrangimento e exposição excessiva; capacitação dos canais 180 e 136 no Governo Federal e do 0800 da ANS para acolher, registrar e orientar mulheres vítimas de violência obstétrica e criação das categorias de violência obstétrica e violência institucional no Ligue 180 violência contra a mulher; Incentivo à criação/manutenção de grupos de gestantes com informações sobre gestação, parto, nascimento, amamentação nos serviços de atenção básica e também nos serviços credenciados aos planos de saúde que ofereçam plantão obstétrico com cobertura obrigatória inclusa no rol de procedimentos e eventos em saúde; atuação do Ministério da Saúde junto à ANS para que haja alinhamento das práticas da Rede Cegonha no setor suplementar; - Reabertura e criação de cursos de graduação em Obstetrícia nas Universidades Públicas; incentivo à reabertura de especializações em Enfermagem Obstétrica nas Universidades Públicas; capacitação dos profissionais à atenção humanizada ao abortamento de acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde e criação de Políticas Públicas efetivas para redução da mortalidade materna causada por complicações de aborto (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 155-156).

Jurema acabou ingressando para o ativismo quando estava buscando engravidar. Porém, na entrevista comigo, muito mais do que falar da sua experiência pessoal, se dedicou a explicar como funcionavam as organizações, o que faziam e defendiam. Iraci e Judite, por outro lado, enfatizaram o quanto a história de seus partos foi determinante para mudar os rumos de suas vidas, inclusive profissionalmente.

## 1.2. Iraci: a gênese de uma doula

Conheci Iraci por intermédio de uma amiga do doutorado. Elas fizeram juntas um curso sobre afro-empendedorismo. Feito o primeiro contato, marcamos um encontro em um café próximo à sua casa, onde passamos uma parte da tarde conversando sobre sua relação com o tema da violência obstétrica e a história de seus partos. Ela é uma mulher negra, de 37 anos, nascida em Recife (PE), mas residente de Porto Alegre há dez anos. É formada em Geografia, fez curso e trabalhou como doula durante algum tempo. Naquele momento trabalhava como coach de transição para mulheres<sup>22</sup> e também faz comerciais para televisão. Com desenvoltura e bom humor, quando disse que estava interessada em saber mais sobre violência obstétrica ela começou a contar a história do nascimento da primeira filha:

“[e]u tive uma cesariana muito complicada em Recife. A sete meses da gestação, por pura falta de informação. Porque a cesárea no Brasil ela é construída, todo mundo engravida sem querer a cesariana e no final tá querendo, porque as informações que dão levam a gente pra isso, que é mais fácil pro médico. E, com sete meses, a minha filha nasceu no hospital, depois de me internarem três dias e me darem Ocitocina e até hoje eu não sei muito bem porquê.” (Iraci, 19/09/2019)

Continuou dizendo que não houve informação nenhuma sobre os procedimentos, tudo foi acontecendo e ela estava totalmente alheia, como se estivesse somente seguindo o fluxo das coisas: internação, Ocitocina para induzir o parto e acelerar as contrações, cesárea. Teve problemas com a amamentação de modo que não conseguiu prosseguir com ela, mas também não houve qualquer orientação médica no sentido de favorecer a continuidade. Nesse contexto, entrou numa depressão pós-parto profunda. Desde os dez meses a primeira filha

---

<sup>22</sup> É uma espécie de orientação para mulheres que estão em um período de transições difíceis da vida: passaram muito tempo como donas de casa e querem voltar a trabalhar, saíram de um relacionamento de muitos anos e querem retomar a vida de antes, entre outras situações que ela tentou me explicar.

mora com os avós em Natal (RN) e elas mantêm contato. Perguntei se ela achava que a depressão pós-parto teria sido provocada pela maneira como seu parto ocorreu, no que ela respondeu, categórica: “[e]u acho que tem muito a ver com a total falta de entrega do protagonismo pra mim.”

Quando terminou a faculdade, veio para a capital gaúcha Era final de 2010, início de 2011. Seis meses depois, engravidou de novo. Começou o pré-natal e com sete meses sua médica disse que elas deveriam agendar uma cesárea. A justificativa da médica para esse agendamento era o útero “incompetente” de Iraci e o baixo peso do bebê. Enquanto isso Iraci falou na possibilidade de fazer parto normal, no que a médica teria dito que isso era muito romantismo. A cirurgia estava marcada quando um casal de amigos, vizinhos dela e do companheiro à época, sugeriram que parisse o bebê em casa. A vizinha explicou que havia parido o primeiro filho por cesariana, mas o segundo foi via parto normal domiciliar. Disse para Iraci contratar uma doula; na época, ela não sabia do que se tratava.

Foi então procurar sobre o assunto na internet, onde encontrou o grupo Parto do Princípio e a lista de transmissão do grupo Parto Nosso, uma lista de e-mails em que se trocavam informações sobre partos. Nesta, mandou o seguinte e-mail, que descreveu assim: “Gente, sou de Recife, tô em Porto Alegre faz um ano, não conheço nada, não conheço ninguém, minha cesárea tá marcada, tô com tantas semanas, me ajudem”. Uma doula que fazia parte da lista de e-mails a contactou e começou a atendê-la; foi ela quem apresentou um médico e sua equipe que faziam partos domiciliares. No primeiro contato com o médico, Iraci contou que ele perguntou como ela queria que fosse o parto. “Eu nunca tinha pensado nisso, não sabia nem que eu podia escolher! E ali o mundo se abriu, porque eu me senti uma idiota ‘tipo, como assim? O corpo é meu! E eu terceirizei geral assim, por falta de informação.”

Perguntei então se esse médico foi quem fez o parto e ela prontamente me corrigiu: “feito por mim, assistido por ele!”. No dia em que a cesárea estava marcada ela acordou sentindo as contrações do trabalho de parto. A médica do plano marcou a cesárea, mas logo depois Iraci se tinha consultado com o médico humanizado. Quando sentiu as contrações, ligou para a doula, o médico e a enfermeira obstétrica que havia contratado, eles foram à sua casa e ela pariu a segunda filha num parto domiciliar. Iraci explicou que o papel do médico é interferir somente se houver complicações, e não foi o caso. Com o vídeo pronto, colocou-o num envelope e deixou na secretaria do consultório da médica que havia marcado sua

cesárea: “Muito obrigada por tudo, com carinho, Iraci, a romântica.” E rimos bastante enquanto ela contava isso.

Depois, em 2015, ela teria mais um parto domiciliar, sendo assistida pela mesma equipe. Nesse período, ela cursava mestrado, mas decidiu que não era o que queria continuar fazendo da vida. Resolveu então fazer curso para ser doula. “Durante o curso de doula, em cada parto que eu atendia, eu me curava um pouquinho daquela minha cesárea, parecia que ia fechando um buraco assim” Para ela, tudo que passou na cesárea da primeira filha, principalmente a falta de informação e o fato de o bebê não ter ficado com ela depois do nascimento – ela só foi ver a filha 18 horas depois – foi violência obstétrica. Foi nesse período que criou o grupo de gestantes, que se reunia mensalmente para dar informação às mulheres. Segundo ela, em geral os pré-natais consistem em pesar, fazer exames, medir pressão. Ela explica que os profissionais de saúde, especialmente médicos, não falam de verdade o que acontece no parto e depois do parto.

Pelo que entendi, o que eles não falam são os detalhes. Ela deu o exemplo das “contrações de treinamento” ou “contrações de Braxton Hicks”, que muitas mulheres têm quando a gestação está avançada. A barriga fica dura e depois “amolece”. Não há dor associada e elas não são espaçadas em tempos certos, como as contrações do trabalho de parto. Para Iraci, o parto tem que ser entendido como um evento familiar e não médico, e a atuação das doulas serve para dar autonomia às mulheres.

### 1.3. Judite: Nascer Direito e Nascer Sorrindo – ensinando direitos

Conheci Judite quando participei do minicurso *Aspectos Jurídicos da Violência Obstétrica*<sup>23</sup>, ministrado por ela e Elza, advogadas especializadas no tema. Depois do minicurso, eu e Judite trocamos contatos e marcamos uma conversa de vídeo pela *internet*, pois assim que a atividade terminasse, ela teria que voltar a Pelotas, onde reside. É uma mulher jovem, branca de cabelos castanhos cacheados, tem 28 anos e um filho de seis anos. Advoga desde 2017 e é vice-presidente do *Nascer Direito*<sup>24</sup> e presidente do *Nascer Sorrindo*

---

<sup>23</sup> Ocorrido em Porto Alegre, em 14/09/2019.

<sup>24</sup> O *Nascer Direito* é um coletivo nacional de advogadas formado entre 2018 e 2019 que atuam contra a violência obstétrica, tanto em processos judiciais como em palestras, cursos presenciais e virtuais e produção de textos sobre o assunto. Falarei mais sobre ele nos próximos tópicos.

– *Pelotas*<sup>25</sup>. É conhecida no âmbito dos debates sobre o parto no Rio Grande do Sul e, talvez, no restante do país, porque é advogada da mulher que aparece no filme “O renascimento do parto 2” sofrendo uma Manobra de Kristeller<sup>26</sup>. Segunda ela, esse foi seu primeiro caso como advogada. Ingressou na profissão já combatendo a violência obstétrica.

Quanto à sua experiência com o parto e a maternidade, ela disse que sua gravidez não foi planejada. Quando soube que estava grávida, chorou bastante porque pensava no quanto isso poderia interromper seus sonhos profissionais. “Eu não imaginava que ia dar um novo sentido pra minha vida assim, que isso ia transformar radicalmente todas as coisas que eu falo, que eu faço, né, que foi muito mais pra trazer do que pra me tirar”, refletiu.

Quando começou o acompanhamento médico com um obstetra em sua cidade natal, percebeu certa resistência quando informou o desejo de ter o filho via parto normal. Isso fez com que começasse a ler muito sobre partos na *internet*, e lembra que a primeira vez que se deparou com a questão do parto humanizado foi quando leu o relato de um parto domiciliar. Continuou lendo bastante e depois desse relato se deparou com textos sobre violência obstétrica. Eram poucos artigos sobre o assunto na época, era um tema muito recente. Acompanhava especialmente o blog de Melania Amorim, uma médica obstetra famosa no movimento da humanização do nascimento. É também pesquisadora na área de obstetrícia e saúde materno-infantil, sendo uma das entrevistadas no filme “O Renascimento do Parto.”<sup>27</sup>

A gestação foi avançando, ela chegou a trocar de obstetra, mas percebeu os mesmos procedimentos do anterior em não dar ouvidos às suas decisões; ele também fazia exames de toque em todas as consultas, que doíam muito. Depois de assistir ao filme “O Renascimento do Parto” com o namorado à época no cinema, os dois decidiram que o filho nasceria de um parto domiciliar. Não sabiam bem como começar a procurar por isso, mas o namorado era praticante budista e contactou uma amiga do centro que frequentava perguntando se ela

---

<sup>25</sup> O *Nascer Sorrindo – Pelotas* é um grupo de apoio ao parto humanizado, formado por mulheres de diversas profissões e atividades, que promovem encontros sobre parto humanizado e, atualmente, também militam contra a violência obstétrica. Focalizo as ações do *Nascer Sorrindo – Pelotas* no segundo capítulo.

<sup>26</sup> Pressionar a parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê. É considerado um tipo de violência obstétrica por mulheres e profissionais engajados no assunto. Não é mais indicada pela OMS.

<sup>27</sup> Há três filmes “O renascimento do Parto”: “O Renascimento do Parto” (2013), “O Renascimento do Parto 2” (2018) e “O Renascimento do Parto 3” (2018); são documentários. O primeiro fala da realidade obstétrica brasileira, focalizando o excesso de cesáreas, o segundo aborda a violência obstétrica e o terceiro compara o cenário obstétrico brasileiro com o de outros países, como Holanda e Nova Zelândia. Esses filmes são bastante citados em meu campo, especialmente o primeiro, que tem mais tempo de lançamento e passou no cinema em algumas importantes cidades brasileiras.

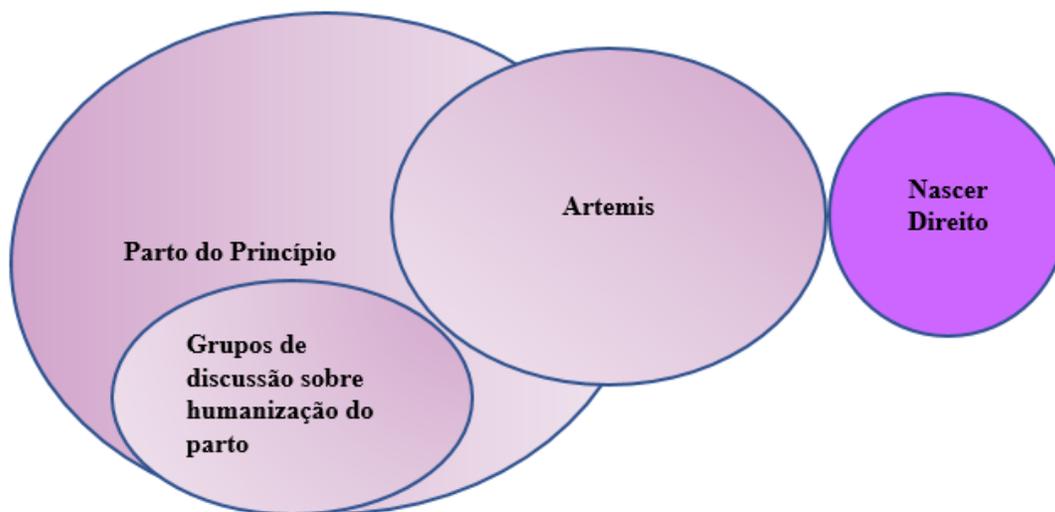
conhecia alguma parteira. A resposta foi positiva. Judite desligou o telefone e o casal partiu para o Centro. Foram vinte dias de imersão até o dia do parto, assistido por duas parteiras, uma mais experiente e outra mais nova. “Foi muito intenso, foi um encontro comigo mesma (...) depois disso eu vim, eu vim preparada assim, eu disse ‘é isso que eu quero fazer da minha vida.’”

Quando voltou para casa, postou em seu perfil no *Facebook* uma foto sua logo após o parto, juntamente com um pequeno texto falando da experiência, no que pessoas conhecidas disseram, segundo ela, “nossa, um parto humanizado!”. Depois disso foi chamada para reuniões com outras mulheres que queriam debater a humanização do parto e junto delas fundou o *Nascer Sorrindo Pelotas*, em 2014. Quando voltou para a faculdade – tinha trancado um ano – fez o trabalho de conclusão sobre violência obstétrica e começou o trabalho como advogada nessa área.

O Nascer Sorrindo é um dos grupos que integra a rede Parto do Princípio, mas o Nascer Direito é um grupo nacional formado somente por advogadas, e que Judite é uma das fundadoras. Quando conheci Jurema ela disse que eu precisava conhecer Judite, que era ela uma das principais pessoas que estava dando seguimento à militância contra a violência obstétrica no Rio Grande do Sul. Quando eu disse que já a conhecia, ela exclamou que eu estava “no caminho certo”.

O Nascer Direito é formado por advogadas e muitas delas fizeram um curso oferecido pela ONG Artemis, da qual Jurema é representante no Rio Grande do Sul. Ela surgiu entre 2010 e 2011, por iniciativa de algumas mulheres da Parto do Princípio, que gostariam de ter uma organização mais formal, com CNPJ, que pudesse angariar recursos para fazer oficinas, cursos, ações nos hospitais, contratar profissionais. No *site* da Artemis, é possível ver que é uma organização que combate a violência doméstica e a violência obstétrica. Segundo Jurema, houve uma ampliação do escopo da organização porque muitas mulheres buscava a ONG com demandas sobre violência doméstica. Em 2017, a Artemis promoveu um curso sobre aspectos jurídicos da violência obstétrica, que muitas integrantes do Nascer Direito cursaram antes de fundar e participar da associação.

Figura 4: Diagrama de formação da ONG Artemis (fundada em 2013) e sua relação com a rede Parto do Princípio e o grupo Nascer Direito (fundado entre 2017 e 2018).



Fonte: Elaboração própria

O ingresso e trajetória de Jurema (2004/2005), Iraci (2012/2011) e Judite (2014) no movimento pela humanização do parto tem a ver com a emergência da noção de violência obstétrica e investimento nela para reivindicação de mudanças na assistência ao parto em instituições de saúde no país. A noção emergiu em meio ao fortalecimento de redes de usuárias – mais precisamente mães – e vêm ganhando mais força e desdobramentos por meio da atuação de advogadas mães ativistas como Judite.

## 2. Entendendo o pano de fundo: a ReHuNa e outros movimentos históricos

Robbie Davis-Floyd (2001) é uma antropóloga estadunidense famosa nos movimentos pela humanização do parto e nascimento no Brasil. Define-se como antropóloga e ativista do parto natural (TORNQUIST, 2002), esteve presente como palestrante na Conferência de Fortaleza<sup>28</sup> (CE), ocorrida no ano 2000 e considerada um marco no movimento, pois foi o momento em que a humanização ganhou mais força no país e na América-Latina como um todo, com a criação da RELACAHUPAN (Rede Latino-Americana e Caribenha para a Humanização do Parto e do Nascimento). Ela aparece ainda

<sup>28</sup> O final da Conferência de Fortaleza deu origem à chamada “Carta de Fortaleza”. Ela foi precedida pela “Carta de Campinas”, que fundou a ReHuNa. Segundo Tornquist, nessa segunda carta “[a] crítica ao intervencionismo obstétrico e ao abuso de cesáreas, ainda praticadas no país, é mantida, mas há um acento maior na necessidade de embasamento científico das decisões, ao mesmo tempo em que mencionam as questões ligadas a quem e onde assistir o parto e, ainda, à necessidade de escutar as mulheres e saber de suas necessidades.” (2004, p. 179)

como uma das especialistas entrevistadas no filme “O renascimento do parto”<sup>29</sup>, citado como um marco por quase todas as interlocutoras desta pesquisa e um sucesso de bilheteria. Suas elaborações teóricas ganharam tal proporção dentro do movimento que se tornaram linguagem êmica de seus integrantes.

Há nuances e algumas divergências sobre o que seria um parto humanizado ou um parto sem violência, e retomarei isso nas próximas linhas, no entanto, o combate ao modelo de nascimento tecnocrático parece ser um ponto de convergência. Os modelos de nascimento tecnocrático, humanizado e holístico foram descritos e elaborados pela antropóloga (DAVIS-FLOYD, 2001). Segundo ela, o modelo tecnocrático é o hegemônico na obstetrícia ocidental atual. Ele é caracterizado pela separação entre corpo e mente e também por lidar com o corpo da gestante/parturiente como se fosse uma máquina. Nele, o corpo masculino é visto como o padrão e, por isso, o feminino é concebido como inerentemente defeituoso, sendo perigosamente influenciado pela natureza, e, por isso, imprevisível e necessitando ser controlado e manipulado por homens ou pelo conhecimento da medicina obstetrícia, que nesses termos assume posição masculina. Essa elaboração dialoga com estudos de Emily Martin (2006) e Fabíola Rohden (2001) que mostram que a constituição da medicina obstétrica e da ginecologia estão ligadas à elaboração de metáforas sobre o corpo feminino e exaltação da diferença dele em relação ao masculino; e que essas foram e são maneiras de justificar o controle do saber médico sobre esse corpo.

O modelo tecnocrático faz com que o parto imite o ritmo da produção industrial, em que o hospital é a fábrica, o corpo materno a máquina e o bebê o produto manufaturado. É dessa forma que o corpo do paciente, no caso, da parturiente, é expropriado pelo profissional de saúde, que lhe aplica uma série de intervenções externas e padronizadas, de modo que suas necessidades individuais acabam sendo subordinadas às necessidades da instituição hospitalar e dos profissionais de saúde, especialmente médicos. Esse modelo também se caracteriza pelo núcleo das decisões sobre o tratamento de saúde ficarem concentrados no profissional e não serem partilhados com o paciente. Nele também há uma supervalorização

---

<sup>29</sup> Há três filmes “O renascimento do Parto”: “O Renascimento do Parto” (2013), “O Renascimento do Parto 2” (2018) e “O Renascimento do Parto 3” (2018); são documentários. O primeiro fala da realidade obstétrica brasileira, focalizando o excesso de cesáreas, o segundo aborda a violência obstétrica e o terceiro compara o cenário obstétrico brasileiro com o de outros países, como Holanda e Nova Zelândia. Esses filmes são bastante citados em meu campo, especialmente o primeiro, que tem mais tempo de lançamento e passou no cinema em algumas importantes cidades brasileiras.

da tecnologia, como se ela fosse inerentemente benéfica para todas as parturientes. É por isso que é sob esse modelo que os índices de cesariana aumentam, porque a crença nos benefícios da tecnologia acaba dando a ideia de que o procedimento cirúrgico é mais seguro do que formas de assistência mais “simples”. No modelo tecnocrático, há uma visão pessimista no parto, que é concebido como inerentemente arriscado.

Como disse, foi a partir da Conferência de Fortaleza que o movimento se fortaleceu mais em todo país e se articulou internacionalmente. Mas, fazendo uma breve genealogia, é possível dizer que há um movimento pela humanização do parto e nascimento no país desde 1993, quando, por meio da Carta de Campinas, foi fundada a Rede Brasileira pela Humanização do Nascimento, que depois passou a se chamar Rede Brasileira pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa). Uma organização formada eminentemente por profissionais de saúde entre gineco-obstetras, sanitaristas, enfermeiras, psicólogos, terapeutas corporais e alguns cientistas sociais e parteiras. Esses profissionais atuavam em ONGs feministas, em grupos alternativos ligados à Nova Era, na saúde coletiva, isto é, no recém criado Sistema Único de Saúde; inclusive alguns dos formuladores na proposta do que viria a ser o SUS ingressaram posteriormente na Rede. E, ainda, muitos eram/são professores de cursos de saúde em instituições de ensino superior (TORNQUIST, 2004).

Em sua tese de doutorado, Carmen Tornquist (2004) argumenta que a ReHuNa é herdeira da geração do “Casal Grávido” dos anos 1980 (SALEM, 1983), que, por sua vez, era herdeira do chamado Parto sem Dor. Porém, com o acréscimo de uma dimensão biomédica importante, comprometida com a saúde coletiva e, portanto, com mudanças na assistência ao parto em hospitais públicos. E também com a medicina baseada em evidências (MBE).

Explicando brevemente, o Parto sem Dor (PSD) foi um movimento surgido na França nos anos 1950 baseado nas ideias de Fernand Lamaze. Além da denominação Parto sem Dor, seu método também era chamado de psicoprofilático, e consistia numa crítica ao que posteriormente seria chamado de modelo tecnocrático de nascimento e que, naquele momento, pós segunda guerra mundial, havia se generalizado na Europa. O método preconizava que era possível que as mulheres parissem sem dor, desde que se preparassem para o parto com exercícios corporais e de respiração, que a ajudariam a controlar o corpo e as emoções e assim viver este momento como uma experiência satisfatória. Vem do PSD a

ideia dos grupos de preparação para o parto e mesmo a valorização dos aspectos fisiológicos do processo, a fim de que as mulheres, tendo algum controle sobre o parto – este que havia sido retirado das mulheres quase que completamente pela gineco-obstetrícia moderna – pudessem não sofrer com ele.

As propostas do PSD teriam chegado no Brasil um pouco antes da ditadura militar não somente nos termos dos escritos de Lamaze, mas também de Frédrick Leboyer, que preconizava um nascimento sem violência: um parto na água, com luz baixa, feito em casa e com a presença de apenas algumas pessoas próximas. Faz parte dessa linhagem a antropóloga Sheila Kitzinger, que enfatizou a dimensão sexual do parto, e de como viver a experiência de parturição fazia parte da sexualidade feminina e também Michel Odent, obstetra francês ainda vivo, que se tornou junto com Davis-Floyd, um dos “gurus” das primeiras gerações da ReHuNa e que ainda é muito referenciado nos meios da humanização do nascimento nos dias de hoje. Odent também é um dos especialistas que aparece no filme “O renascimento do parto” comentando da importância da Ocitocina, que, segundo ele, é o hormônio do amor, em todo processo de parturição. E do quanto apenas a Ocitocina produzida naturalmente – a versão sintética não traria os mesmos efeitos – é a que gera o sentimento de satisfação no parto e de felicidade e apego entre mãe e bebê (TORNQUIST, 2004; CHAUVET, 2013; VELASQUEZ, 2022)

A geração do “Casal Grávido” pesquisada por Tânia Salém (1987) a qual Tornquist (2004) se refere tem a ver com casais de camadas médias em grandes cidades brasileiras, que, na década de 1980, estavam optando por formas mais naturais de parto/nascimento. Eram casais que se preparavam para o parto em grupos autônomos, em que aprendiam sobre as dimensões fisiológicas da gravidez e da parturição, formas de conduzir o trabalho de parto para que fosse preciso pouca ou nenhuma intervenção “externa”, isto é, médica, no processo; geralmente usando recursos tidos como “alternativos” nesse processo, como yoga, florais de Bath, acupuntura, homeopatia, etc. Como diz Salem (1983), a concepção de parto do “casal grávido”, legatário do PSD no Brasil, tem a ver com garantir a informação e conhecimento, não somente para parir sem dor, mas para poder tomar decisões sobre o parto, controlando inclusive a própria equipe médica. Com o que Salem (1983) chama de ideário do “casal

grávido”, o parto vai um pouco além do PSD, e passa a ser fonte de exercício de autodeterminação e afirmação individual do casal<sup>30</sup>.

Mas a vertente biomédica da ReHuNa era igualmente forte desde o início e em anos mais recentes parece ter ganhado proeminência em relação à alternativa. É o que Heloísa Souza (2021) problematiza em sua tese de doutorado sobre os movimentos – no plural – pela humanização do parto e nascimento no Brasil. Ao descrever uma conferência da ReHuNa ocorrida em 2010, a autora mostra que quase todos os painéis do evento tratavam das evidências científicas sobre gravidez, parto e puerpério, enquanto que as práticas tidas como alternativas, que passaram a ser chamadas pela vertente biomédica como “formas não farmacológicas de alívio da dor”, tais como o uso de óleos essenciais, massagens, yoga, entre outras, ficaram restritas a atividades preliminares à programação principal.

A vertente biomédica da Rede está intimamente ligada à MBE, como disse linhas atrás. É um tipo de concepção da medicina surgido no pós-segunda guerra mundial e que teve como precursor o epidemiologista Archibald Cochrane (1909-1988). A ideia geral dessa vertente é submeter a prática médica clínica a testes científicos a fim de comprovar (ou não) sua efetividade em termos estatísticos. Com isso, a MBE se fundamenta sobretudo nos chamados ensaios clínicos randomizados e nas meta-análises, que são estudos quantitativos sobre determinado procedimento ou conduta médica quanto a sua efetividade e segurança. (PINHEIRO e NOGUEIRA, 2021). Explicando brevemente, os ensaios randomizados são feitos por meio do estabelecimento de um grupo de controle e um grupo de tratamento. Neste último, o remédio ou técnica será aplicada e no outro não, a partir disso será verificado se esse remédio ou técnica são seguros e/ou efetivos para o que se propõem. Se houver uma diferença significativa entre os dois grupos, é possível afirmar que a prática é efetiva. As meta-análises, por sua vez, são análises estatísticas de vários ensaios randomizados sobre o mesmo assunto, que pode verificar, num universo empírico mais abrangente, se determinada prática é ou não efetiva ou segura.

A MBE se encontra com a obstetrícia quando na Europa, em virtude do Ano Internacional da Criança (1979) determinado pela Organização das Nações Unidas, é criado um comitê para estudar possibilidades de redução da morbidade e mortalidade materna e pré-

---

<sup>30</sup> Nas próximas linhas, volto a essa ideia, mostrando que contemporaneamente ela parece ter sofrido uma espécie de atualização.

natal naquele continente. Porém, esse esforço acabou reunindo pesquisadores de diversas áreas, entre médicos obstetras, neonatologistas, da enfermagem, que, então apoiados pela Organização Mundial da Saúde - OMS, se dedicaram a verificar a efetividade e segurança das práticas de assistência à gravidez, parto e pós-parto (DINIZ, 2001).

O resultado desses estudos foi publicado em diversos documentos da OMS a partir da década de 1980 e ao longo da década de 1990<sup>31</sup>. Muitas vezes, no âmbito dos movimentos por humanização e de combate à violência obstétrica, “evidências científicas”, “recomendações da OMS” ou “boas práticas” são utilizados como sinônimos. Essa última denominação é utilizada pelas traduções que o Ministério da Saúde passou a fazer das recomendações da OMS em forma de pequenos manuais, a serem distribuídos e ensinados aos profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao parto.

Heloísa Souza (2021), citando a etnografia de Tornquist (2004), concorda que há uma espécie de tensão constitutiva entre a matriz alternativa e a matriz biomédica dentro da ReHuNa, e que, nos últimos anos, a face biomédica tem tido mais proeminência, pois afirma que a proposta de humanização do parto tem respaldo na ciência e isso legitima mais a rede em face da comunidade médica, de profissionais da saúde em geral, da sociedade e do estado. Mas a ReHuNa foi/é uma associação formada eminentemente por profissionais da saúde que desde o seu início procuraram mudar a assistência ao parto no país “por dentro”, isto é, dentro das universidades, em propostas de ensino, pesquisa, extensão; e também por meio do auxílio na elaboração de políticas públicas. A ReHuNa sempre esteve falando de violência obstétrica embora em outros termos, porque o nascimento medicalizado, que não segue as evidências científicas, é violento (DINIZ *et al*, 2022). Apesar de entender o modelo tecnocrático de assistência como inerentemente violento, não usavam abertamente “violência” para se referirem ao que acontecia nos hospitais Brasil afora.

O parto contra o qual esse movimento milita inclui os procedimentos considerados “não baseados em evidências” (embora ainda muito praticados na assistência):

- \* Um parto vaginal hospitalar, sem a presença de acompanhante, guiado somente pelo médico;

- \* Com a mulher em posição litotômica, onde não lhe são oferecidas água ou comida;

---

<sup>31</sup> Tratam-se dos documentos *Appropriate technology for Birth (1983)*, *Recommendations for Appropriate Technology Following Birth (1986)*, *Care in Normal Birth: A practical guide (1996)* e *4º World Health Day: Safe Motherhood (1998)*.

\* Em que lhe são feitas raspagem de pêlos pubianos (tricotomia) e eventualmente lavagem intestinal;

\*Numa rotina que também envolve a aplicação de soro com ocitocina sintética, rompimento artificial da bolsa amniótica (amniotomia), incisão no períneo (episiotomia), realização de manobra de Kristeller e falta de analgesia.

Os ativistas pela humanização também combatem o excesso de cirurgias cesarianas. E pugnam pela inserção cada vez maior das enfermeiras obstétricas, obstetrites, psicólogas, doulas, na cena do parto, numa afirmação de que o parto não é somente do domínio da medicina, mas envolve muitos saberes.

Porém, o que é um parto humanizado pode variar bastante a depender de qual matriz do movimento. Ele pode ser pensado como um “parto natural”, sem nenhuma “intervenção” – esse é um termo êmico – ou como um parto vaginal hospitalar em que algumas “intervenções” são aplicadas a partir do diálogo entre a gestante informada e a equipe multidisciplinar.

### **3. Informação, escolha e V.O. como o contrário do parto humanizado**

Precisei fazer essa pequena digressão para retornar ao ativismo de Jurema, Iraci e Judite e assim entender melhor suas especificidades. Segundo Heloísa Souza (2021), a emergência da noção de violência obstétrica veio com o ingresso de mulheres usuárias do sistema de saúde, em sua maioria mães provenientes de camadas médias, formando inúmeros grupos de debate sobre humanização do nascimento. Conforme Jurema me disse, elas realizavam/realizam ações de informação, pois seu objetivo é “prestar informações baseado em evidência científica.” Nessas reuniões, elas chamavam profissionais de saúde que tinham tais “informações” para passar para as gestantes, que estavam se preparando para parir.

Jurema não se empenhou muito em me contar sobre seus partos (ela tem dois filhos), mas para Iraci e Judite eles foram momentos cruciais para a conversão delas ao movimento, e, também, para sua decisão profissional posterior de trabalhar para ajudar outras mulheres a não sofrerem violência e terem processos positivos de parturição. Na etnografia de Carmen Tornquist (2004) sobre o movimento de humanização do parto centrado na ReHuNa, há relatos de conversão de profissionais que contam o momento em que decidiram ou

perceberam que eram “da humanização”. Como, por exemplo, o caso contado por Gustavo, um obstetra que se tornou “humanizado” após atender uma mulher indígena que chegou ao hospital com o bebê coroando<sup>32</sup> e se recusou a ouvir o que a equipe médica e de enfermagem dizia, posicionando-se de cócoras num canto e dando à luz daquela maneira. Isso mostrou a ele a potência da fisiologia e a comprovação de que o modo tecnocrático de dar à luz pode ser dispensado.

No caso das mães ativistas, em grupos de informação e preparação para o parto, o próprio processo de partear e parir foi central para a conversão. Como se algo tivesse mudado nelas internamente, gerando força para ajudar outras mulheres. No caso de Iraci, o trabalho como doula ajudou a curar a ferida da cesárea imposta. No caso de Judite, quando ficou grávida, foi por acidente, não pensava em ser mãe; no entanto o parto e a maternidade trouxeram muito mais coisas para sua vida do que ela imaginava. Ela pensava que a maternidade iria tirar seu foco dos objetivos profissionais, mas, ao contrário, esta possibilitou que Judite os definisse melhor: advogar para mulheres, ajudando para que elas tenham seus direitos garantidos.

O dossiê que a Parto do Princípio elaborou elenca que discriminações e toda sorte de humilhações e rebaixamentos morais ocorridos no atendimento à gestação e ao parto são episódios de violência obstétrica, dizendo que esta pode acontecer inclusive no atendimento ao aborto. Jurema, Iraci e Judite mencionam os xingamentos e humilhações feitos por profissionais de saúde, tais como dizer “na hora de fazer não gritou” ou “se você ficar gritando, eu não vou te atender”, como sendo exemplos de abuso durante o parto. No entanto, elas dão uma ênfase maior nas chamadas “intervenções desnecessárias”. São essas, segundo a visão delas, que precisam ser ensinadas a todas as mulheres, porque muitas ainda entendem que quando o médico as realiza ele está oferecendo uma ajuda, e não incutindo violência. Elas destacam sobretudo a cesariana sem a real necessidade, imposta pelos médicos, talvez porque todas elas façam uso da rede privada de assistência à saúde no país, onde a cesariana chega a ser a forma mais comum de nascimento, chegando a ser realizada em mais de 80% deles<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> Se diz que o bebê está coroando quando já é possível ver um pouco de sua cabeça pelo canal vaginal. É um termo êmico muito usado no campo da humanização do nascimento.

<sup>33</sup> Entre os anos 2012 e 2013, foi realizada a pesquisa Nascer no Brasil, coordenada pela professora Maria do Carmo Leal no âmbito da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Um dos dados oferecidos no sumário executivo

Nos últimos treze anos, a ReHuNa vem focalizando a humanização do parto como aquela proposta de assistência que melhor atende às evidências científicas. Os grupos de mães ativistas em prol da humanização e reunidos na Parto do Princípio buscam conhecê-las, se apropriam delas e identificam que, partos que não são realizados orientados por elas são violentos. E o são porque, se tais “intervenções” não são efetivas segundo as evidências e são, ainda, dolorosas, não há por que aplicá-las. Isso tem a ver com o próprio nome do dossiê. “Parirás com dor” remete ao preceito bíblico de que as mulheres devem parir com dor, mas também pode ser lido como uma série de intervenções dolorosas pelas quais muitas mulheres passam, sem que haja necessidade. Dói pelo corte em si – pensando, por exemplo, numa episiotomia – mas dói muito mais porque era indicado pela OMS, pelas “melhores evidências”, a não ser realizada e, mesmo assim, aconteceu.

Jurema, Iraci e Judite estão a todo tempo afirmando que o parto é delas e que, como são as mulheres que parem, deve ser delas o poder de decisão sobre o processo. Quando o médico que assistiu ao parto domiciliar de Iraci perguntou como ela queria o parto, ela se surpreendeu porque não sabia que podia escolher. O empenho de todas elas quando participam dessas novas redes de humanização e que passam, com todas as letras, a lutar contra a violência obstétrica, é mostrar para as mulheres que *elas podem e devem escolher*. E, por mais que o reconhecimento da violência obstétrica nos termos em que elas a concebem precise de uma certa familiaridade anterior com as “melhores evidências científicas” sobre a assistência à gravidez e ao parto, *o poder de decidir*, para elas, parece ter mais relevância. Conforme o que disse Jurema:

Mas essa, esse foi o... A razão do início da Parto do Princípio: dar informações. Dar acesso à informação, porque o quê que a gente entende como humanização? Que na verdade, é que as mulheres sejam protagonistas e que elas tenham informação pra poder escolher. Eu posso achar melhor fazer um parto natural, com todas as informações que eu tenho, eu acho melhor fazer um parto natural. Mas uma outra mulher, com todas as informações que ela tiver, inclusive os prós e os contras do parto natural, todas...O tempo que não vai ter controle, o trabalho de parto que pode durar de três a 24, 30 e poucas horas, e pode eventualmente ter alguma intercorrência; ou uma cirurgia, com todas as consequências de uma cirurgia, de maior mortalidade, morbidade, da mãe e do bebê, de tirar o bebê antes do tempo, que não se tem exatamente... Todas as consequências, eu tenho, eu vejo

---

da pesquisa, é de que, no setor privado, 88% dos nascimentos ocorrem via cirurgia cesariana. (LEAL *et al*, 2014). Num estudo mais recente, que integra a pesquisa. Nascer no Brasil 2, feito com dados de nascimento no país entre 2014 e 2017, mostrou que são cesarianos 55,8% dos partos no país, incluindo setor público e privado (RUDEY *et al*, 2018)

tudo isso: ‘eu prefiro uma cesárea’, eu acho que a mulher tem que ter essa possibilidade. (Jurema em 30/09/2019)

E nessa afirmação do direito de escolha, elas vão constituindo uma ideia de consentimento ligada ao atendimento de saúde durante a gravidez e parto. Trata-se de uma expectativa de relação mais simétrica principalmente entre médico e paciente e, também, entre as rotinas hospitalares e as gestantes/parturientes. Se as mulheres podem e precisam ser respeitadas e isso tem a ver sobretudo com escolha, não só o médico – e toda equipe multidisciplinar, quando existe –, mas também a instituição hospitalar, deve resguardar as singularidades delas.

É por isso que elas investem tanto na ideia do Plano de Parto. O Plano de Parto é uma prática estimulada pela OMS no documento *Assistência ao Parto Normal: Um guia prático*, de 1996: “[p]lano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/ companheiro e, se aplicável, a sua família” (OMS, 1996, p. 69). Elas frisam sempre a importância que a gestante elabore o Plano e Judite oferece cursos para gestantes, juntamente com uma doula parceira, sobre como elaborar o Plano de Parto<sup>34</sup>.

E é a partir da ideia de consentimento defendida por elas e crucial na sua formulação da violência obstétrica, que se pode conhecer o parto domiciliar de Iraci e Judite. Na ReHuNa, há a tensão constitutiva entre a matriz alternativa da rede e aquela biomédica, sendo que nos últimos anos a biomédica (no sentido de evidências científicas) tem se sobressaído, como disse no tópico anterior. O que é também diferente e peculiar nessas redes de mães em prol da humanização, conforme Heloísa Souza (2021) observou e eu também em diálogo com mães ativistas, é que há uma apropriação diversa de múltiplos elementos, sejam “alternativos”, sejam biomédicos, pelas mulheres que delas participam. E isso não é visto como contraditório ou gerador de tensão, como parece acontecer no âmbito da ReHuNa. Jurema, por exemplo, não parece ser uma pessoa “alternativa”, mas a sua casa é a única do condomínio com uma mandala na porta. Judite, por sua vez, topou ter o filho numa imersão num centro budista, mas não defende que todo mundo o faça. Essa foi sua escolha, não precisa ser de todas.

---

<sup>34</sup> No capítulo 03, falarei mais sobre as práticas de Judite enquanto advogada especializada em direitos das mulheres e sobretudo nos direitos relativos ao ciclo gravídico puerperal.

Quando fiz o curso *Aspectos Jurídicos da Violência Obstétrica*<sup>35</sup> ministrado por Judite e outra advogada especializada em violência obstétrica, houve uma dinâmica no final. Judite formou duplas entre as mulheres presentes. Disse para cada dupla dar as mãos e ficar de frente uma para a outra, com os olhos fechados. Abaixou a luz, colocou uma música instrumental com sons guturais e de tambores, que se eu fosse definir com uma palavra, chamaria de “xamânica”. Depois, começou a dizer – calmamente e devagar – para pensarmos em voltar daquele ponto da vida até o nascimento. Pediu para pensarmos que estávamos na barriga de nossas mães prestes a nascer. Solicitou que pensássemos no que gostaríamos de dizer a elas no momento em que nascemos, em apenas uma palavra. Parou a música, requereu que abrísssemos os olhos e disséssemos a palavra que pensamos dizer para nossa mãe à pessoa com quem estávamos fazendo dupla, de modo que os membros de cada dupla falaram as palavras que pensaram ao mesmo tempo. Formei dupla com a única enfermeira participante do curso. Eu disse “obrigada”, ela disse “desculpa”. Depois disso Judite pediu que abraçássemos nossa dupla e acendeu as luzes.

Embora em algumas situações, como essa da dinâmica do final do minicurso, elas recorram a músicas, dinâmicas e elementos que podem ser enquadrados como alternativos, a retórica que prevalece é a das evidências científicas. E há uma variabilidade grande do engajamento delas com tais elementos, a depender da singularidade de cada uma. Todas almejam um parto humanizado e sem violência obstétrica. Se ele vai ser domiciliar ou no hospital, no formato “natural” sem nenhuma “intervenção” ou com analgesia, rompimento artificial da bolsa, uso de ocitocina ou quaisquer outras possibilidades disponíveis consideradas seguras, é a mulher, junto com companheiro, família e em diálogo com a equipe de saúde que vai lhe assistir que irão negociar. *Ter informação e poder de decisão nesse processo parece ser para elas, a garantia da não violência.*

Como falei, o início do ativismo de Jurema (a partir de 2006), Iraci (entre 2010 e 2011) e Judite (de 2014 em diante) fala também das mudanças do modo de fazer ativismo

---

<sup>35</sup> Em meados de setembro de 2019 participei do mini curso *Aspectos Jurídicos da Violência Obstétrica*, ministrado por duas advogadas especialistas no tema, em Porto Alegre. Uma delas era Judite. O evento aconteceu no espaço gourmet de um edifício na zona norte da cidade. Soube do minicurso pelo *Instagram*. Ele aconteceu num sábado e teve início entre nove e dez horas da manhã, com uma hora de almoço, até sete da noite. Havia outras sete participantes além de mim, apenas uma era enfermeira, outra era doula, embora formada em direito, uma advogada, e as demais, estudantes de direito. No capítulo 03 teço mais considerações sobre esse minicurso.

pela humanização do nascimento, inicialmente por meio de uma associação de profissionais como a ReHuNa, depois, com uma multiplicidade de redes, incluindo mães e outros profissionais que passam a despontar, como as advogadas. A ReHuNa sempre privilegiou a mudança das políticas de saúde materna por um diálogo institucional e as redes de mães, apesar de focalizarem na difusão de informações para outras mulheres, também promoveram uma série de audiências públicas junto ao Ministério Público para mudar aspectos importantes da assistência ao parto. Dessa maneira, desde a década de 1990, passando pelo início dos anos 2000 houve a elaboração de uma série de leis, políticas e ações, em diálogo com atores estatais, como busquei resumir no quadro abaixo.

Quadro 1: Políticas e ações estatais de humanização e combate à violência obstétrica, mostrando a permeabilidade *do estado (e dos poderes executivo, legislativo e judiciário) às demandas das redes.*

1997/1998	Em 1997 a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) apresentou demanda ao Ministério da Saúde por capacitação de profissionais em humanização da saúde e do parto. Em 1999, iniciaram cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica em Universidades Federais.
2000	Em 2000, foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN).
2007/2014/2015	Ministério Público (em vários estados, especialmente São Paulo, mas também Rio Grande do Sul), por denúncia da Parto do Princípio, realizou audiências públicas sobre o excesso de cesáreas no setor privado. Em 2015, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou a Resolução 368/2015, que, entre outras coisas, obriga hospitais e obstetras do setor privado a divulgarem suas taxas de cesariana.
2011	Criação da Rede Cegonha, que apesar de ter gerado críticas (refiro-me às posições divergentes entre a ReHuNa, a Rede Feminista de Saúde e a Articulação de Mulheres Negras Brasileiras <sup>36</sup> ), foi um pacote de ações de assistência à saúde materna e infantil no SUS, com foco na humanização e nas evidências científicas. Entre outras coisas, ela foi responsável pela criação de Centros de Parto Natural e pela realização de Pré-Natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).
2012	Entrega do dossiê “Violência obstétrica – Parirás com dor” à Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência contra Mulher, que, em 2013, em seu relatório final, dispôs: “(...) a CPMI recomenda ao Ministério da Saúde que intensifique suas ações junto aos estados para prevenir e punir a violência obstétrica e desenvolva campanhas para que as mulheres possam conhecer seus direitos e não aceitem procedimentos que firam o direito a um procedimento médico adequado e não invasivo.” (CPMI RELATÓRIO FINAL ,2013, p. 62)
2013	Especialização em Enfermagem Obstétrica, residência em Enfermagem Obstétrica e atualização para enfermeiras obstétricas fora da prática, segundo Diniz <i>et al</i> (2018)

<sup>36</sup> A Rede Feminista de Saúde (RFS) e a Articulação Brasileira de Mulheres Negras (ABMN) criticaram sobretudo o nome “Rede Cegonha” por sugerir que a mulher tem a maternidade como único dever. Para tais organizações, o nome sugere uma visão de “mulher mala”, que tem a ver com concepções de saúde da mulher centradas no materno-infantilismo, e não uma visão integral de saúde da mulher, que lida com a maternidade, mas também com a contracepção, o planejamento familiar, as doenças prevalentes nas mulheres, etc. A ReHuNa não chegou a negar tais críticas, mas suas representantes frisaram que a Rede Cegonha atendeu demandas importantes do campo da humanização do nascimento, como a criação dos Centro de Parto Natural (CPN). Remeto ao texto de Layla Pereira de Carvalho (2018), que recupera tais embates.

2017	Projeto ÁpiceON – Aprimoramento e Inovação no cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, uma iniciativa do Ministério da Saúde, cuja instituição executora é a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), para qualificação de profissionais de hospitais universitários, de ensino e que façam parte da Rede Cegonha.
------	---

Fonte: Elaboração da autora com base em informações do texto de Diniz *et al* (2018), do relatório final da CPMI da Violência contra a Mulher (2013) e do Portal de Boas Práticas: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br.

Esse quadro não é exaustivo de todas as políticas de humanização do nascimento ou mesmo das conquistas que a ReHuNa e Parto do Princípio obtiveram. Meu objetivo é mostrar que esses movimentos por humanização angariaram, em diversos momentos, diálogos frutíferos com o estado. Quando Jurema ingressou no movimento, já havia o Plano Nacional pela Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN); ela conta que se engajou em uma série de audiências públicas junto ao Ministério Público a fim de que os hospitais do Rio Grande do Sul cumprissem normativas do Ministério da Saúde.

Quando Iraci teve o primeiro parto domiciliar, em 2010/2011, havia uma série de equipes formadas por médicos, enfermeiras obstétricas e doulas, que estavam atendendo a partos domiciliares em algumas cidades brasileiras, talvez porque o debate sobre essa possibilidade estivesse mais ampliado. Inclusive Souza (2021) afirma que quando começou seu trabalho de campo da tese de doutorado em Florianópolis, em 2010, observou que os partos domiciliares estavam mais profissionalizados do que quando fez sua dissertação sobre parto domiciliar no início dos anos 2000. Ela atentou para a existência dessas equipes mais preparadas para isso e também para certa mudança de perfil de quem optava por parir em casa. Não eram apenas mulheres ou casais ditos “alternativos” que optavam por estar mais próximos à natureza ou algo nesse sentido, mas sim toda sorte de mulheres, de diferentes estilos de vida e profissões. Isso vai ao encontro também da etnografia de Rosamaria Carneiro (2015) junto a dois grupos de preparação para o parto “mais natural” em São Paulo, um era ligado a um hospital e outro funcionava de forma independente. A autora mostra a surpresa em perceber que as adeptas desse tipo de parto eram muito diferentes entre si, tanto nas profissões quanto nos motivos pelos quais tinham escolhido um parto “mais natural” – era assim que falavam – domiciliar ou hospitalar, com o mínimo de “intervenções”.

E também quando Judite ajudou a fundar o grupo de apoio ao parto humanizado na sua cidade, em 2014, a perspectiva era de ampliação e espraiamento de debates e políticas sobre humanização do nascimento. Quando ingressou na advocacia em 2017, tornando-se

especializada em direitos das mulheres, o cenário já não era tão promissor para isso, e as demandas judiciais sobre violência obstétrica aumentaram a partir de então, especialmente de 2019 em diante, algo que abordarei com mais detalhes no segundo e terceiro capítulos desta tese. Segundo Jurema, a eleição de Bolsonaro em 2018 representou “o conto da aia”<sup>37</sup> para os direitos reprodutivos das mulheres, porque é a negação do diálogo com o Ministério da Saúde e outras instâncias do governo federal, como vinha acontecendo desde os anos 1990, independente da orientação política dos presidentes.

#### **4. Lucimar e as ausências presentes**

Foi difícil para mim, apesar de não ser uma mãe ativista, estranhar essa ideia da necessidade de conhecimento dos processos fisiológicos do parto, das melhores evidências científicas, para então tomar as melhores decisões e se apoderar de um processo que é seu, é nosso. Essa ideia faz muito sentido para quem vive certo *ethos* feminista. E, também porque em certa medida me vejo nas mães de camadas médias, às voltas com a maternidade, com demandas por colocação profissional no mercado de trabalho e os desafios de lidar com exigências da vida cotidiana e os aspectos normativos da maternidade, muitas vezes sendo uma jovem adulta.

Embora me visse no lugar delas num futuro próximo, alguma coisa gerava um incômodo que julguei produtivo para pesquisa e que dividi com a orientadora e colegas. Se a chave no combate à violência no parto está na informação, então para ser mãe é preciso estudar? A reflexão começou com essa pergunta mais ou menos pueril que depois desenvolvi para essas outras questões: quem é essa mulher que pode e quer estudar todos os aspectos da gravidez e do parto? O parto é tão importante assim? Por que o parto é tão importante para essas mulheres e não para outras? Por acaso as mulheres que não têm o mesmo perfil e preocupações de Jurema, Iraci e Judite não reconhecem a violência no parto? E segui assim durante muito tempo, interrogações e mais interrogações.

---

<sup>37</sup> “O conto da Aia” é um livro de 1985 da escritora canadense Margareth Atwood. Ele ganhou tradução no Brasil depois do advento da série homônima, lançada em 2017. Nessa história distópica de ficção, as mulheres férteis são sequestradas por agentes do governo, e a reprodução passa a ser gerida por ele, ao se apropriar dos seus corpos. Acredito que Jurema usou a comparação para dizer que no governo Bolsonaro as mulheres não são vistas como pessoas que possuem direitos, ainda mais direitos reprodutivos.

O encontro com Lucimar, que narro abaixo, foi importante para continuar seguindo com a pesquisa. Não ofereceu respostas, mas apontou caminhos. A conheci por intermédio de sua filha, que fez uma disciplina comigo na pós-graduação. Nessa cadeira que cursamos juntas, aconteceu de eu apresentar o texto *Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica* da assistente social Jussara Francisca de Assis (2018). O debate foi intenso, minha colega contou que sua mãe havia sofrido violência obstétrica no parto da irmã mais nova, especialmente porque tinha sido feita episiotomia e o corte foi mal costurado. Depois da aula, trocamos contatos e minha colega marcou meu encontro com a mãe.

Lucimar me recebeu em sua casa, na região metropolitana de Porto Alegre. Depois de cerca de um mês tentando acertar o encontro, marcamos num sábado à tarde, único dia e horário disponíveis porque durante a semana ela trabalha como diarista. É uma mulher de 55 anos, branca e loira, disse que veio do interior, mas não especificou qual cidade. Tem duas filhas, a primeira tem quase trinta anos e a segunda tem quinze. Pariu as duas por parto vaginal, que ela chama de parto normal, mas é somente o segundo parto que descreve como “um horror”. O primeiro foi no interior. Ela havia juntado dinheiro para pagar o médico, foi um atendimento particular em que ficou num quarto só para ela e pôde receber visita e acompanhamento de familiares. Nesse primeiro parto, o médico era, em suas palavras, “como aqueles antigos, que se preocupam com o bem-estar da paciente.”

Na gravidez da segunda filha, ela já residia em Canoas e trabalhava em Porto Alegre, fazia o pré-natal no posto de saúde perto de sua casa e, durante o período, foi informada que quando sentisse as dores do parto, deveria procurar o hospital mais próximo. Assim, quando julgou ser a hora certa, compareceu. “Mas tu vai pro matadouro?”, foi o que perguntaram pessoas conhecidas, se referindo ao hospital mais próximo, que atendia partos via SUS; no que ela teria respondido, “sim, é o que tem”. No hospital público, ficou num quarto com cerca de cinco mulheres também em trabalho de parto. Conta que uma delas gritava muito, outra, mais ao lado, estava com hemorragia e uma das que estava deitada à frente dela parecia estar negociando com outras pessoas a entrega do filho que nasceria para outra família criar.

Sentiu muita dor, mas não demonstrava porque, segundo ela, assim seria pior, o atendimento demoraria mais. Não pôde ter acompanhante, então, passou por tudo isso sozinha. As enfermeiras passavam e não falavam nem informavam nada. Diz que foi ao

banheiro algumas vezes, e que estava muito sujo. E, quando foi tomar banho após o parto, não havia água quente, mesmo estando no inverno. E o inverno gaúcho pode ser muito rigoroso.

Quanto ao parto em si ela diz que não houve intercorrência. Realizaram o “corte” – como ela chama a episiotomia – assim como no primeiro parto; ela permaneceu deitada enquanto o médico atendia, e disse que correu tudo bem nesse quesito. Os momentos ruins foram durante a espera e na falta de atenção dos funcionários do hospital, especialmente as enfermeiras. E também quanto à impossibilidade de ter acompanhante. Lucimar opina que as mulheres devem ser tratadas com atenção e carinho quando estão prestes a dar à luz e ao longo do parto, mas que não foi o que aconteceu com ela.

Anos depois do nascimento da filha mais nova, ela começou a ter problemas de “bexiga caída” e precisou fazer uma cirurgia. Disse que pagou uma ginecologista particular para examiná-la antes de realizar o procedimento, que afirmou que os dois cortes (episiotomias) realizados em seus partos não deveriam ter sido feitos, e que o último ficou aberto porque não foi fechado corretamente. Lucimar conta isso sem elencar tais cortes como algo que tenha tornado o parto uma experiência ruim, apesar de lamentar que o segundo corte tenha ficado um pouco aberto. No entanto, o atendimento desrespeitoso foi o determinante para que ele fosse vivido como uma experiência insatisfatória, um “horror”, como ela repetiu várias vezes.

Falei acima sobre a trajetória ativista de Jurema, Iraci e Judite e de seus partos, entendendo que sua ideia de violência obstétrica como atrelada ao poder de decisão, aliada à necessidade de buscar e ter informações, poderia estar compondo certa gramática moral da maternidade. Poderia estar buscando “criar” mães que planejam e estudam, promovendo certo governo das vivências da maternidade, inclusive, antes mesmo de a criança nascer. Aqui, porém, volto-me para as três mães ativistas em comparação com a história do segundo parto de Lucimar para pensar nas “ausências presentes” de seus depoimentos e performances ativistas.

Quando conversei com Jurema, Iraci e Judite, percebi que o que aconteceu com Lucimar – situações de negligência ou mesmo sentir que de alguma forma foi abandonada pela equipe de enfermagem ou médica –, parecia não fazer parte de seu universo. E a crítica tão enfática delas à medicalização e às chamadas “intervenções desnecessárias” parecia ter a

ver com o fato de que talvez o acesso às tecnologias do nascimento – mesmo se algumas delas tenham sido reveladas como ineficazes ou inseguras por meta-análises e ensaios clínicos – sempre esteve presente em sua experiência com a assistência em saúde. Em outras palavras, começa a delinear-se uma diferença de poder aquisitivo nas percepções sobre violência obstétrica.

O fato de Lucimar não elencar os cortes no períneo como sendo algo ruim não quer dizer que está tudo bem em fazê-los de rotina como eram realizados antes de todas as mudanças, mesmo que em alguns casos, pontuais, promovidas pelo debate em torno da humanização da assistência ao parto. O que entendo ser mais importante reter de sua história é que Lucimar, mesmo não estando familiarizada com os debates sobre violência obstétrica na época de nosso encontro, tem impressões contundentes sobre o que foi ruim em sua experiência no parto da segunda filha e o que precisaria mudar, mesmo sem conhecer as “melhores evidências científicas.”

Quando ela descreve o médico que lhe atendeu no parto da primeira filha como um “daqueles médicos antigos, que se preocupam com o bem-estar do paciente” e diz que as mulheres que estão em trabalho de parto devem ser tratadas com “amor e carinho” ela está dizendo, em outras palavras, que um parto sem violência é aquele em que a parturiente é cuidada pelos profissionais de saúde. Ela também elenca as condições de estrutura do hospital, o que também é uma ausência presente nos relatos de Jurema, Iraci e Judite. Interessante perceber que a filha de Lucimar, minha colega, fez o contato entre nós mencionando a episiotomia e todos os problemas decorrentes da falta de costura correta sofridos pela mãe posteriormente, como exemplo cabal de violência obstétrica. Fui ao encontro de Lucimar esperando que fôssemos falar sobre isso e ela narrou o que lhe aconteceu com um enfoque e enquadramento diferente do que eu e do que sua filha esperávamos.

Não considero que é tarefa de uma pesquisa, mesmo a que se entenda compromissada com vítimas de violência, mudar o entendimento de pessoas como Lucimar ou mesmo como as interlocutoras de Castro e Savage (2021) na República Dominicana, que abordei na introdução, lhes “mostrando a luz”. Fazer isso seria uma espécie de recusa etnográfica (FONSECA, 2006). Em vez de alertar sobre os perigos da naturalização e desejo por procedimentos médicos e alívios farmacológicos, as melhores evidências científicas e todas

as recomendações da OMS, estou mais preocupada em perceber a originalidade e legitimidade de suas próprias vivências e concepções sobre a saúde materna.

Apesar de Castro e Savage (2019), em suas interpretações sobre os dados da pesquisa que conduziram, acabarem por abordar a violência obstétrica como autoevidente, as informações que coletaram junto às parturientes dominicanas vai ao encontro do que Lucimar narra sobre o segundo parto. Elas parecem almejar uma atenção ao parto/nascimento mais vigilante (nas ações dos profissionais de saúde) e não excluem no combo desta atenção o uso de procedimentos e medicamentos que possam acelerar o processo, pois parecem estar mais preocupadas com o resultado do parto em si que com a ideia de “curtir” o momento, mais afeita às concepções que Jurema, Iraci e Lucimar têm do parir. Nesse sentido, para elas, um parto não violento não envolve necessariamente ter informações para então poder decidir. Aliás, Lucimar e as parturientes da República Dominicana mostram que nem todas as mulheres querem decidir ou melhor, nem todas entendem essa como uma dimensão preponderante para uma experiência positiva de parturição, que supostamente irá lhe fazer escapar de qualquer tipo de abuso.

Explorar a ausência presente das concepções de “bom parto”, trazidas nos relatos de Lucimar e naqueles colhidos por Castro e Savage (2019) mostra que, embora a noção de violência obstétrica tenha surgido em meio aos movimentos pela humanização do parto e nascimento, ela pode ir para além dele, trazendo outros enfoques, de parturientes de outras classes sociais e outras pertenças étnico-raciais, que não necessariamente estejam familiarizadas com os debates sobre humanização. Pesquisadores como a antropóloga e doula estadunidense Dána Ain-Davis (2019) entendem que a violência obstétrica é um potente conceito analítico para entender como o abuso é vivenciado nos processos relativos à saúde materna, mas não capta adequadamente os contornos do racismo que se materializa nos encontros médicos em que mulheres negras participam. Por isso ela formula a noção de Racismo Obstétrico, para dar conta de tais dimensões que ela entende que a noção de violência obstétrica falha em perceber.

Longe de desconsiderar o racismo, invisto na categoria violência obstétrica apostando na sua possibilidade de abarcar mais histórias que necessariamente a de mulheres escolarizadas de camadas médias, geralmente brancas, mas nem sempre. E inclusive, o debate sobre violência obstétrica contra mulheres negras e a especificidade das violências

obstétricas sofridas por mulheres de classe média é enfatizado pelas interlocutoras com quem vou dialogar nos próximos capítulos.

O principal motivo pelo qual o encontro com Lucimar mudou os caminhos da pesquisa é porque por meio dele percebi que conforme mudam as pessoas que reivindicam questões em torno da violência obstétrica: lutando contra ela, sendo contrários ao uso do termo ou pensando nele como um conceito jurídico e de direitos humanos, muda também a própria noção do que é esse tipo de violência, quais situações são exemplos típicos, os personagens envolvidos, entre outras possibilidades.

Nesse capítulo, procurei delinear uma genealogia dos movimentos de humanização do parto no Brasil que levaram à emergência da noção de violência obstétrica em meio a eles. Propostas críticas ao modelo tecnocrático começaram a surgir no pós segunda-guerra mundial, aterrissando no país um pouco antes da ditadura militar. Era um nicho reduzido de pessoas de classe média em grandes cidades, adeptas de práticas alternativas ligadas à Nova Era. A ReHuNa surge na década de 1990 unindo esses adeptos juntamente com pessoas ligadas à saúde coletiva e defensoras da MBE, numa espécie de tensão constitutiva que permanece até os tempos atuais. No entanto, desde pelo menos 2010 há maior enfoque na MBE, porque ela respalda que as propostas do movimento encontrem adesão das políticas de saúde.

A própria atuação da ReHuNa junto ao estado em diversas frentes ampliou o debate sobre humanização do parto e também fez emergir uma série de profissionais especializados em partos não tecnocráticos (especialmente na enfermagem). Com isso, uma série de mães/mulheres usuárias do sistema de saúde se apropriam das “evidências científicas”, das publicações acadêmicas sobre humanização e traduzem-na segundo sua própria visão do que seja um bom parto, e assim a medicalização e abusos de profissionais de saúde passam a ser chamados por elas de violência obstétrica. E combater esta violência, no discurso das mães ativistas, tem a ver com disseminação de informações – em forma de evidências, “boas práticas” e guias da OMS – e exercício do consentimento em todas as etapas do processo de gravidez e parto. Ao mesmo tempo em que a MBE é uma aliada na busca por um parto humanizado e não violento, a ideia de consentimento que emerge das proposições de violência obstétrica das mães ativistas, ao pleitear uma relação mais dialógica com os

médicos e a inserção de outros profissionais na cena do parto, acaba acirrando os conflitos com a medicina enquanto classe profissional.

Mas, como mostram as interlocutoras de Castro e Savage (2019) e meu encontro com Lucimar, existem outros enfoques sobre violência no parto, que não necessariamente passam pela defesa da humanização do nascimento. Lucimar e as dominicanas trazem a “ausência presente” nos depoimentos e práticas de Jurema, Iraci e Judite. Tanto as humilhações e discriminações, que são mencionadas por elas, mas sem muita ênfase, quanto a sensação de negligência que foi ainda menos presente em nossas conversas sobre violência. E isso conflui para as duas epígrafes com as quais iniciei esse capítulo. “No momento que tu nomina as coisas, aquilo se transforma dentro de ti” é algo dito por Jurema e que mostra o potencial de a noção de violência obstétrica pode ter de provocar reflexões subjetivas e assim abarcar mais elementos que não somente aqueles trazidos por movimentos de humanização do nascimento. O que tem relação com a segunda “Tanto as pessoas quanto as coisas têm uma qualidade trapaceira irreduzível que resiste a categorias e projetos de todos os tipos. O anseio é alimentado pelas lacunas nas categorias e pela peculiar vivacidade dos signos” (HARAWAY, 1997, p.128 *apud* DUMIT, 2014, p. 359) Explorar essa qualidade trapaceira é o que tentei fazer ao longo da pesquisa, implodindo sentenças prontas sobre um termo que parece estar em todo lugar.

## Capítulo 2

### Categoria médica: gênero, política e a disputa de sentidos

Figura 5: Repercussão da decisão do MS sobre o termo Violência Obstétrica



Fonte: Portal de notícias G1 e Jornal Folha de São Paulo

Em maio de 2019, o Ministério da Saúde emitiu um despacho sobre o uso do termo violência obstétrica nas políticas e ações da pasta. Tal posicionamento, publicado em forma de despacho, veio como resposta a um ofício do Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul (SIMERS), do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS) e do deputado estadual pelo Rio Grande do Sul (RS), Thiago Duarte (eleito pelo partido Democratas -DEM, atual União Brasil), que, em conjunto, pediram para que o Ministério se manifestasse sobre a referida expressão. O parecer foi o seguinte:

“O posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo ‘violência obstétrica’ tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério. (...) Percebe-se, desta forma, a impropriedade da expressão ‘violência obstétrica’ no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas

não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano (...). Pelos motivos explicitados, ressalta-se que a expressão ‘violência obstétrica’ não agrega valor e, portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição de seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada. Ratifica-se, assim, o compromisso de as normativas deste Ministério pautarem-se nessa orientação.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, não paginado)

Isso gerou reações contrárias de organizações ligadas ao movimento pela humanização do parto e que militam contra a violência obstétrica<sup>38</sup>. O Ministério Público Federal (MPF), por sua vez, quatro dias após a publicação do referido despacho, enviou recomendação<sup>39</sup> ao Ministério da Saúde, indicando que este, entre outras coisas:

“I – Esclareça por meio de nota que o termo ‘violência obstétrica’ é expressão já consagrada em documentos científicos, legais e usualmente empregada pela sociedade civil, sendo o uso da expressão livremente facultado independentemente de eventual preferência do Ministério da Saúde em utilizar expressões alternativas em suas ações específicas.” (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2019)

Um mês após a provocação do MPF, o Ministério da Saúde respondeu<sup>40</sup>, explicando uma série de políticas que supostamente estavam sendo implementadas pela pasta para garantir a autonomia das mulheres e a atuação respeitosa na assistência à gravidez e ao parto. Quanto à violência obstétrica, o documento se limita a dizer que

“(...) o MS reconhece o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento, que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de outras práticas não baseadas em evidências científicas, assim como demonstrado nos estudos científicos e produções acadêmicas sobre o tema”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

Apesar de “autorizar” o uso do termo violência obstétrica ou quaisquer outros que as mulheres queiram utilizar para descrever suas experiências na assistência ao parto e nascimento, o documento em nenhum momento faz uso da expressão, nem mesmo quando passa a permiti-la. Na descrição das políticas que estão sendo executadas pela pasta, há referência apenas a possíveis maus-tratos, desrespeito e abusos.

<sup>38</sup>O coletivo de advogadas Nascer Direito, emitiu “Nota de Repúdio Institucional ao despacho do Ministério da Saúde.” Disponível em: <http://nascerdireito.com.br/?p=374>.

<sup>39</sup>Recomendação nº 29/2019 de 07 de maio de 2019, disponível em: [http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao\\_ms\\_violencia\\_obstetrica.pdf/](http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf/).

<sup>40</sup>Por meio do Ofício nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Disponível em: [www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms](http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms).

Mesmo que aparentemente a polêmica junto ao Ministério da Saúde tenha sido sanada, o episódio marcou o rompimento da pasta com o que vinha sendo realizado por esse Ministério até então, pois as pastas de saúde dos governos presidenciais anteriores ao de Jair Bolsonaro (então no Partido Social Liberal - PSL) referendavam o termo violência obstétrica, reconhecendo que o fenômeno existia e que era importante combatê-lo. Exemplo disso foi a audiência pública sobre violência obstétrica realizada em 2018 pela Comissão de Combate à Violência contra a Mulher no Senado Federal<sup>41</sup>, em que a Analista de Políticas Públicas do Ministério da Saúde, Thaís Fonseca de Oliveira, foi uma das palestrantes corroborando que umas das tarefas daquele Ministério à época, no que tange à saúde das mulheres, era também combater a violência no parto e promover práticas humanizadas de atenção ao nascimento.

O ofício do SIMERS e do CREMERS pedindo que o MS se posicionasse quanto ao uso do termo violência obstétrica foi enviado ao órgão em meio às disputas em torno de uma lei municipal sobre violência obstétrica em Pelotas (RS). Em abril de 2019, os vereadores do município gaúcho aprovaram duas leis municipais:

- A lei nº. 6.681/2019 que “[d]ispõe sobre a criação da ‘Semana de conscientização dos Direitos das Gestantes para combater a violência obstétrica e a defesa do pré-natal e o parto humanizado’” (MUNICÍPIO DE PELOTAS, 2019, p.01);
- A lei<sup>42</sup> sobre “medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério no município de Pelotas” (MUNICÍPIO DE PELOTAS, 2019, não paginado).

As duas foram aprovadas por unanimidade na câmara dos vereadores, mas a segunda recebeu veto da prefeita da cidade, após representantes do SIMERS e do CREMERS se

---

<sup>41</sup> Audiência pública sobre violência obstétrica realizada pela Comissão de Combate à Violência à Violência contra a Mulher no Senado Federal, ocorrida dia 20 de junho de 2018, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=AcNOe4WkbDE&t=2401s>.

<sup>42</sup> Não inseri o número da lei porque, logo após aprovada pelos vereadores, ela foi vetada pela prefeita, Paula Mascarenhas (do Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB), após diálogos com entidades da corporação médica, como explico na sequência.

reunirem com a chefe do executivo municipal para explicar que o projeto prejudicaria a prática médica, especialmente porque tratava sobre violência obstétrica, termo que tais entidades não reconheciam (e seguem não reconhecendo) como legítimo.

O despacho do MS fez com que o embate que antes estava ocorrendo somente em nível municipal (Pelotas) e, em última instância, estadual (RS), tomasse proporções nacionais. E as ações dessas entidades de classe, tanto junto ao MS, quanto junto aos vereadores de Pelotas, fez com que o veto fosse mantido e que fosse proposto outro projeto de lei – chamado de Projeto do Parto Seguro – que sofreu diversas emendas propostas principalmente pela vereadora proponente do projeto anterior, que versava sobre violência obstétrica, Fernanda Miranda (do Partido Socialismo e Liberdade - PSOL).

Assim, o PL do Parto Seguro deu origem à lei municipal nº. 6.770/2019 que “dispõe sobre informação e proteção das mulheres na gravidez”. Como diz Judite, advogada e militante do *Nascer Direito* e do *Nascer Sorrindo - Pelotas*, que participou ativamente dos debates sobre tal diploma municipal: “(...) a gente teve que recuar pra conseguir avançar. Foi preferível avançar com as emendas do que bater na tecla da violência obstétrica e eles aprovarem uma legislação que não condizia com o que a gente queria.” Atualmente, a lei municipal de “proteção às mulheres na gravidez, parto, abortamento e puerpério” em vigor, as mulheres do coletivo de apoio ao parto humanizado e contra a violência obstétrica – o *Nascer Sorrindo Pelotas* – entendem que tal diploma legal é uma conquista delas. “A gente vai seguir falando lei da violência obstétrica, queiram eles ou não” (Judite, em janeiro de 2020, em seminário promovido pelo Nascer Sorrindo)<sup>43</sup>

\*\*\*\*\*

## 1. Introdução ou os médicos no plural

---

<sup>43</sup> A lei municipal nº. 6.681/2019, que criou a semana de conscientização dos direitos da gestante, do combate à violência obstétrica e defesa do parto humanizado, não sofreu veto e passou intacta. A impressão das ativistas, que corroboro, é que a outra lei sofreu veto porque criava uma série de critérios e mudanças no atendimento ao parto nos hospitais municipais. Ou seja, supostamente iria afetar muito mais o trabalho dos médicos que uma lei de criava apenas uma semana municipal, sem diretrizes novas que uma classe profissional inteira teria que passar a cumprir.

Os sindicatos médicos surgiram no início do século XX no Brasil (do Rio de Janeiro em 1922, o de São Paulo, em 1929 e o do Rio Grande do Sul, em 1931), com o fim de pugnar pelos interesses da categoria que veio a se estabelecer e se consolidar no país ao longo do século XIX e na transição para o XX. O Conselho Federal de Medicina – CFM (fundado em 1951), juntamente com os conselhos estaduais, surgiram também com o intuito de garantir os interesses da categoria médica no que concerne ao mercado de trabalho, condições de trabalho e regulamentação do exercício profissional; nesse ponto eles têm uma função semelhante à dos sindicatos médicos.

O surgimento dessas instituições é marcado pela consolidação da profissão médica tal como passamos a conhecê-la atualmente. O sindicato e os conselhos surgem, então, na primeira metade do século XX combatendo o chamado “charlatanismo”, isto é, o exercício de atividades curativas por pessoas leigas, que não tinham cursado as faculdades de medicina, fundadas no país em meados do século anterior, especialmente as do Rio de Janeiro e da Bahia. Tal regulamentação da atuação médica buscava separar a profissão médica de atividades dos farmacêuticos e parteiras<sup>44</sup>, por exemplo, ao mesmo tempo que também postulava a especialização dessas últimas atividades. Desse modo, essas duas entidades contribuíram sobremaneira para delimitar quem deveria exercer a medicina (somente os que cursaram as faculdades), qual o conhecimento especializado a ser aplicado e a clientela, isto é, aqueles que precisavam ser curados de alguma enfermidade.

Essas informações a respeito da categoria médica, os sindicatos e o conselho federal e estaduais estão nos textos de Renato Santos *et al* (2019) Sergio Rego e Marisa Palácios (2019) e Maria Helena Machado e Eleny Teixeira (2019); e podem ajudar a entender o que significa, então, o CFM e um sindicato médico como o SIMERS se colocarem abertamente contra o uso do termo violência obstétrica: eles provavelmente julgavam estar agindo em prol da proteção da categoria médica. Especificamente dos médicos obstetras, porque para eles, do sindicato, o nome da violência sugere que seus perpetradores são principalmente esses

---

<sup>44</sup> No Brasil, ao longo de quase todo século XIX a maior parte da assistência ao parto era feita por parteiras leigas, geralmente no domicílio da parturiente. As parteiras diplomadas surgem de mãos dadas com a institucionalização da medicina obstétrica no Brasil, na transição do século XIX para o XX. Tais parteiras diplomadas passaram a atuar nas maternidades recém-criadas, juntamente aos médicos obstetras. A diplomação de parteiras ocorreu simultaneamente à perseguição de parteiras leigas e toda sorte de pessoas que assistiam à saúde mais ou menos informalmente, que passaram a ser denunciadas como charlatãs. Sobre as parteiras diplomadas e a transição do parto do domicílio ao hospital, ver Maria Lúcia Mott (2002).

médicos, pois ele se confunde com o nome da especialidade. Foi o que me disse uma diretora do SIMERS numa conversa informal no *stand* do sindicato no 58º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (ocorrido em Porto Alegre, em 2019). Nessa ocasião, ela acrescentou ainda que a noção de violência obstétrica criminaliza a atividade médica, e eles, enquanto representante desses profissionais, não poderiam compactuar com isso.

Uma diferença importante entre o CFM, os respectivos conselhos regionais e os sindicatos dos médicos é que cabe ao primeiro e ao segundo (este apenas em âmbito regional) regulamentar o exercício da profissão e seguir zelando por seu correto exercício. É o CFM o responsável por garantir que os médicos de todo país tenham sua prática profissional pautada pelo Código de Ética Médica. É por isso que é nesse órgão onde se processa disciplinarmente um médico no Brasil, qualquer que seja a especialidade<sup>45</sup>. E essa também é outra diferença dele para com sindicatos da categoria: ele é um órgão, que, por isso, funciona como uma autarquia federal, o que significa dizer que ele é vinculado ao poder executivo federal e regido por uma lei própria<sup>46</sup>. Para exercer a medicina, os médicos precisam estar associados aos CRMs estaduais, e a contribuição financeira para tais entidades, isto é, as anuidades, são de pagamento obrigatório, sendo compulsórias.

As mobilizações políticas das corporações médicas se intensificaram nos últimos dez, doze anos. Foi o que identificou o médico e pesquisador Luciano Gomes (2016) em sua tese de doutorado. Ele estudou sobretudo as articulações dessas corporações, nomeadamente o CFM, mas também a Associação Médica Brasileira – AMB<sup>47</sup> e a Federação Nacional dos Médicos - FENAM<sup>48</sup>, que, juntas, se organizaram contra o Programa Mais Médicos. Este,

---

<sup>45</sup> Processar um médico junto ao CFM não impede que haja processos judiciais (tecerei mais considerações sobre isso no capítulo 03), visto que o processo junto ao CFM é um processo administrativo disciplinar.

<sup>46</sup> De acordo com o artigo 2º da lei federal nº.3.268 de 1957: “O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.”

<sup>47</sup> Segundo consta no sítio da associação: “A AMB – Associação Médica Brasileira é uma sociedade sem fins lucrativos. Foi fundada há mais de 70 anos, em janeiro de 1951, pelo Dr. Jairo de Almeida Ramos. Sua missão, desde sempre, foi a de defender a dignidade profissional do médico e a assistência de qualidade à saúde da população (...)A AMB congrega 27 Federadas e 54 Sociedades de Especialidades e conta com mais de 40 mil associados em todo o país. Desde 1958 é responsável pela certificação do título de especialista e área de atuação médica, concedidos aos médicos aprovados em rigorosas avaliações teóricas e práticas.” Ver mais em: <https://amb.org.br/apresentacao/>.

<sup>48</sup> Segundo consta no sítio da Federação: “O que durante muitos anos era apenas um ideal para um pequeno grupo de médicos, que tinham como meta unir a categoria e torná-la mais forte em torno das conquistas que se faziam necessárias, passou a ser realidade em 30 de novembro de 1973. Foi quando dirigentes dos sindicatos

como explica Gomes (2016), foi lançado pelo governo federal, à época encabeçado por Dilma Rousseff (do Partido dos Trabalhadores – PT), em 2013, com três eixos de ação: aumento de infra-estrutura para as Unidades Básicas de Saúde (UBSs); ampliação de vagas e mudanças nos cursos de graduação em medicina e residência médica; alocação emergencial de médicos em locais identificados como vulneráveis e com poucos profissionais disponíveis, entre médicos formados no Brasil, mas também no exterior (estes últimos sem exigência de revalidação dos diplomas).

Apesar de as mobilizações corporativas contra o Mais Médicos terem sido a culminância dessa espécie de retomada política de tais entidades, Gomes (2016) identifica que isso veio de um processo anterior. Segundo o autor, o XII Encontro Nacional dos Médicos, realizado em 2010, pode ser considerado o marco inicial dessa espécie de retomada de uma agenda política corporativa. Entre seus principais pontos estava a valorização do médico, a defesa do exercício liberal da medicina, do ato médico<sup>49</sup>, a necessidade de revalidação dos diplomas de médicos formados no exterior.

O autor explica que a defesa do médico é uma questão que sempre esteve na agenda de tais entidades. Não é muito bem delineada por eles, mas passa por uma ideia geral de que os médicos são importantes para a manutenção da saúde da sociedade e precisam ser valorizados. Na leitura que faço (e que detalho ao longo desse capítulo) essa valorização é simbólica, de rendimentos financeiros e também nas estruturas dos sistemas de saúde. Ou

---

médicos do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Paraná, Bahia, Minas Gerais e Pernambuco, liderados pelo Dr. Charles Naman Damian, fundaram a Federação Nacional dos Médicos, que em 2016 completou 43 anos de luta em defesa dos interesses dos médicos (...) A FENAM é a entidade sindical de grau superior e a legítima representante do trabalhador médico brasileiro. Ela unifica a luta da categoria na busca e defesa de condições de trabalho e remuneração da classe médica. Com esta grande conquista, em 2016, a Federação completa 43 anos de luta em defesa dos interesses dos médicos”. Ver mais em: <http://www.fenam.org.br/sobre-a-fenam/>.

<sup>49</sup> O chamado ato médico é a defesa da restrição de certas práticas de saúde como sendo exclusivas da profissão médica. O debate sobre o ato médico remonta à década de 1970 e 1980 no Brasil, quando o surgimento de outras profissões na área da saúde (tais como nutrição, fisioterapia, biomedicina, radiologia, entre outras) acendeu o alerta de corporações médicas sobre uma suposta ameaça à área de atuação da medicina. Esse assunto se acirra e volta ao debate público com mais força a partir dos anos 2000, pois em 2002 foi proposto o primeiro projeto de lei que visava regulamentar o ato médico. A lei sobre o tema, contudo, foi aprovada somente em 2013 (lei nº.12.842/13), com vetos da então presidenta Dilma Rousseff. A defesa do ato médico pode ser vista como uma reação corporativa à crescente especialização das profissões de saúde e, também, ao ganho de importância da enfermagem na saúde pública, como, por exemplo, nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do SUS (TENÓRIO, OLIVEIRA e MORAES, 2022). A isso, acrescento também que a defesa ferrenha do ato médico pelas entidades corporativas médicas também pode ter a ver com a crescente importância de equipes multiprofissionais de saúde na assistência ao parto (institucionalizadas no país principalmente pela Rede Cegonha, a partir de 2011), em que se destacam o trabalho das enfermeiras obstétricas, técnicas de enfermagem, parteiras e doulas.

seja, as entidades da corporação almejam uma atenção à saúde centrada na figura dos médicos, e isso pode ser compreendido como uma reação às políticas de saúde desde a criação do SUS, que caminham para implementação de equipes multidisciplinares e multiprofissionais, o que para as entidades da corporação, parece soar como uma afronta.

Tal valorização do médico dialoga com a defesa que as corporações fazem da prática liberal da medicina, desde as fundações dessas entidades, mas que como Gomes (2016) mostra e o contexto etnográfico de minha pesquisa sugere, se tornou mais ferrenha nos últimos tempos. Em linhas gerais, para eles, a prática liberal da profissão consiste em não ter intermediários na relação entre paciente e médico, de modo que o profissional tenha liberdade de ajustar junto com a pessoa atendida o valor de seus serviços. Tal liberdade significa, também, que o profissional esteja livre para prescrever o tratamento que entende ser o mais acertado.

Essa defesa levou, então, a corporação médica a pleitear mudanças na atuação de planos de saúde e, concomitantemente, no SUS. Nessa formulação do que seria uma medicina liberal, explica Gomes (2016), nem estado ou governo, nem iniciativa privada devem interferir na prática médica. Em meio à defesa ferrenha dessa pauta é que surgiram, por exemplo, propostas de pagamento por procedimentos no SUS (feita certa vez pelo CREMERS, mas nunca concretizada) e a defesa da taxa de disponibilidade<sup>50</sup>, isto é, que o médico do pré-natal possa cobrar da gestante para lhe atender no parto, caso não seja ele quem esteja no plantão no momento em que ela comparece ao hospital sentindo as contrações do trabalho de parto.

Essa espécie de radicalização corporativa explanada por Luciano Gomes (2016) no período de formulação do Mais Médicos parece se manter quando se observa a posição do CFM e, regionalmente, no âmbito do Rio Grande do Sul, do CREMERS e SIMERS, em relação à violência obstétrica. Se a ideia geral é a de que os médicos, por essência, têm muito valor, a possibilidade de existir uma espécie de violência praticada por eles (apesar de não

---

<sup>50</sup> Taxa de disponibilidade é uma cobrança que médicos que atendem por planos de saúde fazem para gestantes, principalmente para estarem disponíveis para lhe assistirem no momento do parto. É uma taxa “por fora” do pagamento da mensalidade do plano de saúde. Embora sua cobrança seja defendida pelas entidades da corporação médica, ela é considerada ilegal pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS (lei nº. 9.656/1998). Entre tantas outras coisas que as advogadas especialistas em violência obstétrica ensinam às gestantes, a ilegalidade da cobrança da taxa de disponibilidade é uma delas. Abordarei a atuação de tais advogadas no próximo capítulo.

somente por eles) é incompatível com essa auto imagem positiva. E o combate a tal violência que pode ser cometida por eles, também esbarra na ideia liberal da medicina, pois prevenir a violência significaria “prestar contas” de sua atuação profissional perante órgãos de regulação<sup>51</sup>, outros profissionais de saúde e, inclusive, as parturientes usuárias dos sistemas de saúde.

Mas, apesar de as contribuições junto ao CFM e os conselhos estaduais serem obrigatórias, muitos médicos optam por atuar politicamente em outras frentes. Gomes (2016) elenca três setores nos quais muitos médicos brasileiros têm se engajado, como a participação em experiências governamentais (municipais e estaduais) de criação e implementação de políticas públicas de saúde; atuação nas universidades, especialmente as públicas, incidindo sobre melhorias e inovação no ensino e pesquisa em medicina e exercício da profissão focalizado em UBSs juntamente com aproximação a movimentos sociais.

Em entrevista recente ao *podcast* da Folha de São Paulo, Café da Manhã<sup>52</sup>, num episódio sobre a radicalização política das entidades médicas brasileiras, que apoiaram o governo e a campanha de reeleição de Jair Bolsonaro, Luciano Gomes falou que por conta dessa guinada política das corporações à extrema direita, desde o *impeachment* de Dilma Rousseff, muitos grupos de médicos se formaram, justamente porque muitos profissionais não vêm se sentindo representados pelas corporações tradicionais da classe, como os conselhos e sindicatos. Nesse episódio, ele cita a Associação Brasileira de Médicos pela

---

<sup>51</sup> No sistema privado de saúde, quem promove a regulação e a fiscalização é a ANS. No sistema público de saúde quem regula e fiscaliza é o Ministério da Saúde, que, por sua vez, está submetido à regulação e fiscalização do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Embora tais instituições existam, a categoria médica é conhecida por resistir a fiscalizações e a fornecer informações sobre suas práticas. Isso é mencionado por Alessandra Chacham (2012), em sua pesquisa sobre médicos e cesáreas, a qual faço referência nas próximas linhas; e também por Camila, uma obstetra membro da Rede Feminista de Ginecologistas Obstetras, com quem dialogo nos próximos tópicos deste capítulo.

<sup>52</sup> Segundo o *site* Resultados Digitais, um *podcast*: “(...) é um conteúdo em áudio, disponibilizado através de um arquivo ou streaming, que conta com a vantagem de ser escutado sob demanda, quando o usuário desejar. Pode ser ouvido em diversos dispositivos, o que ajudou na sua popularização, e costuma abordar um assunto específico para construir uma audiência fiel.” Conferir em: <https://resultadosdigitais.com.br/marketing/como-criar-um-podcast/>. Os portais de notícias mais tradicionais atualmente mantêm *podcasts* em plataformas de *streaming* e o Café da Manhã é o *podcast* diário do jornal Folha de São Paulo. O episódio em que o pesquisador Luciano Gomes é entrevistado pode ser conferido em São Paulo: Spotify/Folha, 10 de março de 2023. Café da Manhã: a radicalização política no consultório médico. Disponível em: <https://open.spotify.com/episode/0udNDvfjQcMoTxyzArABAT>.

Democracia<sup>53</sup> e os médicos de família e comunidade<sup>54</sup>; esses últimos que têm atuado sobretudo nos Conselhos de Saúde. Mas acrescento nesse grupo de médicos que procuram se distanciar da política institucional corporativa, a Rede Nacional de Médicos e Médicas Populares<sup>55</sup> e a Rede Feminista de Ginecologistas Obstetras. Estou elencando esses outros coletivos de médicos a fim de mostrar diversidades de posições políticas e, por conseguinte, de práticas profissionais dentro da categoria. Entre esses grupos, meu foco é na última Rede, que surgiu em 2019. Ela é formada por médicas que são ativistas pelo fim da violência obstétrica e que defendem que ela precisa ser reconhecida e nomeada para que possa ser combatida. Elas resolveram criar um coletivo para juntar forças contra os retrocessos em relação aos direitos sexuais e reprodutivos no país. Num trecho do texto de apresentação da Rede, na página do coletivo no *Facebook*, diz-se:

“[t]emos sorte porque agora há muitas mulheres nessa especialidade que estão começando a ocupar posições de poder. O desafio neste “sistema” é salvar os ideais que evoluíram em nós como feministas, como tratar cada mulher com respeito; não fazer suposições sobre preferência sexual ou gênero; fornecer orientação baseada em evidências, aconselhamento e apoio emocional; e honrar cada mulher como a suprema juíza de seu próprio corpo. Sentimos que pessoas que pensam da mesma forma que nós, devem permanecer como agitadores, tanto do lado de dentro como do lado de fora dos sistemas em que trabalhamos. Apenas o fato de que há mais de nós mulheres já é uma boa razão para grandes expectativas e inúmeras possibilidades.”

---

<sup>53</sup> Segundo o *site* da associação: “[a] Associação Brasileira de Médicas e Médicos pela Democracia (ABMMD) é uma associação civil sem fins lucrativos, criada em 26 de outubro de 2019, como desdobramento de um Movimento de Médicas e Médicos pela Democracia surgido três anos antes para denunciar o golpe então em curso e defender o regime democrático. A organização tem caráter nacional e capilaridade em todos os estados brasileiros e no Distrito Federal.” Ver mais em: <https://abmmd.com.br/quem-somos/>.

<sup>54</sup> Os médicos de família e comunidade (MFC) são uma especialidade médica que existe no Brasil desde os anos 1970, mas que experimentou ampliação de residências e médicos especializados e interessados nessa área a partir do início dos anos 2000. Os MFC são especializados em Atenção Primária à Saúde (APS), isto é, são médicos ditos “generalistas”, cuja filosofia é tratar o doente e não a doença. A expansão dessa especialidade tem a ver também com a adoção pelo SUS, da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1994, na APS. Os MFC em geral são tidos como “de esquerda”, afeitos da defesa da saúde coletiva e, em geral, contrários à privatização dos serviços de saúde. Embora haja importantes embates dentro da especialidade em relação a esses temas (PORTELA, 2017; ANDRADE, ALVES, CARVALHO e SILVA JÚNIOR, 2018)

<sup>55</sup> Segundo o site da Rede Nacional de Médicos e Médicas Populares (RNMP), a Rede “(...) surgiu em 2015 da necessidade de fazer um contraponto à ofensiva conservadora na categoria médica. Em um esforço coletivo, pensou-se essa Rede como um polo aglutinador de profissionais e estudantes de Medicina sensíveis às causas populares, que se identificam e que lutam pelo destino do seu povo. (...) Somos “médicos populares”, pois defendemos o direito universal à saúde – um SUS público, integral, equânime e de qualidade; uma sociedade que não seja produtora de doenças e de desigualdades sociais em prol do lucro; e em que o Estado desempenhe um papel de proteção da vida das pessoas. Ver mais em: <https://medicospopulares.org/quem-somos/>.

Assim, há uma espécie de convocação, de um lado, para que outras mulheres ginecologistas obstetras se juntem à Rede e entrem nos espaços da saúde, multiplicando práticas respeitadas e que possibilitem a autonomia do corpo das mulheres. De outro, que mulheres de fora da medicina, mas que também defendem tais ideais e práticas, para se articularem com a Rede e assim melhorar a assistência à saúde das mulheres.

É frequente nos meios presenciais e eletrônicos do ativismo pelo fim da violência obstétrica, que as pessoas generalizem e falem sempre “os médicos”, num sentido distintivo, como se todos os médicos fossem iguais e tivessem as mesmas posições políticas e profissionais que os diretores do CFM, do CREMERS ou do SIMERS. Jurema, uma das fundadoras da Parto do Princípio, com quem dialoguei no primeiro capítulo, disse enfaticamente que a vitória de Jair Bolsonaro era também uma vitória da classe médica no que tange às propostas e avanços nas políticas de humanização do nascimento que existiam até então; era uma vitória para eles e um retrocesso para as mulheres. E, pensando não somente na resistência do CFM em reconhecer a existência da violência obstétrica e dialogar com as usuárias dos serviços de saúde; mas também em tudo o que o referido Conselho deixou de fazer para combater o vírus da Covid-19<sup>56</sup> durante a pandemia global no país, vi-me muitas vezes engrossando o coro e concordando com as interlocutoras ativistas, dizendo “os médicos são isso”, “os médicos são aquilo”. Não imagino que é possível nem desejável desconsiderar minha carga de indignação, mas foi necessário colocá-la em perspectiva a fim de estar disposta a entender a relação entre categoria médica e a violência no parto.

Além de operar essa mudança de posição, mesmo que sob rasura, parti também da ideia de que existe uma variabilidade importante dentro da categoria médica e, ainda, entre os obstetras, que não pode ser desconsiderada. É uma variação de posições políticas, e de modos de praticar e pensar a profissão. Estas constituem a própria possibilidade do fazer determinado tipo de fazer antropológico, que se preocupa sim com as dimensões normativas da vida, mas que está interessado sobretudo com aqueles aspectos mais mezinhos,

---

<sup>56</sup> Durante a pandemia de Covid-19, período em que boa parte dessa pesquisa foi feita e dessa tese foi escrita, o CFM se alinhou politicamente ao governo Jair Bolsonaro, endossando que médicos prescrevessem Cloroquina e Ivermectina – dois medicamentos que não curavam a Covid-19 –, na contramão das diretrizes da OMS, que estava apostando no distanciamento social, uso de máscaras e na elaboração de vacinas. A entidade também desincentivou o uso de medidas que vinham tendo sucesso na contenção do vírus da doença, como o uso de máscaras. Também não conteve disciplinarmente médicos que propagavam mentiras em relação às vacinas. Mais sobre o assunto conferir Dias, Lima e Lobo (2021).

ordinários, de pessoas, coisas, e, nesse caso, das práticas médicas (entre pares e junto à usuários/pacientes). Dito de outro modo, parto da variabilidade interna – de práticas, concepções profissionais, posições políticas – desde o início. É uma premissa. E, conforme pretendo demonstrar ao longo deste capítulo, também um dado existente nos contextos e encontros em que estive junto de médicos obstetras ao longo dessa pesquisa.

Nos próximos tópicos, narro observações que realizei no 58º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, ocorrido em Porto Alegre, em 2019, e dialogo com Camila, uma médica da Rede de Feminista de Ginecologistas Obstetras. Nessa descrição, procuro mostrar que violência obstétrica é formulada e materializada por obstetras de diferentes posições políticas e práticas profissionais, mesmo em espaços e situações em que o próprio uso do termo violência obstétrica parece ter sido interdito.

## **2. Barganhando ingresso em um congresso médico**

Decidi ir ao 58º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia de 2019, ocorrido entre 13 e 16 de novembro em Porto Alegre, por conta de um episódio que me deixou intrigada. Quando vi a divulgação do evento na internet e abri o *site*, olhei a programação para saber se havia algo interessante. Deparei-me então com um “Debate Informal”<sup>57</sup> que, tal como descobriria depois, era uma espécie de mesa sobre violência obstétrica. O título era mais ou menos assim: “Debate sobre o despacho do Ministério da Saúde sobre Violência Obstétrica”. Fechei a aba onde estava aberta a programação do Congresso pensando em retornar em alguns dias para tentar fazer a inscrição.

Alguns dias depois, olhei novamente a página eletrônica do evento, a fim de verificar as possibilidades de inscrição, e percebi que havia sido tirado da programação o debate informal sobre violência obstétrica. No mesmo dia e horário, foi colocado outro, cujo título era: “Lei 435/2019 cesárea a pedido agora é lei paulista. Quais suas repercussões no contexto nacional?”. Ao invés de debater o despacho do Ministério da Saúde, decidiram falar de cesárea a pedido no SUS. Imaginei que a troca do tema do debate teria ocorrido justamente porque as entidades representativas da categoria médica, como o CFM e demais conselhos

---

<sup>57</sup> No 58º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia havia diversos tipos de atividade. Conforme descrevo adiante, o Debate Informal, segundo minha percepção, era um tipo de atividade com duração de 50 minutos, em que médicos apresentavam posições sobre temas polêmicos.

estaduais, não referendavam o termo violência obstétrica. E com isso, supus, inclusive, que poderia haver uma espécie de “lobby” corporativo por trás dessa lei paulista. Ela foi proposta pela então deputada estadual de São Paulo, Janaína Paschoal (atualmente, do Partido Renovador Trabalhista Brasileiro – PRTB) em caráter de urgência e rapidamente aprovada. Estava limitada a apenas seis artigos, que dizem o seguinte:

“Artigo 1º - A parturiente tem direito à cesariana a pedido, devendo ser respeitada em sua *autonomia*.

§ 1º - A cesariana a pedido da parturiente só será realizada a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, após ter a parturiente sido conscientizada e informada acerca dos benefícios do parto normal e dos riscos de sucessivas cesarianas.

§ 2º - A decisão deverá ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão.

§ 3º - Na eventualidade de a opção da parturiente pela cesariana não ser observada, ficará o médico obrigado a registrar as razões em prontuário.

Artigo 2º - A parturiente que optar ter seu filho por parto normal, apresentando condições clínicas para tanto, também deverá ser *respeitada em sua autonomia*.

Parágrafo único - Garante-se à parturiente o direito à analgesia, não farmacológica e farmacológica.

Artigo 3º - Nas maternidades, nos hospitais que funcionam como maternidades e nas instituições afins, será afixada placa com os seguintes dizeres: “Constitui direito da parturiente escolher a via de parto, seja normal, seja cesariana (a partir de trinta e nove semanas de gestação)”.

Artigo 4º - O médico sempre poderá, ao divergir da opção feita pela parturiente, encaminhá-la para outro profissional.

Artigo 5º - As despesas decorrentes da execução desta lei correrão à conta das dotações orçamentárias próprias.

Artigo 6º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.” (SÃO PAULO, 2019, não paginado, grifos meus)

Em linhas gerais, a lei estabelece que as gestantes tenham direito a pedir por um parto cirúrgico a partir das 39 semanas de gravidez e, também, a requerer analgesia, isto é, alívio da dor, que pode ser farmacológica, com analgésicos, ou com outros métodos ditos não farmacológicas, como técnicas de respiração, massagem, água quente, óleos essenciais, exercícios com bola de pilates, entre outras. Tal legislação se refere particularmente aos partos ocorridos no SUS, porque é presumido que na rede suplementar as mulheres possam pedir pela realização da cesariana, num acordo com seu ginecologista-obstetra.

Em julho de 2020, tal “lei da cesárea” foi declarada inconstitucional pelo Tribunal de Justiça do estado de São Paulo (TJ/SP)<sup>58</sup>. O argumento que justificou a decisão não tratou do

---

<sup>58</sup> Conferir no portal Consultor Jurídico - Conjur: “TJ-SP declara inconstitucional lei que autorizou cesáreas em recomendação médica”. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-jul-02/lei-autorizou-cesareas-recomendacao-inconstitucional>.

mérito da lei, mas de uma questão técnica constitucional: é uma lei estadual legislando sobre o SUS, o que, de acordo com a Constituição Federal não pode acontecer, pois somente uma lei federal poderá modificar o sistema único. No entanto, há um projeto de lei nacional idêntico à lei paulista declarada inconstitucional proposto em 2019 pela deputada Carla Zambelli (na época, do PSL, atualmente, do Partido Liberal - PL), o Projeto de Lei 3635/19, ainda não votado na Câmara dos Deputados. Mesmo que tal lei hoje em dia não tenha validade no estado de São Paulo, os debates que ela provocou entre obstetras no ano em que foi aprovada mostram que preocupações os médicos têm em relação à violência no parto, mesmo que debatam a questão em outros termos em função da interdição ao termo violência obstétrica por parte das entidades corporativas.

Buscando confirmar (ou não) a impressão de que a “lei da cesárea a pedido” poderia ser uma espécie de oposição das entidades da corporação médica em relação às leis e projetos de lei municipais, estaduais e nacionais de combate à violência obstétrica<sup>59</sup>, decidi ir ao Debate Informal sobre a “lei da cesárea a pedido” 58º Congresso Brasileiro de Ginecologia. Além disso, pensei que a mudança da programação poderia querer dizer alguma coisa. O termo violência obstétrica era rejeitado veementemente pelas entidades corporativas naquele momento e isso ainda permanece. No entanto, ele também pode ser muito repudiado entre médicos que não compõem as direções dessas entidades, como mostram as médicas Maristela Sens e Ana Maria Stamm (2019) no seu levantamento sobre o tema. Neste, elas buscaram entender a percepção dos médicos obstetras e residentes de uma maternidade pública humanizada do sul do país em relação à violência obstétrica/violência institucional. As pesquisadoras utilizaram violência institucional como sinônimo de violência obstétrica para que não houvesse o que chamaram de “recusa epistemológica” (SENS e STAMM, 2019, p. 04) por parte dos médicos que não se sentem à vontade com o termo violência obstétrica.

---

<sup>59</sup> Além da tentativa de lei municipal de combate à violência obstétrica em Pelotas (RS), que acabou sendo aprovada como lei do Parto Seguro, vale mencionar que há diversas leis estaduais e municipais de combate à violência obstétrica. No âmbito estadual, há, por exemplo, a lei nº. 19.701/2018 do Paraná (PR), sobre violência obstétrica e direitos das gestantes e parturientes; a lei nº.10.694/2020 do Espírito Santo (ES), que institui a semana de conscientização e enfrentamento à violência obstétrica; a lei nº. 16.499/2018, de Pernambuco (PE), que estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica e a lei nº. 4.848/2019 do Amazonas (AM), que dispõe sobre a implantação de medidas contra a violência obstétrica nas redes pública e particular de saúde do estado. Quanto aos municípios, há a lei nº. 2.228/2018 em Vitória da Conquista (BA), que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à saúde da parturiente contra a violência obstétrica. Essa lista não é exaustiva, há outras leis e projetos de lei que intentam definir e combater a violência obstétrica, atestando que a questão está na ordem do dia.

As autoras entrevistaram, ao todo, 23 médicos obstetras e residentes em obstetrícia, e 78% deles considerou a denominação violência obstétrica/institucional ruim ou péssima, pois “(...) o termo induz a polêmica, culpabiliza o obstetra ou questiona a ‘bondade’ do médico” (Idem, 2019, p. 05). Porém, elas concluem que a violência obstétrica/violência institucional é um fenômeno conhecido e reconhecido pelos profissionais, mas ainda em processo de definição e denominação pela categoria, o que explica as atuais divergências e polêmicas sobre o uso do termo pela medicina; o quadro geral é de rejeição a ele.

Não é meu objetivo aqui quantificar quantos médicos brasileiros assentem o uso do termo violência obstétrica ou não. E, ainda, quantos reconhecem que existem problemas na assistência ao parto e às gestantes e parturientes no país, ao mesmo tempo em que recusam a chamá-lo de violência obstétrica e preferam violência institucional. Há variabilidade interna de atuação política e prática profissional entre médicos, como disse no tópico anterior. Porém, a impressão que o trabalho de Sens e Stamm (2019) deixa é que entre aqueles que estão trabalhando no dia a dia da assistência médica, sem particularmente se engajar em quaisquer outros grupos, existe um rechaço prévio à expressão, não necessariamente do problema em si e/ou da necessidade de resolvê-lo.

Foi o que também percebi em interações corriqueiras com médicos não obstetras no meu cotidiano. Como quando fui numa emergência e o plantonista perguntou o que eu estava pesquisando. Quando respondi, seu semblante foi do simpático ao sério em questão de segundos. Ou quando um ortopedista me fez a mesma pergunta, eu acabei mencionando meio sem querer o termo interdito e ele disse de imediato “não concordo”, sem que eu dissesse que queria alguma opinião a respeito.

Bom, se violência obstétrica supostamente não “existe”, o que existe então, para os obstetras brasileiros? Quais os problemas que eles identificam na assistência ao parto e gestação? O que eles dizem sobre o assunto quando estão entre pares? Foram com essas questões em mente que enviei um e-mail para a organização do evento pedindo para participar. Na mensagem, disse: “[e]sses debates dialogam com meu tema de pesquisa, que são as controvérsias em torno do nascimento no Brasil.” Usei “controvérsias em torno do nascimento” pois estava preocupada que a rejeição das entidades médicas ao termo violência obstétrica pudesse impedir a participação no evento.

Alguns dias depois, a comissão organizadora disse que abriria uma exceção para que eu participasse somente de um dia de Congresso, exatamente aquele em que ia ocorrer o debate da “lei da cesárea a pedido”, e enviou dados de cadastro no *site* do evento, para que eu emitisse um boleto e pagasse o valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta Reais). Feito o cadastro e pagamento, comecei a receber e-mails do evento que já se aproximava. Num deles, havia a programação pré-evento, que acabava ingressando também nos dias oficiais do Congresso, formada por uma série de Cursos e *Lunch Meetings*, essas últimas literalmente reuniões no horário do almoço. A orientação era de que toda e qualquer pessoa inscrita no Congresso poderia comparecer a tais atividades. No mesmo dia em que me foi permitido assistir ao Debate Informal, haveria um *Lunch Meeting* do qual decidi participar, cujo título era: “Ampliação da Oferta de Analgesia Peridural durante o Trabalho de Parto e Parto no SUS – estratégia para a redução das taxas de cesárea no Brasil.” Fiz e assisti tudo o que o tempo permitiu durante esse dia de Congresso, mas centro minhas atenções nessas duas atividades porque ambas têm a “lei da cesárea” como pano de fundo, mas debateram questões diferentes sobre ela. No próximo tópico detalho melhor no que consistiu esse *Lunch Meeting*, por agora é importante saber que ele abordou a ampliação da analgesia a partir da possibilidade de ampliação que a lei paulista estava colocando quando determinou que qualquer parturiente poderia requisitá-la nos serviços de saúde.

## **2.1. O congresso como espaço de formação**

Há pesquisas etnográficas realizadas em congressos médicos, como a de Liv Faro (2016) sobre o uso de testosterona para aumento da libido feminina, também realizada por meio de incursões em congressos de Ginecologia e Obstetrícia; ou a de Rogerio Azize (2010), nos congressos de medicina psiquiátrica, buscando entender o uso de psicofármacos e as divergências de posições sobre eles entre os médicos da área. Porém, me diferencio destas porque não fui ao 58º Congresso da Febrasgo preocupada especialmente com a relação entre indústria farmacêutica, ciência e medicina. Comparando com essas outras pesquisas, eu estava mais preocupada com a relação entre medicina, ciência e política. Porém, a indústria farmacêutica, medicina obstétrica e as políticas de saúde, também pareciam estar misturados nas dinâmicas do Congresso e lidar e pensar sobre elas em alguns momentos foi inescapável.

Num contexto histórico diferente, como o início e meados do século XX, a especialidade médica da gineco-obstetrícia agiu juntamente com o Estado, a fim de formular diretrizes morais para a reprodução de uma sociedade higiênica, soberana e sadia (ROHDEN, 2003; 2007). Atualmente, a indústria farmacêutica parece ter um papel fundamental na conformação e nas ações dessa categoria e de muitas outras especialidades médicas. A própria programação do Congresso que participei parece corroborar isso, uma vez que as atividades sobre obstetrícia, no caso, sobre gestação e todas as possibilidades de estudá-la, foram menos numerosos em relação àquelas centradas em doenças ginecológicas, passíveis de prescrição de medicamentos. Das 152 atividades do congresso, entre *Top Temas, Debates Informais, Lunch Meetings, Conferências, Fórum, Sessões Interativas, Simpósios Satélites, Cursos Pré- Congresso e Cursos Intra- Congresso*, 44 eram sobre obstetrícia. E a gestação, o parto e o pós-parto, embora não tenham constituído o cerne da programação, quando apareciam nela, na maioria das vezes era em forma de enfermidade e não no sentido de melhorias na assistência de uma maneira mais global, como, por exemplo, o Debate Informal “Hipertensão na gestação: prevenção e diagnóstico precoce”, o Top Temas “cesariana: a cirurgia mais realizada no mundo” e a Sessão Interativa “infecções na gestação”, para citar algumas atividades.

Assim, já que eu não estava particularmente interessada na relação entre medicina, ciência e indústria farmacêutica, o Congresso teve uma importância mais no sentido de que muitos congressos médicos funcionam como um espaço de atualização profissional. É o que formula Faro (2016), após perceber que os participantes dos congressos chamavam as apresentações que ali ocorriam de “aula.” Ou seja, importou mais para mim observar o que os ginecologistas obstetras estavam aprendendo – ou assistindo para aprender – sobre gestação/parto/nascimento. E isso mesmo no “debate informal” que, conforme explico nas próximas linhas, mesmo sendo uma espécie de conversa entre pares, foi permeado por dados e estudos trazidos por debatedores.

O congresso aconteceu na sede da Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul (FIERGS), um prédio grande com inúmeros auditórios que fica há cerca de vinte minutos do centro de Porto Alegre, se o caminho for feito de carro. Há alguns anos havia estado ali para assistir a um show, e lembro de ter ficado impressionada com o tamanho do lugar. A sensação se repetiu ao ingressar no prédio para participar do Congresso. Pensando

que passaria um dia inteiro fazendo campo entre os “de cima”, pus uma roupa mais formal, que usava quando atuava em espaços jurídicos: escritório, fórum, faculdade de direito. Troquei a bolsa de pano usada diariamente por uma de couro sintético e pus uma sandália de salto alto.

Logo na entrada havia dois grandes balcões onde o credenciamento estava sendo realizado. Dirigi-me a um deles dando meu nome, dizendo que não era médica, mas pesquisadora ouvinte, e que compareceria somente naquele dia. A pessoa que me atendeu disse que mesmo assim eu receberia a bolsa do evento e um crachá, igual ao dos demais participantes. Este era igual ao que todos usavam, de modo que eu poderia ser facilmente confundida com uma ginecologista obstetra, caso a pessoa não observasse que em cima do meu nome estava escrito “não prescritor”, o que significa dizer que não prescrevo medicações, pois não sou médica. Foi o que parece ter acontecido quando fui abordada por um rapaz entregando o folheto do SIMERS que explicava os benefícios que o sindicato tinha a oferecer para quem se filiasse.

Figura 6: Crachá Congresso



Fonte: Arquivo pessoal

Depois de pegar o material, ingressei no *hall* do evento. Um espaço grande, com o teto muito alto, e bastante iluminado. Ali, estavam dispostos *stands* de laboratórios farmacêuticos: Bayer, Ache, Medley, Schering. Havia também “tendas” de remédios específicos, como a do Mirena, dispositivo intra uterino (DIU) hormonal da Bayer; foram os que mais chamaram minha atenção, mas a sensação era de que havia uma infinidade de

*stands*, difícil de contar, tamanho era o preenchimento daquele espaço por eles. Eram placas grandes e luminosas; estavam dispostos de modo a formar um corredor, por onde todos tinham que passar para acessar as salas e auditórios onde estavam acontecendo as palestras. Os participantes estavam trajando roupas de certa formalidade profissional. Mulheres de vestido, calças de tecido, saias até o joelho, blazers, blusas de manga comprida, em geral de salto alto ou *scarpin*; homens com calças e camisas de botão, eventualmente de blazer. O teto era tão alto e o espaço tão grande que a sensação é que todos eram semelhantes; a estrutura não era propícia a que se enxergasse diversidade ali, ou ela não era evidente, ou tudo isso em conjunto, não consigo precisar muito bem.

A todo momento que passava por ali, todos os estandes de laboratório estavam lotados de pessoas. Em alguns havia filas para pegar kits distribuídos teoricamente aos médicos no evento. Depois soube que eu também poderia pegar, porque os kits estavam sendo distribuídos para todos os inscritos sem distinção, foi o que escutei em conversas de corredores. O *stand* do Mirena, por exemplo, um dos maiores e que tinha um espaço destacado no *hall*, estava distribuindo uma bolsa rosa grande que – uma moça comentou comigo, cochichando baixo, em uma palestra – havia produtos incríveis dentro. Permaneci sem saber quais produtos eram esses, pois todas as vezes que pensei entrar na fila para receber o kit, me desencorajei com tamanha espera. Mas, se quando cheguei as pessoas portavam sua sacola azul fornecida pelo evento, quando fui embora, início da noite, a impressão era de que pelo menos metade ou mais dos participantes tinham sua bolsa rosa do Mirena à mão. Garantiram seu kit.

Enfoco principalmente o debate informal “Lei 435/2019 cesárea a pedido agora é lei paulista. Quais as suas repercussões no contexto nacional?” e o *lunch meeting* “Ampliação da oferta de analgesia peridural durante o trabalho de parto e parto no SUS como uma estratégia para a redução das taxas de cesárea no Brasil”. Ambos debateram os possíveis efeitos que a “lei da cesárea a pedido” ou simplesmente “lei da cesárea”, que é como tem sido chamada entre os profissionais e ativistas que se ocupam do parto e nascimento. A comparação entre eles é proveitosa para pensar perspectivas diferentes dos médicos obstetras sobre o parto, bem como os valores que atravessam o fenômeno.

## 2.2. Lei de cesárea a pedido: a autonomia da paciente na mira

O debate informal ocorreu pela manhã com duração de um pouco mais de 50 minutos. Foi realizado num auditório grande em formato de anfiteatro. Havia um palco no centro, que era possível de ser visto de qualquer local da plateia. Sentei mais ou menos no meio. Compuseram a mesa três médicos: uma que atua em São Paulo, é professora da USP e que ficou encarregada de apresentar a lei e dar início ao debate em si. Ela leu a lei recém-aprovada em São Paulo e passou a palavra para outros dois obstetras: uma que pratica suas atividades no estado do Ceará, tem mestrado e compunha a secretaria de saúde do estado naquele momento; pareceu ter um perfil mais acadêmico e afeito à saúde coletiva. E um obstetra atuante no estado da Bahia, que trabalha com gestão e consultoria de hospitais públicos privados e mistos<sup>60</sup> e já havia tido uma posição no Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB).

Após a leitura da lei pela coordenadora do debate, e depois da exposição dos dois obstetras, foi aberto espaço para perguntas, que poderiam ser feitas ali, oralmente, pelo microfone, ou enviadas para a coordenadora pelo aplicativo do Congresso no celular. Cerca de seis pessoas fizeram perguntas presencialmente, além de umas duas que foram enviadas pelo aplicativo. Em muitos momentos, o debate ficou acalorado e todos falaram ao mesmo tempo. Enquanto uma pessoa “de fora”, que estava ali presente tentando entender as preocupações daquele grupo, compreendo que a conversa girou entre três tópicos principais: 1) autonomia da paciente, autonomia médica e ambiência; 2) A questão econômica envolvida nas modalidades de parto (vaginal ou cesariana) e 3) a preocupação com a possibilidade de ser processado judicialmente.

No início da atividade, o médico participante expôs que a “lei da cesárea a pedido” era importante porque ela veio para assegurar a autonomia da mulher. Nesse sentido, para ele, é uma lei principiológica porque garante o respeito ao princípio bioético da autonomia. Ali todos pareciam saber o que eram os princípios da bioética que, segundo ele, foram

---

<sup>60</sup> A categorização sobre os tipos de hospital quanto à fonte de financiamento muda um pouco conforme o autor, mas, inspirada em Machado, Martins e Leite (2015), defino hospital público como aquele que atende somente SUS e é financiado exclusivamente por recursos públicos; hospital particular como aquele em que são atendidos quem tem plano de saúde ou que paga diretamente ao hospital, sendo fontes particulares e de planos de saúde as que os financiam; e hospital misto aquele que atende SUS, planos de saúde e particulares sem plano, sendo financiado por múltiplas fontes de recurso, tanto públicas quanto privadas.

incorporados ao Código de Ética Médica em 2010. Segundo artigo publicado na *Revista Bioética*, os quatro princípios bioéticos que devem ser observados pelos profissionais da saúde são:

“beneficência (o profissional deve agir pelo bem da vida e da saúde); não maleficência (não causar dano a outra pessoa); justiça (todo ser humano tem direito de ser atendido na medida de suas necessidades) e autonomia (direito do paciente ou representante legal de tomar as próprias decisões quanto a procedimentos diagnósticos e terapêuticos)” (CASTRO et. al., 2020, p. 524).

Para ele, a possibilidade de uma parturiente pedir uma cesariana no SUS a partir das 39 semanas de gestação é a garantia de sua autonomia, pois atualmente somente as mulheres que têm atendimento de saúde na rede suplementar podem exercê-la, isto é, podem escolher entre o parto cesariano e o vaginal. As que dão à luz no sistema público só têm parto cirúrgico por indicação médica<sup>61</sup>. Segundo ele, a cesárea eletiva, aquela feita por vontade da paciente, só é garantida no atendimento particular ou via planos de saúde.

Mas, esse argumento foi contraposto pela ideia de ambiência, trazida pela médica que atua no Ceará. Segundo ela, não será possível falar em autonomia da gestante se não há ambiência adequada nas instituições hospitalares Brasil afora. E ambiência<sup>62</sup> no sentido de estruturas hospitalares adequadas, equipamentos, espaço físico, mas também no sentido de disponibilidade de profissionais necessários para a assistência, uma equipe multiprofissional, com medicina obstetrícia, enfermagem, neonatologia, anestesiologia, entre outras especialidades. Ela não especificou naquele momento, mas a ambiência de que ela fala constitui uma diretriz da *Política Nacional de Humanização do SUS – Humaniza SUS*, que existe desde início dos anos 2000.

---

<sup>61</sup> Outras pessoas com as quais tive contato nessa pesquisa também comentam dessa diferença entre o SUS e a rede suplementar: a cesárea eletiva só ocorre, via de regra, nesse último sistema. É também o que diz a literatura sobre o assunto no país. Na pesquisa realizada por Alessandra Chacham nos anos 1990, entre obstetras e parturientes sobre o crescimento das taxas de cesariana, ela afirma: “[q]uando a mulher é atendida pelo SUS, geralmente nem há oportunidade para a mulher expressar sua preferência, se houver a possibilidade de um parto normal” (CHACHAM, 2012, p. 442)

<sup>62</sup> Segundo a cartilha do Ministério da Saúde: “[a]mbiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. [...] Ao adotar o conceito de Ambiência para a arquitetura nos espaços da Saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS. Vai-se além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 05)

Conforme o debate foi seguindo, os dois primeiros expositores acabaram concordando entre si que falta infra-estrutura hospitalar e profissional adequada em muitos lugares do país. Dando exemplos de regiões do interior do Ceará e da Bahia, explicitaram um cenário em que há poucos médicos e outros profissionais de saúde para atender a população. Além do mais, a maioria dos hospitais são pequenos e, por isso, não conseguem incorporar tecnologia, isto é, não são lugares seguros para a realização de uma cesariana, caso ela venha a ser necessária. Apesar de ao longo da discussão acabarem concordando com a falta de ambiência adequada na maior parte dos hospitais no país, a solução para o problema continuou sendo um ponto de disputa. O médico gestor hospitalar enfatizava que era preciso discutir a cesárea de qualidade, enquanto que a médica atuante na secretaria de saúde dizia que a “lei da cesárea a pedido” é um problema porque é a promoção da cesárea enquanto política pública e isso ia de encontro às pesquisas que informam os riscos de banalizar a cirurgia.

Apesar de concordarem quanto à necessidade de melhorar a ambiência, o obstetra insistia ali que a taxa de cesariana, nas pesquisas sobre o nascimento no Brasil, era um critério, em suas palavras, “diversionista”. Na sua opinião, era melhor analisar critérios de resultado, que seria a satisfação da gestante, o apgar<sup>63</sup> do recém-nascido, ao invés de critérios de procedimento (cesariana ou parto vaginal). E disse, ainda, que não concorda com as pesquisas que afirmam que a cesárea oferece mais risco para as gestantes, porque na região do país onde a mortalidade materna é menor – que é a região sudeste – é onde a taxa de realização de cesariana é mais elevada. Ele não disse de onde tirou essas informações.

E a outra debatedora, que trabalha no Ceará, insistiu que não devia ser promovida a cesárea como política pública, pois os riscos de mortalidade materna são maiores quando há altas taxas de parto cirúrgico. Segundo ela, a hemorragia é a segunda causa de mortalidade materna e promover a cesárea do modo que tal lei estava fazendo poderia aumentar ainda mais a ocorrência delas. E, para corroborar seu argumento, disse que havia uma revisão sistemática que usou dados de cerca de 12 milhões de nascimentos e que mostra o aumento

---

<sup>63</sup> Segundo os médicos Magalhães *et al*, “[o] escore de Apgar é um método rápido de avaliação das condições clínicas do recém-nascido. O sistema propõe uma pontuação que varia de 0 a 10 e corresponde ao somatório dos pontos obtidos pela avaliação de cinco critérios: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor. A facilidade de aplicação desse índice fez com que fosse usado em grande quantidade de estudos de resultados perinatais. (2023, p. 386)

de riscos obstétricos quando há aumento da taxa de cesariana. Segundo ela, ampliar a cesariana do modo que a lei estava concebendo seria correr o risco de aumentar a mortalidade materna.

Com isso, a obstetra alerta que é preciso não focalizar somente no princípio bioético da autonomia, mas também no da não-maleficência, isto é, os médicos não devem causar mal aos pacientes. E acrescentou, ainda, que, se o ponto for discutir a autonomia, os médicos estão sendo profundamente agredidos em sua autonomia com essa lei, pois, por meio dela, podem ser obrigados a fazer uma cesariana em condições em que ela não deveria ser realizada. A segurança da paciente estaria sendo posta a risco porque não há ambiência adequada no local e/ou porque a decisão pela cesárea ocorreu no momento do trabalho de parto. Por conseguinte, a segurança do médico estaria também colocada em risco, pois pode ser facilmente responsabilizado judicialmente nessas situações. Voltarei à questão do medo de processos judiciais no próximo tópico.

O debatedor que defendeu que a “lei da cesárea a pedido” é importante, enfatizou que as mulheres que no início da gravidez querem um parto normal e depois, ao longo da gestação, mudam de ideia, passando a desejar uma cesariana, assim o fazem porque elas não ignoram o contexto. Segundo ele, elas acabam preferindo uma cesárea porque percebem a situação, nas suas palavras, “indigna”, em que os partos vaginais são realizados no Brasil. Não detalhou qual era a situação indigna, é como se o parto vaginal em si fosse arriscado e/ou doloroso.

Nesse momento, a coordenadora da atividade retrucou dizendo que é preciso definir melhor o que é uma cesárea eletiva. Segundo ela, cesárea eletiva é aquela que nasce da vontade “genuína” da paciente, porque a mulher tem muito medo da dor do parto ou alguma outra questão relevante. Quando a gestante é induzida pelo médico ou pela equipe médica a um parto cirúrgico, isso não é mais propriamente uma cesárea eletiva, asseverou. Nessa altura da atividade, todos concordaram, assentindo com a cabeça, que, numa época anterior, era comum indicar cesariana sem necessidade clínica. E que, agora, quando foi aprovada uma lei como a que estava em discussão, eles estão “pagando o preço” pela banalização do procedimento. Creio que, numa discussão entre pares, foi possível admitir algumas coisas, entre elas, que muitos obstetras indicavam/ indicam cesárea sem muito critério, isto é, sem

real necessidade, como se a vontade dos médicos e/ou de suas pacientes se confundisse com a real indicação do procedimento cirúrgico no parto.

Foi perceptível a divergência entre os obstetras presentes no debate quanto à prática da cirurgia cesariana e a necessidade de diminuição das altas taxas de parto cirúrgico no país. E isso tinha a ver com a posição deles em relação à lei objeto do debate: os que entendiam que ela era importante pareciam não conceber as altas taxas de cesariana como algo tão preocupante, e frisavam que a falta de infra-estrutura hospitalar, entendida aqui como escassez de equipamentos cirúrgicos adequados, era o principal problema para assistir adequadamente o parto de suas pacientes.

Os que criticavam a lei, demonstravam preocupação com o excesso de cesarianas e o possível aumento do risco de morte materna ou alguma outra complicação pós-parto, seja com a mãe, seja com o bebê. Muitos desse grupo frisavam, ainda, que a lei ia na contramão de evidências científicas que sugeriam ser mais seguro evitar excesso de intervenções e medicalização nos partos em geral, principalmente nas gestações consideradas de baixo risco.

Essa divergência de opinião entre os presentes era colocada de forma sutil. O debate inteiro teve o tom de uma troca de ideias entre pares e não de confronto. E, embora tenha havido divergência de opinião sobre se a lei é boa ou não para os médicos e a assistência ao parto em geral, ninguém colocava em dúvida que a autonomia, enquanto princípio bioético, é essencial. E não defender a autonomia das pacientes parece constituir acusação grave, contra a qual os obstetras presentes ali pareciam estar o tempo todo se defendendo. Tanto os que achavam a lei importante quanto os que tinham críticas a ela.

Tamanha era a importância da noção de autonomia que a divergência era expressa por meio dela. Para os obstetras favoráveis à lei e que não entendiam o excesso de cesárea como o maior dos problemas, as mulheres são quem escolhem a cesárea, por não ignorarem o contexto. O que está sub-reptício é que elas, agindo racionalmente, sopesando prós e contras, decidiram pela cirurgia, exercendo sua autonomia na prática. E os obstetras, por sua vez, não podem ir de encontro a isso. Quanto àqueles obstetras que reconheceram que em muitos casos a cesárea eletiva não é tão eletiva assim, pois há interferência médica para que ela acabe acontecendo, é como se estivessem dizendo que tal influência não deveria acontecer. E quem ouve essa autocrítica certamente pode inferir que, se não é desejável que

haja essa influência, então a gestante é quem deve decidir – de forma autônoma – sobre a melhor via de parto.

Mas se há discordância sobre se a lei é necessária ou não, houve um ponto em que todos concordavam: um grande problema da lei é que ela coloca o momento de decisão pela realização da cesariana durante o trabalho de parto. Segundo todos ali, isso induz que a cirurgia seja feita num momento de vulnerabilidade da mulher, em que está sentindo muitas dores e pode vir a se arrepender depois. E, ainda, que ela pode não estar num jejum de 06 a 08 horas que, segundo eles, é o ideal para que não haja nenhuma intercorrência na cesárea. Para eles, o momento ideal, então, para a escolha da cesárea, é o pré-natal, e não o trabalho de parto.

Existem diversos estudos sobre a relação dos obstetras brasileiros com a cirurgia cesariana (CHACHAM, 2012; NAKANO *et al*; 2015; 2016; 2017; AGUIAR *et al*, 2020). Eles buscaram explicar o porquê das altas taxas de cirurgia entre os nascimentos no país focalizando os médicos obstetras em sua formação, no seu “coletivo de pensamento” e “estilo de pensamento” (FLECK, 2010) ou mesmo por meio da comparação entre aceções dos médicos e das parturientes sobre o parto cirúrgico. Em dados de 2011 e 2012, cerca de 52% dos nascimentos no Brasil ocorreram por cesariana e esse índice foi para 88% quando considerado somente o setor privado de saúde (NASCER NO BRASIL, 2014). Pondo em xeque a ideia difundida de que os obstetras tendem a fazer cesárea somente porque têm ganhos econômicos maiores com elas, tais pesquisas buscaram outros fatores, para além do puramente financeiro, que justificassem essa tendência.

Tais estudos argumentam que o excesso de cesarianas praticadas e prescritas por obstetras brasileiros tem a ver com a maneira com que encaram o parto vaginal: perigoso, demorado, menos propício de ser controlado. À medida que as tecnologias cirúrgicas foram sendo aprimoradas, os obstetras foram se antecipando aos possíveis problemas que poderiam surgir no momento da parturição. É Nakano *et al* (2017), doutora em saúde coletiva e professora da escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), quem explica que ao longo do século XX, a obstetrícia brasileira foi deixando de lado a ideia do “obstare”, que significava esperar a gestante durante o trabalho de parto, agindo e intervindo quando e se fosse necessário. Ela foi substituída pelo entendimento de que é preciso se antecipar a quaisquer problemas que possam vir a ocorrer durante o parto. Nesse

esquema, então, todo e qualquer parto passa a ser potencialmente arriscado – para a mulher e o bebê – cabendo ao obstetra se antecipar para evitar tal perigo.

A cesárea então passa a ser concebida como uma forma segura de nascer, rápida e com a possibilidade de controle do processo de parturição pelo médico. A pesquisa de Nakano *et al* (2017) foi feita a partir de relatos orais de obstetras formadores de opinião, isto é, reconhecidos pela comunidade profissional enquanto tais, sobre a prática do nascimento cirúrgico. Entre outras coisas, os pesquisadores argumentam que a cesariana no Brasil é o “trabalho de parto do obstetra”, no sentido de que é ela que confere identidade profissional e importância a esse especialista. Num sentido semelhante, Alessandra Chacham (2012), socióloga, doutora em demografia e professora de ciências sociais na PUC Minas Gerais, num estudo mais antigo sobre os obstetras brasileiros, diz que a cesariana legitima a obstetrícia enquanto especialidade médica. Ela entrevistou obstetras que atuavam em Belo Horizonte no final dos anos 1990 e mostrou que muitos deles reconheciam os benefícios do parto vaginal, no entanto, acabavam realizando muitas cesarianas porque a espera que o parto vaginal muitas vezes exige é encarada por eles como um risco. E eles acabam querendo encerrar o processo de parturição o quanto antes para conter os perigos e/ou transferir a responsabilidade sobre eles para outro especialista envolvido, seja o pediatra neonatologista ou o anestesista.

Afora a semelhança de concepções em relação à prática de cesariana nas pesquisas de Chacham (2012) e Nakano *et al* (2017), esses últimos pesquisadores chegam a mencionar que alguns obstetras formadores de opinião acabam subestimando os riscos obstétricos envolvidos na cesariana – especialmente em sua modalidade eletiva – porque não observam essas complicações em sua prática clínica e com isso acabam questionando as evidências científicas e as normativas da OMS que preconizam uma taxa de 10 a 15% de cesariana para um uso seguro da tecnologia.

Fiz essa digressão sobre as pesquisas a respeito da relação entre obstetras e cesariana no Brasil porque elas amparam mais duas impressões sobre o debate informal que observei: diferentemente das pesquisas que citei, os obstetras participantes da atividade divergiam quanto à prática da cesárea e as evidências científicas. Muitos apoiam uma redução da medicalização do parto, no sentido de um maior incentivo à realização de partos vaginais, especialmente em gestações de baixo risco; o que parece ser o prenúncio de alguma mudança

em curso na prática obstétrica. O reconhecimento de que num período anterior eles de certa forma banalizaram a cirurgia também pode indicar senão uma mudança na prática, ao menos uma reflexão crítica sobre ela. No entanto, o debate informal converge com a bibliografia porque apareceu ali uma preocupação consensual com a segurança – amparada numa noção abrangente de risco – principalmente porque todos tinham acordo que era melhor definir pela cesariana durante o pré-natal e não no trabalho de parto.

### **2.3. O “corte econômico” e o medo de ser processado**

Outros dois pontos muito discutidos no debate informal sobre a “lei da cesárea a pedido” têm a ver com as questões econômicas envolvendo as modalidades de parto, ou vaginal, ou cesariana e a preocupação recorrente que os obstetras tinham de não serem processados.

Em relação ao que uma médica presente chamou de “corte econômico”, houve dois dissensos, um em relação ao tipo de parto que hoje em dia é considerado um parto que mulheres de classes sociais mais abastadas querem ter; e outro, relativo a qual é o parto mais barato e mais custoso para as instituições hospitalares (e para o estado, quando tais entidades são públicas). Para alguns, a cesariana é um marcador de classe forte, pois segundo eles, as mulheres pobres, quando têm alguma possibilidade, pagam por uma cesariana para não terem um parto vaginal num hospital público.

No entanto, outros ali afirmaram que “hoje em dia” o “corte econômico” é um parto vaginal baseado em boas práticas, assistido por equipe multiprofissional, com a presença de enfermagem obstétrica, doulagem, pediatria e, ser for o caso, anestesiologia, além, claro, da medicina obstetrícia. As mulheres “mais privilegiadas” têm isso, só que é preciso garantir que haja essa possibilidade para todas. Tais mulheres privilegiadas conseguem ter acesso a essas equipes, alcançam boa relação com o parto e exercem sua autonomia. Nesse sentido, a autonomia está ligada ao próprio modelo de assistência ao parto, considerado por eles mais propício à garantia da autonomia das pacientes. Em concordância, o obstetra gestor hospitalar presente na mesa falou que esse parto com equipe multiprofissional é o que eles chamam em sua região de “parto gourmetizado”.

E seguindo no assunto do “corte econômico”, esse mesmo obstetra que trouxe a ideia do “parto gourmetizado” asseverou que é um erro achar que a cesariana seja mais cara que o parto vaginal, como comumente se diz. Segundo ele, em hospitais que têm incorporação de tecnologia (para realização de cesarianas), esse “parto gourmetizado” acaba sendo mais caro para as instituições porque envolve o que ele chamou de tecnologia leve, que são recursos humanos, isto é, a própria equipe multiprofissional. Sendo um debate informal, o objetivo ali não era construir sínteses e fechar posições sobre o que estava sendo discutido. Então, essa questão do “corte econômico” acabou não sendo fechada, ficando essas duas posições que mostrei em aberto.

Não é meu objetivo aqui definir os custos de cada modalidade de parto, mas a depender da perspectiva considerada para avaliar esses valores, ele pode apresentar um custo diferente. Há um valor diferente para instituição hospitalar, para os profissionais de saúde e para as parturientes e suas famílias. E considerando o sistema público de saúde e a rede suplementar, pode também haver bastante diferença de valor. Nos últimos vinte anos, há uma série de ações do Ministério da Saúde para a diminuição das taxas de cesariana – o Brasil possui a segunda maior, perdendo apenas para a República Dominicana – e, entre elas, estão normativas do SUS equiparando o valor da cesárea e do parto vaginal nos subsídios públicos que o hospital recebe (AZEVEDO, 2021). Mas, existem outros pormenores que não somente o valor da modalidade de parto em si. A participação de mais ou menos profissionais de saúde e o tempo de estadia interferem no valor final que cada tipo de procedimento terá em cada região. Por exemplo, numa pesquisa realizada entre três maternidades públicas da região sudeste, que atendem somente pelo SUS, com dados de 2015, a cesariana teve um custo 38% superior ao parto vaginal. Os autores do estudo mostraram também que o custo em recursos humanos do parto vaginal é um pouco superior ao da cesárea; mas que esta supera o parto vaginal em custo global por conta da estadia no hospital (ENTRINGER *et al*, 2019).

Mas, para além dos custos financeiros, como expus, há diversos fatores envolvendo a obstetrícia brasileira e sua relação com a cesariana. O fato é que os médicos ali estavam preocupados com os valores das modalidades de parto – e também no tipo de parto que as camadas mais abastadas da sociedade estavam procurando – provavelmente porque isso interfere nos seus rendimentos, mas também em sua atuação profissional para além da clínica, em cargos de gestão hospitalar ou em secretarias de governo.

Um dos obstetras que pediu a palavra, comentou que ele não trata suas pacientes do SUS e do sistema privado da mesma forma. Para ele, as últimas são consumidoras e as primeiras, usuárias. Ao dizer isso era como se confirmasse que sim, as consumidoras podem decidir pela cesariana e as usuárias, não. Sua opinião gerou um burburinho no recinto e muitos colegas discordaram. Ele continuou, trazendo, nessa hora, uma preocupação que aparentou ser da maioria: “Eu vou ser obrigado a fazer uma coisa que eu posso ser acusado de deixar alguém sofrer um parto?”. Essa expressão parece denotar o tipo de imagem que muitos obstetras fazem do parto vaginal: sofrido, perigoso. Mas, para além disso, quando ele fala em ser acusado, significa ser acusado na justiça. Esse questionamento preocupado fez surgir uma série de outras perguntas e falas sobre o aumento das possibilidades de ser processado, trazida com a nova lei paulista.

“E se uma paciente com 38 semanas e 5 dias [de gravidez], em trabalho de parto, solicita a cesariana a pedido, e aí?”, um deles questiona. “Você pode ser processado, inclusive, por atender a paciente, fazer a cesárea a pedido, porque ela pode dizer que só pediu a cesárea porque ela estava morrendo de dor (...)”, outra obstetra pontua. Em meio a falas como essas, eles acabaram concluindo que a lei objeto do debate poderia aumentar e muito a possibilidade de serem processados judicialmente.

Em meio a essa constatação, um dos obstetras, com a voz num tom mais alto, e já levantando – o debate informal estava terminando e algumas pessoas já estavam de pé – disse que no seu estado faltam obstetras. E continuou: muitos não querem mais a obstetrícia por causa dos processos judiciais, eles são cada vez mais numerosos. Na cidade onde trabalha, nos últimos concursos, não apareceu nenhum candidato para prestar prova para ser obstetra. A situação descrita com preocupação por ele vem ocorrendo nos Estados Unidos, onde o excesso de processos responsabilizando ginecologistas obstetras tem criado uma crise no mercado de saúde. A diminuição de especialistas na área, um maior número de aposentadorias precoces e aumento nos custos dos serviços oferecidos, são algumas das consequências dessa crise que afeta o acesso das mulheres à saúde (GONZALEZ, 2019).

No Brasil, a saúde está organizada de um jeito diferente que nos EUA. Por isso, a ausência de obstetras no concurso municipal pode ter outra explicação que não somente o receio de poder vir a responder processos judiciais. A má distribuição de médicos no território nacional, pois eles ficam concentrados nas grandes capitais – o que foi inclusive um dos

motivos da criação do Programa Mais Médicos (GOMES, 2016) – pode também ter contribuído para ausência de obstetras para fazer o concurso, denunciada naquele momento.

#### **2.4. Direito à analgesia peridural: uma panaceia contra as dores do parto**

O *Lunch meeting* “Ampliação da oferta de analgesia peridural durante o trabalho de parto e parto no SUS - estratégia para a redução das taxas de cesárea no Brasil” aconteceu às 13:00h, também num auditório. Quem estava entrando no recinto era informado que, se quisesse, poderia pegar o “radinho” com o fone, em que seria feita tradução simultânea, pois dois palestrantes eram franceses. Depois de enfrentar uma fila para pegar o aparelho, me encaminhei para o auditório, onde também havia fila para o ingresso, porque estavam distribuindo sanduíches (*Subway* ou *Mc Donalds*) e refrigerante (*Coca-Cola* ou *Guaraná Antártica*). Peguei meu lanche e entrei. Apesar de o lugar estar lotado, consegui sentar próxima à mesa de onde os palestrantes iriam falar.

Liv Faro (2016), em sua tese de doutorado que teve os congressos de ginecologia e obstetrícia como um dos principais universos de pesquisa, diz que os *Lunch Meetings* são simpósios em que as indústrias farmacêuticas patrocinam atividades científicas. Ou seja, os palestrantes geralmente são pessoas bem conceituadas na pesquisa médica científica, mas suas proposições passam mensagens que interessam aos laboratórios. Como há patrocínio da indústria farmacêutica para tais atividades, há a distribuição de lanches *fast-food* dentro de bolsas térmicas e outros materiais que podem ser levados para casa e servir de *souvenirs* do congresso. Bom, neste *lunch meeting*, os sanduíches e refrigerantes que recebemos na entrada vieram em embalagens descartáveis e não consegui identificar quem ou qual empresa estava patrocinando. Mas o fato de o simpósio inteiro postular a ampliação da analgesia – um alívio farmacológico da dor do parto – e silenciar sobre as possibilidades não farmacológicas, indica que pode sim ter havido algum custeio farmacêutico, porém não explícito<sup>64</sup>.

---

<sup>64</sup> No 58º Congresso da Febrasgo houve um tipo de programação, o “Simpósio Satélite”, cujos títulos remetiam explicitamente aos laboratórios farmacêuticos, tais como: “Satélite Ache: Escola Febrasgo de Endometriose – Edição: a sexualidade na mulher com endometriose”; “Simpósio Satélite Marjan – Vaginose bacteriana recorrente: avanços no tratamento”; “Simpósio Satélite Bayer – Lançamento e entrega do livro ‘Além da nutrição: o impacto da nutrição materna na saúde das futuras gerações.’” Houve nove Simpósios Satélites no congresso, cada um patrocinado por um laboratório diferente. Talvez tenha havido alguma mudança em relação aos congressos que Faro (2016) acompanhou.

O fato é que, diferentemente do debate informal que eu tinha acompanhado mais cedo, o *Lunch Meeting* tinha todas as características de uma aula. Todos os palestrantes levaram slides, que projetaram numa tela branca específica para isso. As perguntas foram realizadas ao final, mas em pouco número. Não houve momentos de exaltação, burburinho ou discordâncias como no Debate Informal. Enquanto as pessoas se acomodavam nos seus lugares e abriam seus lanches, a mediadora do simpósio se apresentou. Ela era obstetra e doutora em saúde pública. Explicou os motivos da escolha desse tema para o *Lunch Meeting*: a aprovação da “lei da cesárea a pedido” em São Paulo trouxe uma preocupação, que é a possibilidade de aumento das taxas de cesariana, já muito elevadas no país. Como a referida lei também fala que a parturiente pode pedir analgesia, ela, juntamente com os palestrantes estão trabalhando numa proposta de aumento do oferecimento de analgesia nos partos vaginais pelo SUS. Essa proposta estava ocorrendo em parceria com um hospital universitário francês, de onde vieram dois professores ginecologistas obstetras para palestrar.

O simpósio contou então, com a apresentação de uma pesquisadora brasileira, médica e doutora em saúde coletiva, que coordenou uma pesquisa nacional sobre parto/nascimento no Brasil, dois professores franceses, também médicos ginecologistas obstetras e uma médica anestesista que trabalhava num hospital no Rio Grande do Sul. A atividade começou com a fala da primeira médica, sobre as taxas de mortalidade materna no Brasil e sua relação com a cirurgia cesariana. Ela trouxe dados da pesquisa que coordenou. Expôs gráficos e tabelas para o auditório e explicou que no Brasil, a cesariana eletiva representa um risco de mortalidade materna ou de *near miss* materno. Este é um conceito formulado pela OMS. Trata-se de uma mulher que sobreviveu a complicações na gestação, parto ou puerpério.

A professora informou que as principais causas de mortalidade materna no país são hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto. E acrescentou que o *near miss* materno está associado a três tipos de situação: mulheres que não fizeram pré-natal, parturientes que peregrinaram entre diversos hospitais em busca de vaga e aquelas que fizeram uma cesárea eletiva tendo gestação de baixo risco (ou seja, sem indicação clínica para a realização de parto cirúrgico). Com isso, ela explica que a cesariana, no país, é um fator de risco de *near miss* materno e morte materna independente da classe social, pois, como a taxa no Brasil é muito alta, ela acaba provocando esse risco. Especialmente porque as cesarianas eletivas em mulheres cuja gravidez apresenta riscos habituais, isto é, baixo risco, geralmente acontecem

em cidades pequenas do interior, em hospitais que não têm tecnologia para atender mulheres caso haja complicação na cirurgia. E finaliza com um chamado de que só haverá mudança nos indicadores do país em relação à cesariana e à morte materna, se forem priorizadas ações no SUS, onde nasce mais de 80% da população.

O simpósio seguiu com a exposição do primeiro médico francês. Ele falou das visitas a dois hospitais universitários: um no Rio de Janeiro (RJ) e outro em Fortaleza (CE). E expôs suas impressões: para aumentar a oferta de analgesia peridural seria preciso aumentar o número de anestesistas disponíveis. Indica, nos seus *slides*, que é preciso que toda equipe: enfermeiras, parteiras, enfermeiras obstétricas e anestesistas estejam envolvidos no processo do parto. Isso envolve planejamento e gestão. Atualmente, no Brasil, as mulheres que têm filhos via parto normal – a maioria sem anestesia – têm uma dor muito forte. A técnica de oferecimento de analgesia pode ser usada para “evitar que sofram horas a fio”, ele diz. E postula que toda mulher brasileira que queira ter um filho deveria poder ter garantida a analgesia.

Ele acrescentou ainda que na França houve diminuição do excesso de cesarianas há alguns anos por meio da quebra de “círculos viciosos”: fazer mais partos vaginais com oferecimento de analgesia, e deixar de achar que o parto normal é incerto e arriscado. Ele admite que muitos médicos tendem a ver a cesárea como mais segura e fácil, por uma questão de controle, pelo fato de ela possibilitar que eles tenham controle do processo. Mas isso não quer dizer que, com isso, ela seja superior ao parto normal, todas as pesquisas mostram que não.

Outro obstetra francês que falou na sequência também esteve nas visitas às maternidades brasileiras. Comparou Brasil e França quanto ao atendimento obstétrico, mostrando alguns gráficos e dados percentuais. Como seu colega já havia colocado, na França, a anestesia peridural é feita a partir do momento em que a gestante manifesta vontade, e é realizada em 82% dos partos. No Brasil, porém, ela é aplicada quando a parturiente já atingiu a dor máxima, e é usada apenas em 10% dos partos. Ou seja, no país, ela não é imediatamente acessível, e é muito associada à cesariana, como se não pudesse haver analgesia em partos vaginais. É também associada à indicação médica, isto é, como se fosse possível apenas por indicação do médico e não por requisição da gestante. Ele finalizou sua

apresentação com a seguinte frase projetada na parede: “PAIN is a medical indication”, traduzindo: “DOR é uma indicação médica.”

A última exposição foi da médica que atuava na cidade do congresso. Ela também falou sobre a importância da ampliação da analgesia peridural para a redução das taxas de cesárea, porém, na sua visão enquanto anestesista. Explicou o porquê de haver tão pouca anestesia no país: a resolução nº. 2.174/2017 do CFM impede que seja feita anestesia em setores e pacientes diferentes pelo mesmo profissional<sup>65</sup>. No contexto atual, já não há anestesistas suficientes para atender à demanda. Tal regra também é um entrave à ampliação da oferta de analgesia, porque seria preciso muitos profissionais dessa especialidade para suprir o aumento da solicitação por alívio farmacológico da dor.

Para ela, a solução para esse entrave não seria aumentar o número de anesthesiologistas, porque seria inviável pelo custo, mas se inspirar no modelo francês e montar uma equipe multiprofissional de anestesia, de modo que o médico anestesista aplicasse a medicação e a enfermeira anestésica – uma especialidade que ainda não existe no Brasil – faria o monitoramento dos pacientes. Segundo a médica, isso também acontece no Canadá e nos Estados Unidos.

Outra explicação para a baixa analgesia no país, e que também constitui um entrave à sua ampliação, é uma crença, segundo ela, errônea, de que a anestesia interferiria no processo fisiológico do trabalho de parto. Ela garante, baseada em um estudo de 2010 referenciado no *slide*, que se a analgesia for realizada em baixas doses e no início do trabalho de parto, a parturiente consegue ter o controle do processo: andar e fazer outros movimentos.

A fala de todos os palestrantes do *Lunch Meeting* tiveram um tom preocupado com as taxas de cesariana no país, mas, mais ainda, com a dor do parto. Todos partiam da premissa de que o principal entrave para aumentar o índice de partos vaginais era resolver o problema da dor. Outras questões, como a ideia que muitos obstetras têm de que a cesárea é mais segura e cria um ambiente mais controlado, foram colocadas apenas pelos obstetras franceses. E eles, mesmo assim, enfatizaram sobremaneira a necessidade de sanar as dores das parturientes.

---

<sup>65</sup> Isso está determinado no artigo primeiro, inciso quarto, da resolução nº. 2.174/2017 do CFM: “[é] vedada a realização de anestésias simultâneas em pacientes distintos, pelo mesmo profissional ao mesmo tempo.”

Houve um total silêncio em relação a outras possibilidades de amenização da dor. O que me fez pensar que mesmo quando a intenção é diminuir o número de cesarianas em prol do parto vaginal, isso ainda é pensado na chave da medicalização. Que é o lugar-comum dos congressos médicos – não somente os de ginecologia-obstetrícia – a um certo tempo, como mostrei citando os trabalhos de Faro (2016) e Azize (2010).

O enfoque quase exagerado na necessidade de “salvar” – o termo é meu – as parturientes das dores das contrações, soa como uma espécie de reiteração da importância da obstetrícia e dos médicos obstetras no manejo do parto/nascimento. Como mostraram os estudos de Ana Paula Vosne Martins (2004), Emily Martin (2006) e Mônica Maia (2010), no processo de constituição e institucionalização da ginecologia-obstetrícia modernas, houve a elaboração de imagens do médico dotado de tecnologia e boas intenções e da mulher submissa, cujo corpo é imperfeito e patológico, sobre o qual devem ser feitas intervenções a fim de controlá-lo. No simpósio, a ideia de controle não estava tão presente, mas sim uma noção de salvação das dores do parto, que, quando e se implementada, deverá ser conduzida por médicos – obstetras e anestesistas – auxiliados pela enfermagem e por medicações (analgésicas).

Se há um rechaço difuso ao próprio nome violência obstétrica, a experiência no Congresso mostrou que obstetras brasileiros se preocupam sim com a melhora na assistência ao parto no país. Reconhecem diversos problemas nela, como: altas taxas de cesariana, pouca oferta de analgesia, poucos médicos em cidades do interior, hospitais mal equipados com tecnologia. Mas raramente colocam a si mesmos como parte do problema. Isso só apareceu no momento do debate informal em que reconheceram que houve um tempo que eles mesmos banalizaram o parto cirúrgico. Tirando esse momento, na maioria das situações que descrevi eles pareceram se colocar como vítimas de uma estrutura maior.

### **3. Contra a tutela médica: “meu corpo, minhas regras”**

Conheci Camila num evento promovido pelo *Nascer Sorrindo – Pelotas*, denominado *Café com Parto*, ocorrido no início de 2020. Ela é membro da Rede Feminista de Ginecologistas Obstetras, se define como feminista e ativista pela humanização do parto/nascimento. No evento, fez uma fala sobre o papel do médico obstetra na humanização

do parto. Lembro que quando ela começou a falar fiquei surpresa em saber que era médica, pois ela estava vestida de forma “alternativa”, com uma saia longa e uma camiseta. A vestimenta despojada e os óculos de grau modernos não fizeram com que eu a identificasse como médica num primeiro momento. Interessa-me, nesse ponto, mostrar no que médicos como Camila – e todas as que compõem a Rede Feminista de Ginecologistas Obstetras – diferem em relação àqueles que, ou rechaçam frontalmente o termo violência obstétrica, ou não fazem uso dele por uma espécie de “recusa epistemológica” (SENS e STAMM, 2019, p. 04) mais ou menos geral dos obstetras brasileiros em relação ao termo.

O *Café com Parto*, evento em que conheci Camila, consistiu num dia inteiro de debates acerca de diversos aspectos do parto humanizado e da violência obstétrica, com intervalo apenas para o almoço e fim previsto para o início da noite. Recebi a divulgação e convite para o evento por Judite. As inscrições custavam R\$ 60,00 (sessenta Reais), mas acabei conseguindo um desconto e paguei somente a metade.

O evento aconteceu numa sexta-feira. Aportei em Pelotas de ônibus, ainda de manhã, porém atrasada. O local onde ocorreu ficava no centro da cidade, uma galeria de arte que funciona numa casa antiga, cuja arquitetura histórica se mantém na fachada, mas o espaço interno é moderno, com vidros, pisos coloridos, iluminação pouco convencional. Uma porta de vidro dava acesso a um café, com balcão e mesinhas. Atrás dele, havia um espaço, onde ocorreu o evento. Foram colocadas cadeiras de plástico enfileiradas, dispostas como em sala de aula, em frete à uma parede branca, sobre a qual foram projetados *slides* elaborados pelos palestrantes.

Em frente a essa parede os convidados se puseram a falar para o público de cerca de vinte e cinco mulheres, entre grávidas, mães que levaram seus filhos e mulheres sem filhos. Atrás das cadeiras tinha uma mesa pequena onde podíamos nos servir de água e café, uma arara com roupas infantis de cores neutras – depois soube que era de uma loja de roupas de criança – e outra mesa ainda menor que a do café, onde estavam dispostos cadernos artesanais para vender. Se o Congresso da Febrasgo mobilizava uma série de laboratórios farmacêuticos, o pequeno encontro promovido por um grupo em prol da humanização do

nascimento também movimentava certa cadeia comercial: de roupas de bebê, cadernos artesanais, *slings*<sup>66</sup>; mesmo que em menor escala.

Eram poucas pessoas, o espaço não era grande, houve um pequeno *coffee break* à tarde e tanto as palestras e debates, quanto as perguntas, eram todas realizadas sem microfone, parecia uma conversa. Em muitos momentos todas falavam juntas e era preciso acalmar os ânimos para seguir a atividade. As participantes do evento ou eram membros do coletivo, ou interessadas em ingressar nele; algumas estavam grávidas e procuravam por uma maneira de ter um parto humanizado, outras estavam tentando engravidar e estavam ali para se inteirar das informações desde cedo. Aparentemente, todas tinham algum grau de instrução, no sentido de estarem concluindo ou terem curso superior, ou mesmo formação em nível pós-graduação. Era um espectro “colorido”, havia mulheres brancas, pardas, pretas, o que me chamou a atenção, pois até aquele momento só havia tido contato apenas com uma mulher negra que fazia parte desse universo.

Entre as diversas atividades do *Café com Parto*<sup>67</sup>, estava a palestra de Camila, intitulada “A atuação do obstetra no parto humanizado”. Ela começou se apresentando. Reside e trabalha numa cidade próxima a Pelotas. Trabalhou durante dois anos com uma equipe que atendia partos domiciliares, que era formada por ela, um pediatra e uma técnica em enfermagem. Porém, ela descontinuou o trabalho com tal equipe depois que o CFM impediu que médicos atuassem na assistência a partos domiciliares<sup>68</sup>. No entanto, ela continua sendo ativista da humanização, fazendo atendimentos pré-natais na rede pública e também na suplementar, e somente nessa última tem assistido também os partos.

---

<sup>66</sup> Espécie de tipoia de pano usada para carregar bebês. É preciso amarrá-la ao corpo, por isso que em eventos como o *Café com Parto*, há oficina para ensinar como fazer as diversas espécies de amarração.

<sup>67</sup> Na programação, houve palestras sobre atuação de doulas no parto, parto domiciliar, yoga e respiração para gestantes, recepção do recém-nascido no parto respeitoso, oficina de amarração de *sling*, debate sobre a lei de doulas em Rio Grande (RS), saúde mental das mães e mesa de debate sobre a lei nº. 6.144/19. Essa última foi a lei que gerou toda uma disputa com o CREMERS, o CFM e o SIMERS, com a qual iniciei esse capítulo. Ela acabou sendo aprovada como lei do Parto Seguro. Àquela altura, ela havia acabado de ser aprovada. Porém, para as ativistas do *Nascer Sorrindo*, continuava sendo lei de combate à violência obstétrica. As palestrantes foram membros do coletivo *Nascer Sorrindo* e, também, profissionais consideradas parceiras, entre pediatra, médica, psicóloga, professora de yoga, vendedora de *sling* e assessora parlamentar. Todas mulheres.

<sup>68</sup> O CFM, por entender ser mais seguro, recomenda que os partos sejam realizados em ambiente hospitalar (CFM, 2012). O Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) foi que proibiu categoricamente a participação de médicos em partos domiciliares (CREMERJ, 2012).

Na sessão que conduziu, explicou como o parto deixou de ser um evento feminino, majoritariamente assistido por parteiras, e passou a ser realizado por médicos no Brasil, primordialmente em hospitais. Contou que teve uma formação obstétrica muito intervencionista, na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUC RS, e, como ela mesma disse, cheia de violência obstétrica. O que provocou sua transformação profissional, ela contou na palestra e depois para mim, em particular, foi um curso que fez com um obstetra humanizado. Depois disso, “tudo mudou”. Foi a partir desse curso que começou a pensar coisas do tipo: “Por que que eu tô operando essa mulher?”. Ela percebeu que os obstetras foram perdendo a essência da obstetrícia por querer controlar um processo fisiológico – o parto – que é, por essência, incontrolável.

O que me deixou mais impressionada com a exposição foi o vídeo que ela projetou na parede. Ele não tinha som e ela foi narrando. Era um parto que ela fez antes de sua mudança de concepção enquanto obstetra, uns 10, 15 anos atrás. No vídeo, havia uma mulher em trabalho de parto, mas não era filmado seu rosto. Aparecia a metade de baixo do corpo da parturiente em posição ginecológica – litotômica – e as mãos de Camila, que estava sentada em frente à vagina da paciente, fazendo movimentos para abri-la. Camila disse que enquanto movimentava a vagina da mulher, ficava dizendo para ela fazer força. Eventualmente a parturiente fechava as pernas, no que a obstetra as abria novamente. Na época em que esse vídeo foi gravado, Camila disse que se achava super “humanizada”. Atualmente, porém, sabe que colocar a gestante obrigatoriamente nessa posição, ficar manuseando seu corpo a todo momento sem perguntar se pode fazer isso e ainda, dizer para ela fazer força reiteradamente, como se quisesse comandar um processo fisiológico, podem ser considerados espécies de violência obstétrica. Ela finalizou dizendo que a humanização do parto tem a ver com o enunciado “meu corpo, minhas regras, minhas escolhas.”

Procurei-a para uma entrevista à parte, pois me surpreendi com sua coragem em criticar a própria prática perante uma plateia. Ainda mais porque eu havia apreendido que em geral os médicos se têm em alta conta e tendem a admitir alguns equívocos somente entre pares. Mas, quando dialogamos, ela nem comentou tanto do vídeo que projetou no *Café com Parto*. Pôs-se a detalhar a declaração com a qual finalizou sua exposição. Para ela, enquanto membro da Rede Feminista de Ginecologistas Obstetras, a principal violência obstétrica é a falta de transparência das condutas obstétricas

“eu vejo ainda muito essa tutela do corpo da mulher, no médico. Principalmente, parece uma bobagem, mas ‘a minha paciente’. Só nessa frase ‘a minha paciente’: ‘eu tenho poder sobre ela, eu sou o médico dela e só eu posso decidir o que vai acontecer com ela’. O que eu vejo ainda muito, muito, muito, na prática geral, é que a mulher não tem, não tem palavra. Ela não tem opção, ela não é nem convidada a participar do que vai acontecer com ela no desfecho da gestação.”

Para Camila, essa postura faz com que não haja troca entre obstetra e paciente, e, conseqüentemente, acaba prevalecendo a falta de informação. Acrescenta que para muitas mulheres é confortável colocar todo seu futuro obstétrico no colo dos médicos, é supostamente menos trabalhoso e, também, coaduna com a prática de muitos deles que têm uma postura do tipo “eu sei o que é melhor pra ti”. Ela diz que essa espécie de violência obstétrica não é evidente, tem uma máscara, mas não deixa de constituir uma violência. Ao falar dessa violência obstétrica “mascarada” – a mulher sem autonomia e o médico que a tutela – ela diz que é preciso que as mulheres se empoderem do que está acontecendo e vai acontecer no seu corpo e não coloquem toda confiança nos médicos. Para Camila, antes de tudo as parturientes precisam confiar em si mesmas.

Na sua formação como médica obstetra havia um termo muito usado: a “gestante não colaborativa”. Era aquela que gritava, não queria ficar na posição sugerida pelo médico, que pedia para ingerir líquidos ou comer. Às vezes o termo era até anotado nas fichas do hospital. Hoje em dia, ela sabe que tais “gestantes não colaborativas” estavam sofrendo violência obstétrica. E ainda sobre a prática médica obstétrica, ela critica a inexistência de alguma forma de fiscalização da atividade profissional: não há nenhum órgão ou comitê nos hospitais que fiscalize a questão do excesso de cesarianas, por exemplo. Há uma resolução do CFM (Resolução nº. 2274/20) que diz que a cesariana eletiva deve ser feita com no mínimo 39 semanas de gestação. No entanto, isso não é cumprido e nem fiscalizado, segundo expõe Camila. Isso também foi percebido por Chacham (2012) em sua pesquisa sobre médicos, mulheres e cesarianas. Em entrevista com os primeiros, ela percebeu que quase nenhum deles sabia ao certo o número de cesarianas que tinha feito, simplesmente porque não tinham que prestar conta disso com ninguém.

A visão de Camila sobre o que é uma obstetrícia humanizada constitui uma crítica à própria obstetrícia tradicional, que busca controlar o corpo feminino (e o chama de “não colaborativo” quando não consegue). E nisso, ela está conectada ao grupo do qual faz parte.

Por isso, ela defende o uso do termo violência obstétrica, pois “é preciso incomodar para haver alguma mudança.”

### 3.1. A violência da origem, da ciência, da prática

Conectado com o que Camila diz sobre a importância de usar o termo violência obstétrica está o texto que outras cinco médicas da Rede Feminista de Ginecologistas Obstetras publicaram no início de 2020 (Leila Katz, Melania Amorim, Juliana Giordano, Maria Helena Bastos, Aline Brilhante). *Quem tem medo da violência Obstétrica?* é um escrito-manifesto que saiu na Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil<sup>69</sup>, e que as autoras finalizam com a frase “[s]e o termo [violência obstétrica] provoca incômodo à comunidade médica, provoca também espaço para debatermos as mudanças necessárias” (KATZ *et al*, 2020, p. 630).

No escrito, elas postulam que a violência obstétrica é uma violência de gênero e institucional. Elas citam a definição da legislação venezuelana para dizer que a violência obstétrica consiste tanto em tratamentos discriminatórios em serviços de saúde, que rebaixam gestantes e parturientes de alguma forma, quanto práticas de intervenção médica injustificadas, realizadas sem consentimento da paciente. Tais práticas não têm sua aplicabilidade justificada porque estão baseadas mais em convenções que foram se consolidando na assistência ao parto ao longo do tempo e não nas evidências científicas que é, segundo elas, o que deve balizar quaisquer ações da assistência ao parto. A “gestante não colaborativa” sobre a qual Camila comentou, que era um termo até anotado nos prontuários e, também, o vídeo que exibiu, em que coloca a parturiente em posição litotômica enquanto insiste em abrir suas pernas e diz para fazer força, podem ser exemplos disso. São ações que se perpetuam na tradição, mas que não têm respaldo científico. Com isso, as autoras do texto admitem que a obstetrícia foi constituída – e ainda segue sendo praticada – em bases que hoje em dia não representam mais a melhor ciência, que, para as autoras, é a Medicina Baseada em Evidências (MBE).

---

<sup>69</sup>A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil é publicada trimestralmente pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), uma entidade filantrópica sediada no estado de Pernambuco (PE), que atua desde 1960 nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. Ver mais em: <http://www1.imip.org.br/imip/conheca/quemsomos/quemsomos.html>.

Como eu disse no primeiro capítulo, a MBE preconiza que as decisões clínicas devem ser norteadas pela verificação de eficácia, efetividade e segurança de práticas médicas, avaliadas em ensaios clínicos randomizados e meta-análises (PINHEIRO e NOGUEIRA, 2021). Esses trabalhos vêm mostrando, desde meados da década de 1980, que as práticas muitas vezes dolorosas e desconfortáveis, como a generalização da posição litotômica, dos chamados puxos dirigidos (a prática de dizer para a mulher “fazer força” quando as contrações vêm) – coisas que Camila estava fazendo no vídeo que exibiu em sua palestra e que apontou como violentas – ou mesmo uso da episiotomia de rotina, da indução, entre tantas outras intervenções realizadas rotineiramente e sem consentimento, não precisam ser feitas justamente porque não são eficazes, efetivas ou seguras (DINIZ, 2001).

Alegando que durante muito tempo e ainda hoje a prática da obstetrícia não foi respaldada na melhor ciência, elas clamam que seus colegas de profissão admitam isso, reconheçam as mulheres como verdadeiras vítimas da violência obstétrica e ajudem na mudança da assistência ao parto no país:

“[p]or mais preocupados que os conselhos de classe estejam em evitar ferir a susceptibilidade dos médicos, é importante reconhecer que se dói em qualquer um de nós admitir que somos, ou um dia fomos violentos, muito mais dói a violência contra as mulheres.” (KATZ *et al*, 2020, p. 629)

Esse trecho revela ainda que o medo de ser processado permeia a classe médica como um todo e os obstetras em particular. Isso apareceu durante o Debate Informal no Congresso da Febrasgo e reaparece aqui como uma possível causa da “recusa epistemológica” (SENS e STAMM, 2019, p. 04) que obstetras possuem em relação ao termo e à noção de violência obstétrica. Provavelmente, isso acontece muito pela influência que as posições públicas do CFM e de muitos Conselhos Regionais e Sindicatos exercem sobre os profissionais, mesmo que muitos médicos tenham críticas à atuação das diretorias dessas entidades. Segundo Katz *et al* (2020), ignorar o problema não vai fazer com que ele desapareça e nem tampouco vai diminuir as possibilidades de responder a processos judiciais. Talvez, aconteça exatamente o contrário.

Mas, além desse chamado ao reconhecimento da existência da violência obstétrica porque há ainda um problema científico no ensino e prática da obstetrícia, as autoras do artigo também indicam que a violência obstétrica é fruto do patriarcalismo presente na sociedade.

Difundido socialmente, também está presente na medicina obstetrícia: “[e]ssa violência é, portanto, não apenas direta, mas estrutural, e reflete o patriarcalismo regente em nossa sociedade e também nas práticas assistenciais em saúde” (KATZ *et al*, 2020, p. 629). Com isso, elas criam duas maneiras de entender a violência obstétrica: é uma violência interpessoal vinda das práticas assistenciais em saúde e é também fruto do patriarcalismo impregnado na medicina obstetrícia desde sua origem e imiscuído em suas práticas corriqueiras. Como se a obstetrícia estivesse contaminada pela “cultura”. Essas duas formas de entendimento da violência parecem ser interdependentes, pois a violência interpessoal na assistência é efeito do problema de fundo de toda a obstetrícia. Por isso, segundo elas, os médicos precisam reconhecer que podem ter cometido violência obstétrica um dia ou que ainda podem vir a cometê-la.

Ironicamente, esse chamado das obstetras feministas para a legitimidade das gestantes e parturientes como vítimas da violência obstétrica, esmaece a definição dos médicos como “algozes” de tal violência, uma vez que se trata de um problema mais amplo do que um caso específico. Envolve a constituição da obstetrícia como especialidade médica e como ciência, bem como sua prática. A maioria difusa dos médicos brasileiros – obstetras ou não – recusa o termo violência obstétrica e os significados que ele tem carregado nas estabilizações promovidas por inúmeros atores (tais como as mães ativistas do primeiro capítulo). As entidades corporativas que encampam ações contra o uso do termo ou mesmo advogam que ele “não agrega valor”, o fazem especialmente por conta do “medo de ser processado” e para escapar da posição de algozes da violência obstétrica, mesmo que as ativistas, inclusive Katz *et al* (2020), afirmem que essa violência pode ser praticada por quaisquer profissionais de saúde. Mas, os médicos – do cotidiano da assistência e das diretorias das corporações – poderiam “escapar” de serem apontados como principais algozes da violência obstétrica reconhecendo que há um problema muito maior a ser resolvido por todos.

Entre os autores citados no texto-manifesto, está o trabalho da antropóloga estadunidense Emily Martin (2006[1987]), traduzido no Brasil como *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Nesse, a autora realizou entrevistas com 165 mulheres sobre a relação delas com seus corpos e processos fisiológicos, como a menstruação, a síndrome pré-menstrual, parto, menopausa. Juntamente a isso, analisou manuais de

ginecologia e obstetrícia do século XIX e XX, utilizados na formação médica, observando sobretudo a maneira como eram descritos ali os fenômenos do corpo feminino.

Ao comparar as duas fontes de pesquisa, Martin (2006[1987]) elenca descrições que as mulheres fazem de seus processos corporais e verifica em que medida as compreensões das entrevistadas estão mais ou menos afeitas às descrições dos manuais médicos sobre o assunto. Com isso, ela infere que as mulheres de classe trabalhadora e as mulheres negras têm uma visão de seus processos corporais e reprodutivos menos influenciadas por acepções da medicina, quando comparadas às mulheres brancas de classe média.

Mas, antes de formular tais conclusões, a autora analisa as metáforas presentes nos manuais de medicina. E metáfora aqui tem a ver com as escolhas feitas em tais manuais para descrever os processos fisiológicos relacionados à reprodução feminina. A menstruação é descrita nos livros de medicina do século XX como uma reprodução que não deu certo. Todo o processo envolvendo os hormônios estrogênio e progesterona e o útero feminino são descritos como articulados para revestir a parede do útero de camadas que criem um ambiente propício – ela menciona, “hospitaleiro”, tirado de um dos manuais – para o desenvolvimento do embrião. A menstruação, então, acaba sendo descrita de forma negativa, como uma hemorragia proveniente de uma concepção que não deu certo. Os estudantes aprendiam, então, que “a menstruação é o útero chorando pela falta de um bebê” (VANDER *et al*, 1985 *apud* MARTIN, 2006[1987], p. 92).

As metáforas médicas relativas ao parto também estão entre as explicadas pela autora. Ela se baseou principalmente num manual de obstetrícia utilizado na faculdade de medicina da universidade Johns Hopkins, tanto a edição mais antiga, de 1950, e a mais recente na época em que escreveu o livro, de 1985. Explorando uma série de contradições ela cita trechos em que o manual explica aos aspirantes a médicos que o útero é um órgão que contrai involuntariamente, portanto, independente da ação das mulheres. Porém, os mesmos manuais que dizem isso explicam que no final do trabalho de parto é preciso que as mulheres façam força para empurrar o bebê para fora:

“[e]m suma, o imaginário médico justapõe duas imagens: o útero como máquina que produz o bebê e a mulher como trabalhadora que produz o bebê. Em alguns momentos, as duas [metáforas] talvez se juntem, de maneira consistente, como a mulher-trabalhadora cujo útero-máquina produz o bebê.” (MARTIN, 2006 [1987], p. 117)

E essa noção do corpo feminino, especialmente o útero como máquina, se atrela também à ideia do trabalho de parto como um percurso unilinear, que deve seguir corretamente um único caminho. A antropóloga chega a citar partes desse manual, na edição antiga, em que havia comentários falando da influência do ambiente – mais ou menos iluminado ou com mais ou menos barulho – na evolução do trabalho de parto, mas que foram retirados da versão mais recente. Como que numa confirmação de que a metáfora da máquina é o que prevalece na obstetrícia mais moderna.

Se o útero é máquina e o trabalho de parto segue um roteiro certo, o bebê é, então, considerado um produto do trabalho de parto e do trabalho dos médicos. E a fixação dos médicos em entregar um bom produto é algo que Martin (2006[1987]) comenta também como metáfora da medicina. Essa preocupação excessiva com o “produto” do parto acontece porque a obstetrícia vê o bebê e a parturiente como separados, competindo de alguma forma. E corpo feminino como uma barreira para o feto, que precisa ser salvo pelos médicos. Com isso, explica Martin (2006[1987]), obstetras assumem que sua função é entregar bebês de qualidade para suas mães e a família e acabam tendendo a pensar que as mulheres querem isso também. Mas a autora mostra, citando uma de suas entrevistadas, que muitas mulheres sentem que não puderam viver a experiência do parto do jeito que queriam porque ela foi de alguma forma atropelada pela ansiedade médica de entregar o “produto” perfeito. Especialmente quando o desfecho do trabalho de parto é uma cesárea e não um parto vaginal.

Fiz essa breve digressão sobre o trabalho de Emily Martin porque as autoras o citam para afirmar algo que a antropóloga também afirmou na análise de seu material de pesquisa: o caráter cultural da própria ciência, especialmente a ginecologia e a obstetrícia. Os argumentos de Martin respaldam o que Katz *et al* (2020) falam sobre a obstetrícia praticada no Brasil, pois, segundo elas, ela segue sendo violenta, por conceber o corpo feminino como máquina a ser consertada e controlada pelos médicos. O argumento da antropóloga é também utilizado como premissa do prólogo de uma coletânea sobre violência obstétrica na América Latina, escrito pela chilena Michele Sadler (2020). Em *Despertando las metáforas que dormían en la ciencia*, ela se baseia em Martin desde o título, para dizer que a violência obstétrica de que fala o livro tem a ver justamente com a obstetrícia hegemônica que busca controlar o corpo feminino, e concebe os partos como uma cadeia industrial. Nesse ponto ela

também cita Davis-Floyd (1993), largamente lida pelo movimento pela humanização do parto e nascimento no Brasil e em países das américas, como mencionei no primeiro capítulo.

É com essa apropriação de Martin que ativistas e intelectuais – as obstetras da Rede inclusas – defendem um outro modelo para a assistência ao parto. Propõem um modelo que ouça as mulheres, pedindo consentimento para realizar intervenções, que incentive movimentos durante o trabalho de parto, que ofereça alimentos, que, enfim, “empodere as mulheres” de seus processos fisiológicos, lhes dando “informação”. Essas duas expressões aparecem o tempo todo em atividades promovidas pelo ativismo contra a violência obstétrica. Não estão explicitamente no texto-manifesto de Katz *et al* (2020), pois este está mais calcado na MBE; mas aparecem em meu diálogo com Camila, quando ela fala o que ela e a Rede entendem como violência obstétrica.

É tentador concordar piamente com o que argumentam as médicas da Rede Feminista de Ginecologistas Obstetras, até porque estive e estou mobilizada por histórias de violência relatadas em primeira pessoa e confiadas a mim por diversas mulheres, sobre as quais trato no quarto capítulo. Porém, é preciso questionar se somente a obstetrícia hegemônica, ou mais “clássica”, está contaminada pela cultura. Ou, dito de outro modo, por algum tipo de imperativo moral.

Em outras palavras, estou propondo fazer um exercício de pensar: se a assistência ao parto calcada na MBE e no modelo de humanização do nascimento fosse tornada hegemônica e/ou padrão na assistência ao parto, a violência obstétrica acabaria? Somente a obstetrícia mais “clássica” ou hegemônica é poluída pela cultura, no caso, pelo “patriarcalismo”, para usar a expressão das autoras? Penso que não. Todos os modelos de assistência ao parto, tomados como tecnologias que são, podem ser praticados/ vividos/defendidos como a melhor ciência; mas nem por isso estão isentos de imperativos morais, que caminham a reboque das práticas científicas e assistenciais. Afirmo isso pensando na coprodução entre ciência e ordem social (JASANOFF, 2004), que nos leva a pensar que, “cultura” e valores são formados e praticados juntamente com a ciência. Não há neutralidade ou separação.

Isso pode ser mais bem compreendido no estudo da antropóloga estadunidense Jennifer Denbow (2019) sobre o ultrassom como um tipo de tecnologia médica afetiva. Nesse estudo, ela começa explicando a teoria do apego, que foi desenvolvida nos anos 1950 pelo psiquiatra britânico John Bolby, e seus desenvolvimentos posteriores, em maneiras formalizadas de

medir esse apego entre grávida e feto. Tal teoria surgiu num momento em que se discutia o papel das mulheres na família e no mercado de trabalho no mundo ocidental. Seus preceitos de que o apego entre mãe e feto são importantes – algo que reiterava e atualizava preceitos de maternidade construídos a partir do século XIX – ajudaram a formular um ideal de maternidade intensiva que, como mostra a autora, se torna o pressuposto de diversos estudos da medicina, que, ao não questionar tal ideal, acabam por reificá-lo.

A autora então explica dois instrumentos criados por pesquisadores da teoria do apego para medir o apego entre mãe e feto: a Escala de Apego Materno-Fetal, desenvolvida em 1981 por uma enfermeira norte-americana, e a Escala de Apego Maternal Antenatal, formulada em 1993 por um psiquiatra australiano. São chamadas de MFAS e MAAS, respectivamente, o que corresponde às suas siglas em inglês<sup>70</sup>. Denbow (2019) expõe que tais escalas não diferem muito entre si. Ambas preconizam que é possível medir o apego entre mãe e feto a partir de autoavaliação dos sentimentos das mães em relação à gravidez. Elas avaliam, por exemplo, a disposição das mães para ter informações sobre a gravidez e o feto, sua disposição para interagir com ele e, também, para afastar a separação com o feto e também a perda dele. E, ainda, disposição para protegê-lo e satisfazer suas necessidades. Esse enfoque na autoavaliação para medir o apego ignora as outras relações em que a gestante está envolvida e também o papel que outras dimensões da vida social podem ter na garantia do apego, esse que é, muitas vezes, um nome científico para amor materno, como ressalta a antropóloga.

Na busca da relação que a produção científica médica faz entre a tecnologia da ultrassonografia obstétrica e o apego materno fetal, Denbow (2019) selecionou, então, 15 artigos do repositório de pesquisas médicas PubMed, publicados entre 1980 e 2013, que buscaram analisar o efeito da ultrassonografia obstétrica sobre apego materno-fetal. É uma bibliografia pequena. Ela incluiu também na análise alguns editoriais de revistas de medicina obstétrica, a fim de contextualizar mais as publicações. Os artigos utilizam o MFAS ou o MAAS para medir o apego da gestante em relação ao feto, e, os que não utilizam esses instrumentos, elaboram formas próprias de medição do apego que são semelhantes a tais escalas.

---

<sup>70</sup> MFAS: Maternal-Fetal Attachment Scal; MAAS: Maternal Antenatal Attachment Scale.

Na análise desse material, Denbow (2019) conclui que o apego materno-fetal é tido como evidência de uma gravidez saudável e que o ultrassom obstétrico é apresentado como uma forma de corrigir eventuais ambiguidades e ansiedades que a gestante possa apresentar em relação ao feto, à gravidez e, em última instância, à própria maternidade. O ultrassom obstétrico, para tais pesquisadores da medicina, então, pode corrigir os sentimentos de grávidas que não possuem o necessário apego ao feto. Nesse esquema, a maternidade intensiva, vivida sem participação comunitária nos cuidados com a criança, é reificada como a ideal e, ainda, a mais saudável, com a chancela da autoridade científica. O ultrassom, então, contribui para a construção do apego materno-fetal e de um certo tipo de parentalidade. Como isso pode ser medido por escalas formais, como o MFAS e o MAAS, esse arranjo acaba criando todo um tipo de gestações e maternidades insuficientemente apegadas e com necessidade de serem corrigidas. Nesse sentido, a ciência médica acaba por reiterar normas hegemônicas, numa roupagem de neutralidade.

Voltando para o exercício que propus, de pensar se a violência obstétrica acabaria caso a MBE e todo modelo de humanização fossem a regra na assistência ao parto no país, a partir do trabalho de Denbow (2019). A autora mostra que existem valores pressupostos na prática científica. Nesse caso, a de que a preocupação da gestante com o feto é importante; e que é necessária toda uma mudança de estilo de vida e comportamentos para viver a gravidez de maneira saudável. Pensando nisso, um tipo de técnica/tecnologia não é, por si só, violento ou não violento. Os usos e a prática dos modelos é que podem dizer como eles vão ser experienciados. No final das contas, a questão parece girar muito mais em torno tanto de “gestantes não colaborativas”, e, talvez, principalmente, de profissionais de saúde e, também, médicos “não colaborativos”. O patriarcalismo, ou as hierarquias de gênero, como prefiro chamar, não desaparecem com a troca de modelos, mas podem se atualizar de outras maneiras por meio deles.

#### **4. Vítimas ou algozes da violência no parto? Discordâncias e convergências entre obstetras**

As experiências de mulheres em relação à violência obstétrica, seja no ativismo, seja como vítimas, deixa evidente que existe uma tensão entre aqueles que combatem a violência obstétrica e a categoria médica. E tal tensão se acirrou ainda mais em 2019, quando o

Ministério da Saúde, provocado pelo CFM, CREMERS, SIMERS e o deputado Thiago Duarte, abandonou uso da terminologia violência obstétrica nas ações da pasta, alegando que o termo “não agrega valor”. Nesse cenário, é como se as mulheres gestantes/parturientes fossem as vítimas enquanto que os médicos, os agressores.

Muitas interlocutoras do capítulo anterior, e, também, muitas advogadas, com quem dialogo no próximo capítulo, insistem na pluralidade de possibilidades, mostrando que profissionais de enfermagem, funcionários de hospitais e os próprios hospitais considerados enquanto instituição, podem também cometer ações passíveis de serem traduzidas como violência obstétrica. Mesmo assim, tanto nos seus relatos, quanto nos daquelas que se consideram vítimas de tal violência, com quem dialogo no quarto capítulo, os médicos despontam como principais perpetradores.

Como mostra Mariana Pulhez (2013) em artigo sobre a noção de violência e vítima nas reivindicações pelo fim da violência obstétrica no país, quando as mulheres começam a denunciar um “novo” tipo de violência, é preciso que sejam expostas publicamente – em manifestações, vídeos, filmes – narrativas dessa violência para delimitar o seu conteúdo e, principalmente, suas vítimas. Especialmente a fim de que tais mulheres-vítimas alcancem legitimidade em suas reivindicações e obtenham algum tipo de reparação.

Como Mariana Pulhez (2013) também expõe, as noções de violência e vítima precisam ser contextualizadas. Elas não são estanques, não estão estabelecidas de pronto, consolidadas, mesmo porque são objeto de disputa, especialmente quando o assunto é parto e violência. O que depreendo do campo junto aos médicos, é que a disputa pelo uso do próprio termo violência obstétrica é um embate sobre nomear, não nomear, reconhecer ou não reconhecer a existência de tal espécie de violência. E nisso, a disputa central se dá sobre quem são as vítimas.

Minhas observações do 58º Congresso da Febrasgo, especialmente o Debate Informal sobre a “lei da cesárea a pedido”, dão conta de mostrar que quando obstetras discutem sobre os problemas da assistência ao parto no país, muitos acabam se colocando como vítimas de estruturas maiores, que estão além do seu alcance transformar: hospitais com poucos profissionais disponíveis e pouca tecnologia incorporada, escassez de hospitais, de leitos, de equipamentos de trabalho. Também se põem numa posição de vítima ao expressar o medo de serem processados judicialmente apenas por fazer seu trabalho em meio a um contexto de

saúde hostil. O que observei no Debate Informal talvez possa ser estendido para os obstetras brasileiros que atuam no cotidiano da clínica considerando o que a diretora do SIMERS comentou comigo, que o termo violência obstétrica não deixa os médicos à vontade, pois supostamente criminaliza sua prática profissional. E, também, levando em conta o levantamento de Sens e Stan (2019), que mostrou que os médicos em geral rechaçam o uso do termo violência obstétrica, sentindo-se atacados, especialmente porque entendem que o nome da tal violência coloca em xeque suas boas intenções.

Embora uma parte dos médicos se sinta vítima do contexto da assistência obstétrica brasileira e não reconheça como legítimo a expressão violência obstétrica, ao fazê-lo, acaba também por evitar admitir que as grávidas e parturientes possam vir a ser vítimas de diferentes formas de violência. As médicas da Rede Feminista de Ginecologistas Obstetras têm uma posição divergente nesse cenário: para elas, as gestantes/parturientes são as que sofreram, sofrem ou podem vir a sofrer violência obstétrica caso nada mude na assistência obstétrica oferecida pelos sistemas de saúde no país. Ao reconhecer quem elas entendem serem as vítimas legítimas da violência obstétrica, fazem um chamado aos demais obstetras para que chancelem o termo e – principalmente – o problema da violência obstétrica. Esse chamado, de maneira surpreendente, pode esmaecer a posição dos médicos obstetras como principais alvos da violência no parto, como disse anteriormente.

Para além de posicionamentos vítima/algoz ou vítima/agressor, há também os médicos que tentam incorporar e se adequar a mudanças na assistência, apoiando sua atuação em meta-análises, ensaios clínicos, em relatórios e documentos da OMS, e na necessidade de humanização do nascimento. É o caso de diversos médicos presentes no Debate Informal do 58º Congresso da Febrasgo, especialmente uma das debatedoras, que criticou que a cesariana fosse tratada como política pública e a coordenadora do debate, que fez uma autocrítica sobre a banalização da cesárea eletiva. No *Lunch Meeting* sobre ampliação da analgesia peridural nos partos realizados no SUS, os médicos ali presentes aparentavam estar em sintonia com a MBE e os ditames da OMS. Em meio a isso, estavam buscando atualizar a importância dos médicos – obstetras e também anestesistas – na assistência ao parto, por meio, inclusive de propostas de cooperação com a enfermagem. Seu enfoque na necessidade de combater as dores do parto, porém, não só estava atualizando a importância dos médicos na cena do parto, mas também flertou com imagens da medicina heroica e salvadora (MARTINS, 2004)

disponíveis no imaginário social em relação a esses profissionais. É possível dizer que tais médicos presentes tanto no Debate Informal quanto no Lunch Meeting de certa maneira estavam procurando agir segundo a melhor ciência obstétrica, aquela que não violenta as mulheres, segundo as obstetras da Rede Feminista de Ginecologistas Obstetras. Há, entre elas e tais médicos, muitos pontos de concordância.

No entanto, o que une todos os médicos os quais observei e dialoguei parece ser a defesa da autonomia da mulher ou autonomia da gestante/parturiente. No Debate Informal, os médicos que estavam defendendo a “lei da cesárea a pedido” preconizavam a autonomia das gestantes: segundo eles, elas preferem a cesariana porque, agindo racionalmente, não ignoram o contexto que é a assistência “indigna” ao parto vaginal no país. Para tais médicos, o agir racional de tais gestantes precisa ser referendado, autorizado. No final das contas, os que adotam essa posição parecem defender a autonomia feminina em prol de não mudar suas práticas profissionais que privilegiam a realização da cirurgia cesariana. No mesmo Debate Informal, porém, muitos ali denunciavam o excesso de cesarianas eletivas porque há uma interferência dos obstetras nas decisões das grávidas/parturientes. E, porque se deve reconhecer e garantir a autonomia da mulher, não deve haver tal interferência. As gestantes precisam decidir com base no que é melhor para si e não para o profissional. Observando isso, é como se eles dissessem, em outras palavras, que as mulheres devem decidir – livremente – sobre seus partos.

E as obstetras da Rede, como Camila, que entrevistei, vão além, ao dizer que as mulheres devem parar de ser tuteladas pelos médicos e tomar as rédeas de seus processos corporais, buscando sempre informações para exercer o empoderamento. Por mais que Camila se coloque enquanto uma médica crítica, seus argumentos a favor da autonomia das mulheres que, afinal, precisam se empoderar de seu corpo e de seus processos fisiológicos, não estão tão distantes dos médicos obstetras do Debate Informal no 58º Congresso da Febrasgo. Eles também estavam defendendo a autonomia de gestantes e parturientes: seja a autonomia para decidir pela cesariana, seja a autonomia para tomar decisões sem influência médica.

A implosão da categoria violência obstétrica a partir de contatos, observações e diálogos com profissionais da medicina mostra que sim, existem diferenças de concepções científicas e políticas entre os médicos, de modo que nem todos entendem que a violência

obstétrica enquanto categoria “não agrega valor”. Mas, a autonomia das mulheres é postulada por todos. Perceber essa importante convergência entre os obstetras levou-me a entender melhor o incômodo que senti em todas as situações em que os estive acompanhando: as questões sobre parto/nascimento eram colocadas sempre em termos ideais. Em nenhum momento vi algum médico remeter a situações urgentes que precisam ser resolvidas rapidamente, em que não há como verificar, por exemplo, quem está exercendo a autonomia ou não.

Decerto que isso tem a ver com minha entrada em campo: via congressos, conversas informais, entrevistas, documentos produzidos por corporações e grupos. Penso que se estivesse imersa no contexto hospitalar, talvez captasse algum tipo de relacionalidade do contexto da assistência ao parto. Mas, talvez eu percebesse também outros valores presentes no contexto da assistência e não somente a autonomia. Talvez, eu percebesse também a cooperação de gestante e profissionais de saúde em prol de um bom desfecho para todos, cooperação esta traduzida muitas vezes como um valor inerente à noção de cuidado (MOL, 2008). Não há como dizer que esta cooperação é percebida pelos profissionais da medicina, mesmo quando eles o estão praticando, ou quando isso está sendo cobrado deles. Talvez, de fato, esse não seja o mote de suas preocupações. Essa, então, é a “ausência presente” (M’CHAREK, 2014) que desponta do debate sobre (e entre) médicos, violência obstétrica e problemas da assistência ao parto no país.

### Capítulo 3

#### Advogadas em co-produção com o direito: entre o técnico e o moral

*“O direito é a forma por excelência do discurso actuante, capaz, por sua própria força, de produzir efeitos. Não é demais dizer que ele faz o mundo social, mas com a condição de se não esquecer que ele é feito por este.”<sup>71</sup>*

“Lei Mariana Ferrer e a possibilidade de aplicá-la a casos de violência obstétrica”. Esse foi o título de uma publicação de Dora, advogada especialista em Violência Obstétrica (V.O.) residente em Salvador (BA) e que utiliza seu perfil na rede social *Instagram* para informar mulheres sobre seus direitos durante todo o ciclo reprodutivo, desde a concepção até a gestação, o parto e o pós-parto. Seu perfil nessa rede social foi por ela denominado sugestivamente como “Mãe que advoga”, na linguagem do *Instagram* é escrito @maequadvoga. Depois que a conheci, via rede social e depois contatos em aplicativos de mensagens diretas e videochamadas, ela confirmou que no @maequadvoga o que eu desconfiava, desde que comecei seguir<sup>72</sup> o perfil: ela direciona suas publicações principalmente para gestantes e mães, buscando informá-las. E faz isso especialmente para as mulheres negras, pois, segundo Dora, o *Instagram* está cheio de perfis de mulheres brancas falando para mulheres brancas sobre violência obstétrica. Ela se sente fazendo a diferença porque fala prioritariamente para *pretas*<sup>73</sup>.

Mas, voltando ao *post* de 24 de novembro de 2021: Ele traz uma foto de Mariana Ferrer numa espécie de marca d’água (quando a foto fica um pouco menos nítida e ocupa o fundo de uma página) e um texto em que a advogada defende que a lei nº. 14.245/2021, que, àquela altura, havia sido publicada há dois dias, pudesse ser aplicada de maneira comparativa, em processos judiciais em que as mulheres vítimas de violência obstétrica buscam responsabilização/condenação daqueles que cometeram tal violência. Segundo Dora, a lei

<sup>71</sup> Bourdieu (2012), no capítulo “A força do direito. Elementos para uma sociologia do campo jurídico”.

<sup>72</sup> “Seguir” é um termo êmico de usuários do *Instagram* e de muitas outras redes sociais, como o *Twitter*. Seguir um perfil no *Instagram* significa receber as publicações – os *posts* – do perfil seguido, quando se abre o aplicativo no celular ou no computador.

<sup>73</sup> Dora usualmente se refere a si mesma e à sua audiência usando o termo “pretas” e não a palavra “negras”. As categorias para cor/raça do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são: branco, preto, pardo, amarelo e indígena. E o órgão considera que a população negra seja o conjunto de pretos e pardos. (OSÓRIO, 2003). Ela, então, não utiliza a classificação do IBGE, chamando a si e a outras mulheres de pretas num sentido de reforço da afirmação de si e das outras enquanto mulheres marcadas racialmente, e que têm orgulho disso.

poderia ser aplicada – apenas por comparação – em processos judiciais envolvendo violência obstétrica, porque foi pensada inicialmente para processos judiciais envolvendo violência sexual.

Figura 7: Publicação no Instagram sobre Lei Mariana Ferrer



Fonte: Publicação de Dora no Instagram.

Como ela explica em seu texto: “(...) no Direito, possuímos um método de interpretação jurídica chamado ‘analogia legis’ que, de forma simples, é utilizar-se da redação e interpretação das mais diversas normas, quando entendemos que existem lacunas a serem preenchidas.” Nesse caso, segundo Dora, é possível utilizar uma lei pensada para a violência sexual em casos judiciais que lidam com violência obstétrica.

A lei que ficou conhecida como “lei Mariana Ferrer” foi sancionada após ampla repercussão midiática de um processo de estupro, em que a influenciadora digital Mariana Ferrer, acusou o empresário André Aranha de tê-la estuprado durante uma festa em Florianópolis (SC). Ela alega que ele colocou algo em sua bebida que a deixou dopada, momento em que aproveitou para ter relações sexuais sem que ela consentisse, pois não sabia

o que estava acontecendo. O caso voltou ao noticiário porque em maio de 2020 uma audiência do processo *vazou*<sup>74</sup>, isto é, foi amplamente compartilhada em aplicativos de mensagens, redes sociais e, também, no noticiário. Estávamos no primeiro ano da pandemia de Covid-19 e a justiça, em todo país, passou a funcionar no modo remoto, ou seja, via internet, sem que houvesse audiências presenciais. Assim, uma das audiências do processo de Mariana Ferrer aconteceu totalmente *online*, o que certamente facilitou seu *vazamento*. Nela, o que impressionou uma série de pessoas, entre mulheres (feministas ou não), advogadas, juristas e usuários das redes sociais em geral, é que o advogado do empresário acusado de estupro, a uma certa altura, começa a mostrar as fotos publicadas pela influenciadora em seu perfil no *Instagram*, sugerindo que eram muito provocativas. Em uma delas, em que ela aparece de shorts, com as pernas um pouco abertas, o advogado diz que ela estava em verdadeira posição ginecológica<sup>75</sup>. Em contraste, ali na audiência, em suas palavras, “só faltava uma auréola na cabeça”<sup>76</sup> (sugerindo que ela estava fingindo ser um anjo). Era como se ela estivesse sugerindo ser uma “santa”, mas as fotos, que ele estava mostrando na tela, revelavam sua suposta índole “verdadeira”. Ela, por sua vez, começa a pedir respeito, dizendo que as fotos não são um problema, e passa a chorar diante da insistência do advogado do empresário em julgar sua conduta – e ao mesmo tempo, sua moral – sexual a partir daquelas imagens. Ela então clama: “nem os assassinos são tratados da forma que eu tô sendo tratada, eu peço respeito, pelo amor de Deus, gente”.

O diploma legal que recebeu a apelido de “Lei Mariana Ferrer”, então, foi aprovado em 2021 com explícita referência a esse episódio. Ele mudou o Código Penal e Código de Processo Penal brasileiros para “(...) coibir a prática de atos atentatórios à dignidade da vítima

---

<sup>74</sup> Como explica Beatriz Accioly Lins (2021), vazar é um termo êmico de usuários da internet. Significa que uma foto ou um vídeo saiu do âmbito de compartilhamento de uma conversa privada, e foi compartilhado fora dela, em outras conversas, e em outras páginas na internet, nas redes sociais. Se, por exemplo, uma foto que eu envio para um amigo *vaza*, é porque ela alcançou um público maior que o amigo para quem eu enviei a foto e um número incalculável de pessoas teve acesso a ela.

<sup>75</sup> É curioso que o advogado do empresário tenha usado essa expressão – “posição ginecológica” – para descrever a pose de Mariana em sua foto no *Instagram*. Ele sugere que aquela foto com pernas abertas e outras publicadas em seu perfil eram provocativas de um modo tal que autorizavam a violência sexual, como se ela estivesse pedindo por isso. Parece ser esse o subtexto do que disse o advogado do empresário. Ao comparar sua pose com a posição ginecológica é como se ele estivesse dizendo que nessa posição a mulher autoriza todo tipo de violação. A metáfora que ele usa não é inocente e corrobora a dimensão “patriarcal” (para usar os termos das obstetras da Rede Feminista do capítulo anterior) incutida na ginecologia-obstetrícia e na sua prática.

<sup>76</sup> O vídeo da audiência, publicado pelo portal *The Intercept Brasil* no *Youtube* com o título “Defesa humilha influencer Mariana Ferrer em julgamento que terminou com tese de ‘estupro culposo’”, pode ser visto no link: <https://www.youtube.com/watch?v=ikUdkWlmlnw>. O vídeo foi editado por conta de uma decisão judicial.

e de testemunhas e para estabelecer causa de aumento de pena no crime de coação no curso do processo” (BRASIL, 2021). Ou seja, o objetivo é que vítimas de crime, especialmente os sexuais, não sejam ofendidas como Mariana Ferrer foi na audiência. Depois da promulgação da lei, caso a vítima seja ofendida durante a audiência, a pena para quem tenha feito tal conduta é maior do que era anteriormente. Mas iniciei este capítulo com o *post* de Dora sobre a aplicação da nova lei aos casos de violência obstétrica não para discorrer profundamente sobre a violência sexual, a nova lei ou mesmo a história da *influencer* digital, mas para destacar as ações de advogadas que militam – como profissão e como ativismo – contra a violência obstétrica.

Dora, assim como outras advogadas que conheci no Rio Grande do Sul e pelo Brasil afora (o que foi possibilitado pela pesquisa *online* via redes sociais na internet, principalmente no *Instagram*) intitulam-se como advogadas especializadas em violência obstétrica. A descrição do perfil @maequadvoga, por exemplo, está assim: “Advogo informando e defendendo mães desde a gestação. Atendimento com perspectiva de gênero e raça!”. Ludmila, outra advogada especializada em violência obstétrica que conheci pelas redes, também utiliza seu perfil no *Instagram* para falar sobre sua especialidade, mas, como me disse, e como é possível notar acompanhando sua página, ela não fala para gestantes ou mães, e sim para advogados. A descrição do seu perfil é: “quer saber como começar a atuar em casos de violência obstétrica? Clique no link e acesse o minicurso gratuito de prática jurídica em V.O.”. Abaixo desse pequeno texto está o link que direciona para o curso gratuito oferecido por ela e outros colegas de profissão, com o intuito de formar advogados nessa que é considerada pelas advogadas com quem mantive contato – e por pessoas envolvidas com profissões jurídicas em geral – como uma nova área no campo do direito. E Judite, também especializada no assunto, mas que tem abrangido sua atuação para processos envolvendo pensão alimentícia descreve seu perfil no *Instagram*: “[a]dvocacia humanizada e artesanal visando o empoderamento.”

Nas linhas que seguem, pretendo detalhar quem são tais especialistas em violência obstétrica por meio do meu diálogo com elas em conversas presenciais, *online*, por videochamadas, por aplicativos de mensagens, em cursos e palestras. Elas utilizam sobremaneira as redes sociais para promoverem seu trabalho como advogadas, mas também como professoras de cursos especializados. Para informar mulheres sobre seus direitos, e

também fazer um público maior entender o que é violência obstétrica. Nesse capítulo trato, portanto, das práticas dessas advogadas em relação à violência no parto, suas atividades profissionais e ativistas e de como a presença dessas profissionais tem mudado o movimento pelo parto humanizado. Suas ações ajudam a produzir um conceito jurídico de violência obstétrica, mas não somente. Elas ajudam também a compor uma noção de violência obstétrica que passa ser compreendida, manejada e difundida por cada vez mais pessoas, especialmente mulheres

As profissionais com quem mantive diálogo entendem que seu trabalho com esse tema é importante porque não há legislação federal sobre violência obstétrica, somente algumas leis estaduais e municipais; e os tribunais superiores ainda não julgaram processos que versem sobre esse tipo de violência. Há, portanto, uma espécie de vácuo legislativo e “doutrinário”<sup>77</sup> que suas práticas estão buscando preencher, é o que todas elas ou sugeriram, ou me disseram explicitamente. Ao mesmo tempo, elas estão junto a outros profissionais da saúde dentro do movimento pela humanização do parto, promovendo cursos, debates, mobilizações em prol da mudança na assistência ao parto em sua região e, em última instância, no país como um todo. O trabalho delas envolve uma dose considerável de criatividade – muitas vezes ressaltada por elas – como a de Dora, ao propor a aplicação da Lei Mariana Ferrer a processos judiciais de violência obstétrica. Segundo ela, nesses processos as vítimas também são usualmente desrespeitadas de várias maneiras: “[a]s mulheres são ‘histéricas’, ‘inconformadas’, ‘cheias de vontade’, ‘que não obedeceram os médicos’, ‘não cooperaram’ e [as defesas dos acusados] pintam o cenário de que tudo que acontece de ruim [no parto] é culpa delas – até em casos de óbito.”

Observei e acompanhei o trabalho das advogadas, sobretudo nas redes sociais, em que buscam dialogar tanto com outros advogados, quanto com gestantes e mães sobre violência obstétrica. Assim, não estou olhando para as práticas das advogadas especializadas a partir da ideia de judicialização das relações sociais. Tomada de maneira abrangente, a judicialização das relações sociais é a ampliação das esferas do mundo do direito ou do jurídico, de modo que as relações e conflitos sociais passam a ser compreendidos, vivenciados ou resolvidos por meio de uma gramática jurídica, seja ela institucional – via poder judiciário propriamente dito – ou não (RIFIOTIS, 2008; 2017). Não analisei os

---

<sup>77</sup> No âmbito do direito, a teoria jurídica é usualmente chamada de doutrina.

processos judiciais em que Dora, Ludmila e Judite atuam, mas muito mais sua atuação fora do judiciário, que, em certa medida promove alguma “judicialização”, no sentido de enquadrar situações de violência obstétrica em termos jurídicos/legais.

No entanto, a ideia de judicialização não me ajudou na análise de suas práticas, porque elas fazem algo além de enquadrar situações de parto/nascimento em documentos legais (nacionais e/ou internacionais). Ao desenvolver suas atividades, tais advogadas estão falando o idioma da coprodução explanado por Sheila Jasanoff (2004): elas se valem de leis, regulamentos, mas também da MBE (ou seja, de conhecimentos médicos), de pesquisas na área da saúde coletiva e, mesmo, da antropologia e das ciências sociais para referendar e formular a ideia de violência obstétrica que explicam para mulheres, gestantes, mães, advogados. E ao fazer essa tradução de conhecimentos de outras áreas para um público mais amplo, elas acabam colocando-os numa moldura mais interessante para seus propósitos ativistas e profissionais. Seu conhecimento leigo sobre a ciência (da saúde, da MBE e das ciências sociais) ajuda que elas se legitimem como especialistas em violência obstétrica e verdadeiras defensoras de mulheres que sofreram esse tipo de violência (JASANOFF, 2005). Com isso, elas constituem uma certa noção de violência no parto que apaga algumas ambiguidades e nuances próprias das situações de parturição e, também esmaece as controvérsias internas das ciências. E imperativos morais são também coproduzidos neste empreendimento profissional e ativista.

Entendo que elas têm propósitos ativistas e profissionais a partir da noção de tecnomoral ou política tecnomoral. É um conceito formulado pelas antropólogas indianas Erica Bornstein e Aradhana Sharma (2016) em seus estudos sobre a atuação de ONGS no combate à corrupção e luta por transparência na administração pública estatal da Índia. Segundo elas, tecnomoral é a complexa e estratégica integração de vocabulários técnicos e morais como tática política.” (BORSNTEIN e SHARMA, 2016, p. 11, tradução minha). E a política tecnomoral: “refere-se a como vários atores sociais traduzem projetos morais em termos técnicos e implementáveis como leis ou políticas, bem como justificam atos tecnocráticos (...) como imperativos morais.” (BORSNTEIN e SHARMA, 2016, p. 11, tradução minha). Nas próximas seções, apresento mais detalhadamente Dora, Ludmila e Judite, comparando seus tipos respectivos de atuação. E finalizo abordando os efeitos das práticas das advogadas *experts* na composição das vítimas de violência obstétrica.

## **1. Uma inflexão no movimento pela Humanização do Parto: as advogadas cada vez mais atuantes**

É possível dizer que o ingresso de advogadas no Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento no Brasil é recente. Esse movimento, como venho falando na tese, é bem difuso e abarca uma série de atores, de feministas a profissionais de saúde os mais diversos, embora a maioria seja de profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao parto, por motivos óbvios.

O que estou chamando aqui de circuito das advogadas dentro do Movimento pela Humanização do Parto, que militam muito mais por meio da noção de violência obstétrica que de parto humanizado, remonta os últimos cinco, seis anos no país. Como disse no capítulo 01, é possível dizer que o termo violência obstétrica ganhou proeminência no Brasil a partir dos anos 2010 por meio da atuação mais ou menos difusa de parturientes de classe média e profissionais de saúde. As primeiras formaram o coletivo Parto do Princípio<sup>78</sup>. Um coletivo autônomo, sem CNPJ, que organizava rodas de conversa periódicas com gestantes, para falar sobre dimensões – biológicas, fisiológicas, psicológicas e de direitos – da gestação, do parto e da maternidade. Tornou-se nacional à medida que começou a organizar rodas de gestantes no país inteiro.

Funcionava assim (reiterando alguns detalhes já fornecidos no capítulo 01): um grupo de mulheres mães, que eventualmente eram também profissionais de saúde (doulas, obstetras, psicólogas, enfermeiras, parteiras, entre outras) ou estavam sendo apoiadas por alguns deles, começavam a organizar reuniões para falar sobre a gestação, com o objetivo geral de partilhar informações e, conseqüentemente, “empoderar” as futuras mães. Esse grupo poderia se filiar à Parto do Princípio, que então daria apoio a ele, fornecendo materiais de estudo e interlocução com outras mães ativas e profissionais de saúde envolvidos com a Humanização. Atuava e ainda atua em rede e tem seu núcleo mais forte de funcionamento em São Paulo

---

<sup>78</sup> Aqui estou retomando um pouco os ativismos de mães e profissionais de saúde na defesa do parto humanizado e em luta contra a violência obstétrica. No tópico “3. Redes de mulheres/mães” do capítulo 01, o funcionamento e surgimento dos coletivos estão mais pormenorizados, inclusive com duas representações visuais de seu funcionamento, às quais remeto novamente para facilitar a leitura: “Figura 3 – Fluxograma de composição da Parto do Princípio” (página 36) e “Figura 04 – Diagrama de formação da ONG Artemis e sua relação com a rede Parto do Princípio e o grupo Nascer Direito” (página 44).

(SP), embora haja representantes e membros da Parto do Princípio em todo país, inclusive no Rio Grande do Sul (vide o exemplo de Jurema, com quem dialoguei no primeiro capítulo e que retomo aqui para explicar mais alguns meandros organizacionais).

Foi ela quem me explicou pormenorizadamente esse funcionamento e o surgimento da Artemis (entre 2010 e 2011). Diferente da Parto do Princípio, a Artemis é uma Organização Não Governamental (ONG), formada por membros da Parto do Princípio<sup>79</sup> que a certa altura entenderam que era preciso de uma organização mais formal para intervir nas questões institucionais e políticas relacionadas à assistência ao parto no país. E, de forma ainda mais relevante, para acolher demandas – inclusive jurídicas – feitas por mulheres que passaram por violência obstétrica. Foi pela necessidade de acolher tais demandas que a Artemis passou a lidar também com a violência doméstica. Segundo Jurema, a organização teve que ampliar seu escopo porque muitas mulheres passaram a chegar lá buscando orientações sobre violência doméstica.

Mas quero enfatizar aqui os cursos promovidos pela instituição. Entre 2017 e 2018, a Artemis, com sede em São Paulo (SP), passou a oferecer cursos de capacitação jurídica em violência obstétrica, tanto na cidade da sede quanto em outras capitais, tais como Brasília (DF) e Porto Alegre (RS). Esses cursos ocorreram justamente no período em que Judite e Dora estavam finalizando sua formação em direito, elaborando os trabalhos de conclusão de curso e fazendo a prova da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). Ludmila já era advogada nesse período, mas ainda não era especialista em violência obstétrica.

Foi nessa mesma época que a atual presidente do Nascer Direito<sup>80</sup> fez este curso da Artemis, começou a se especializar em violência no parto e convidou Judite (atual vice-presidente do Nascer Direito) para, junto com outras advogadas, fundar um coletivo nacional de advogadas, que funcionaria como uma ONG. Judite e a atual presidente se conheciam dos

---

<sup>79</sup> Para lembrar aqui algo que abordo no primeiro capítulo: foi a rede Parto do Princípio quem elaborou o dossiê “Violência Obstétrica - Parirás com dor”, que foi entregue à Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da violência contra a mulher em 2013. Essa CPMI estava abordando sobretudo situações de violência doméstica e sexual; a entrega do dossiê chamou a atenção para a violência obstétrica, na intenção de ter alguma resposta do poder público. O relatório final da CPMI abordou a violência obstétrica, reiterando as denúncias que constavam no Dossiê e fez a seguinte recomendação: “a CPMI recomenda ao Ministério da Saúde que intensifique suas ações junto aos estados para prevenir e punir a violência obstétrica e desenvolva campanhas para que as mulheres possam conhecer seus direitos e não aceitem procedimentos que firam o direito a um procedimento médico adequado e não invasivo.” (BRASIL, 2013, p. 63)

<sup>80</sup> A presidente do Nascer Direito chama-se Ruth Rodrigues (nome verdadeiro). Ao longo da pesquisa, conversei com ela pelo *chat* do *Instagram* uma única vez, mas não consegui contato mais direto com ela. Soube por Judite e Ludmila que ela fez o curso da Artemis.

grupos de apoio eletrônicos, isto é, grupos de *Whatsapp* sobre parto/gestação, listas de e-mail, entre outros espaços digitais ligados à humanização do nascimento. Fundado em 2018 por um grupo de três advogas – entre elas Judite – o Nascer Direito, segundo a descrição que consta do perfil do coletivo no Instagram é um “coletivo nacional de enfrentamento à #violenciaobstetrica. Devolvendo à mulher o direito de parir e ao bebê o de #nascerdireito.”. O coletivo realizou o I Congresso Nacional Nascer Direito em 2018, em Brasília. O II Congresso seria em Porto Alegre em 2020, mas foi realizado totalmente online e o III Congresso aconteceu em março de 2022, também em formato remoto. À medida que o tempo passa, desde a criação desse grupo até os dias atuais, mais e mais advogadas têm ingressado nele, o que é efeito da prática de advogadas-ativistas como Judite, Ludmila e Dora.

O Nascer Direito é filiado à Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuna), organização ampla estruturada por uma gama de coletivos, que existe desde 1993 no país (TORNQUIST, 2004). Assim, o circuito das advogadas ativistas pela humanização do parto é uma espécie de mudança de tom da voz desse movimento, que vem ecoando por meio da construção da noção de violência obstétrica e seu combate político e judicial. A história de como cada uma de minhas parceiras de diálogo se torna advogada especializada em violência no parto revela isso.

Judite é vice-presidente de um coletivo nacional de advogadas que militam pela humanização do parto e contra a violência obstétrica, o Nascer Direito. Ela reside em Pelotas (RS). Tanto Dora quanto Ludmila se dizem participantes do coletivo. Ludmila é irmã e sócia no escritório de advocacia de uma das fundadoras do Nascer Direito. Ambas residem em Goiânia (GO) e oferecem periodicamente um curso de especialização em violência obstétrica para advogados. Dora, enfim, foi aluna de Ludmila na primeira edição deste curso e a conheci por meio de uma live que ela e Ludmila fizeram no *Instagram* sobre violência obstétrica contra mulheres negras.

Elas fazem parte, portanto, de um circuito de advogadas autointituladas especializadas em violência obstétrica, e cuja prática profissional é também ativista, no sentido de postular o fim dessa violência. Conforme pesquisadores das mídias sociais como Miller e Slater (2004), Miller *et. al.* (2016), Van Dijck (2016) e Leitão e Gomes (2017), não se pode entender a vida online e offline como apartadas. Isso não era algo tão evidente quando Miller e Slater (2004) escreveram sobre os cibercafés em Trinidad, mas talvez seja

atualmente, em que o online atravessa toda a vida cotidiana. Tanto isso é verdade, que Judite, Dora e Ludmila afirmam se conhecer, sem dar ênfase ao fato de se conhecerem “apenas” online, e não presencialmente. Isso mostra que o encontro mediado pelas mídias sociais e videochamadas *online* não é entendido por elas como menos autêntico.

### **1.1. Judite**

Judite tem 31 anos e é advogada desde 2018; é branca, natural e residente de Pelotas (RS). Muitas pessoas do circuito a conhecem porque é vice-presidente do Nascer Direito e foi advogada de uma das moças que aparece dando depoimento de violência obstétrica no filme “O Renascimento do Parto 02”. O caso dessa moça foi o primeiro processo judicial em que Judite atuou como advogada e, também, o primeiro processo de violência obstétrica na justiça do Rio Grande do Sul. Não era incomum, quando estive em eventos presenciais e online e também na conversa com as demais advogadas, quando dizia que estava morando no Rio Grande do Sul, logo diziam “ah, então tu deves conhecer a Judite”. Quando eu assentia, aquilo parecia ser um código que indicava que eu conhecia as pessoas certas ou que estava minimamente “inserida no meio”. Porém, Judite não fez o curso da Artemis. Seu ingresso para o rol de mulheres advogadas especializadas em ciclo gravídico puerperal – essa também é uma autodenominação que elas usam – se deu porque ela mesma foi buscar formação e informação. Ela sempre enfatiza que estudou e estuda sozinha e publicamente sempre diz que pesquisa o tema da violência obstétrica, sendo inclusive apresentada com a alcunha de pesquisadora em violência obstétrica em eventos nos quais eu lhe assisti falar. A experiência de assistir suas palestras é interessante porque ela fala de maneira enérgica, nas presenciais anda de um lado para o outro. Tem longos e cheios cabelos cacheados e transmite assertividade.

Conta que tudo começou quando engravidou em 2013. Estava no meio da faculdade de direito e não era próxima das discussões sobre parto humanizado. Porém, conforme a gravidez ia passando, ela passou a ler mais e mais coisas sobre gestação e parto na internet. Diversos blogs para gestantes, relatos de parto, blogs de profissionais de saúde, como, por

exemplo, o da professora Melania Amorim<sup>81</sup>, chamado “Estuda, Melania, Estuda!”. Isso, porque ela almejava ter um parto normal. Ela tinha ouvido falar que era melhor, mas até entrar em contato com essas leituras por meio da internet, não sabia muito bem o porquê disso. Os estudos mostraram para ela uma série de argumentos comumente exaltados em campo como as melhores evidências científicas sobre parto e nascimento: a mulher se recupera mais rápido no parto vaginal, há benefícios para a criança no sentido de possibilitar maior imunidade, é um processo natural para o qual o corpo da mulher está preparado, entre outras coisas.

Não demorou muito para Judite perceber o descompasso entre os estudos que vinha fazendo sobre parto e o modo como era atendida pelo obstetra do plano de saúde. Quando ela disse para este que queria ter um parto vaginal, ele a chamou de corajosa e disse que estaria viajando na data provável de parto dela, sugerindo que talvez fosse melhor agendar o nascimento do bebê. Ela entendeu esses elementos como um indício de que o médico queria que ela fizesse uma “desnecesária”<sup>82</sup>. Foi quando, na metade da gestação, trocou de obstetra e decidiu que teria o parto no SUS. Quando informou da decisão para o segundo médico escutou dele: “cada um com as suas prioridades”. Era como se parir pelo SUS fosse pior. Apesar de Judite não ter contado tão detalhadamente a relação com esse segundo médico e sua decisão de parir no SUS naquele momento, imagino que tenha a ver com a maior possibilidade de ter um parto vaginal pelo Sistema único que pela rede privada<sup>83</sup>.

Ela seguiu estudando muito, quando se deparou com relatos de violência obstétrica e passou a sentir medo. E então começou, como ela disse, a se preparar psicologicamente para sofrer violência obstétrica, porque “(...) depois de um nível de informação e conhecimento tu

---

<sup>81</sup> Melania Amorim é personalidade conhecida no Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento no país, especialmente após ser uma das médicas obstetras que apareceram no primeiro filme “O renascimento do parto.” Além disso e do blog, ela é uma das fundadoras da Rede Feminista de Ginecologistas Obstetras, sobre a qual falei no segundo capítulo; sendo também uma das autoras do texto “Quem tem medo da violência obstétrica?” sobre o qual também discorri no capítulo 02. Em suas redes sociais, principalmente Instagram e Facebook, ela está sempre falando sobre medicina baseada em evidências e direitos sexuais e reprodutivos, especialmente violência obstétrica. É professora associada da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e professora de pós-graduação no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP – Recife, PE).

<sup>82</sup> Termo usado por pessoas inseridas no ativismo pela humanização do parto para se referir a cesáreas desnecessárias, isto é, aquelas sem indicação clínica, que são realizadas, ou por conveniência médica, ou porque o profissional utilizou a justificativa de que era mais seguro para a gestante e/ou o bebê, ou, ainda, qualquer outro motivo sem respaldo na literatura científica mais atualizada.

<sup>83</sup> Isso tem a ver com a discussão do capítulo anterior. No Debate Informal sobre a “lei da cesárea a pedido”, uma série de obstetras comentam que no SUS não é possível que as gestantes optem pela cesárea.

sabe que dentro do sistema tu vai sofrer.” Depois de escutar o relato de uma conhecida que havia tido seu parto com esse médico, Judite ficou ainda mais preocupada porque ele havia feito episiotomia, ela foi privada de acompanhante, teve ocitocina no parto. Essa moça comentou ainda: “depois que tu entra pra lá, teu corpo não é teu, é deles.” Judite contou-me que essa moça considerou o parto tranquilo, porém a história só reforçou o desejo de Judite em ter um parto domiciliar. A decisão foi tornada definitiva depois que ela e o namorado assistiram ao “O Renascimento do Parto” no cinema. Desde esse momento, passaram a procurar meios de viabilizar esse desejo. Até que Judite conseguiu duas parteiras que lhe assistiram em um parto domiciliar num centro budista. Não vou contar maiores detalhes sobre o parto de Judite porque o que me interessa aqui é entender como ela ingressou para o ativismo contra a violência obstétrica na advocacia.

O parto havia sido uma experiência transformadora. Depois dele, ela decidiu: “É isso que eu quero fazer da minha vida. Eu preciso que outras mulheres saibam o quanto é maravilhoso parir, o quanto elas podem parir! E foi assim que iniciou minha trajetória.” Depois de postar as fotos do seu parto domiciliar em suas redes sociais (na época usava mais o *Facebook*) – uma das parteiras era também fotógrafa e tirou fotos lindas que ela me mostrou – as pessoas passaram a identifica-la na cidade como uma pessoa ligada ao parto humanizado. Logo, foi chamada para reuniões de mulheres gestantes para falar sobre seu parto, começou a se reunir com um grupo de mulheres, entre gestantes, mães e doulas, e fundou um grupo de apoio ao parto humanizado em sua cidade, o *Nascer Sorrindo Pelotas*, antes do *Nascer Direito*, que é nacional e formado somente por advogadas, que viria a ser fundado alguns anos depois.

Voltou para a faculdade de direito, que havia deixado um tempo “trancada”, e resolveu fazer seu trabalho de conclusão de curso sobre violência obstétrica. Como era um tema muito novo, não havia professor especializado no assunto, ela foi orientada por uma professora de direito penal, que trabalhava com violência doméstica. O título do trabalho foi “Violência obstétrica no Direito brasileiro”. Continuou sendo chamada para falar sobre parto e, especificamente, sobre violência obstétrica, não somente para gestantes, mas na câmara de vereadores de sua cidade, para estudantes de direito, enfermagem, psicologia. Um pouco antes da pandemia, Judite esteve envolvida com a elaboração e discussão de uma lei

municipal de combate à violência obstétrica em seu município, por meio do *Nascer Sorrindo Pelotas*, como mencionei no segundo capítulo.

Ao me narrar sua trajetória, ela lembra quando descobriu a gravidez. Foi inesperado, não pensava em ser mãe, queria priorizar a carreira profissional. Mas ela não sabia tudo o que a gravidez e a maternidade iriam lhe trazer: o fato de ser reconhecida no âmbito jurídico e de movimentos sociais como uma pessoa de referência no tema da violência no parto. Atualmente, ela segue como vice-presidente do Nascer Direito e como advogada em casos de violência obstétrica. Porém, como é profissional liberal e não há tantos casos de violência obstétrica que possibilitem que ela trabalhe somente com esse tipo de demanda, ela ampliou seu leque de atuação para direitos das mulheres, então atua também com pensões alimentícias, processos de guarda, divórcio, entre outras possibilidades nessa linha.

## 1.2. Ludmila

Ludmila tem 36 anos, se identifica como branca. É natural e residente de Goiânia (GO) e começou a trabalhar com violência obstétrica de uma maneira mais focada e especializada, de 2019 para 2020. Ela disse que tudo começou com um caso de violência obstétrica que chegou ao escritório em que ela trabalha e do qual é sócia. Era 2015 e ela não sabia do que se tratava a violência obstétrica. Porém, como já trabalhava com direito médico<sup>84</sup> – foi assim que ela acabou se aproximando da violência no parto –, ela fundamentou o processo com base no conceito de erro médico. Explico melhor: quando se fundamenta juridicamente um caso como erro médico, o ramo do direito que está sendo utilizado é o direito civil, que regula uma relação entre particulares. Quando, por outro lado, se fundamenta um caso como sendo violência obstétrica, ainda que o conceito jurídico de

---

<sup>84</sup> O Direito Médico, também chamado de Direito Médico e Hospitalar ou Direito Médico e da Saúde é o ramo do direito que trata da defesa judicial de médicos, profissionais de saúde em geral e pacientes/consumidores. É uma especialidade do direito que engloba direito civil (na questão da responsabilidade civil do médico ou profissional de saúde em não causar dano), direito penal (no caso de profissionais de saúde cometerem crimes), direito do consumidor (no caso de o conflito jurídico envolver planos de saúde e/ou hospitais e clínicas particulares) ou mesmo direito público (quando o conflito jurídico ocorrer no âmbito do SUS). Segundo a OAB, esse ramo tem crescido nos últimos anos. Identificando tal crescimento e buscando auxiliar o trabalho dos advogados, a Comissão de Direito Médico e da Saúde de Niterói (triênio 2022-224), lançou um ebook intitulado Manual Básico de Direito Médico e da Saúde, cujos capítulos tratam dos principais temas atuais desse ramo do direito, entre eles estão: relação médico-paciente, cirurgia plástica, telemedicina, erro médico, violência obstétrica e *home care*, para citar alguns (PACHECO *et. al*, 2022)

violência obstétrica no Brasil esteja em aberto, isso quer dizer que a questão envolve violação de direitos humanos, tanto direitos humanos das mulheres, quanto direitos humanos de pacientes. Estou resumindo o que aprendi tanto com Ludmila quanto com Judite, Dora e demais advogadas do circuito. Mas voltarei a falar no assunto no último capítulo.

Ocorre que, do momento da ação judicial que inicia o processo para o período de instrução, isto é, a fase de produção de provas – depoimentos de testemunhas, análise de documentos, análise pericial de algum elemento considerado importante para elucidar o caso – decorreram uns dois anos. E, em meio a esse período, sua sócia e irmã ingressou no Nascido em Direito – ela inclusive é uma das fundadoras – trazendo para o escritório todo um debate sobre violência obstétrica. Ludmila conta que no restante desse processo elas passaram a entender e reivindicar que a cliente havia sofrido violência obstétrica. O caso era, então, simultaneamente, erro médico e violência obstétrica. Ela não me explicou qual era exatamente a situação de violência relacionada a esse processo judicial. Ludmila é muito preocupada em não violar o dever ético dos advogados de confidencialidade em relação aos processos e a seus clientes. Em certa medida, todas as profissionais com quem estou dialogando aqui têm essa preocupação e por isso geralmente contam de situações que acompanharam sem citar os nomes das pessoas ou oferecer detalhes. Muitas vezes eu não entendia do que se tratava o caso de que elas estavam falando. Às vezes me sentia à vontade para perguntar os pormenores e então compreender melhor a situação, às vezes não.

No caso desse processo que virou a chave de sua atuação como advogada, não me senti à vontade para perguntar porque foi no nosso primeiro contato a sós, e ela iniciou a conversa dizendo que não poderia falar de nenhum dos casos em que era advogada por uma questão de ética profissional. Expliquei que não precisávamos falar deles, que meu interesse eram sua atuação profissional e ativista mais geral. Essa situação diz muito de como Ludmila se coloca dentro do circuito das advogadas *experts* em violência no parto. Seu objetivo é falar para advogados. Ela oferece cursos periódicos, desde 2020 – todos pagos e online – sobre violência obstétrica para advogados. Então, coloca-se em seu perfil no *Instagram* sempre falando para elas (supondo que as mais interessadas nessa área são mulheres advogadas).

Embora Judite, Ludmila e Dora se projetem nas redes sociais com imagens e vídeos que dão a impressão de terem sido cuidadosamente escolhidos para passar a mensagem que elas querem, é o perfil do *Instagram* de Ludmila que parece ter um trabalho mais profícuo de

imagem, de modo que é possível desconfiar que algum profissional de marketing esteja envolvido na elaboração das fotos e propaganda dos cursos que ela, amparada por seu escritório, oferece. Em seu perfil, ela aparece vestida com uma camisa branca formal, com uma das mãos no queixo. É a mesma posição das fotos da propaganda do curso de Prática Jurídica em Violência Obstétrica, com a diferença de que nessas fotos ela aparece vestida de preto, também com uma roupa formal.

Nem para mim, nem no perfil no *Instagram* – seja nos posts, seja nas lives – Ludmila fala de sua vida particular, ou de alguma experiência que lhe provocou a vir se preocupar com os direitos das mulheres no parto. É possível saber que ela tem duas filhas, que devem ter entre 05 e 10 anos, mais ou menos, por suas fotos e vídeos dos *stories*, em que, eventualmente, elas aparecem. Mas em nenhum momento ela evoca a história de seus partos – se foram transformadores ou, ao contrário, violentos – para legitimar sua inserção nesse meio ou para justificar seu compromisso com a causa de um partear mais humanizado.

Além desse primeiro processo “onde tudo começou”, ela conta que sua irmã, já envolvida com o Nascer Direito e os debates sobre violência obstétrica, disse para ela assistir ao “O renascimento do Parto”. Ela disse que ver o filme mudou sua visão sobre o parto. Ela pensava que a violência obstétrica acontecia raramente, que não era tão frequente assim, mas depois do filme percebeu que partos violentos são muito comuns e era preciso ajudar as mulheres com isso. Ela explica também que começou a oferecer o curso para advogados sobre violência obstétrica porque, desde 2019 até o presente, o número de mulheres que procuram o escritório querendo fazer algo a respeito da violência que sofreram no parto tem aumentado muito. Aumentou tanto que no escritório foi criado um núcleo que atende somente processos de violência obstétrica, coordenado por Ludmila. Mas, segundo ela, isso não é suficiente, o escritório não dá conta da demanda e, ao mesmo tempo, como é uma área nova, os próprios advogados não sabem o que é violência obstétrica e se equivocam, fundamentando os processos como erro médico, um tipo de causa dentro do direito civil e/ou direito do consumidor.

O curso criado por Ludmila, sua irmã e sócia e o escritório que elas integram se chama *Prática Jurídica em Violência Obstétrica* e teve sua primeira turma em janeiro de 2021. Ele tem sido ministrado em formato online e tem tido advogados de todas as partes do Brasil matriculados. Ele teve duas edições em 2021 e segue sendo oferecido em 2022 e 2023.

Conforme Ludmila, a cada edição elas vão aperfeiçoando o formato (e pelo que percebo, mudam um pouco o título do curso). A primeira edição foi feita com todas as aulas ministradas ao vivo, mas nas outras não, já foram aulas ao vivo e também aulas gravadas.

Contudo, o que quero destacar aqui é o período anterior aos cursos: todas as vezes, antes de abrirem as matrículas de uma nova turma, Ludmila, eventualmente acompanhada da irmã, oferece cerca de três dias de aulas grátis online, como que para os interessados terem uma amostra do que é o curso. Essa foi minha interpretação quando assisti a *Imersão Jurídica em Violência Obstétrica*, transmitida pelo *Youtube*. Era uma prévia da primeira turma do curso, no primeiro semestre de 2021. Foram três noites de aulas gratuitas, ao final de cada uma delas, elas falavam do curso, ofereciam desconto para quem se matriculasse durante aqueles dias e possibilidade de parcelamento no cartão de crédito. Antes da segunda turma, essas aulas prévias aconteceram no *Instagram*, pelo perfil de Ludmila, e o ciclo de três dias foi chamado pelo homônimo do curso principal: *Prática Jurídica em Violência Obstétrica*.

Segundo Ludmila, esses três dias de aulas gratuitas para divulgação do curso são de extrema importância porque é preciso ainda explicar o que é violência obstétrica, pois a maioria dos advogados não sabe. Ela explica, então, o que é violência obstétrica e como os advogados podem atuar com o assunto, para que haja interesse em participar do curso. Mas, para além disso, Ludmila também tem a preocupação com a jurisprudência<sup>85</sup>, isto é, com os julgamentos sobre o tema. Ela me explica que a violência obstétrica ainda não chegou ao Superior Tribunal de Justiça (STJ)<sup>86</sup>, mas, quando chegar, é preciso fazer com que chegue da maneira certa, ou seja, que a questão chegue sendo enquadrada como violência obstétrica (e não como erro médico). Então, para ela, os advogados têm um papel muito grande nessa uniformização das decisões, que podem levar ao reconhecimento, pelo tribunal superior, que a violência obstétrica existe, como problema social e como conceito jurídico.

Nas aulas prévias ao curso, nas propagandas dele e no discurso de Ludmila em geral, o mote é ajudar as mulheres. Ela me disse que as mulheres que sofrem violência no parto

---

<sup>85</sup> Jurisprudência é um conjunto de decisões jurídicas que consolidam uma determinada forma de interpretar fatos e leis.

<sup>86</sup> O STJ é um dos tribunais superiores existentes na organização judiciária brasileira. Não é a chamada Corte Suprema, que é o Supremo Tribunal Federal (STF). Cabe ao STJ decidir em última instância em causas que tratem sobre leis federais, ou seja, revisar decisões de 1ª e 2ª instância. Também é de sua competência padronizar interpretações jurídicas sobre as leis em geral. Sobre o assunto ver: <https://www.cnj.jus.br/tribunais-superiores-quais-sao-o-que-fazem/>. Ludmila menciona muito o STJ, mas uma causa jurídica sobre violência obstétrica também poderia, em tese, ir ao STF, caso esteja tratando de algum aspecto da Constituição Federal.

"têm muita gente para chorar junto com elas". Com isso, ela quer dizer que tem muita gente que pode até se compadecer do sofrimento das mulheres vítimas de violência obstétrica – “chorar junto com elas” – mas não para ajuda-las mais concretamente a conseguir algum tipo de reparação jurídica. Por isso, Ludmila, como advogada, tem que estar lá forte, sendo a melhor profissional possível para defender os direitos daquelas mulheres. Essa afirmação veio quando ela me contou de um caso muito difícil em que ela e a irmã atuaram. O bebê veio a óbito depois do parto, por uma série de equívocos na assistência que ela não detalhou. Elas logo foram contactadas pela família, então foram ao hospital, junto com peritos, em um momento em que viram o corpo da criança, já sem vida. Ludmila conta que ficou ali firme, dando o melhor de si, e que chorou somente quando chegou em casa.

Como falei anteriormente, o funcionamento da internet, e das mídias sociais em particular, é marcado pela opacidade, de modo que algumas vezes somos interpelados sem saber muito bem como a pessoa ou aquele perfil chegou até nós, como conseguiu nosso contato. O fato é que, desde que comecei a assistir as aulas prévias, mesmo ainda sem conhecer Ludmila em particular, recebo e-mails com propagandas do curso e sou inserida em grupos no WhatsApp em que somente o administrador do grupo pode mandar mensagens. Assim, recebo então ofertas do curso, links para as aulas gratuitas prévias a cada turma, ofertas de desconto e áudios de Ludmila falando da importância de advogados atuarem na violência obstétrica, um tema em expansão, com muitos “clientes” em potencial. Cabe às advogadas, segundo Ludmila, conscientizarem as mulheres, utilizando suas redes sociais para isso. Com isso, as mulheres vão, cada vez mais, perceber que sofreram violência no parto e procurar seus direitos. Enquanto eu escrevia esse capítulo, por exemplo, chegou um e-mail em minha caixa de entrada, que oferta 40% de desconto no *Curso de prática jurídica em violência obstétrica* enviado e assinado no nome de Ludmila, mas cujo endereço de e-mail se chama “suporte”<sup>87</sup>, com o seguinte texto, que confirma o que tentei resumir aqui:

Quanto vale para você mudar sua carreira no direito em pouco tempo? Quanto vale para você aprender com professores com experiência prática na área? Quanto vale para você conscientizar e defender mulheres que não sabem seus direitos? Clique

---

<sup>87</sup> O fato de o e-mail ser enviado pelo “suporte” confirma que há um profissional (ou uma equipe) de comunicação que assessora Ludmila, apesar de ela nunca ter falado sobre isso diretamente, senão em seu perfil, ao menos para fazer a divulgação do curso. O *Curso de Prática Jurídica em Violência Obstétrica*, sem desconto, tem o valor de R\$ 997,00 (novecentos e noventa e sete Reais), podendo ser parcelado no cartão de crédito em até doze vezes, com juros.

no link abaixo e entre para esse seletor grupo de advogadas que decidiram reduzir o número de casos de violência obstétrica no Brasil.

### 1.3. Dora

Dora mora em Salvador, mudou do interior para a capital baiana para fazer faculdade na Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde se formou em direito. Como eu disse no início deste capítulo, se identifica como uma mulher preta e tem 30 anos.

Dora contou-me que antes de ser uma advogada especializada em violência obstétrica ela já era uma pessoa com quem as outras mulheres – amigas, conhecidas, familiares – queriam conversar sobre gestação e parto. Isso porque durante a gravidez ela estudou bastante, com auxílio de grupos de discussão sobre parto humanizado nas redes sociais, principalmente no *Facebook*. Ela engravidou quando estava no final da faculdade e descobriu tardiamente, com vinte semanas, o que equivale a mais ou menos cinco meses. Na época, em 2017, ela utilizava única e exclusivamente o SUS para atendimentos de saúde. Quando foi ao posto de saúde iniciar o pré-natal, lhe informaram que ela só poderia ser recebida depois de vinte dias, não havia possibilidade de uma consulta mais cedo que isso. Contudo, ela estava muito preocupada e querendo a consulta com urgência, dada a gravidez avançada. Por conta disso, acabou fazendo um contrato de união estável com seu companheiro para poder utilizar o plano de saúde garantido pelo emprego dele.

Hoje em dia ela conta isso em *lives* e palestras, dizendo que isso que aconteceu com ela logo quando descobriu a gravidez é um tipo de violência obstétrica; a fim de mostrar à sua audiência que, embora a maioria dos debates sobre violência obstétrica enfoquem o momento do parto, esse tipo de violência acontece também no pré-natal e no pós-parto. Ela também oferece esse seu exemplo em falas públicas para dizer que a violência obstétrica que mulheres negras sofrem é diferente daquela que mulheres brancas experimentam. Segundo Dora, as mulheres negras passam muito mais por negativas de atendimento e de anestesia, pois os profissionais de saúde agem segundo o estereótipo de que negras aguentam mais a dor, são mais fortes, têm quadris mais largos, são “parideiras”. Nessa linha de argumentação é que Dora explica, por exemplo, o dado de que mulheres negras têm menos episiotomias que mulheres brancas. Essa informação ela retirou de um estudo de Maria do Carmo Leal *et al.* (2017). Dora frequentemente cita esse artigo e seus dados sobre a assistência ao parto,

com base nas diferenças entre mulheres pretas, pardas e brancas. Para ela, o fato de negras receberem menos episiotomia, que é uma das evidências coletadas no estudo, não é algo a ser comemorado. Não é uma conquista nem algo positivo, justamente porque, segundo ela, os profissionais de saúde fazem menos episiotomia em mulheres negras por entenderem que elas não precisam de “ajuda” para parir.

Essas são as formulações de Dora com base no estudo. No entanto, o texto de Maria do Carmo *et. al.* (2017) é menos enfático em dizer certas coisas, além de apenas sugerir informações que Dora coloca como certas. Baseado em dados quantitativos sobre assistência ao parto no Brasil, o texto diz que, comparando a assistência ao pré-natal e ao parto de mulheres pretas, pardas e brancas, as mulheres pretas e pardas têm uma tendência maior a não ter episiotomia, ocitocina e cesárea sem indicação médica. E que, quando é realizada episiotomia em mulheres pretas e pardas, há uma tendência a ser aplicada menos anestesia do que quando o corte é realizado em mulheres brancas. Os autores afirmam que, embora isso seja um indicativo de maior conformação com parâmetros do Ministério da Saúde, que recomendam menos intervenções na assistência ao parto, os profissionais que ainda realizam tais intervenções as consideram benéficas. Desse modo, a baixa possibilidade de mulheres pretas e pardas “sofrerem” tais intervenções no parto não é indicativo de uma boa assistência, mas ao contrário. A tradução que Dora faz dessa informação é muito mais acentuada: os profissionais deixam de fazer episiotomia – que é o exemplo que ela dá na maioria dos debates – porque acham que as mulheres negras não precisam de ajuda para parir, não precisam ser cuidadas tanto quanto as mulheres brancas.

Ao fazer essa operação de tradução das informações de textos da área da saúde para um público maior e leigo, Dora parece colocar as informações científicas numa roupagem mais nítida e mais fácil de ser apreendida, além de lhes conferir uma conotação ativista. Mas isso é uma operação que todas as advogadas desse circuito fazem em maior ou menor medida. O fato é que Dora tensiona a noção de violência obstétrica ao falar de experiências de mulheres negras com esse tipo de violação, que não são as mesmas que as de mulheres brancas. E assim se coloca como uma advogada com esse diferencial perante as mulheres com quem pretende dialogar e, também, trabalhar.

Ela começou a advogar em 2019. Assim como Judite, Dora também ficou um período afastada do curso de graduação para cuidar do filho recém-nascido. Quando retornou, tinha

que fazer o trabalho de conclusão de curso e o tema que escolheu foi a violência obstétrica. Mais especificamente, concentrou-se na tipificação penal da violência obstétrica, pois a professora que aceitou lhe orientar de última hora foi uma professora de direito penal que tinha acabado de retornar da licença maternidade. Hoje, ela enxerga esse trabalho com um olhar mais crítico, na época não pensava na questão racial juntamente com a violência obstétrica como faz atualmente.

Iniciou sua carreira de advogada de forma autônoma, e assim permanece. Comentou que até tentou entrar em escritórios, mas sempre ouvia que não tinha perfil. Mesmo em Salvador, ela diz, os escritórios resistem em contratar pessoas negras: “eu sei bem o que é isso de não ter perfil”. Então, advoga sozinha, fazendo parcerias com outras advogadas que também trabalham com violência obstétrica. Uma de suas parceiras, inclusive, é uma advogada que reside em São Paulo e que ela conheceu no curso de especialização que Ludmila oferece e divulga. No segundo semestre de 2021, elas duas faziam lives no *Instagram* uma vez por semana sobre algum assunto inserido no tema maior da violência obstétrica, eventualmente chamando convidadas. Com essa mesma parceira é que ela mantém um podcast chamado “Falando de V.O.”, disponível no *Spotify*.

A ideia de fazer um podcast era aprofundar certos aspectos da violência obstétrica que ela não consegue fazer no Instagram, por ser um tipo de mídia social em que as pessoas olham muito rápido, que é muito focado em imagens, e onde não são permitidos textos tão longos. Além de possibilitar que elas entrem nas minúcias do tema, o formato do podcast, segundo Dora, propicia que a pessoa ouça o programa enquanto faz alguma coisa, por isso é muito bom para mães, como ela, que estão sempre fazendo mais de uma coisa ao mesmo tempo.

Assim que começou a se intitular advogada especializada em violência obstétrica, as clientes chegavam por meio de amigas, conhecidas e familiares que indicavam Dora como uma pessoa *expert* nos direitos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Mas, depois que ela passou a investir em divulgar conteúdo pelo *Instagram* com enfoque de raça, isto é, falando para mulheres negras de violências obstétricas que mulheres negras sofrem, começaram a chegar muito mais clientes, em sua maioria, negras. Afora o seu exemplo do pré-natal e a questão da episiotomia, Dora também cita situações de clientes suas que passaram por laqueadura sem que fossem informadas. Uma das situações era de uma mulher

jovem e negra, que teve um parto num hospital público e, meses depois, descobriu que não poderia mais ter filhos porque havia sido esterilizada após o parto, sem que ela soubesse ou desejasse. Antes de conhecer Dora nunca tinha ouvido falar de laqueadura sem consentimento como forma de violência obstétrica.

Dora diz que passou a focar as mulheres negras na violência obstétrica porque quando começou a se inserir no meio da humanização do parto ela via somente brancas falando para brancas de coisas que brancas passam. Ela começou então a falar para negras ao perceber essa ausência. E, além de intencionalmente falar para mulheres negras, ela também utiliza imagens de mulheres negras dando à luz, gestantes, segurando bebês negros, entre outras possibilidades, em suas postagens no *Instagram*. Segundo sua avaliação, isso cria uma identificação das mulheres e, por meio desta, elas chegam no *chat* para conversar. Acima de tudo, passam a confiar mais nela, porque sabem que ela vai entender o racismo que elas passaram e que muitas vezes elas nem chamam com esse nome. E isso é algo que Dora também sempre destaca quando fala para advogadas<sup>88</sup>: muitas mulheres não tem letramento racial – a expressão é ela quem usa – isto é, são mulheres negras, sentem o mal estar de algumas situações pelas quais passaram, mas não necessariamente as identificam como racismo ou discriminação. Para ela, cabe às advogadas – todas elas, mesmo não sendo negras – entenderem as especificidades das mulheres que atendem e perceber o quê, daquilo que foi relatado pelas clientes, tem a ver também com o racismo obstétrico, além da violência obstétrica.

Dora fala em letramento racial como uma espécie de aprendizado sobre relações e desigualdades raciais. Ter letramento racial, nesse sentido, significa estar a par e identificar as desigualdades raciais nas experiências cotidianas. Segundo ela, muitas mulheres que passaram por violência obstétrica, especialmente as mulheres negras, podem não nomear imediatamente o que viveram como racismo, mas que, cabe às advogadas especializadas nos direitos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal ajuda-las nesse processo. É como se elas sentissem o preconceito e a discriminação, mas não o nomeassem, ou colocassem numa moldura mais precisa, aquilo que sofreram como sendo racismo. A questão do letramento

---

<sup>88</sup> O perfil profissional de Dora no *Instagram* é direcionado a mulheres negras que já sofreram violência obstétrica ou que buscam preveni-la na sua gravidez/parto/puerpério. Os momentos em que ela falou para advogadas foram algumas *lives* das quais participou a convite de Ludmila, por exemplo, ou de outras advogadas do circuito das experts em violência obstétrica.

racial é mais um processo de tradução de um conhecimento especializado para um público maior, feita por Dora; algo que ela também faz quando explica o artigo de Maria do Carmo *et al* (2017), sobre as diferenças na assistência ao parto de mulheres brancas e negras (pretas e pardas) em suas postagens no *Instagram*.

Letramento racial é um conceito cunhado pela antropóloga afro-americana France Winddance Twine (2006). O termo original é *Racial Literacy*, que, em tradução literal ficaria algo como “alfabetização racial”. Foi traduzido como “letramento racial” por Lia Wainer Schucman (2012) em sua tese de doutorado intitulada *Entre o “encardido” o “branco” e o “branquíssimo”: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana*, defendida no âmbito da pós-graduação em psicologia da Universidade de São Paulo – USP. Twine (2006) erigiu o conceito baseada em sua etnografia atenta à parentalidade de casais inter-raciais na Inglaterra, sobretudo às estratégias desenvolvidas principalmente por mães brancas, para ensinar seus filhos mestiços<sup>89</sup> a lidar com as hierarquias raciais no cotidiano. A autora mostra que ao fazer isso, tais mães acabam fortalecendo seus filhos diante do racismo, fazendo com que eles se identifiquem como parte de movimentos negros antirracistas. Para a antropóloga, o “letramento racial” que tais mães promovem e praticam junto aos seus filhos mestiços é um tipo de micropolítica antirracista que acontece em casas, quartos, pequenas conversas no cotidiano de mães e filhos.

Quando Dora indica que muitas clientes em potencial podem não ter letramento racial e que as advogadas devem promovê-lo, mesmo que ela não cite Twine (2004), é como se estivesse dizendo que ela e suas colegas do circuito devem fazer como as mães de crianças mestiças da pesquisa de Twine (2004): fortalecê-las e conversar com elas para que, assim, elas possam compreender as hierarquias raciais que não estão somente nas relações sociais, mas percorrem os meandros das estruturas, inclusive os atendimentos de saúde. E que podem lhes afetar como mulheres negras.

Para Dora, a ideia de letramento racial está ligada ao racismo obstétrico. Segundo ela diz, não há uma diferença entre racismo obstétrico e violência obstétrica contra mulheres negras, pois ambos os termos dizem do mesmo fenômeno: o racismo enfrentado por mulheres

---

<sup>89</sup> O termo usado em inglês pela autora é “mixed race”. Mestiço pode não ser a tradução mais fidedigna, mas como não é usual no cotidiano das relações raciais no Brasil usar a expressão “raça misturada”, que seria a tradução literal de mixed race, valho-me da palavra mestiço numa tentativa de aproximação à realidade nacional, em que geralmente mestiço é utilizado para indicar “mistura”.

negras no atendimento à saúde durante o ciclo gravídico puerperal. O fato de Dora falar em racismo obstétrico para um público mais amplo também tem a ver com a tradução de estudos da antropologia e circulação destes em outros meios. Como eu disse no capítulo 01, racismo obstétrico é um conceito desenvolvido pela antropóloga e doula estadunidense Dána-Ain Davis, que diz que este tipo de racismo

“[i]nclui, mas não se limita, a lapsos críticos no diagnóstico; ser negligente, desdenhoso ou desrespeitoso; causando dor; praticar abuso médico por meio de coerção para realizar procedimentos ou realizar procedimentos sem consentimento [...] O racismo obstétrico surge especificamente nos cuidados reprodutivos e coloca mulheres negras e seus bebês em risco.” (2019, p. 561-562, tradução minha)

O que essa autora define como racismo obstétrico reverbera muito no que Dora entende como violência obstétrica em suas práticas profissionais e ativistas. Mas, esses mesmos estudos não se pretendem neutros e têm também um caráter ativista: Davis, além de antropóloga, é doula; e, seu texto sobre racismo obstétrico foi traduzido e publicado por duas doulas brasileiras, uma antropóloga e outra envolvida como uma pesquisa sobre doulas na área da saúde (DAVIS, 2020). Embora Dora cite diretamente Maria do Carmo Leal *et al* (2017), ela usa amplamente as ideias de letramento racial e racismo obstétrico sem necessariamente citar Twine (2004), Schucman (2012) ou Davis (2019). Imagino que ele fale neles a partir de contatos com pesquisadoras-ativistas e pela circulação cada vez maior de uma literatura traduzida do inglês para o português sobre esses conceitos. A advogada enfatiza que tem estudado muito sobre questões raciais, reprodução e violência para se aprimorar no trabalho que faz e entender melhor os casos trazidos por suas clientes.

## **2. Ativismo e profissão**

Se eu fosse fazer uma comparação sucinta entre minhas parceiras de diálogo, diria que Judite e Dora são mais “militantes” enquanto que Ludmila é mais “empresarial”. Mas esses adjetivos à queima roupa não dão conta de mostrar as nuances de suas práticas.

Pesquisadoras como Andressa Morais Lima (2020) e Virginia Vecchioli (2009) também empreenderam um olhar etnográfico para grupos específicos de advogados. Em sua tese de doutorado, Morais Lima (2020) pesquisou junto a um grupo de advogadas que ela denominou engajadas: o coletivo TamoJuntas, que atua em Salvador (BA) e é formado por

mulheres advogadas, entre negras, brancas e LGBTQIA+. Elas exercem advocacia voluntária para mulheres em situação de violência doméstica e em casos de feminicídio. Articulam também uma crítica ao direito, que identificam como machista e racista. Então, junto com o trabalho *pro bono* com as mulheres, elas criticam o direito “por dentro”, a partir de suas experiências de rebaixamento moral nos espaços do mundo jurídico, em que homens, majoritariamente brancos, têm destaque e proeminência. Suas trajetórias são marcadas por situações em que elas tiveram que provar que são advogadas, inclusive em audiência, perante outros operadores do direito. Essa crítica “desde dentro” tem a ver com a prática cotidiana no judiciário, mas também com a formulação de teses jurídicas, de acusação e defesa, que não sejam machistas nem racistas. As interlocutoras de Moraes Lima (2020) estão engajadas numa mudança que, como a autora mostra, tem sido reconhecida no campo do direito e circulado na mídia mais ampla, em reportagens de jornais eletrônicos, como feminismo jurídico<sup>90</sup>.

Comparar as advogadas *experts* em violência obstétrica com as TamoJuntas é interessante para especificar de que tipo de ativismo e militância estou falando. Entre as semelhanças entre esses grupos de advogadas está a crença de que seu trabalho na advocacia ajuda as mulheres. Dora, Judite e Ludmila entendem estar ajudando as mulheres conscientizando de seus direitos, auxiliando a descobrirem o que é violência obstétrica e contribuindo para que elas tenham seus direitos à reparação garantidos perante a justiça, caso tenham sofrido violência no ciclo gravídico puerperal e queiram ajuizar uma ação. Suas postagens informativas no *Instagram*, suas *lives* e palestras, segundo elas, são formas também de prevenir a violência, pois levam informação a quem as assiste:

“Não, eu falo pela minha experiência própria, quando eu chego no hospital, com a resolução na ponta da minha língua, com fundamento, com argumento, eles olham pra mim e falam assim ‘olha aquela ali cês tratam assim’ [levantando a mão para cima em sinal de bom tratamento]. E é assim que acontece! Eles [profissionais de saúde e pessoas que trabalham nos hospitais] morrem de medo porque aí eles sabem que podem mexer no bolso!<sup>91</sup> (...), mas assim, essa questão disso,

<sup>90</sup> Nas próximas linhas volto ao feminismo jurídico das TamoJuntas comparando-o com o das advogadas do circuito das especialistas em violência no ciclo gravídico puerperal.

<sup>91</sup> Ludmila está falando do atendimento hospitalar como um todo, sugerindo que quando as mulheres mostram que sabem seus direitos os profissionais de saúde (ou do hospital) acabam respeitando seus direitos com medo de serem processados judicialmente e assim terem que gastar dinheiro com advogado e/ou arcar com uma eventual indenização. Levando em consideração que Ludmila é a mais experiente entre as três advogadas e que trabalhava com direito médico antes de se voltar para os casos de violência obstétrica, essa fala de que “eles

informação é poder, eu acho que nunca é demais, se você sabe argumentar eles têm muito mais medo de você.” (Ludmila)

É um excerto de Ludmila sobre a importância da informação no encontro com a instituição hospitalar. Judite e Dora recorrentemente expõem argumentos similares a esse. Isso está em congruência com as mães ativistas com quem dialoguei no primeiro capítulo e, também, com as médicas da Rede Feminista de Ginecologistas Obstetras, que abordei no segundo capítulo. Só que "informação", para as advogadas do circuito das experts em violência obstétrica, tem a ver com regulamentações de saúde, leis e resoluções que garantem algum direito às gestantes durante a assistência à gravidez e ao parto. Se entre as mães e profissionais de saúde ativistas essa informação tem a ver com as evidências científicas e as recomendações da OMS, com as advogadas isso muda um pouco.

Embora todas as três sublinham a importância da informação das mulheres sobre seus direitos na assistência em saúde, Dora reconhece que isso não é o suficiente para combater a violência obstétrica contra mulheres negras e/ou o racismo obstétrico. Segundo ela, há uma violência institucionalizada em diversos hospitais – seja por não cumprirem as regulações corretas para atendimento de parturientes, seja pelo racismo que atravessa as relações interpessoais na sociedade – que faz com que ter informação sobre a fisiologia do parto e sobre seus direitos não necessariamente fará as mulheres negras sofrerem menos violência. (Voltarei a essa questão e à questão sobre “mexer no bolso” dos profissionais dos hospitais nas próximas linhas.)

De modo semelhante às advogadas engajadas do trabalho de Morais Lima (2020), as advogadas com as quais dialogo também articulam dimensões de sua trajetória pessoal a fim de lhes legitimar enquanto profissionais ativistas perante sua audiência e seus pares. Os relatos de situações que elas viveram em suas gestações e parto – o parto e maternidade transformadores de Judite, a dificuldade que Dora teve no pré-natal – parecem funcionar como legitimadores de seu ativismo e trabalho. “Eu preciso fazer com que outras mulheres possam viver essa experiência” (Judite), “eu quero que nenhuma mulher precise passar por isso” (Dora) são questões que elas trazem na conversa em particular, mas também dizem

---

morrem de medo porque aí eles sabem que podem mexer no bolso” pode ter a ver também com o medo que os médicos têm de serem processados judicialmente, de que tratei no segundo capítulo a partir de observações realizadas no 58º Congresso da Febrasgo.

publicamente, em palestras e *lives*. Tanto isso lhes legitima no movimento mais amplo da humanização do nascimento, no circuito das advogadas que combatem a violência obstétrica e entre as (futuras) mães que lhes procuram, que uma das advogadas com quem também manteve contato e acompanhei o perfil no *Instagram* estava sempre se justificando pelo fato de não ser mãe e mesmo assim trabalhar com direitos das mulheres no ciclo gravídico puerperal. Ela conta que sempre lhe perguntam o porquê de ela estar envolvida com o tema. Dizer que gosta do assunto parece não ser suficiente para convencer algumas pessoas. Mas, assim como Judite, Ludmila e Dora, ela entende que está ajudando as mulheres. Em certa medida, perambulando por esse meio eu também fui impelida a justificar o porquê de estar pesquisando o assunto, com frases do tipo “eu não tenho filhos, mas...”, “eu ainda não sou mãe, mas...”. E me vi, assim como as advogadas especialistas, validando meu interesse na violência obstétrica com uma ideia bem próxima de ajuda às mulheres: “decidi estudar o assunto para entender melhor esse tipo violência e assim ajudar a diminuir sua ocorrência.” Emiti diferentes versões dessa sentença nos espaços físicos e digitais onde circulei.

Aqui faz sentido especialmente a vivência do parto e da maternidade. No entanto, isso não se articula necessariamente com uma reformulação do direito para torná-lo menos machista ou racista. Tem mais a ver com a criação de um direito – e de um poder judiciário – que reconheça que a violência obstétrica existe enquanto violação de direitos das mulheres e enquanto conceito jurídico. É possível então, também como uma semelhança entre tais grupos de advogadas, que ambas as coletividades movimentam a tradição jurídica do país, seja questionando o machismo e racismo inerente a ela, na teoria e na prática, seja criando novas áreas de atuação.

É significativo que Dora e Judite falem do seu trabalho de conclusão de curso quando narram como entraram para o “mundo” da violência obstétrica. Elas contam que queriam relacionar o parto/nascimento e direito, mas que não havia professor em sua faculdade que soubesse do assunto, fizeram então seus trabalhos sobre violência obstétrica sendo orientadas por professores que tinham alguma familiaridade com a Lei Maria da Penha, mas sobretudo por meio de textos e livros que tinham lido a partir da gravidez. Era um tema novo, tanto os colegas quanto os professores não sabiam quase nada a respeito. E, ainda hoje, elas reiteram em suas publicações nas redes sociais que é possível sim “juntar” parto humanizado e direito.

Mas, entre as diferenças entre as *experts* com quem dialoguei e as advogadas com quem Morais Lima (2020) pesquisou estão os usos e concepções de feminismo. Explico melhor: Dora, Ludmila e Judite e diversas advogadas pertencentes ao circuito não se reivindicam feministas em seus posts nas mídias digitais sobre parto humanizado e violência obstétrica. Mas, suspeito que se eu as questionasse quanto a isso, a maioria diria que sim, é feminista. Propositamente, não perguntei isso a elas porque fui observando que elas não formulavam o combate à violência obstétrica em termos de uma bandeira feminista, mas muito mais como uma forma de “empoderamento”. Isso talvez tenha a ver com o público que elas almejam atingir, mães (mesmo que futuramente) e advogados, personagens nem sempre apreciadores de discursos explícitos em prol da igualdade de gênero ou questionamento de papéis de gênero tradicionais. Penso que se eu ficasse questionando sobre suas possíveis acepções feministas deixaria de notar a especificidade desse ativismo que, num plano mais geral talvez possa ser considerado feminista, porém, sua linguagem êmica é o empoderamento das mulheres com informações sobre seus corpos e direitos.

Ainda que se possa afirmar que Judite e Dora tenham um perfil mais ativista quando postas em comparação a Ludmila, um ponto importante de diferença entre elas e as TamoJuntas é que essas últimas trabalham com advocacia voluntária, enquanto que as primeiras estão sempre às voltas em busca de clientes, a quem elas assim denominam sem pudor. Não estou sugerindo, com isso, que só pode ser caracterizada como engajada, para usar os termos de Morais Lima (2020), a advocacia voluntária, nem perto disso. Preocupar-se em manter clientes, em se mostrar como uma autoridade no tema da violência no parto, por meio da produção de conteúdo para o *Instagram* (entre outras plataformas, como o *Spotify*, no caso do podcast de Dora), algo que as três e outras advogadas do circuito fazem, é um tipo de engajamento que não prescinde do dinheiro. Tanto o dinheiro está imerso no engajamento das advogadas especializadas em violência obstétrica que Ludmila afirma, no excerto que transcrevi acima, que se mostrar informada sobre seus direitos durante o atendimento hospitalar é importante, pois isso gera medo de responsabilização judicial – e consequente dispêndio de dinheiro – nos profissionais. Ou seja, elas mobilizam o fator dinheiro em suas falas públicas e cursos justamente porque os processos judiciais de violência obstétrica podem resultar em indenizações. Seu ativismo em prol da ajuda às mulheres não é visto por elas como separado da questão financeira, não são “mundos hostis” em oposição

(ZELIZER, 2011). A legitimação moral dentro do circuito não envolve dispensar o dinheiro, como pode ocorrer em outros grupos de profissionais ativistas. Ao contrário, o mote é justamente falar sobre ele e direcioná-lo para as demandas das clientes e para o pagamento de um serviço especializado e comprometido com as demandas das mulheres.

As práticas de exercício militante da profissão – uma formulação de Vecchioli (2009) – de minhas interlocutoras podem também ser comparadas com as de advogados de direitos humanos na Argentina, com quem essa autora pesquisou. Ela fez uma análise das ações desses profissionais tomando como base as gerações recentes e mais velhas de ativistas de direitos humanos. Entre os pioneiros, agora mais antigos, era preciso ter capital moral político, no sentido de se mostrar comprometido com as lutas contra a ditadura, em prol da democracia e da garantia de direitos, estar próximo de movimentos sociais e outras lideranças políticas. Aos poucos, porém, os direitos humanos foram se tornando um saber especializado, ingressaram no currículo das universidades e foi criado, nos últimos quarenta anos, todo um sistema internacional de proteção, que tem nas agências internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização dos Estados Americanos (OEA), um de seus pilares. E, afora isso, na Argentina, que é o universo de pesquisa da autora, os profissionais de direitos humanos começaram a dialogar diretamente com o Estado em processos de elaboração de políticas públicas. Como Vecchioli explica, as fronteiras entre uma prática militante e, ao mesmo tempo, especializada, fundada num conhecimento específico, obtido a partir de diplomas e cursos, são porosas. Ainda que as novas gerações de advogados de direitos humanos de certa forma compensem a pouca vivência ativista com uma formação “técnica” mais robusta, ainda assim eles precisam se mostrar perante os pares como genuinamente preocupados com os valores dos direitos humanos e da democracia, principalmente em falas públicas.

Tal junção entre compromisso político e saber especializado também faz sentido aqui. Entre as advogadas especialistas em violência obstétrica, não há diferença geracional. Porém, assim como os interlocutores de Vecchioli (2009), essas advogadas fazem um movimento de legitimação política – por meio das narrativas do pré-natal e partos, da vontade de mudar a situação da assistência ao parto do no país, de ajudar as mulheres – ao mesmo tempo, e com a mesma importância em que fazem sua legitimação por serem portadoras de um conhecimento especializado.

Como elas sempre reiteram, o tema é novo entre os juristas e entre o público geral. Os cursos que Ludmila oferece são uma iniciativa em direção à profissionalização e produção mais técnica da teoria e prática jurídica sobre violência obstétrica. Tem uma dinâmica autônoma, mas, aos poucos, o tema vai sendo apreendido por instituições como a OAB e universidades particulares e públicas. Refiro-me, por exemplo, ao *I Congresso de Direito das Mulheres do Vale do Paranhana – Violência Obstétrica em Debate*<sup>92</sup>, que ocorreu em 2019, numa universidade particular da grande Porto Alegre e foi organizado pela Ordem dos Advogados do Brasil sessão Rio Grande do Sul (OAB/RS), em que Judite foi uma das palestrantes. Ou, ainda, do *I Simpósio Internacional de Direito e Maternidade*<sup>93</sup>, promovido pelo IBDMater<sup>94</sup>, Instituto Brasileiro de Direito e Maternidade, sucedido em 2020. Nesse último evento, a violência obstétrica não era um tema central, mas esteve presente num dos painéis, onde, inclusive, fui convidada a contribuir. Foi organizado por diversas professoras e pós-graduandas em direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), integrantes do IBDMater.

Apesar de ter graduação em direito, fui convidada a falar de violência obstétrica a partir da antropologia, dentro do painel intitulado “Maternidade, Gestação e Covid-19”. Além de mim, compôs o painel a médica Melânia Amorim, com uma intervenção chamada “Gravidez e covid: riscos e direitos na pandemia”. Uma pessoa da medicina, e outra da antropologia falando sobre direitos na gravidez durante a pandemia. Essa situação me levou a pensar em que medida eu também não estou ajudando na consolidação deste tema, deste campo de intervenção e estudos, assim como as *experts* nos direitos das mulheres no ciclo gravídico puerperal.

---

<sup>92</sup> Realizado nos dias 08 e 09 de outubro de 2019, no auditório da FACCAT – Faculdades Integradas de Taquara.

<sup>93</sup> Ocorrido dia 07,08 e 09 de julho de 2020, de maneira remota, via YouTube.

<sup>94</sup> A descrição do IBDMater em sua página no Facebook é esta: “Criamos o primeiro Instituto do mundo que trata exclusivamente sobre as conexões entre Direito e Maternidade. O Instituto Brasileiro de Direito e Maternidade - IBDMater - tem por objetivo pesquisar, publicar, realizar congressos, cursos de especialização e extensão sobre como e de quais maneiras o Direito pode tutelar a Maternidade. Acreditamos que a proteção ao começo da vida é fundamental para que se tenha um futuro cidadão ético e consciente. Acreditamos que o Estado e a sociedade podem e devem fazer mais pelas Mães e por seus filhos. Acreditamos que é necessário “uma comunidade” para criar uma criança (It takes a village to raise a child). Por isso nos unimos, para que através de bases científicas, possamos mudar a maneira como a sociedade-Estado-Direito acolhe a Maternidade. Junte-se a nós e acompanhe nossa trajetória na defesa de um Direito que também possa tutelar a Maternidade.”

### 3. Uma questão técnica, *pero no mucho*

Nos subtópicos que seguem, dividi (quando possível) os aspectos técnicos e a dimensão moral e política das práticas das advogadas especialistas em seções diferentes para ficar mais compreensível o que estou argumentando. Mas, tais elementos andam sempre em conjunto nas práticas das advogadas, de maneira muito similar ao que formulam as antropólogas indianas Bornstein e Sharma (2016) em relação aos ativismos anticorrupção na Índia. Observamos, por um lado, a elaboração técnica jurídica para defender uma pauta política – parto humanizado, respeitoso, sem violência, o “belo parto” (FONSECA, 2010)<sup>95</sup> – e, por outro, formulações morais para postular questões técnicas. Respeitar a autonomia da mulher implica num plano de parto; em nome da humanização recomenda-se minimizar intervenções cirúrgicas, etc.

Fiz essa separação também por questões metodológicas, porque minha proposta na tese é “implodir o objeto” (DUMIT, 2014) de estudo – a categoria violência obstétrica – desvendando os atravessamentos, conexões, mediações que acontecem quando os sujeitos a agenciam. Operar a implosão significa aqui esgarçar as práticas das interlocutoras e a própria noção de violência obstétrica que tem aparecido no debate mais amplo, mesmo no acadêmico, que não raras vezes trata esse tipo de violência como se fosse uma “coisa”, e uma “coisa” autoevidente, como descrevi na introdução dessa tese.

Se as advogadas do circuito da violência obstétrica se portam como ativistas de uma bandeira política e, concomitantemente, especializadas no assunto, no sentido da prática profissional, isso também transparece no tipo de noção de violência obstétrica que elas elaboram. Como venho dizendo, questões técnicas e científicas não estão apartadas do contexto político em que são elaboradas, produzidas, manejadas. E as advogadas manejam a legislação e a própria ciência em que são leigas (MBE, saúde coletiva, ciência sociais) ao seu próprio modo e com objetivos específicos (JASANOFF, 2004 e 2005).

---

<sup>95</sup> A noção de “belo parto” foi elaborada por Claudia Fonseca (2010) para falar sobre os partos (vaginais) sem intercorrências, que aconteciam conforme o planejado, na maternidade francesa onde pesquisou. O termo ressalta a idealização de um tipo de parto, que é, de alguma forma, o que os profissionais de saúde em determinada maternidade faziam, e o que, em certa medida, as advogadas do circuito fazem ao criarem imagens e roteiros de um parto não violento.

### 3.1. Legislação

Quanto à legislação nacional e internacional e regulamentos de saúde os mais diversos, é possível dizer que as advogadas fazem um duplo movimento ao ensinar os aspectos que elas informam como “mais técnicos” da violência obstétrica aos seus pares e às clientes em potencial: 1) mostrar como informações da medicina e assistência ao parto em geral estão regulamentados em leis, portarias e regulamentos do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e em documentos publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e 2) ensinar que a assistência ao parto em desconformidade com os preceitos presentes nesses diplomas pode ser considerada violenta.

Afora esse duplo movimento, elas criam categorias de violência obstétrica, baseadas na leitura desses documentos, de textos acadêmicos da área da saúde (medicina e saúde coletiva), das ciências sociais e, também, do direito. Nessa “criação” de categorias, está inserida tanto a dimensão mais “técnica” da violência obstétrica quanto outras violências mais explícitas, assim consideradas corriqueiramente como agressões físicas e ofensas verbais, por exemplo. Nas situações que vou narrar na sequência, isso que estou condensando fica mais explícito.

Estávamos no segundo semestre de 2019 e Judite e outra advogada do circuito, que aqui vou chamar de Elza, estavam divulgando um minicurso de um dia em seus perfis no *Instagram*, chamado *Aspectos Jurídicos da Violência Obstétrica*, que seria ministrado por elas num sábado. Paguei o valor da inscrição, que era \$ 250,00 (duzentos e cinquenta Reais)<sup>96</sup> e, no dia marcado, compareci. O evento aconteceu no espaço *gourmet* de um edifício na zona norte de Porto Alegre, teve início entre nove e dez horas da manhã e foi até sete da noite, com uma hora de almoço. Na rodada de apresentação, que começou pelas ministrantes, Elza, parceira de Judite na empreitada, que é residente da capital gaúcha, trabalha num escritório de advocacia no centro e tem um filho de cinco anos, disse que havia feito o curso da Artemis em 2017.

---

<sup>96</sup> Havia o valor promocional que era de R\$ 180, 00 (cento e oitenta Reais), para as três primeiras pessoas que se inscrevessem.

Além de mim, outras oito pessoas formavam a audiência, todas mulheres. Havia uma estudante de direito da Pontifícia Universidade Católica (PUC), que também trabalha num hospital conhecido na capital por ser referência em assistência humanizada e duas estudantes de direito da Universidade de Vale dos Sinos (Unisinos). As três foram ao curso porque decidiram que a violência obstétrica seria o tema de monografia de conclusão do curso. Outra estudante de direito não mencionou sua faculdade nem seus objetivos mais específicos ali, porém era colega de Judite. Havia também uma advogada, que trouxe a filha de dois anos e disse trabalhar com direitos humanos; e uma doula, que apesar de ser formada no direito, não exerce profissão ligada a esta graduação, mas diz que tem ficado conhecida como “a doula de que fala de violência obstétrica”. Quando se apresentou, frisou que se sente juntando as duas áreas – doulagem e advocacia – quando fala sobre o assunto. Estava presente também uma estudante de enfermagem, que não informou onde estudava, mas que soube e se inscreveu no minicurso por indicação de uma de suas professoras. Penso que o número limitado de participantes ocorreu pela especificidade do assunto, considerado ainda uma novidade, e, também, pelo valor da inscrição.

O minicurso consistiu na apresentação e explicação dos slides elaborados pelas ministrantes e perguntas e comentários das participantes durante todo o processo, de modo que em muitos momentos pareceu uma conversa coletiva, um tanto informal, instrutiva e acolhedora. Como venho dizendo, não há uma lei federal sobre violência obstétrica, então as advogadas preenchem esse “vazio” com outras normativas. Inclusive, há entre elas posições divergentes quanto à necessidade de “lutar” por uma lei específica sobre o assunto, semelhante à Lei Maria da Penha, no caso da violência doméstica. Judite é uma das que entende que não é necessário, que os instrumentos jurídicos disponíveis atualmente no país permitem atuar e militar nessa área. Já Ludmila entende que ter uma lei federal traria mais segurança jurídica, no sentido de proporcionar mais clareza do conceito dessa violência e assim, facilitar que as mulheres/mães/gestantes tenham seus direitos reconhecidos pela justiça e nas instituições hospitalares.

Vou tentar resumir brevemente os diplomas que, no seu todo ou em parte, elas identificam como aqueles que regulamentam o que é uma “assistência adequada” ao parto e um tratamento às mulheres sem violência e discriminação. Mas, logo no início Elza falou uma coisa que considero significativa. Ela estava se apresentando e disse que “a vítima [de

violência obstétrica] tem que se sentir intimamente violada” para que aquela situação em particular possa ser caracterizada como violência no ciclo gravídico puerperal. E deu um exemplo pessoal: apesar de seu filho ter nascido por meio de uma cesárea eletiva, ela não se sentiu violentada. Portanto, não seria um caso de violência obstétrica. Vou guardar essa informação por enquanto.

Elas partiram da definição de violência obstétrica presente na cartilha *Violência Obstétrica: você sabe o que é?* elaborada pela defensoria pública do estado de São Paulo, que utilizou a definição presente na legislação da Venezuela (que eu cito na introdução da tese). Tendo como fio condutor essa definição, elas postularam que a violência obstétrica é uma violação de direitos humanos das mulheres e um tipo de “violência de gênero”, entendida por elas como sinônimo de violência contra as mulheres. Com isso, fizeram referência a uma série de declarações e tratados de direitos humanos, como: a *Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher*<sup>97</sup> (CEDAW, da sigla em inglês), que foi adotada pela ONU em 1979 e ratificada pelo Brasil em 1984, com reservas, que foram retiradas em 1994. Como mostraram as ministrantes do minicurso, a CEDAW tem itens que, segundo elas, dizem que as mulheres devem ter segurança na assistência ao parto e pós-parto<sup>98</sup>.

Ainda quanto a tratados de direitos humanos que podem auxiliar na advocacia em casos de violência obstétrica, elas elencaram a *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará)*, adotada em 1994 pela Assembleia Geral da OEA e ratificada pelo Brasil em 1996, que tem pontos que

---

<sup>97</sup> As Nações Unidas declararam 1975 como Ano Internacional da Mulher. Nesse ano, houve a realização da I Conferência Mundial sobre a Mulher, no México, que originou o Plano de Ação do México e aprovou a década de 1975-1985 como a Década da Mulher. Houve uma delegação brasileira nessa I Conferência e autoras como Joana Maria Pedro (2006) entendem que tal conferência e suas reuniões preparatórias constituem uma das narrativas do surgimento do feminismo de segunda onda no Brasil. O fato é que, a CEDAW é adotada em 1979 pela Assembleia Geral das Nações Unidas em meio aos trabalhos do que a própria agência chamou de Década da Mulher. Esse tratado de direitos humanos estabeleceu diretrizes aos Estados signatários determinando o fim da discriminação às mulheres na família, no mercado de trabalho, na educação. Os estados que ratificaram a Convenção, como o Brasil, em 1984, estão sujeitos ao monitoramento sobre a aplicação da referida Convenção em território nacional pelo chamado Comitê CEDAW, devendo, com isso, enviar relatórios periódicos ao Comitê.

<sup>98</sup> O artigo 12, parte 1 e 2 da CEDAW estabelece que: “[o]s Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar (...) os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância.”

falam sobre saúde da mulher e violência<sup>99</sup>. E a Declaração e Plataforma de Ação da *IV Conferência Mundial sobre a Mulher*, conhecida como *Conferência de Pequim*<sup>100</sup>. Todos esses documentos podem embasar reivindicações de combate à violência obstétrica, especialmente porque, segundo as ministrantes, tal tipo de violência pode ser considerada uma violação de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Mas o tipo de violência sobre o qual versava o minicurso é, segundo as advogadas, além de uma violação aos direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, também uma violação do seu direito à saúde. Para embasar essa afirmação, elas citaram uma série de publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS), entre as elencadas por elas como principais, estão: *Assistência ao Parto Normal: um guia prático (1996)*, a declaração *Prevenção e Eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde (2014)*, a *Declaração sobre as taxas de cesárea (2015)* e *Recomendações e Cuidados Intraparto: para uma experiência positiva de parto (2018)*.

Esses preceitos de direitos humanos e documentos da OMS não foram explicados exaustivamente. As professoras apenas disseram os temas dos quais eles tratavam e indicaram o quanto é importante citá-los na petição inicial (ação judicial que inicia um processo) para que ele possa “subir” para outras instâncias do poder judiciário. Essas normativas internacionais podem ser chamadas também de *soft laws*, uma vez que por meio delas não é possível necessariamente punir alguém, mas monitorar ou constranger internacionalmente o Estado signatário que não as tem cumprido (ZERILLI, 2010). Além de Judite e Elza acreditarem que a violência obstétrica é uma violação à saúde e aos direitos humanos das mulheres, elas explicam que se valer de tratados e declarações internacionais de direitos humanos é também uma estratégia processual para garantir que o processo possa

---

<sup>99</sup> É o artigo 2.b da Convenção, que diz: “[e]ntende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica: (...) ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local”

<sup>100</sup> A Conferência de Pequim aconteceu em 1995, sendo então a IV Conferência Mundial da ONU sobre a Mulher. As anteriores aconteceram no México (1975), Copenhague (1980) e Nairóbi (1985). Cada uma dessas conferências, entre outras de direitos humanos no âmbito das Nações Unidas, se encerra com a assinatura de um documento usualmente chamado de Plataforma de Ação. Assim, a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher a que as ministrantes do minicurso se referem, nada mais são do as diretrizes acertadas entre os estados presentes na conferência, como de praxe em conferências de direitos humanos, não somente sobre a mulher, mas também sobre igualdade racial, tortura, entre outros temas.

ser julgado em instâncias superiores, caso as decisões de primeira instância não sejam favoráveis às suas clientes.

Além desse tipo de normas internacionais, elas também elencaram, da legislação brasileira, a lei do acompanhante (lei nº. 11.108 de 2005)<sup>101</sup>, princípios da constituição federal (dignidade humana, direito à liberdade, autonomia, acesso à informação, integridade, saúde, direito à vida), resoluções de Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)<sup>102</sup> e políticas do Ministério da Saúde de assistência ao parto (implementadas em anos anteriores ao governo de Jair Bolsonaro).

### 3.2. Medicina Baseada em Evidências

Mas, entre essa pluralidade normas que elas parecem ter pinçado, numa tentativa de encapsulamento jurídico da violência obstétrica, que inclusive combina com a descrição de Judite no seu perfil do *Instagram*: “advocacia humanizada e artesanal”, chamou-me atenção o fato de que elas enfatizaram a presença da medicina baseada em evidências na lei nº. 8080/90, conhecida como “lei do SUS”, especificamente este trecho:

Art. 19 - Q. A incorporação, a exclusão ou alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição de protocolo clínico ou diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

[...]

§2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS levará em consideração, necessariamente:

I – As evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso.

Com base nesse trecho, que foi inserido na Lei do SUS em 2011 pela lei nº. 12.401, para “dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia no âmbito do

---

<sup>101</sup> A lei do acompanhante, uma lei federal, foi fruto, no Brasil, entre outras coisas, de uma campanha da ReHuna pelo direito ao acompanhante. Essa campanha tem início em grandes capitais brasileiras após a recomendação da OMS de um acompanhante durante o parto na *Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para o Nascimento e Parto*, em 1985. Tal recomendação surgiu na OMS a partir de estudos da MBE. Antes da lei nacional, a campanha da ReHuna foi bem sucedida no Rio de Janeiro, que aprovou uma resolução pela secretaria municipal de saúde garantindo o acompanhante no parto em 1998, em São Paulo, com a lei estadual do acompanhante em 1999. Sobre o assunto, ver Hotimsky e Rattner (2002)

<sup>102</sup> Principalmente a Resolução nº 36 de 2013 (RDC 36), que “institui ações para a segurança do paciente e, serviços de saúde e dá outras providências.”

Sistema Único de Saúde – SUS”, elas afirmam que as evidências científicas foram reconhecidas pelo Estado brasileiro como “o mais alto nível de saúde.”.

O enquadramento da violência obstétrica é feito por elas, então, não por meio de uma clara afirmação do que é a violência obstétrica, até porque, como já frisei acima, não há lei federal que conceitue o termo. Ao lançar mão de tratados internacionais de direitos humanos, leis federais e a própria “lei do SUS”, elas fazem uma montagem peculiar que acaba produzindo uma determinada noção de violência obstétrica. Tal composição funciona assim: as leis existentes no país (e as internacionais ratificadas pelo Brasil) já regulamentam que as mulheres não sejam violentadas, que tenham direito à saúde, que tenham assistência ao parto humanizada e baseada em evidências científicas. Todas essas normas, quando não cumpridas, acabam provocando violência obstétrica. Tal espécie de violência, na performance das advogadas do circuito, acaba sendo o fruto do não cumprimento das normas existentes. Assim, apesar de tais profissionais se apresentarem como pioneiras num novo ramo do direito, inovadoras e, num certo sentido, “contra hegemônicas” – especialmente aquelas cujo perfil é mais militante, como Judite e Dora – a montagem que fazem para explicar o que é violência obstétrica, em contraste, é baseada na reiteração de normas em vigor.

E, quanto à MBE, as advogadas acatam-na como a melhor ciência e, as suas indicações sobre procedimentos, a melhor forma de assistência ao parto. Nesse acatamento, as próprias controvérsias existentes em quaisquer empreendimentos científicos – desde as ciências mais duras às humanidades – são ocultadas; pois apoiadas num certo entendimento leigo das advogadas sobre como opera a MBE e a ciência em geral. Nesse ponto, tais advogadas agem tal qual os juízes americanos em sua relação com a ciência, analisados por Jasanoff (2005). Tais magistrados, ao elencarem critérios científicos para inserir a ciência nos julgamentos da justiça americana, acabam reproduzindo uma concepção simplificada da “ciência”, esmaecendo todas as controvérsias. Nesse acatamento da MBE feito pelas advogadas, elas parecem afirmar autoridade jurídica sobre o tema violência obstétrica a partir da autoridade oferecida por certo tipo de ciência médica, a MBE. Mas, ao fazer isso, acabam deixando nas mãos da medicina a discussão sobre controvérsias importantes sobre assistência ao parto/nascimento. E, também, sobre a própria violência que pode ocorrer nesse processo.

A médica e antropóloga Jaqueline Ferreira (2023) expõe bem o que estou afirmando, num artigo sobre as diferentes posições de médicos e de ativistas do parto humanizado em

relação à cirurgia cesariana. Na observação que fez de eventos do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), a autora diz que tanto membros do Conselho defensores da cesárea – que afirmam que ela não representa um risco tão grande assim – quanto ativistas do parto humanizado (inclusive médicos), que defendem um aumento da realização de partos normais/vaginais, embasam suas posições políticas em argumentos científicos. Os médicos, nos eventos do CREMERJ que a autora observou, utilizam outros estudos, não necessariamente da MBE, mas da ciência médica mais ampla, que, em suas palavras, “constituem evidência”, de que a cesárea não é tão arriscada assim. Um deles, que Ferreira (2023) cita no artigo, é um estudo evolutivo que, comparando a largura dos quadris de chimpanzés e mulheres, argumenta que a mulher moderna não tem a mesma facilidade para um parto normal/vaginal nos tempos atuais. E, por isso, a cesárea acaba sendo importante numa ampla quantidade de casos. Então, existem controvérsias entre os próprios médicos sobre riscos envolvendo procedimentos do parto, e, inclusive, sobre o que representa uma “evidência científica” confiável, que, dentro dessa categoria profissional, vai além dos testes da MBE.

Por mais que a reverência das advogadas à MBE possa gerar respaldo delas no “mundo jurídico”, isso representa um viés biomédico forte. Dada a crítica ferrenha à atuação médica vinda das mães, médicas e advogadas ativistas, é uma postura que encerra certa ambiguidade. Pois, se é a categoria médica a que mais parece incutir em violência obstétrica, tal reverência coloca nesses mesmos profissionais a definição – ou parte dela – do que é violência obstétrica. A crítica à chamada obstetrícia tradicional, ainda hegemônica no país, aparece lado a lado com um elogio à medicina praticada com fulcro na MBE.

### **3.3. Classificações heterogêneas**

É em meio a essa montagem de leis e regulamentos que as advogadas elaboram uma lista de condutas não muito diferente da lista estabelecida por militantes e médicas feministas que, se realizadas por profissionais de saúde na assistência ao parto, podem ser entendidas como violência obstétrica, entre elas: a realização de procedimentos de rotina não mais indicados pela OMS (e pela atual MBE), tais como a manobra de Kristeller e a episiotomia; a proibição de ingestão de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto, imposição de

cesariana sem indicação real, xingamentos, discriminação, negar atendimento. As advogadas apresentaram esse rol de condutas de uma maneira mais resumida como “espécies de violência obstétrica”: violência psicológica, violência física, violência sexual, violência institucional e violência material. E ofereceram exemplos e/ou comentários sobre cada uma dessas espécies para que compreendêssemos melhor. No quadro abaixo, resumi isso:

Quadro 2: Classificação das espécies de violência obstétrica feita por Judite e Elza exposta durante o Minicurso.

Espécie de Violência Obstétrica	Descrição
Violência Psicológica	Inclui tudo que é “ameaça à gestante”, (como ameaçar não dar anestesia caso não pare de gritar, ou simplesmente não gritar). É uma ação de algum profissional de saúde que cause dano à saúde mental da mulher/parturiente.
Violência Física	Elas exemplificaram falando de um caso em que uma gestante literalmente apanhou de um médico durante processo de parturição e que ganhou certa repercussão na imprensa <sup>103</sup> . Mas inclui também: manobra de Kristeller, interdição à movimentação da mulher, privação de alimentos, cesariana sem indicação clínica, tricotomia (raspagem de pelos), não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.
Violência Sexual	sentimento de ter sido violada em sua integridade corporal, o mesmo que ocorre com as vítimas de violência sexual. Esse sentimento está presente especialmente em caso de realização de procedimentos não consentidos pela gestante/parturiente.

<sup>103</sup> Elas falaram especificamente da situação que ocorreu com uma moça em Manaus (AM). O caso aconteceu em 2018, mas só repercutiu no início de 2019, depois que um vídeo do parto *vazou* nas redes sociais. Nas imagens, o médico aparece dando tapas na sua virilha. O assunto foi matéria de uma série de veículos de informação. “Foi tortura, diz familiar de adolescente agredida por médico durante o parto”, do portal UOL: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2019/02/21/medico-agride-paciente-durante-trabalho-de-parto-em-manaus.htm>.

Violência Material	O principal exemplo é a cobrança da taxa de disponibilidade <sup>104</sup> . Ela é proibida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mas continua sendo praticada pelos médicos.
Violência Institucional	Tem a ver com o modo com que a instituição hospitalar trata as gestantes. Pode ser cometida por profissionais de saúde e por qualquer outro tipo de profissional que trabalhe na maternidade/hospital.

Fonte: Elaborado pela autora com base em anotações pessoais e nos slides do curso disponibilizados pelas ministrantes.

Convivendo e perambulando nesse circuito, percebi que cada advogada elabora uma classificação própria das espécies de violência obstétrica. No entanto, elas são muito semelhantes e seguem essa “lógica” de, por um lado, classificar como violenta a própria tecnologia/procedimento considerada inapropriada (completamente ou naquele momento, como a “desnecesária”), ultrapassada e danosa e, por outro lado, incluir outras ações que ofendem e discriminam as gestantes e que podem ser mais facilmente identificadas por elas como uma conduta violenta.

Ludmila, por exemplo, em material produzido para as aulas online gratuitas e que ela enviou pelo grupo de *Whatsapp*, classifica a violência obstétrica em cinco grupos de condutas: ofensas, restrições de direitos, intervenções desnecessárias, medicalização excessiva e violência institucional, que resumi no segundo quadro:

Quadro 3: Classificação das espécies de violência obstétrica feita por Ludmila, enviada no grupo de *Whatsapp* para divulgar seu curso

Violência Obstétrica – Condutas	Descrição
Ofensas	Violência verbal (comentários constrangedores e humilhantes), violência física (manobra de Kristeller, episiotomia de rotina, imposição da posição litotômica, etc.), violência moral (qualquer conduta que provoque dano emocional), violência

<sup>104</sup> Trata-se da cobrança de um valor a mais do que a pessoa paga pelo plano de saúde, para que o médico fique disponível para o parto. Isso pode acontecer também no SUS. Ambas as versões da cobrança constituem violência obstétrica patrimonial, segundo as ministrantes.

	psicológica (ações que causem sentimentos de inferioridade, abandono, entre outros)
Restrição de direitos	Negar atendimento, negar acompanhante, impor dificuldade para que a gestante receba serviços.
Medicalização excessiva	Patologização de processos naturais, levando à perda de autonomia e capacidade para decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade.
Intervenções desnecessárias	Ligadas às evidências científicas
Violência institucional	Exemplos: ausência de vinculação da gestante à maternidade durante o pré-natal, ausência de intérprete (no caso de mulheres surdas), ausência de equipe multidisciplinar.

Fonte: Elaboração da autora, baseada na apostila feita por Ludmila e enviada a quem assistiu às aulas gratuitas.

Essas são apenas duas maneiras de classificação e categorização das espécies de violência obstétrica, entre tantas outras divulgadas pelas advogadas do circuito em suas redes sociais digitais, especialmente no *Instagram*. Tanto são formas criativas e pioneiras de formular esse “novo” direito, essa “nova especialidade”, quanto são formas também de condensar e colocar a violência obstétrica numa moldura (técnica) estável, aparentemente sem ambivalências, dúvidas, imprecisões. Em muitas situações isso pode ser bem sucedido. Mas, em outras, isso foge um pouco ao controle delas. É o caso, por exemplo, da questão do fórceps.

### 3.4. A dúvida sobre o fórceps: entre protocolos e sensação de violação

Essas operações discursivas realizadas pelas advogadas fazem parecer que a violência obstétrica consiste numa assistência obstétrica no pré-natal, parto e puerpério que não obedece às leis. O “bom parto”, nesse contexto, se torna aquele que é feito segundo os parâmetros regulamentares vigentes e o esforço delas, enquanto integrantes do movimento pela humanização do nascimento, é fazer com que as mulheres tenham uma “assistência adequada”. A expressão é delas e foi dita inúmeras vezes por Judite e Elza no minicurso. Na apostila produzida por Ludmila, ela conceitua “assistência adequada” como “o conjunto de medidas de auxiliam a mulher no processo do parto.”

Como venho dizendo nesta tese, a ideia de dar informação às mulheres norteia o ativismo que combate à violência obstétrica. E, no caso das advogadas inseridas nesse circuito, “dar informação” acaba se traduzindo em ensinar às mulheres/gestantes/mães os regulamentos legais que garantem a assistência humanizada para que elas possam cobrar isso nas instituições de saúde. E, também, a partir dessas leis, mostrar-lhes as espécies de violência obstétrica que podem acontecer quando um parto não ocorre com “assistência adequada”.

No minicurso, tanto as ministrantes quanto as ouvintes relataram casos de uma série de mulheres conhecidas suas que “descobriram depois” que tiveram partos violentos. Isto é, perceberam que seus partos foram violentos após terem contatos com a noção de violência obstétrica pela internet, por meio de conversas com amigas e/ou mediante a participação em seminários sobre o assunto.

Ouvindo esse relato, uma das participantes começou a falar do nascimento do filho, que naquele momento já tinha sete anos, e que, segundo ela, tem problemas cognitivos resultantes da maneira como seu parto foi conduzido. Ela disse ter sentido muita dor. Implorou ao médico por uma cesárea e não foi escutada. O obstetra usou o fórceps para auxiliar na retirada do bebê, mas o instrumento o machucou, de modo que ele tem dificuldades que desenvolvimento cognitivo até hoje por conta disso. Ela não deu maiores detalhes sobre sua história; em que hospital isso ocorreu, se no sistema público ou privado, se ela tinha algum problema de saúde ou como transcorreu seu pré-natal. Foi um depoimento espontâneo, num momento em que todas comentavam de alguma conhecida que só percebeu ter sofrido violência tempos depois do parto. Mas ela contou com a voz embargada, parecia nervosa. Judite e Elza demonstraram solidariedade, dizendo que sentiam muito que tivesse passado por aquilo, mas sublinharam que nem sempre a cesárea é a solução, no sentido de que ela não deve ser encarada como uma alternativa a um parto doloroso. O que deve ser melhorado, dizem as duas, é a assistência ao parto normal, para que ele não seja vivido de maneira tão traumática pelas mulheres a ponto de elas buscarem pela cesárea como solução para a dor.

O assunto não se estendeu depois disso. Fiquei com a impressão de que esse entendimento não era compartilhado por todas ali. Pensando no ativismo pelo parto humanizado em geral, tive a impressão de que quando a escolha das mulheres é pela

cesariana, a defesa do direito de decidir não é tão ferrenha quanto o é quando se fala do desejo por um parto vaginal. Mas, afora isso, nessa situação, é possível ver a operação discursiva de que estou falando aqui. A OMS, por meio de sua declaração sobre cesarianas, recomenda que não mais de 15% (quinze por cento) dos nascimentos nos países seja feito por meio de cesárea. Segundo a Organização, se as cesáreas começam a ser em número maior que esse, os riscos inerentes à cirurgia aumentam, seja para a mulher, seja para o bebê. O Brasil, por sua vez, é conhecido como um dos países que mais realiza essa cirurgia, tanto que em campo sempre se ouve falar que temos uma “cultura da cesariana”. O parto vaginal é visto usualmente pelos médicos e, também, por muitas mulheres, como doloroso e arriscado, como se a falta de controle do processo fisiológico se traduzisse em aumento dos riscos para as parturientes e criança (AGUIAR, D’OLIVEIRA, DINIZ, 2020).

E quanto ao fórceps, bem, ele não é rechaçado pelas recomendações da OMS e nem pelas diretrizes nacionais de atendimento ao parto normal, que são baseadas nelas. Então, se o “belo parto”, isto é, o parto não violento, é aquele que segue os preceitos de saúde presentes nesses documentos, o uso do fórceps não poderá ser entendido como violência obstétrica e nem foi, como descrevi na situação acima. Mas é interessante perceber que há muitas publicações nas mídias sociais das advogadas do circuito falando sobre isso, como num vídeo curto que Dora postou em sua *timeline* do Instagram (29/07/2021), em que ela dizia:

No meu parto usaram fórceps, é violência obstétrica? [como se uma interlocutora hipotética lhe fizesse essa pergunta] E a resposta é não! O uso do fórceps, por si só, não é violência obstétrica. Ele é um instrumento que é utilizado pra abreviar o período expulsivo e realmente salva a vida de mães e bebês. Mas é importante observar o contexto geral do seu parto e entender por que o fórceps acabou sendo necessário. Aí podem conter violências. Então, busque um profissional que entenda especificamente disso.

Imagino que o uso do fórceps desafie imagens mais romantizadas que circulam acerca do parto humanizado, como se fosse sinônimo de um parto na banheira, totalmente “natural”, com uso de velas, incensos, meio “hippie”. Essas são ideias que muitas pessoas fazem do nascimento humanizado, que as advogadas do circuito geralmente tentam contrapor e que, inclusive, eu costumo explicar para minhas próprias interlocutoras quando perguntavam o que eu pesquisava no doutorado.

Tanto nesse vídeo de Dora quanto na situação do relato espontâneo no minicurso, as advogadas se colocam como aquelas que dizem o que é ou não é violência obstétrica, a partir da tradução que fazem de preceitos da área da saúde – especialmente a medicina e enfermagem obstétrica – para a área jurídica, principalmente por meio do estudo e divulgação de normativas da OMS e do Ministério da Saúde. Em muitas situações, como no caso da episiotomia, por exemplo, a recomendação da OMS de que o procedimento não seja realizado rotineiramente coaduna com experiências de mulheres que sentiram dor na região da incisão, ou tiveram uma cicatrização lenta, entre outros problemas relacionados ao corte. Esses dois elementos, em conjunto, tornam coerente que o uso do procedimento no cotidiano da assistência possa ser classificado como violência obstétrica. Nesse caso, a dor pode gerar “sensação de violação”, que foi reforçada por uma recomendação internacional de saúde. No caso do fórceps, as coisas complicam. Pois, aparentemente, há uma sensação de violação de algumas mulheres, porém, o procedimento não é rechaçado pela OMS. E é nesse ponto que as advogadas precisam explicar e justificar em que situações o instrumento é ou não violento. A explicação passa a ser feita caso a caso, pois exige análise de pormenores que não podem ser categorizados em *checklists*.

Porém, o caminho usual feito pelas advogadas é: a “melhor ciência” se torna a melhor assistência o parto que, por sua vez, deve se tornar um regulamento, e, por fim, o ideal do parto não violento. Chama a atenção também a leitura que elas fazem das formulações acadêmicas da área da saúde, como quando Dora traduz as informações presentes no artigo de Leal *et al* (2017) numa roupagem mais militante, ou quando as advogadas do minicurso falam sobre a “cultura da cesárea” no Brasil. Essa expressão vem de pesquisas da saúde comprometidas com o parto humanizado.

Nessa operação discursiva de tradução de preceitos da saúde para o direito, a criação de categorias, espécies de violência e também da noção de “assistência adequada” é um jeito de criar o direito e dizer o que é violência obstétrica de uma forma mais “técnica”. Ao todo, a impressão que tinha em campo, em contatos próximos e nas perambulações e acompanhamentos online, era de que a violência obstétrica, nas práticas das advogadas ativistas, tinha que ser traduzida nesse *checklist* de situações que, caso ocorram ou tenham ocorrido no parto, denotam violência. É como se a violência obstétrica existisse mesmo que

parturientes, gestantes e puérperas não tenham experimentado a sensação de terem sido violentadas no parto. Mas, a questão do fórceps mostrou que precisa haver algo além.

### 3.5. Os direitos (no fundo) como questão moral

Contudo, volto ao que disse Elza no início do minicurso: “a vítima [da violência obstétrica] tem que se sentir intimamente violada” para que possamos afirmar que houve violência. É preciso produzir o rechaço moral de procedimentos e situações que antes eram – e ainda são – naturalizados na assistência ao parto, por mulheres e profissionais de saúde.

Recordo que no minicurso Judite comentou conosco que em suas palestras gostava de projetar na parede a foto de uma episiotomia – um períneo sendo cortado – e deixar ali, para as pessoas se sensibilizarem. Algum tempo depois disso, pude assistir pessoalmente a uma de suas falas. Era um auditório lotado de uma faculdade particular<sup>105</sup> na região metropolitana de Porto Alegre. Tinham mais ou menos trezentas pessoas, entre estudantes de direito, psicologia, enfermagem, fisioterapia. Quando chegou a sua hora de falar, Judite subiu no palco do auditório aparentemente decidida. Andava de um lado para o outro enquanto passava sua mensagem de maneira firme. Olhava para os slides projetados na parede e se virava para a plateia, eu inclusa, com quem interagira fazendo perguntas, ora retóricas, ora reais, que deveriam ser respondidas levantando as mãos. Mas quero chamar atenção aqui para a maneira com que Judite apresentou as ações que constituem violência obstétrica:

[e] essa aqui? [uma imagem de uma episiotomia projetada na parede atrás dela]. É uma das [imagens] que eu mais gosto. Assusta vocês? [todos ficam em silêncio e ela passa uns segundos olhando para a plateia sem dizer nada]. Isso é uma mutilação genital conhecida por episiotomia. [...] A gente condena tanto as mutilações genitais das outras culturas, a gente não olha pra nossa própria! [...] O quê que vocês acham: que um tecido é melhor a gente cortar ele ou ele se romper sozinho? Incomoda, né? [olhando para imagem e depois para o público]. É bom que incomode, assim a gente muda o status quo. (Judite, 09 de outubro de 2019)

Além da foto de uma episiotomia, Judite mostrou também uma imagem em que profissionais de saúde aparecem fazendo uma manobra de Kristeller numa gestante em trabalho de parto, e uma foto em que a parturiente estava amarrada à cama do hospital.

---

<sup>105</sup> Foi uma palestra dentro da programação do *I Congresso de Direito das mulheres do Vale do Paranhana – Violência Obstétrica em debate*, organizado pela Comissão da Mulher Advogada, da OAB/RS.

Segundo ela, o corte no períneo, a manobra e tal imobilização, podem ser compreendidos como lesões corporais<sup>106</sup> e/ou constrangimento ilegal<sup>107</sup>. E é mais ou menos esse raciocínio que ela trouxe em toda sua palestra: tradução, em termos jurídicos, de condutas que são consideradas violência obstétrica pelo circuito das advogadas *experts* que ela integra. A episiotomia, especificamente, é também considerada, nesse raciocínio, uma mutilação genital e a manobra de Kristeller, além de constrangimento ilegal, também tortura<sup>108</sup>.

Ora, dizer que a episiotomia é uma mutilação genital é ir além de afirmar que sua realização de rotina não é recomendada pela OMS. E Judite não estava “apenas” dizendo, mas manipulando imagens e fazendo toda uma performance, primeiro ficando em silêncio e olhando para a plateia – como que deixando a foto falar por ela mesma – e depois perguntando “choca, né?”. Ela estava produzindo um rechaço moral das situações e procedimentos. E nessa produção, a ênfase na dor parece ganhar proeminência, como se a dor, por si só, fosse indicativo de que houve violência<sup>109</sup>. No caso da episiotomia, não se falou nesse momento da possibilidade de aplicar anestesia quando o corte é feito. A imagem de um períneo cortado e sangrando remete à dor, e esta, por sua vez, à violência. A dor, ou melhor, a impressão da dor, traduzida em imagem, agencia a existência de violência (ASAD, 2003).

A produção desse rechaço moral às ações que configuram violência obstétrica não ocorre somente com esses procedimentos mais extremos e/ou agressivos. Em linhas gerais, as advogadas *experts* seguem as demais ativistas pela humanização do parto ao enfatizar que as mulheres precisam ter a autonomia respeitada desde a gravidez até o puerpério. Nos espaços do campo, embora a ideia de ter “informação” sobre gravidez e parto tenha sido reiteradamente repetida pelas ativistas, as palavras “autonomia” e “decisão” também soavam como um mantra. Então, a rejeição moral aos procedimentos e ações vem acompanhada da

---

<sup>106</sup> Artigo 129 do Código Penal brasileiro: Lesão Corporal: “Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem: Pena – detenção, de três meses a um ano” (BRASIL, 2017 [1940], p. 51)

<sup>107</sup> Artigo 146 do Código Penal brasileiro: Constrangimento Ilegal: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda: Pena- detenção, de três meses a um ano ou multa” (BRASIL, 2017 [1940], p. 59)

<sup>108</sup> Nesse ponto, ela faz referência aos tratados e convenções de direitos humanos sobre tortura, ratificados pelo estado brasileiro.

<sup>109</sup> Para o objetivo de combater a prática da episiotomia, a dor funciona como indicativo de violência. O mesmo raciocínio não serve, porém, para o fórceps, que por ser amparado pela MBE, não necessariamente constitui violência obstétrica quando é utilizado pelo obstetra, somente se não for utilizado da maneira e no momento corretos.

noção de consentimento. Para as advogadas, mas também outros profissionais ativistas envolvidos com o combate à violência obstétrica, uma questão primordial para o enquadramento de uma situação de parto como episódio de violência obstétrica é se a parturiente pôde decidir, escolher, se queria ou não os procedimentos médicos e hospitalares realizados no seu corpo ao longo do processo de parturição.

E no caso das advogadas, essa ideia de consentimento muitas vezes é condensada em orientações para que as mulheres elaborem um Plano de Parto, documento em que manifestam o que querem e o que não querem que ocorra ao longo do seu processo de parto no hospital/maternidade. O Plano de Parto é uma prática estimulada pela OMS no documento *Assistência ao Parto Normal: Um guia prático*, de 1996, que foi traduzido e editado pelo Ministério da Saúde algumas vezes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017<sup>110</sup>). No guia da OMS ele é definido como um “[p]lano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família” (OMS, 1996, p. 69).

As advogadas orientam que as gestantes façam esse Plano para resguardar seus direitos, em publicações em seus perfis no Instagram, seja na *timeline*, seja nos *stories*. Elas, inclusive, oferecem cursos sobre como elaborar esse documento. Em 2021, por exemplo, Judite ofereceu duas edições do *Workshop de Plano de Parto*<sup>111</sup>, que consistia num dia inteiro em que ela e uma doula orientaram as inscritas a como elaborar e submeter esse documento ao hospital.

“Informação” e “autonomia” são aparentemente um consenso entre as advogadas do circuito, juntamente com a ideia de que as mulheres têm que saber seus direitos no momento do parto, devem buscar por isso. “É isso: estudar, ter informação. Se isso [alguma conduta] acontecer, [saber] o que eu posso aceitar, o que eu posso negar.” É uma das falas de Judite no workshop de Plano de Parto. Esse tipo de formulação leva a crer que todas as grávidas e parturientes têm condições iguais de diálogo nas maternidades e hospitais. E é aí que Dora tensiona essa ideia de “estudo”, “autonomia”, “decisão”. Numa live com Ludmila sobre violência obstétrica contra mulheres negras ela disse:

---

<sup>110</sup> A primeira tradução é de 1996.

<sup>111</sup> Participei da 2ª edição deste workshop. Ele aconteceu de maneira totalmente remota, via Zoom. O custo da inscrição foi R\$ 180,00 (cento e oitenta Reais).

Principalmente em mulher periférica, mulher preta e periférica, a informação por si só não basta pra essas mulheres. Porque elas têm medo, porque geralmente o médico que atende é o médico branco, então elas têm medo, elas têm receio de bater de frente com aquele profissional e sofrer algum tipo de retaliação. (...) A gente tem que ter esse senso apurado pra perceber essa interseccionalidade.

Essa ponderação coloca a ideia de autonomia e decisão em perspectiva, mostrando que a depender de quem esteja combatendo e/ou sofrendo a violência obstétrica, as estratégias de enfrentamento serão diferentes. Tendo em conta o que Dora coloca, se é preciso que as mulheres sejam respeitadas em suas decisões, se procedimentos desnecessários e dolorosos durante a assistência precisam parar de ser feitos, isso não será garantido apenas com uma ação individual das mulheres. Afora esse tensionamento, Dora também reitera sempre que, no caso das mulheres negras, a negligência e recusa de atendimento estão muito mais presentes que o excesso de intervenções, por exemplo.

Nessa operação de rechaçar moralmente o que antes era considerado a ordem “normal” e “natural” das coisas, o ativismo contra a violência obstétrica – e as advogadas inseridas nele, em particular – se aproximam de outras contestações, como as que vão de encontro à violência doméstica e à violência sexual. As militantes que fazem (e fizeram) frente a essas violências empreendem um esforço de mostrar que certos comportamentos conjugais não podem mais ser aceitos, no caso da violência doméstica; ou, no caso da violência sexual, que certas abordagens sexuais são desrespeitosas e indesejáveis (GREGORI, 1992; BUARQUE de ALMEIDA, 2019). Nesse sentido, toda reivindicação que evoca combater alguma violência de gênero acaba por provocar uma reavaliação de certos aspectos da vida, de modo que é comum que as mulheres “percebem depois” terem sido vítimas de violência doméstica, violência sexual e, também, violência obstétrica. Como eu e outras participantes do minicurso comentávamos, há uma série de pessoas conhecidas que estão passando por esse processo. E as advogadas experts, ao manejarem a categoria violência obstétrica, em seu sentido técnico e moral, acabam sendo agentes ativas do repensar das mulheres/mães sobre sua vida reprodutiva.

As mulheres que lutam contra a violência obstétrica no Brasil se valem da chamada medicina baseada em evidências aparentemente porque ela oferece respaldo para suas demandas. O direito acaba oferecendo também esse respaldo, uma vez que os preceitos dessa medicina constam nos regulamentos e recomendações mais atuais sobre gravidez e parto. Mas, isso soa como se a luta delas estivesse alheia de dimensões morais, ideológicas e

políticas. No discurso das advogadas experts, a violência obstétrica aparece como uma questão técnica jurídica, *pero no mucho*, como mostra a performance de Judite na palestra, bem como as noções de “informação”, “decisão”, “autonomia” e as tensões inerentes a esses preceitos quando se observa diferentes vivências da “mulheridade” explicitadas por Dora.

#### 4. Constituindo vítimas?

##### DESAFIO DO DIA 01

Oi pessoal! O dia 01 da imersão encerrou a poucos instantes. Espero que vocês tenham gostado.

Para mostrar que a violência obstétrica acontece cotidianamente e que é mais recorrente do que imagina, faça um post no Instagram, converse com um familiar, sobre o tema. Induza a pessoa a relatar se sofreu violência obstétrica.

##### ⚠️ IMPORTANTE!

Seja empático, faça um post neutro, “como quem não quer nada.”

Será um exercício bacana para que você compreenda e analise os relatos.

Recebi essa mensagem no celular, pelo *Whatsapp*, minutos depois de ter assistido à primeira aula da Imersão Jurídica em Violência Obstétrica, um dos cursos gratuitos preparatórios que Ludmila e seu escritório oferecem, a fim de divulgar o curso de especialização em violência obstétrica para advogados, que, esse sim, é pago e tem duração de cerca de três meses. Ela foi enviada pela equipe que estava organizando a sequência de aulas gratuitas, de modo que o remetente era um perfil chamado “mentoria do direito.”

A reivindicação por um parto humanizado no país tem sido também um requerimento por “parar a violência obstétrica”. Nas demandas por direitos, especialmente quando elas envolvem acabar ou conter certo tipo de violência, é de praxe que os formuladores das reivindicações constituam as figuras do agressor e da vítima, como se elas fossem claras. Com a violência obstétrica no Brasil não é diferente, e o enquadramento dos ativismos costuma ser: as mulheres<sup>112</sup> como possíveis vítimas e, em geral, os médicos como potenciais agressores (PULHEZ, 2013).

Nos cursos, *lives*, *workshops*, aulas, que Judite, Ludmila e Dora oferecem, elas sempre frisam que o “agente ativo” da violência obstétrica são os profissionais de saúde, no plural, podendo ser, além de médicos, enfermeiros, psicólogos, ou mesmo quaisquer pessoas

---

<sup>112</sup> Em muitas situações as advogadas pontuam que homens *trans* também podem ter filhos. Ou seja, não são somente as mulheres que dão à luz e que podem sofrer violência obstétrica.

que trabalhem no hospital/maternidade e que em alguma situação restrinja direitos e/ou violento gestantes, parturientes e puérperas. Apesar disso, nos casos contados por elas que saíram na mídia e também quando explicam as possibilidades de denúncia<sup>113</sup> formal da violência, é a categoria médica<sup>114</sup> que aparece como a principal agressora.

O “sujeito passivo”, por sua vez, são as mulheres. Todas podem ser vítimas porque em tese têm o potencial de parir. Na explanação sobre esse “sujeito passivo”, elas enfatizaram que a violência obstétrica é uma violência de gênero, e que há um tabu sobre o parto porque ele demonstra que as mulheres exerceram sua sexualidade. E, ainda, que a questão do parto envolve a discussão sobre maternidade, sobre que tipo de maternidade se espera das mulheres. “Por isso que a gente fala em violência obstétrica, porque quando vai fazer uma cirurgia do rim você não passa pelo que passa num parto.” Foi a fala da doula que ministrou o workshop de Plano de Parto junto com Judite, para dizer que a violência obstétrica é violência de gênero.

Enquanto na área jurídica é quase inevitável falar de polos “passivo” e “ativo”, a abordagem antropológica questiona os efeitos de tal enquadramento polarizado, que não permite alcançar nuances. Autoras como Bruna Franchetto *et. al* (1984) e Maria Filomena Gregori (2004), explicam que a ideia de “violência contra a mulher” acaba criando representações estanques das mulheres sempre como vítimas e dos homens sempre como agressores, dando a impressão de que esta posição está condicionada ao gênero. É como se essa expressão acabasse por consolidar uma questão que as ativistas feministas que a conceberam almejavam combater. Essas autoras estão falando de uma violência doméstica, ou, ao menos, de um tipo de violência interpessoal vivido primordialmente em uniões conjugais heterossexuais. Mas entendo que esse raciocínio pode ser válido também para a noção de violência obstétrica: a reivindicação de não violência e seu encapsulamento jurídico

---

<sup>113</sup> Elas explicam sempre que uma das possibilidades de denúncia é junto ao Conselho Regional de Medicina ao qual o médico esteja vinculado. A acusação, nesse tipo de denúncia, é de que o médico cometeu uma infração disciplinar ao cometer violência obstétrica. Também é possível fazer operação semelhante nos conselhos de outras categorias, no caso da enfermagem, por exemplo. Mas essa possibilidade quase nunca é dita pelas minhas interlocutoras, o que reitera minha interpretação de que os médicos despontam como os principais agressores nesse enquadramento da violência obstétrica.

<sup>114</sup> Muitas vezes parece que ao falar “o médico” se presume que será sempre um médico – homem – nesse arranjo, o que foge à realidade. Ou seja, muitas mulheres médicas podem ser agentes ativas da violência obstétrica. De acordo com a demografia médica mais recente, publicada em 2023 pela Associação Médica Brasileira, em 2024, as mulheres constituirão mais da metade dos médicos no país. Ou seja, haverá mais médicas que médicos. Ver em: <https://amb.org.br/noticias/lancada-a-demografia-medica-no-brasil-2023/>.

podem acabar reificando situações que as ativistas almejam combater, isto é, as mulheres como vítimas e os médicos como agressores.

Entendo que esse risco de reificação fica evidente quando me volto para as diferentes maneiras com que as advogadas enquadram, definem, quem são as vítimas da violência obstétrica em sua prática profissional e ativista. E elas fazem isso porque, além de ser praxe ativista, também são “ossos do ofício.” Por um lado, a polarização faz parte da abordagem jurídica usual, por outro, também serve como bandeira para agregar as pessoas em prol de mudanças, nesse caso, na assistência ao parto e, em última instância, na assistência das mulheres à saúde. Mas, é também na demarcação de quem são as vítimas que as dimensões *tecnomorais*, tanto do ativismo das advogadas *experts*, quanto da noção de violência obstétrica confeccionada por elas, fica mais evidente.

Nos dois tópicos anteriores, procurei mostrar que as ações das advogadas em prol do parto humanizado caminham entre a técnica jurídica e uma espécie de moral ativista que busca fazer respeitar os direitos – “autonomia”, “informação”, “decisão” – das mulheres e mostrar o quanto os procedimentos de assistência ao parto podem ser cruéis.

Como eu disse, é no enquadramento das vítimas que a dimensão tecnomoral da violência e do ativismo das advogadas está presente com mais força. Na mensagem de *Whatsapp* enviada aos alunos da aula gratuita oferecida por Ludmila e sua equipe, com a qual iniciei esse tópico, a violência obstétrica aparece como um conjunto de elementos e ações que aconteceram ao longo da assistência ao parto, sem que o sentimento subjetivo de se sentir vítima seja necessário para que a situação se configure como violência. Nessa mensagem, os advogados – na sua expressiva maioria, advogadas – são colocadas como aquelas que irão dizer a verdade sobre o parto das mulheres, vão lhes tirar as vendas e mostrar toda a violência que houve ali. Que implique em reescrever o passado, perceber o presente ou prever o futuro, a ideia de violência obstétrica vai restituir a sensação de verdade última...

Às advogadas cabe identificar se houve ou não violência no parto mas, se elas estão falando sobre o assunto com as mulheres nas redes sociais e fora delas, fazendo posts no Instagram, é porque, apesar de elas terem a capacidade técnica de identificar a violência, alguém precisa dizer o que aconteceu, contar a história do parto. Elas precisam das histórias, antes mesmo de precisar das vítimas. E, caso os relatos de parto se convertam em lembrança dolorosa, aí haverá a vítima, uma cliente e potencial. Realizar essa operação

de fabricação de vítimas faz todo sentido num curso gratuito que pretende divulgar uma especialização em violência obstétrica. Os advogados só irão efetuar a inscrição caso vejam que a área está em expansão, ou seja, existem clientes, nesse caso, mulheres vítimas de violência obstétrica dispostas a responsabilizar judicialmente os responsáveis.

Mas Ludmila explica que é possível também que os advogados atuem preventivamente na área da violência obstétrica, prestando consultoria para hospitais, por exemplo, para que eles adequem suas práticas e instalações físicas às exigências legais, evitando assim que a violência ocorra. Especificamente quanto a essa espécie de atuação, Ludmila acredita na ideia de que quanto mais advogados atuando na área da violência no parto é melhor, pois significa que existem mais pessoas tecnicamente aptas a ajudar as mulheres. E quanto ao processo judicial em si, ela acredita que é preciso ingressar na justiça mesmo, seja pessoalmente contra quem cometeu a violência, seja contra o plano de saúde, o hospital e quem ou que mais tenha sido responsável pela violência sofrida pelas mulheres vítimas. Em sua perspectiva, enquanto não fizermos a violência obstétrica “doer no bolso”, nada vai mudar.

Porém, se na esfera da profissionalização das advogadas a violência obstétrica aparece muito como esse *checklist* técnico, através de sua intervenção, elas acabam por produzir uma categoria moral: as vítimas. Digo isso a partir do depoimento de Dora em sua *live* com Ludmila:

A gente acaba apurando os olhos pra ver as violências. Eu não vou chegar pra pessoa pra dizer que ali foi feio, que teve alguma violência. Quando eu comecei a estudar a língua era mais chicote, eu ficava dizendo ‘foi violento, é violência, é violência’, mas às vezes acaba sendo também violento com aquela mulher, porque às vezes ela tá feliz com o parto dela. Se ela começa a ver meu conteúdo, o conteúdo de outras colegas e começa a entender que com ela pode ter acontecido uma violência obstétrica, e falar comigo, é uma coisa. Porque se eu falar acaba sendo violento também, porque essa mulher tinha uma percepção do parto dela bom, e de repente, eu pego isso e derrubo.

Ao falar isso, Dora evoca o cuidado que ela pensa que as advogadas têm que ter ao lidar com suas clientes. Isto é, pode ser violento também sair dizendo que houve violência em determinada situação se ela não foi chamada a opinar ou a ajudar, e nem a mulher acredita que houve algo errado com seu parto. Nessa formulação, Dora acaba submetendo sua prática técnica jurídica às dimensões políticas da noção de violência que ela, como advogada do

circuito, tem ajudado o construir juntamente com suas parceiras. Quais as implicações políticas de elas, como advogadas ativistas, constituírem um conjunto cada vez maior de vítimas de violência obstétrica? Será que aumentar o número de vítimas (mesmo que em potencial) vai ao encontro da proposta de fazer diminuir a violência obstétrica? Os partos – e as experiências reprodutivas – têm que acontecer de uma única maneira? São questões que surgem dessa possibilidade de constituição de vítimas, própria da prática tecnomoral do ativismo das advogadas *experts* e da noção que elas vêm elaborando de violência obstétrica nos diferentes espaços que ocupam.

## Capítulo 4

### Histórias de parto e violência: entre convenções, crueldade e cuidado

#### 1. Introdução

A violência obstétrica tem povoado as notícias no país. Porém, duas histórias ganharam destaque nacional em tempos recentes: o “caso Shantal” e o do médico anestesista que foi preso em flagrante após colocar o pênis na boca de uma mulher que estava no centro cirúrgico para fazer uma cesariana. Shantal Verdelho é uma *influencer* digital com milhares de seguidores no *Instagram*. Em dezembro de 2021, um áudio seu relatando as situações pelas quais passou no parto da segunda filha, nascida em setembro daquele ano, *vazou* nas redes sociais. Junto dele, também vazaram trechos do vídeo de seu parto, assistido por um obstetra de prestígio, Renato Kallil. Nos vídeos, ele aparece xingando a parturiente: “ah, viadinha! Ela não faz a força final!”. A *influencer* disse que o médico também falou sobre sua vagina ao marido que então filmava a cena do parto: “olha aqui, toda arrebetada, vou ter que dar um monte de pontos na perereca dela.” Afora isso, o médico também subiu em sua barriga executando uma manobra de Kristeller.

Após o vazamento do áudio e dos vídeos – um deles recebi em um grupo de *whatsapp* administrado por uma advogada especialista em direitos das gestantes –, Shantal e o marido deram entrevistas na televisão e para diversos jornais. Fizeram um boletim de ocorrência na delegacia e uma denúncia junto ao Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo (CREMESP), ambos afirmando que a *influencer* foi vítima de violência obstétrica.

Figura 8: Notícia sobre Shantal

## Shantal diz que percebeu violência obstétrica em vídeo do parto e que foi desacreditada por pessoas próximas

Influencer diz ter ficado em choque ao ver imagens e que, antes de divulgá-las, pessoas próximas disseram que era 'mimimi'. Obstetra Renato Kalil usou palavrões, expôs partes íntimas dela para o marido e terceiros e adotou técnica violenta durante parto. Médico nega.

Por GloboNews e g1 SP — São Paulo

14/01/2022 15h23 · Atualizado há um ano



Fonte: Portal de notícias G1.

Alguns meses depois, em julho de 2022, no Rio de Janeiro, o médico anestesista Giovanni Quintella Bezerra é pego em flagrante: uma equipe de enfermeiras conseguiu filmar o momento em que ele abriu o zíper e colocou seu pênis na boca da parturiente em cesariana. As profissionais vinham desconfiando da conduta do médico, pois ele sedava excessivamente as pacientes que iriam para a cesárea, não permitia acompanhante e se posicionava perto do pescoço das mulheres. O caso foi amplamente noticiado como estupro e, após ser preso em flagrante, sua prisão foi convertida em prisão preventiva<sup>115</sup> por ele ter cometido “estupro de vulnerável”, uma categoria de estupro que tem pena mais grave, pois são casos em que a vítima não pode oferecer resistência.<sup>116</sup> Porém, a conduta do médico anestesista também foi noticiada e descrita como sendo violência obstétrica.

O portal de notícia G1 anunciou: “Além de estupro, anestesista pode responder por violência obstétrica; polícia investiga se vidas de grávidas estiveram em risco”<sup>117</sup>. Nessa notícia, uma advogada é entrevistada e diz que por não ter seguido protocolos o anestesista

<sup>115</sup> A prisão em flagrante é aquela em que o autor do crime é preso no momento, ou logo após ter cometido o crime. Porém, para que ele continue preso, é preciso que esse tipo de prisão seja convertido em prisão preventiva (é um tipo de prisão em que o acusado fica preso aguardando julgamento).

<sup>116</sup> Atualmente, Giovanni Bezerra segue preso e, em março de 2023 seu registro profissional junto ao CREMERJ foi cassado. Ver em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2023-03/cremerj-cassa-registro-de-anestesista-acusado-por-estupro-de-paciente>.

<sup>117</sup> Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2022/07/13/alem-de-estupro-anestesista-pode-responder-por-violencia-obstetrica-policia-investiga-se-vidas-de-gravidas-estiveram-em-risco.ghtml>

também incorreu em violência obstétrica. Embora a matéria não detalhe quais protocolos Giovanni deixou de seguir, imagino que seja a presença do acompanhante e a quantidade correta de sedativo dado às gestantes.

Figura 9: Notícia sobre anestesista



Fonte: Portal de notícias G1.

Numa tendência semelhante, o *podcast* diário da Folha de São Paulo, Café da Manhã, dedicou um episódio inteiro ao assunto, cujo título foi “O estupro no parto e todas as violências obstétricas”, em que a psicanalista e colunista da Folha, Vera Iaconelli, é entrevistada. Dias antes, em sua conta no *Twitter*, ela escreveu:

A cena do anestesista Giovanni Quintela Bezerra estuprando o corpo indefeso de uma mulher parindo é o resumo acabado de todas as violências obstétricas. A lógica que permite este tipo de perversão é a mesma que comparece em casos mais sutis: a mulher é essa coisa aí para ser usada como se bem quiser. O discurso médico-hospitalar fomenta o abuso ao fazer da paciente um objeto a ser manipulado enquanto os médicos são tidos como super poderosos. Não fiquemos chocados com a cena a ponto de imaginar que se trata de fato isolado. Trata-se de ponto extremo de uma sequência de eventos que corroboram o lugar do discurso médico em nossa sociedade. (IACONELLI, 2022)

Acompanhei atenta esses dois episódios como alguém preocupada com as violações à integridade física e psicológica das mulheres, e que se sente parte dessa minoria política, mas também como pesquisadora. E nessa posição, me chamou a atenção o fato de que situações bem diferentes tenham sido incluídos numa mesma categoria de violência. De um

lado, xingamentos, ofensas e aplicação de uma manobra proscrita pela OMS. De outro, a execução de um ato sexual sem consentimento, com a mulher dopada.

O que as duas situações têm em comum, para além de terem acontecido durante o parto/nascimento, é que os médicos são acusados pessoalmente. Nesse formato, a violência obstétrica parece ser um tipo de violência cometida por uma pessoa específica e não por uma instituição ou um conjunto de instituições e atores. Na discussão pública sobre o assunto, é a colunista da Folha quem traz uma dimensão mais “estrutural” para o problema, provavelmente influenciada por parte da literatura – da área da saúde e das humanidades – que afirma isso e com a qual dialoguei no primeiro e segundo capítulos. Mas a leitura de que esse tipo de violação tem raízes maiores e mais profundas muitas vezes não oferece alternativas para evitar violências ou mesmo sugestões para modos de proceder quando as mulheres passam por esse tipo de situação.

Esses dois casos de grande repercussão midiática e o modo como eles confluíram para serem entendidos como situações de violência obstétrica têm a ver com o que quero examinar nesse capítulo: os relatos da experiência pessoal de determinadas mulheres no parto. Uma das frentes de pesquisa consistiu na conversa e escuta desses relatos. As mulheres não falavam somente do parto em si, mas também de suas trajetórias reprodutivas, como a questão da maternidade e da gravidez se inseria no seu modo de viver a vida e nas suas aspirações individuais.

Assim como Dora, advogada com quem dialoguei no capítulo 03, disse, antes de se tornar advogada especializada em violência obstétrica, ela era a pessoa com quem as pessoas queriam falar sobre parto, contar suas experiências, porque ela se interessava sobre o assunto. Durante a pesquisa eu também pareço ter me tornado essa pessoa. E foi assim, muitas vezes antes que eu manifestasse interesse, que as mulheres e suas histórias chegaram a mim. “Podias conversar com a minha amiga, ela teve algumas dificuldades no nascimento dos filhos”, “eu tenho uma amiga pra te apresentar, ela também é muito ligada nisso dos partos”, “podias conversar com a minha mãe, ela teve muita dificuldade”. Muitas versões de frases como essas escutei de colegas da pós-graduação, amigos e familiares. Então, resolvi “seguir as pistas”, afinal, a maioria das mulheres com quem conversei queriam falar.

E, é por considerar importante essas histórias e porque tomaram uma proporção significativa em número e sentidos – entrevistei nove mulheres e empreendi também outras

conversas informais com pessoas próximas –, que lhes dediquei um capítulo à parte. Nesse movimento, tornei-me também a pessoa que pergunta sobre como foi o parto dos outros. Com isso, me vi questionando a minha avó sobre o nascimento de minha mãe e meus tios, a minha sogra sobre como ocorreu sua gestação. Falei também com amigas e minha irmã, que enquanto eu fazia a pesquisa, ficaram grávidas, sobre como estava sendo aquela experiência, quais suas expectativas e como, de fato, o parto aconteceu.

As narrativas pessoais acerca da experiência de gravidez e, principalmente, do parto que me foram confiadas são detalhadas e singulares. Poderiam facilmente ser analisadas por diversos enfoques. Embora todas as entrevistas e contatos informais que realizei durante a pesquisa tenham contribuído para as formulações desse capítulo e da tese como um todo, aqui discorro mais longamente sobre três mulheres que tiveram partos que não ocorreram como elas esperavam. Todas se entendem vítimas de violência obstétrica, mas por motivos diferentes, que têm a ver com as especificidades de suas situações de parturição. Porém, somente uma delas procurou algum tipo de responsabilização dos algozes da violência sofrida.

Tornando produtivo o estranhamento com as notícias do caso Shantal e do anestesista, busco entender: 1) o que tem sido incluído como expressão de violência na experiência de parto daquelas que se reivindicam vítimas de violência obstétrica, 2) quais os elementos preponderantes para que as experiências de parto tenham sido vividas e sejam lembradas como acontecimentos violentos. A partir desse material, tento traçar: a constituição de uma espécie de convenção narrativa da violência obstétrica, ressaltando o que é incluído e excluído na conformação dessa convenção assim como as instabilidades das molduras e as possibilidades de leituras múltiplas da violência obstétrica por conta disso.

## **2. Aportes analíticos para pensar classificações/categorias**

As formulações que elaboro a seguir sobre o termo violência obstétrica com base na experiência que tive com as interlocutoras são inspiradas nas ideias do filósofo Ian Hacking (1986; 1995; 2013) acerca da “composição de pessoas” e dos “efeitos de looping” de tipos humanos.

O filósofo Ian Hacking (1986), num ensaio sobre o surgimento do transtorno de personalidade, explica o que chama de nominalismo dinâmico. Este faz com que o etiquetamento de coisas e fenômenos, isto é, o ato de nomeá-los, ao mesmo tempo cria o fenômeno que se está nomeando. Ele diz que nomear o transtorno de personalidade ao mesmo tempo criou os indivíduos com esse transtorno. O autor não nega que haja algo no terreno biológico que indique essa “espécie” de pessoa, mas problematiza que socialmente ela também passa a existir porque as pessoas começam a se encaixar nas descrições médicas. Nesse mesmo ensaio, ele também explica como a categoria homossexual foi criada pela medicina no século XIX, mas que ganhou vida própria, saiu do domínio apenas da medicina e foi sendo utilizada por atores que reivindicavam direitos.

Num escrito publicado alguns anos depois, o autor se dedica a explicar o que ele chama de “efeito looping” de tipos humanos. Tipos humanos podem ser compreendidos como tudo aquilo que pode vir a ser conhecido no âmbito das humanidades, isto é, são figuras, tipos, categorias, que se tornam objeto de estudo e preocupação científica, política e social. Pode ser desde o abuso contra crianças (HACKING, 2013) ou mesmo a gravidez na adolescência (HACKING, 1999) e seus respectivos tipos de pessoas correspondentes, isto é, aqueles que passam a ter sua experiência “encaixada” naquilo que se converte num “problema”.

Os “efeitos de looping” são as possibilidades de ação futura abertas pelos tipos humanos. Sua conformação oferece descrições e explicações sobre eles mesmos. Para ficar mais palpável, é possível dizer que a noção de “abuso contra crianças” traz consigo quais são as espécies de acontecimentos que podem ser traduzidos como sendo exemplos cabais de abuso infantil. O “looping” surge porque, sendo disponível cientificamente, politicamente e socialmente, essa noção acaba ganhando inteligibilidade à medida que novas experiências e explicações vão se conectando a ela. Nesse processo de “looping”, a noção cunhada a partir da observação volta a influenciar a identidade e o próprio comportamento dos indivíduos assim classificados.

Trazendo o nominalismo dinâmico e *looping effect* para essa pesquisa, é possível pensar que se as etiquetas criam pessoas, estabelecer a violência obstétrica como um tipo específico de violência cria suas vítimas e eventuais responsáveis, mudando a compreensão e expectativa que as mulheres têm em relação ao parto. O efeito vai além dos *scripts* e

modelos delineados pelo movimento do parto humanizado, mesmo que inicialmente tal noção de violência tenha surgido em meio a ele no contexto brasileiro e latino-americano.

Essa categoria começa a estar disponível na linguagem pública, sendo comentada nas redes sociais por especialistas, como as advogadas do capítulo 03, mas também por profissionais de saúde e mães ativistas. As matérias de jornal como a do caso de violência obstétrica sofrido por Shantal e da violência sexual – e obstétrica – cometida por Giovanni Bezerra, também cumprem um papel importante na difusão de nomes, categorias, noções, como a violência obstétrica. Opiniões de colunistas de jornais, como a de Vera Iaconelli, psicanalista ouvida pela Folha de São Paulo em seu *podcast* e que também falou sobre violência obstétrica em sua conta no *Twitter*, também contribuem para isso. São formas de difusão da categoria violência obstétrica, que a tornam disponível. Com isso, sujeitos que de alguma forma entram em contato com ela podem se sentir afetados em suas identidades, na medida que o novo tipo acaba se articulando com suas experiências. Ao mesmo tempo que tais sujeitos podem, então, passar a descrever suas experiências pessoais a partir da “nova” categoria – violência obstétrica – essa mesma noção acaba adquirindo novos contornos, por meio de novos encaixes de histórias feitos pelos sujeitos que têm contato com ela seja pelas redes sociais, quando começam a “seguir” alguma especialista, seja nas notícias divulgadas pela televisão ou noticiário eletrônico.

As cenas que compõem a categoria violência obstétrica, bem como seus atores podem mudar num *looping* imprevisto até mesmo pelos movimentos que primeiro formularam e reivindicaram a noção. Espero mostrar a seguir, por meio das histórias de Paula, Renata, Débora, a conformação de convenções explicativas do tipo social “violência obstétrica”, apontando aquilo que lhe escapa, e, quais acepções a categoria vem adquirindo em meio a proliferações de seu uso.

### **3. Histórias de parto e violência**

#### **3.1. Paula**

Paula tinha 29 anos quando engravidou. Como agrônoma, ambientalista e ligada a movimentos sociais de agroecologia, até essa idade dizia que não queria ter filhos porque pensava que fazer isso era, em suas palavras, um “despropósito ecológico.” Ela me contou,

rindo, que mudou de opinião quando estava prestes a fazer 30 anos. Naquele período, a ideia de ter um filho não saía de sua cabeça.

Seu companheiro à época não queria, mas foi convencido por ela. Quando a entrevistei, ela tinha 38 anos e seu filho, 06. Ela reside em Belém (PA), se autodefine parda, trabalha numa organização não-governamental que atua junto à população rural e ribeirinha na Amazônia e fomos apresentadas por uma amiga em comum. Em momentos de conversa informal, inclusive antes de eu ingressar no doutorado e começar a pesquisar sobre parto e nascimento, Paula já havia comentado comigo que no parto do filho aconteceram coisas que a revoltaram e que ela foi “cortada” de forma alheia à sua vontade.

Numa vinda sua a trabalho no Rio Grande do Sul, nos encontramos. Quando ela soube meu tema de pesquisa, imediatamente disse que poderia ser uma das entrevistadas. Não houve tempo para uma conversa mais calma, ela voltou para casa, veio a pandemia de Covid-19 e acabamos conseguindo nos falar mais tranquilamente somente via chamada de vídeo *online* em 2021. Nesse momento, ela me explicou tudo o que ocorreu no seu parto e como ela se sentiu diante disso.

Em 2014, passados alguns meses sem tomar anticoncepcional, ela engravidou. Foi quando começou a procurar as redes de apoio ao parto normal<sup>118</sup>. Estando grávida ela diz que se “deparou com a informação [...] que era uma informação acessível pra uma pessoa como eu, né?!”. A “informação” aqui pode ser entendida como uma espécie de “combo” da humanização do nascimento, que ela passou a estudar e aprender nas reuniões semanais do Istar<sup>119</sup>, em que participou assiduamente durante toda gestação. São estudos sobre a fisiologia do parto (as fases da gravidez e do trabalho de parto, os tipos de contração e detalhes que as adeptas do movimento pela humanização do parto criticam que supostamente não são repassados às gestantes nos pré-natais médicos), as evidências científicas advindas

---

<sup>118</sup> Ela usa parto normal como sinônimo de parto vaginal.

<sup>119</sup> “O Istar é um grupo que surgiu em Recife-PE em 2007 com o objetivo de promover o acolhimento de mulheres gestantes e puérperas e demais pessoas interessadas em debater sobre o parto, nascimento, amamentação e cuidado sob o viés da humanização, das evidências científicas e da maternidade ativa. O grupo se espalhou pelo Brasil e atualmente está presente em 5 Estados (Pernambuco, Pará, São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro) e no Distrito Federal. (...) O Istar também é um grupo apoiado pela rede Parto do Príncipio.” Ver em: <https://portfoliodepraticas.epsjv.fiocruz.br/pratica/roda-de-gestantes-ishtartijuca#:~:text=O%20Istar%20%C3%A9%20um%20grupo.cient%C3%ADficas%20e%20da%20maternidade%20ativa>. De acordo com o blog do Istar Belém, o grupo existe e atua na capital paraense desde 2007 até o ano corrente, de maneira ininterrupta (acontecendo em formato online durante a pandemia de Covid-19). Ver em: <http://espacoistarbelem.blogspot.com/p/institucional.html>.

de ensaios clínicos randomizados, benefícios da amamentação e o que Hernandez e Victora (2021) denominaram “modos sensíveis de criação infantil”. São formas de cuidado vindas também de uma crítica à excessiva medicalização dos cuidados infantis e que propõem amamentação em livre demanda, uso de *sling*, fraldas de pano, entre outras práticas entendidas por seus adeptos como mais “naturais”.

Com o desejo de ter um parto vaginal, Paula foi em busca de uma ginecologista que tivesse práticas afeitas ao modo como desejava parir, com pouca ou nenhuma intervenção médica, de maneira humanizada. Ela conta que pensou inicialmente num parto domiciliar, mas, negociando com o companheiro, que achava essa uma opção arriscada, passou a procurar possibilidades humanizadas em ambiente hospitalar. Foi quando encontrou a ginecologista obstetra que lhe atendeu na maior parte do pré-natal e também no parto, depois de tentativas com outros dois médicos. Paula explica que a obstetra foi indicada por pessoas de sua rede como uma médica que também fazia partos normais, além de se auto intitular como especialista em parto “humanizado”.

Paula tinha o plano de saúde garantido via contrato de trabalho e, em conversa com a médica, ela lhe deu duas opções. Ela podia ir para o hospital do SUS onde ela também atendia, pois lá a taxa de partos vaginais era maior, cerca de 40% dos nascimentos. Porém, havia a possibilidade de não ser atendida por sua médica, porque ela só poderia fazê-lo caso Paula entrasse em trabalho de parto quando ela estivesse de plantão. Além disso, sua médica comentou que nem todas as equipes de enfermagem daquele hospital ela considerava boas, então Paula poderia não ter sorte e ir num dia em que uma equipe “ruim” estivesse no plantão. Ou, Paula podia optar por ter o filho no hospital privado em que a médica trabalhava e que atendia seu plano de saúde, ela não cobraria nada “por fora”<sup>120</sup>. E essa última possibilidade foi a que Paula escolheu.

Ainda tinha uma terceira opção que Paula buscou saber sozinha: pagar R\$ 6000,00 (seis mil Reais) para uma equipe especializada em parto humanizado lhe assistir. Era uma grande novidade na cidade na época. A equipe foi criada por um médico obstetra; não aceitava nenhum plano de saúde e tinha uma série de profissionais da enfermagem obstétrica, fisioterapia pélvica, psicologia, doulagem entre outras especialidades que minha

---

<sup>120</sup> Essa cobrança “por fora” é chamada de taxa de disponibilidade. Falei sobre ela nos capítulos anteriores. O fato de a médica não cobrar essa taxa foi uma das questões mais importantes para Paula e que fizeram ela achar que tal médica tinha mesmo compromisso com as práticas da humanização do nascimento.

interlocutora não soube especificar. Mas Paula não quis essa terceira alternativa porque avaliou ser muito caro. E acrescentou, numa pergunta retórica: “eu vou pagar 6 mil reais pra essa galera me acompanhar e eu vou fazer todo o trabalho sozinha?”

Ela acabou achando vantajoso ficar no hospital privado com sua médica do pré-natal porque sabia que a maioria dos obstetras de plano de saúde cobravam “por fora” para assistir partos vaginais e sua médica não fazia isso. Nesse processo de escolha da obstetra e planejamento de como seria o parto, ela contratou uma doula, mas parece que não gostou muito. Enquanto narrava sua história de gravidez e parto ela não mencionou as ações da doula e nem a colocou num espaço importante dos acontecimentos como outras interlocutoras fizeram.

Quando ela estava com 42 semanas e dois dias, começou a sentir as contrações e foi para o hospital privado onde sua médica lhe atenderia. Logo de início, disseram que estava lotado, não havia quarto para ela. Ela me explicou que só haveria quarto garantido se ela tivesse agendado uma cesariana, que era a regra naquele hospital. Nesse momento sua médica intercedeu, disse que o hospital iria sim recebê-la, que era sua paciente e que levaria Paula para o centro cirúrgico. Ali, ela ficou a maior parte do tempo entre uma banqueta e a maca, enquanto a médica lhe assistia, revezando ente Paula e outra parturiente que também estava em trabalho de parto. O companheiro e a doula estavam lá o tempo todo.

Paula ingressou no hospital duas horas da tarde, mas só veio ter o filho na manhã do dia seguinte, por volta das seis horas. Ela não tinha feito o plano de parto, apesar de ter aprendido sobre a possibilidade de elaborar o documento no grupo em que participava. Como ela tinha dito para a médica nas consultas o que não queria que acontecesse, (entre essas coisas, estava a episiotomia), pensou que isso seria suficiente. Logo no início, quando ainda estava na banqueta, sentiu que a médica tinha furado sua bolsa. Durante todas as contrações, Paula ouvia as exortações da obstetra: “faz força, faz força!”. Já estava noite, entrando na madrugada, quando a médica disse “olha, eu vou acelerar o processo” e trouxe uma enfermeira para lhe aplicar Ocitocina na veia. Paula já estava muito cansada e disse que depois do soro com Ocitocina ficou pior, as dores das contrações aumentaram e ela ficou sem condições de falar ou reagir a nada, era “como se tivessem lhe dado uma paulada na cabeça”.

O dia estava quase amanhecendo, Paula estava deitada de lado na maca, quando a médica disse “o bebê tá vindo e voltando, acho que a gente vai ter que fazer uma cirurgia”.

Foi quando ela chamou o anestesista. Mas, quando ele chegou, seu bebê já estava coroando, ou seja, estava com a cabeça começando a passar pelo canal vaginal. Paula conta que ele foi chamar a médica aparentemente desesperado. A obstetra veio e levou Paula de volta para a banqueta, momento em que se voltou para o companheiro de Paula perguntando se poderia realizar uma episiotomia. Ele autorizou. Paula não conseguiu falar nada: “quando ela me cortou foi a pior dor de todas, de tudo que eu tinha sentido a noite toda, de tudo que eu já tinha sentido, e eu comecei a gritar.” Ela não falou nada porque estava muito cansada, não tinha condições e, nas suas palavras, “desistiu de lutar”.

No momento em que seu filho saía pelo canal vaginal, Paula disse que foi uma sensação muito forte, uma “viagem”, que talvez ela tenha visto cenas do próprio nascimento dela, não sabe ao certo. Nesse momento, apareceu uma enfermeira que ela até então ainda não tinha visto, que foi perto do seu rosto dizendo “Calma, o seu filho tá nascendo! Se alegre, seu filho tá nascendo!”. Paula disse que isso deu um alívio para a dor que ela estava sentindo e foi alentador. Disse que depois nunca mais viu essa enfermeira e brinca sobre se isso aconteceu mesmo ou não. Quando ela narrou esse fato rimos bastante, e isso quebrou um pouco o clima de tristeza que estava rondando a conversa até aquele momento. Pois, conforme Paula foi contando sua experiência de parto, embargou a voz e chorou um pouco, tamanho era o pesar. Mas disse que naquele momento de nosso diálogo, passados alguns anos e depois que buscou ajuda na terapia que segue fazendo, consegue falar e entender um pouco melhor o que aconteceu.

Ela entende que em seu parto houve violência obstétrica e que a violência consistiu em todas as intervenções pelas quais ela passou e que entende terem sido desnecessárias.

Eu fiquei com uma sensação de fragilidade. Eu fiquei com uma sensação de ter sido violentada, mas eu só entendi isso muito depois. Eu fiquei com uma vontade de chorar e fiquei também com uma vontade de parir de novo [...] eu quero muito fazer isso [parir novamente], porque eu achei que eu podia fazer sabe? [chorando]. O meu corpo dava conta de não fazer força, não fazer nada...Aí eu fiquei muito querendo parir [chorando] [...] eu fiquei muito com essa vontade. Eu quero parir de novo, eu preciso parir”. E também porque foi bom, teve vários pontos bons assim, porque quando rolou essa conexão [o bebê passando pelo canal vaginal] foi incrível [...] E eu percebi realmente o quanto o parto pode ser uma potência, sabe?! O parto é uma coisa assim que pode ser muito tranquilo, tipo...Depois eu percebi todas as intervenções e como a intervenção levou à outra, e que foi real. Que eu não precisava...”

Especialmente a episiotomia, mas também o fato de o hospital não estar preparado para lhe receber da maneira adequada: primeiro, não quiseram lhe receber, e depois, quando foi levada ao centro cirúrgico, disse que o lugar era longe do bebedouro, tinham uma série de instrumentos que ela não podia tocar porque eram perigosos. Afinal, ali era uma sala de cirurgia, único lugar disponível para ela ter o bebê num hospital em que quase todos os partos eram cesarianos. Paula entende que a médica não precisava ter rompido a bolsa e depois ter lhe aplicado Ocitocina. E toda força que ela fez durante o processo, durante a tarde, à noite, de madrugada e no início da manhã, e que a deixou exausta, também não era necessária. Ela argumenta que tanto isso é verdade que seu filho coroou quando ela estava deitada de lado na maca, sem fazer força nenhuma.

Mas ela remete a responsabilidade pelo ocorrido com ela mais ao companheiro que à médica. Para ela, o companheiro não tinha o mesmo compromisso que ela tinha com aquele projeto de parto humanizado. Sempre era ela quem chegava com um texto sobre gravidez e parto para que eles lessem, era ela quem ia buscar as informações. “Eu tinha certeza de que aquilo pro parto [a episiotomia] era completamente desnecessário, ele não tinha tanta certeza”. Em sua leitura, ele estava lhe vendo sofrer, quis acabar logo com aquilo e consentiu que o corte fosse realizado. E comenta que até hoje ela tem muito mais preparo para cuidar do filho do que o pai. Eles se separaram quando seu filho completou dois anos.

Sobre a médica, apesar de o relato de Paula em alguns momentos detalhar suas ações – e por conta disso eu ter pensado inicialmente que minha interlocutora reportaria a responsabilidade a ela– ela avalia o seguinte:

Ela paquera com o mundo da não violência. Ela dá uma flertada. O que eu entendi dela é que ela não tem mais essa energia pra fazer toda uma revisão da experiência dela enquanto profissional, entendeu? Tipo assim, ah, eu já tô com meus sessenta anos, já vivi uma vida de obstetrícia, agora que vocês vêm começar a falar essa parada aí. Eu não vou começar do zero!

Além de não cobrar taxa de disponibilidade e ter intervindo para que o hospital recebesse Paula parar parir, nem que fosse no centro cirúrgico, a médica também fez duas coisas que a colocam numa posição de preocupação com a paciente, mesmo que não totalmente adepta de práticas humanizadas. Na madrugada, entraram na sala duas mulheres curiosas e que queriam tirar foto de Paula. Ninguém sabia quem elas eram, mas Paula imaginou que deveriam trabalhar no hospital; elas estavam impressionadas de um parto

vaginal acontecer ali. Quando Paula teve o bebê, fazia dois meses que não havia parto normal naquele hospital. Imediatamente a médica chamou a atenção delas, dizendo que não ia ter foto nenhuma e que o que elas estavam fazendo era uma falta de respeito. Afora isso, depois que Paula teve filho às seis da manhã, sua médica foi para o consultório atender e, depois da hora do almoço, voltou para ver como estavam Paula e o bebê, se estava tudo bem.

Paula reiterou durante toda a entrevista que demorou para processar o sentimento de ter sido violentada, que ficou muito fragilizada durante o puerpério também por conta disso. Mas entende que se não tivesse tido acesso à informação teria sido pior, demoraria mais para entender o que houve. Como ela disse e eu coloquei no início, ela reflete que essa questão da “informação” é restrita, que é mais acessível para mulheres com ensino superior e de classe média. Paula entende que a informação é restrita para uma certa classe de mulheres, mas, como desenvolverei nas próximas seções desse capítulo, as próprias mulheres nesse recorte social estão buscando viver a gravidez estudando e planejando.

Paula entende que é muito injusto que as mulheres não tenham a possibilidade de sentir todas as sensações do ato de parir, que tenham essa possibilidade “roubada delas”. Em meio à sensação de ter sido violentada, ela menciona também ter sentido culpa, depois, um sentimento de “roubo”, principalmente porque ela provavelmente não terá outro filho, então aquela era única chance que tinha de “viver o parto.” E, junto dessas, a sensação de não ter sido bem-sucedida no parto, não ter tido sucesso no processo. Ela contou que queria muito ter feito um relato de parto, do jeito que ela via em sites e blogs, mas que nunca fez, porque seu parto teve violência, muitos sentimentos conflitantes e não aconteceu como ela desejava.

### **3.2. Renata**

Renata tinha 35 anos quando me contou sobre os partos de seus dois filhos, nascidos na capital gaúcha. Um em 2013 e outro em 2017, ambos no mesmo hospital, uma grande instituição pública localizada no centro da cidade e que funciona como hospital-escola, em que muitas equipes de médicos e enfermeiros residentes aprende suas profissões na prática. Ela é branca e tem formação em nível de doutorado; trabalha como professora no ensino fundamental de uma escola na região metropolitana de Porto Alegre. Quando engravidou do primeiro filho estava finalizando o mestrado e procurou se cercar do universo do parto,

participou de grupos de gestantes, presenciais e *online*, fez ioga para grávidas, exercícios para o períneo, a fim de se preparar para o parto vaginal com o mínimo de intervenções possíveis, como desejava.

Fez o acompanhamento pré-natal no posto de saúde próximo à sua casa. Logo de início, ela me explicou que tanto os pré-natais quanto os partos ela fez no Sistema Único de Saúde (SUS). Por isso que o médico que lhe orientou durante as duas gestações (foi o mesmo) não é o que esteve dando assistência ao nascimento dos filhos no hospital. Quando se dá à luz pelo SUS a parturiente é atendida pela equipe médica e de enfermagem que está escalada para o plantão.

Renata tinha algumas preocupações a respeito do parto, por isso perguntou se era possível se alimentar e beber água durante o processo e o médico do pré-natal lhe tranquilizou dizendo que sim. Ela só não poderia comer comidas pesadas; na ocasião ele sugeriu que ela levasse consigo uma garrafinha de água quando fosse dar entrada no hospital. Outro ponto que Renata perguntou ao médico durante o pré-natal foi a respeito da episiotomia, pois ela queria que não fosse feita. Quanto a isso o médico disse que havia divergências entre aqueles obstetras que faziam episiotomia de rotina e aqueles que acreditam não ser necessário efetuar a incisão regularmente, somente em algumas situações específicas. Mas, depois de explicar isso, ele a tranquilizou, dizendo que se ela não quisesse a episiotomia bastava comunicar à equipe, pois ela tinha direito a negar o procedimento e que seria dever da equipe atender ao pedido. Ela conta que o pré-natal foi ótimo, mas enfatiza que estudava muito sobre a fisiologia do parto normal<sup>121</sup>, protocolos de saúde, como ela diz, “por fora”, junto com o marido. Por isso chegava ao consultório com essas perguntas específicas.

No nascimento do primeiro filho, as contrações começaram numa sexta-feira de manhã cedo, mas não estavam ritmadas, então ela decidiu esperar. À noite, começou a perder muito líquido, as contrações ainda não estavam cadenciadas, segundo ela eram apenas pródromos<sup>122</sup>, mas resolveu ir ao hospital para passar por uma avaliação especializada. Chegando lá, ela acabou sendo encaminhada para internação. Seu marido ficou na recepção

---

<sup>121</sup> Renata também usa “parto normal” como sinônimo de parto vaginal.

<sup>122</sup> Segundo o blog Casa da Doula ([blog.casadadoula.com.br](http://blog.casadadoula.com.br)), pródromos “são as primeiras contrações uterinas que podem indicar que a hora do parto está chegando. Podem durar apenas algumas horas ou se estender por dias e até semanas, e em cada mulher pode se manifestar de um jeito diferente.” (MEDEIROS, 2019, não paginado)

resolvendo trâmites burocráticos de seu ingresso na instituição. Ela havia redigido um plano de Plano de Parto quando estava com 38 semanas de gestação, do qual tirou duas cópias, uma ficou com a mãe e outra com o marido. No entanto, o Plano não foi acolhido.

“[a]í ele [o marido] disse que ele tentou falar do Plano de Parto, e disseram que não era lá que entregava, era pra equipe médica, mas a gente não teve abertura em nenhum momento pra mostrar isso pra equipe médica, até porque a gente não podia entrar com nenhum documento, não podia ter celular, então a gente ficou lá dentro incomunicável” (Renata, 29 de outubro de 2019)

Assim, Renata conta que desde que ingressou não pôde comer nem ingerir quaisquer líquidos, nem água. A garrafinha que levou por orientação do médico do pré-natal não pôde entrar com ela e ela só tomou o primeiro copo de água no sábado, no meio da tarde, depois que o filho nasceu. Antes disso, porém, havia tomado água da torneira do banheiro sem que ninguém além do marido (que estava como acompanhante) soubesse, pois estava com muita sede. Nas suas palavras, desde que entrou no hospital iniciaram “um festival de coisas ruins”. Além da privação de líquido, quando a enfermeira lhe avaliou fez um exame de toque doloroso e raspou seus pelos pubianos apenas de um lado da vulva, dizendo que fez aquilo caso Renata precisasse de cirurgia. Ela foi surpreendida por tais condutas e só houve essa justificativa da possibilidade de cirurgia porque Renata reclamou, pois tinha alergia a tal tipo de depilação.

Quando estava na fase expulsiva do parto, observou um dos médicos da equipe – era uma residente – pegar um bisturi para fazer uma episiotomia, no que pediu repetidamente “não me faz uma episio, não me faz uma episio”, mas mesmo assim o procedimento foi feito. A episiotomia e o fato de não poder ingerir líquido foram as “coisas ruins” que ela entende como marcantes e que a deixaram muito chateada. Ela diz que ficou feliz de ter parido o filho e reflete que a episiotomia foi uma espécie de azar, pois a residente estava ali aprendendo, então teria que ser feito o corte em alguém. Por uma infeliz coincidência era ela quem estava ali no momento. O que a revolta mais, então, quando lembra, foi a privação de água, pois não tinha nada que a justificasse. Entre o ingresso no hospital, passando pelo parto até o momento em que amamentou o filho pela primeira vez, ela conta ter sido assistida por umas quatro equipes médicas e de enfermagem diferentes, refletindo que cada uma tinha uma maneira de agir. Tanto, que quando foi levada para uma enfermaria após o parto “parecia outro mundo”,

foi quando uma enfermeira lhe ofereceu um copo de água e outra lhe ensinou técnicas para ajudar o bebê a amamentar, todos foram muito atenciosos, num contraste com as equipes anteriores.

Quando ficou grávida do segundo filho, Renata voltou a se consultar com o mesmo médico do pré-natal, que atendia no mesmo posto de saúde. Sabendo que o hospital onde teve o filho em 2013 era o de referência, disse ao médico que ficava receosa que as situações ruins se repetissem no nascimento do segundo filho. Ele a informou que esse hospital, nesse intervalo de tempo, havia sido reformado na sua estrutura física, mas não somente, houve também mudanças na equipe médica e de enfermagem e da maneira com que eram gerenciadas as residências. Porém, ela, receosa que essa informação não tivesse efeitos práticos na assistência ao parto, atrasou o quanto pôde a ida à instituição, desde o momento que começou a sentir as contrações. Ela diz que estudou bastante, da mesma maneira que na primeira gestação e talvez até mais, porque os grupos de discussão sobre parto estavam mais numerosos e conhecidos. Quanto ao Plano de Parto, comentou com o médico sobre a experiência anterior e ele disse que tem muitos hospitais que não aceitam o documento porque acham que “isso é inovação dessas mulheres que querem parir em casa”. Por isso, ela afirma que além de ter adiado a ida para o hospital o quanto pôde, estava pronta para negar o que não quisesse que fosse feito pelos profissionais ao longo de sua estadia na instituição hospitalar. Enquanto estava em casa sentindo as contrações e aliando suas dores com exercícios e água quente, fez refeições leves e bebeu bastante água. Chegando no hospital, surpreendeu-se com a mudança de tratamento. Primeiro, com uma enfermeira na sala de triagem, depois, com o médico residente que lhe assistiu no parto.

Na sala de triagem ela foi avaliada quanto à dilatação. Uma enfermeira entrou perguntando se poderia fazer exame de toque em Renata e ela disse que não, que só queria fazer quando fosse para a sala de pré-parto. Essa profissional assentiu e foi embora, no que veio outra enfermeira e houve o seguinte diálogo: “[...] ela disse ‘eu vou só afastar a calcinha pro lado, tá bom?’. E eu: ‘tá bom’. [...] Ela levantou, afastou e disse ‘olha, eu acho que a gente pode ir pro pré-parto sim’. Aí eu: ‘muito obrigado.’ Aí fomos lá, eu fui andando” (Renata, 29 de outubro de 2019). Nessa outra sala, recusou que pusessem soro glicosado dizendo que já havia comido e não precisaria, no que foi atendida, mas, mesmo assim, ela conta que estava “braba”, como se estivesse se defendendo. Nesse momento, pediu para que

chamassem o médico que estava no plantão, que, segundo ela foi muito atencioso. Ela reproduziu a conversa que se deu entre eles, que transcrevo aqui em forma de diálogo para ser melhor imaginado:

- Tá, o que tá acontecendo? Me conta quem é tu...
- Eu sou Renata, tô em trabalho de parto desde cinco da manhã
- Mas tu tá muito calma
- Ah, porque não é minha primeira vez parindo, eu sei o que vai acontecer
- Tá bom, então tu sabe o que vai acontecer, eu preciso fazer algumas coisas contigo
- Eu sei que também tem coisas que não precisam ser feitas
- Bom, então eu preciso só ver como são os batimentos [cardíacos] dele
- Tá, eu vou ficar deitada de lado, não adianta me pedir pra ficar de barriga pra cima que eu não vou conseguir!
- Por que?
- Porque dói muito! Porque dói muito, eu não vou conseguir!
- Tá, só preciso que tu fique imóvel
- Tá, isso eu vou conseguir
- Tá, se tu tiver muita dor tu vai segurar minha mão, tá bom?
- Tá bom

Na sequência, ela disse para ele que estava com vontade de gritar e ele disse que não teria problema, que ela poderia gritar. Renata conta que essa resposta fez com que a vontade passasse. Assim, quando a dilatação estava avançada, foi levada para a sala de parto, onde o residente pediu para que ela se deitasse, mas ela não queria ter o segundo filho nessa posição, tentou ficar de cócoras, mas suas pernas tremiam e ela acabou deitando, e não conseguiu se levantar para ficar em outra posição que ela julgava ser melhor que aquela. No momento expulsivo, ela pediu que não fosse feita a episiotomia, e ele respondeu “não vou fazer nada que tu não queira, não te preocupa”. O segundo filho nasceu e ela acabou tendo uma laceração de segundo grau, em seu entender, por conta da posição em que deu à luz. Num balanço e comparação entre os dois partos, ela considera que sofreu violência obstétrica no primeiro parto, não tão violenta quanto as histórias que já escutou e leu, mas ainda sim uma violência obstétrica, por conta de todas as “coisas ruins”, da episiotomia e, principalmente, da privação de alimentação e água. Quanto ao nascimento do segundo filho, ela entende que o médico deveria ter oferecido outra posição para que ela parisse, porém não classifica isso como violência uma vez que reiterou diversas vezes o quanto foi respeitada em todo processo de parturição.

### 3.3. Débora

Fui apresentada à Débora pela minha orientadora num congresso de antropologia em 2019. Ela tem 39 anos, é branca, professora de antropologia social junto à Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e pesquisadora. Na ocasião em que fomos apresentadas, a ideia era conversar pessoalmente, mas ela não tinha mais tempo. Acabou que nos falamos depois por e-mail e marcamos uma chamada de vídeo, porque ela estava de volta à Maceió (AL), onde reside com o marido e a filha.

Porém, minha conversa com Débora vem acontecendo em partes ou camadas: na chamada de vídeo que fizemos via *Whatsapp*, fazia seis meses de seu parto. Depois, em meio à pandemia, conversamos também pelo *Whatsapp*, momento em que ela voltou a me contar elementos do parto, já com outras impressões. Assisti uma comunicação oral em que ela narrava sua experiência de violência no parto, participei de Grupo de Trabalho sobre antropologia do parto em que ela era uma das coordenadoras e onde também a vi fazer reflexões sobre as dinâmicas do parto e nascimento no país. O fato é que Débora, além de se definir como uma antropóloga da ciência, tornou-se pesquisadora sobre violência obstétrica após a violência que sofreu no parto de sua filha e, nesse processo, tem sido interlocutora de pesquisas sobre o assunto (outras duas pesquisas, além da minha) e tem feito o exercício de elaborar uma auto etnografia, a partir do incômodo que passou a sentir ao ser colocada no lugar de “vítima de violência obstétrica” pelas pessoas que entraram em contato com seu relato (ALLEBRANDT, 2023). Então, a história que vou contar de seu parto é uma interpretação minha dessas múltiplas interações entre nós, em que procuro respeitar ao máximo as diferentes visões – e suas respectivas temporalidades – que ela elaborou sobre esta dolorosa experiência.

A gravidez foi inesperada. Quando descobriu, ela e o marido estavam inclusive buscando adotar uma criança. Nesse período, ela já estava imersa em discussões sobre humanização do nascimento, muito pelo seu contato com a antropologia da saúde e com profissionais de saúde, especialmente da enfermagem obstétrica, que conheceu por conta de suas atividades na Universidade. Além disso, uma amiga próxima é doula – foi inclusive a que lhe acompanhou durante o parto – e também aprendeu muito com ela. Assim, durante a gravidez, Débora começou a elaborar o que, em sua comunicação oral auto etnográfica

chamou de “Plano de Fuga”, isto é, estratégias de fugir do sistema médico hipermedicalizado e conseguir ter um parto vaginal humanizado.

O primeiro passo era encontrar um ginecologista obstetra que atuasse nessa “linha”. Acionando a sua rede de amigos, soube que em Maceió existiam somente seis. Em meio ao desenvolvimento do plano, contatou também uma associação de enfermeiras obstetras que ela acabou contratando para lhe acompanharem no parto, a AME (Ajudando Mulheres Empoderadas). Elas indicavam somente três médicos que elas consideravam confiáveis, realmente humanizados. Entre esses três, Débora conseguiu consulta com uma médica, que acabou sendo a que lhe acompanhou a maior parte do pré-natal e lhe auxiliou durante a internação para o parto.

Por ter hipertensão crônica, desde o início Débora diz que sua gravidez foi enquadrada como de risco, e, por isso, a hipótese de realizar um parto domiciliar foi descartada por ela e o marido. Porém, ela se muniu de uma médica humanizada, uma equipe de enfermeiras obstetras e uma doula para garantir que tivesse um parto vaginal humanizado.

Mas, o propósito começou degrading quando, no final da gravidez, ela teve uma enxaqueca e sua pressão subiu. Como essas duas coisas podem ser sintomas de eclâmpsia<sup>123</sup>, sua médica orientou que comparecesse no hospital 01<sup>124</sup>, um hospital que atende SUS e planos de saúde, para fazer exames e saber se estava tudo bem com o bebê. Ela foi atendida tranquilamente pela equipe que estava no plantão, deram-lhe remédio para a enxaqueca e fizeram um exame para verificar a existência de eclâmpsia. Enquanto ela esperava sair o resultado, a equipe do plantão mudou e o médico que estava atendendo nessa nova equipe foi até ela e disse que iria fazer uma cesariana, que ela tinha que ter a gravidez interrompida. Ela disse que não, que era preciso esperar o resultado do exame e que sabia que tinha um remédio que poderia tomar para baixar a pressão caso desse alterada. Débora chegou a ligar

---

<sup>123</sup> De acordo com uma publicação oficial da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia: “[a] pré-eclâmpsia é uma doença multifatorial e multissistêmica, específica da gestação, classicamente diagnosticada pela presença de hipertensão arterial associada à proteinúria, que se manifesta em gestante previamente normotensa, após a 20ª semana de gestação. Atualmente, também se considera pré-eclâmpsia quando, na ausência de proteinúria, ocorre disfunção de órgãos-alvo. O caráter multissistêmico da pré-eclâmpsia implica a possibilidade de evolução para situações de maior gravidade como eclâmpsia, acidente vascular cerebral hemorrágico, síndrome HELLP, insuficiência renal, edema agudo de pulmão e morte. Eclâmpsia refere-se à ocorrência de crise convulsiva tônico-clônica generalizada ou coma em gestante com pré-eclâmpsia, sendo uma das complicações mais graves da doença.” (PERAÇOLI *et al*, 2019, p. 01)

<sup>124</sup> Na história de parto de Débora, ela comparece em dois hospitais diferentes, que aqui chamarei de “hospital 01” e “hospital 02”.

para sua obstetra pessoal, mas o médico de plantão se recusou a falar com ela num primeiro momento, só aceitando o telefone quando levado pelo marido. Quando o médico devolveu o telefone, voltou-se para Débora e disse que ela estava colocando a vida dela e da filha em risco ao não fazer a cesárea.

Veio o resultado do exame mostrando que Débora não estava com eclampsia. Em função das dificuldades da situação, a obstetra pessoal de Debora sugeriu que mudasse de hospital. No hospital 02, Debora foi internada para ficar em observação. Isso aconteceu domingo à noite. Na segunda-feira, a equipe de plantão do hospital 02 iniciou a indução do parto. Débora diz que se sentiu pressionada – encurralada – foi a palavra que usou em sua apresentação auto etnográfica, a fazer essa indução. Não entendia por que não podia esperar o trabalho de parto iniciar naturalmente. Quando chegou no hospital 02, ainda estava com muita enxaqueca, e a cama em que a colocaram na enfermaria, enquanto esperava ir para um quarto, não deitava, ela passou a noite tentando mudar de cama ou, pelo menos, tentando fazer com que ela deitasse. Então, quando a indução começou na segunda-feira, ela estava exausta por não ter conseguido descansar de um dia para o outro.

Essa indução foi iniciada, mas não foi continuada depois, quando outra equipe plantonista ingressou. Quando, na quarta-feira, suas contrações ficaram mais fortes e Débora dilatou mais, foi transferida para a “sala de PPP”<sup>125</sup>. Ela chegou até a passar pelo plantão de sua médica, que lhe acompanhou por um curto período, mas logo houve novamente troca de equipe. Foi somente após sua ida para a “sala de PPP” que o hospital 02 permitiu que as enfermeiras do AME contratadas por Débora pudessem entrar para lhe assistir: elas, junto

---

<sup>125</sup> A sala de PPP, ou quarto PPP, “(...) é um ambiente único, de um leito só, em que a parturiente pode viver os três estágios do parto no mesmo local: o pré parto, o parto e o pós parto, sem necessidade de ir para o Centro Cirúrgico no momento do parto. Além disso, esse ambiente dá acesso à métodos não farmacológicos de alívio da dor, que facilita o processo de trabalho de parto normal, além de oferecer conforto lumínico e conforto térmico. Pode também ter banheira para facilitar o trabalho de parto.” Ver em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-ambientes-deatencao-ao-parto/>. A existência desse tipo de quarto no hospital em que Débora estava indica que, ao menos em termos estruturais, o hospital se adequou à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº. 36, de 2013, que, entre outras coisas, cria os quartos PPP, acabando com as salas de parto e pré-parto coletivas. As advogadas especialistas em violência obstétrica comumente citam a RDC 36 da Anvisa como um dos protocolos aos quais os hospitais têm que se adequar. Segundo elas, as gestantes precisam saber o que ela é para poder cobrar das instituições. A adequação à RDC 36 (entre outras normativas que tratam da estrutura hospitalar) constituem possibilidades para as advogadas atuarem na prevenção da violência obstétrica. É Ludmila quem mais enfatiza isso, dizendo que um campo em expansão é também a contratação de profissionais do direito para ajudar os hospitais a se adequarem às normativas que versam sobre estrutura das maternidades e centros obstétricos hospitalares.

com a doula, ficaram auxiliando a suportar as contrações, fazendo compressas, exalando óleos essenciais ou mesmo conversando e lhe acalmando.

Nessa fase do trabalho de parto houve mais dois acontecimentos que Débora realça. Quando ela estava com oito centímetros de dilatação, em meio a uma contração, foi verificado, via Doppler<sup>126</sup>, que havia uma alteração nos batimentos cardíacos da filha. Por isso, uma médica foi à sala em que ela estava realizando o exame cardiotoco para confirmar se o bebê estava bem. Só que Débora estava num momento do trabalho de parto em que não conseguia ficar deitada para fazer o exame porque sentia muita dor, estava cansada, e não tinha comido nada de terça para quarta, isto é, não tinha sido oferecida comida a ela nesse período. Ela sabia que para fazer o cardiotoco era preciso comer antes, tinha conhecimento desse protocolo médico assim como daquele referente à eclâmpsia, quando foi ao hospital 01 ser avaliada. A médica fez o cardiotoco, mas não apareceu novamente para dizer se estava tudo bem ou se ia refazer o exame depois que Débora finalmente havia conseguido comer. Isso lhe gerou preocupação porque ficou sem saber se a filha estava bem ou não.

Na quarta-feira à noite, um homem vestido à paisana entra na sala em que ela estava e chama pelo seu nome completo. Ele falou mais coisas, mas ela não lembra, só que ele precisou ser retirado dali, porque ficou falando muito, ela estava num estágio avançado de trabalho de parto concentrada nas contrações e ele acabou interrompendo todo o contexto ali. Depois, ele veio atendê-la, como ela disse, “vestido como médico”. E ela não identificou de imediato que o médico era a mesma pessoa que havia entrado repentinamente na sala de PPP. Só depois do parto descobriu:

Mas, por que que ele foi lá, né? Porque o médico do hospital anterior tinha falado sobre mim pra os seus outros amigos obstetras. Então, [este médico, amigo do primeiro] foi lá tirar satisfação e ver o quê que eu tinha feito com o meu parto. Aquele médico que tentou me fazer a cesariana no início, né, chamou os amigos, e um desses amigos foi dar plantão no hospital onde eu tava e por isso que eu me senti perseguida, né.

---

<sup>126</sup> Segundo o site da faculdade de ciências médicas da Unicamp, “[o] doppler obstétrico é um dos recursos disponíveis para a avaliação da vitalidade fetal em gestações com risco de insuficiência placentária. Os outros métodos são o controle da movimentação fetal (mobilograma), a cardiotocografia e o perfil biofísico fetal. Atualmente a tecnologia Doppler está disponível na maioria dos equipamentos de ultrassonografia. Através desse recurso é possível detectar e quantificar a resistência ao fluxo sanguíneos (sic) em diferentes vasos fetais. Alterações da circulação útero-placentária e algumas das suas repercussões na hemodinâmica fetal podem ser diagnosticadas pela diminuição ou pelo aumento da resistência ao fluxo sanguíneo em determinados vasos.” Ver em: <https://drpixel.fcm.unicamp.br/pt-br/metodos-de-imagem/interpreta%C3%A7%C3%A3o-do-doppler-obst%C3%A9trico-na-avalia%C3%A7%C3%A3o-da-vitalidade-fetal>.

Depois do nascimento da filha, Débora soube disso: que o médico que entrou à paisana dizendo seu nome todo e procurando saber quem ela era, era amigo do médico que lhe atendeu no hospital 01, que queria interromper sua gravidez com uma cesariana mesmo sem saber o resultado dos exames, e que, diante da negativa de Débora, acusou-a de colocar a filha em risco. Quando esse médico do hospital 02 foi lhe examinar, já na quarta-feira à noite, Débora estava com contrações muito doloridas, cansada e tensa – visto que não sabia se a filha estava bem porque a médica que fez o cardiotoco não voltou para refazer o exame – disse que queria analgesia para aliviar a dor. O médico, então, disse que só lhe daria analgesia se ela fosse para a sala de cirurgia fazer uma cesárea. E para lá ela foi levada. (Aqui a voz passiva é proposital: ela foi levada para a cesariana alheia à sua vontade.)

Quando nós conversamos sobre sua experiência de parto pela primeira vez, Débora, então vivendo o puerpério, falou mais de uma vez para mim que teve o parto “roubado”, sempre com a voz embargada. Em outro momento, quando havia passado mais tempo do parto e estava tentando elaborar o ocorrido em termos subjetivos – amparada por terapia e também pela autoetnografia –, ela disse que não recordava que tinha usado essa expressão “parto roubado”, mas, um elemento importante permanecia: a vontade de responsabilizar os médicos que a desrespeitaram e violentaram. Em nosso primeiro contato ela disse que havia procurado uma advogada, não por acaso uma das fundadoras do Nascer Direito, para processar os médicos.

#### **4. Experiência frustrada, violência convencional**

É inegável que há sofrimento, tristeza e desgosto com o modo como aconteceu o nascimento dos filhos de minhas três parceiras de diálogo. Estou indicando essas qualificações a partir da expressão de pesar e momentos de choro de Paula quando a entrevistei. Por Renata ter dito reiteradamente que ficou “chateada” com todas as “coisas ruins” que lhe aconteceram ao longo do parto do nascimento do primeiro filho. E por Débora sempre contar sua história com a voz embargada em todos os momentos que pude escutá-la.

As experiências das três podem ser comparadas porque elas se identificam enquanto vítimas de violência obstétrica – essa talvez seja a semelhança mais flagrante – mas não somente. Elas são mulheres pertencentes a camadas médias (CARNEIRO, 2015), com alto

grau de escolaridade e que tiveram algum contato com o repertório da humanização do nascimento. Não tenho condições de detalhar que tipo de contato elas tiveram com o universo da humanização do parto, pois cada uma frequentou grupos diferentes em anos e cidades distintas. Mesmo considerando que há sentidos variáveis (DINIZ, 2005), a concepção do que seria um parto humanizado para as três parece confluir para a ideia de “parto natural”, isto é, um parto que ocorre pela via vaginal com pouca ou nenhuma intervenção médica (CARNEIRO, 2015; HIRSH, 2015) e, em algum momento da gravidez, cogitaram a possibilidade de um parto domiciliar. Falo especificamente de Paula e Débora. A primeira desistiu da ideia porque entrou em acordo com o companheiro, que não achava uma opção segura; a segunda por conta de sua gestação ser de risco em função da hipertensão crônica anterior à gravidez. Além disso, as três não queriam episiotomia, nem o soro com ocitocina ou mesmo analgesia (que Débora acabou pedindo somente quando o trabalho de parto estava avançado, mas inicialmente pretendia parir sem alívio farmacológico da dor).

Para elas, o parto foi e é uma experiência significativa, sobre a qual elas contam muitos detalhes e que evoca sentimentos intensos. Isso faz eco a outras pesquisas sobre as vivências da gravidez, do parto e da maternidade entre camadas médias no país, da faixa etária de Paula, Renata e Débora. O parto vem se tornando uma experiência importante, para a qual essas mulheres se preparam, planejam e estudam. Esse grupo específico de classe e idade em que minhas interlocutoras se inserem também valoriza e espera uma relação mais simétrica com os profissionais de saúde (CARNEIRO, 2015; REZENDE, 2019 e 2020; RUSSO e NUCCI, 2020).

Paula, Renata e Débora queriam saborear a experiência do parto, experimentar as sensações, viver o momento. Isso fica mais evidente no depoimento de Paula, mas o parto vivido e valorizado como experiência corporal (HIRSH, 2015; RUSSO e NUCCI, 2020) permeava o desejo das três. Nas três histórias, as expectativas em relação ao processo de parturição foram frustradas por rotinas hospitalares mais ou menos rígidas: o hospital que não tinha quarto para Paula, pois definia a ocupação dos espaços a partir das agendas de cesariana. A negativa de ingestão de líquidos, raspagem de pêlos, realização do “corte” para ensinar residentes, no primeiro parto de Renata. O “encurralamento” de Débora para fazer a indução do parto quando se internou no hospital 02.

O desejo pelo respeito às suas demandas singulares, confrontado com a padronização do hospital e das práticas das equipes de saúde que neles trabalhavam parece ter sido um motivo importante do sentimento de violação experimentado pelas interlocutoras. Apesar de elas elencarem o que foi pior para elas durante o processo, todas dizem que aconteceu uma série de situações que, em conjunto, fizeram com que em seu parto houvesse violência; sofreram o que Pulhez (2013) chamou de “cascata de intervenções”, nome dado por ativistas pelo fim da violência obstétrica aos procedimentos hospitalares de rotina.

Por isso aparece nos depoimentos a ideia de “roubo” do parto, especialmente no de Paula, mas também no de Débora, num primeiro momento de comunicação de sua história, quando estava no puerpério tentando entender o que tinha acontecido. E a noção de “roubo” parece mais profunda quando se observa que todas elas planejaram a gravidez (com exceção de Débora, que foi pega de surpresa), o parto, a maternidade. Muniram-se do que havia de melhor ao seu alcance para atingir o objetivo – o “Plano de Fuga” de Débora, por exemplo – e, ainda assim, não deu certo, houve violência. E, como Paula disse, “eu não vou parir de novo”, ou seja, a possibilidade de viver a experiência foi perdida, “roubada”.

Os relatos de parto dessas três mulheres parecem confluir para a ideia de que a violência obstétrica é o contrário de um parto humanizado e isso também é sugerido em outras pesquisas como a de Giacomini e Hirsh (2020) e Quattrocchi (2019). Com isso, é compreensível pensar que quem afirma que houve violência obstétrica em seu parto é quem está de alguma forma familiarizado com o universo da humanização do nascimento<sup>127</sup>. Mesmo que nem todo mundo que diz ter sofrido a violência obstétrica seja adepto de propostas de humanização do parto, são os depoimentos atrelados a esse modelo que parecem ter maior proeminência.

As histórias de Paula, Renata e Débora confirmam e, também, conformam, uma certa “convenção explicativa” (DEBERT e GREGORI, 2008, p. 176) da violência obstétrica: aquela que entende a medicalização dos corpos das mulheres promovida pela obstetrícia hegemônica como sendo essencialmente violenta. Essa narrativa convencional de violência privilegia a crítica à autoridade exagerada da biomedicina, em conexão, por exemplo, com o que a psicanalista Vera Iaconelli escreveu em sua conta no *twitter* (visto acima nesse

---

<sup>127</sup> Mas isso nem sempre é o que ocorre, como pretendo apontar nas próximas seções e reflexões finais.

capítulo). As histórias das três entrevistadas se aproximam também daquelas que compõem o dossiê “Parirás com dor” (capítulo 1), que marca a emergência da noção de violência obstétrica no país. Encontram também guarida no discurso de médicas adeptas de práticas de humanização do nascimento (capítulo 02) e compõem o cerne das explicações que a maior parte das advogadas especializadas com quem dialoguei oferecem sobre violência obstétrica nas redes sociais, em cursos e palestras. Mas existem nessas três histórias – narrações típicas de violência no parto – elementos em comum que permanecem pouco comentados.

### **5. Coisas que importam: percepções de intencionalidade e cuidado**

Entre minhas três interlocutoras, somente Débora está empenhada em denunciar a violência que sofreu, buscando de alguma forma responsabilizar o médico que lhe fez a cesariana naquele contexto e daquela maneira. Considero que isso é uma diferença significativa entre Paula, Renata e Débora e que envolve a maneira como elas foram tratadas pelos médicos e pela equipe de enfermagem com quem tiveram contato ao longo do processo de parturição. É uma diferença que tem a ver primordialmente com uma discussão sobre intenção e cuidado no âmbito dos debates acadêmicos e ativistas sobre violência obstétrica. Por isso, vou fazer uma pequena digressão sobre esses assuntos para depois voltar às histórias de parto de minhas interlocutoras.

Em 2021, a revista acadêmica interdisciplinar *Violence Against Woman* publicou um conjunto de textos que tratavam sobre as potencialidades e efeitos do uso da categoria violência obstétrica para analisar contextos de parto e nascimento ao redor do mundo. O debate teve início com o texto da psicóloga Maura Lapperman e do também psicólogo e pesquisador em saúde mental e estudos da deficiência, Leslie Swartz (2021), *How gentle must violence against woman be in order to not be violent? Rethinking the word violence in obstetric settings*. Seu artigo foi debatido por três comentaristas (LÉVESQUE e FERRON-PARAYRE, 2021; SALTER, OLANIYAN, MENDEZ e CHANG, 2021; BURNETT, 2021)<sup>128</sup> que, ao final, foram respondidos pelos autores do texto que originou a discussão,

---

<sup>128</sup>Os textos que respondem ao artigo inicial de Lapperman e Swartz são: *Naming Silence and Inadequate Obstetric Care as Obstetric Violence is a Necessary Step for Change*, da professora de ciências da saúde Cynthia Salter, de Abisola Olaniyan, especialista em saúde pública, Dara Mendez, professora de epidemiologia e da médica professora do departamento de ginecologia e obstetrícia e de Judy Chang, todas da Universidade de Pittsburgh, nos EUA. O texto *To Use or Not to Use the Term “Obstetric Violence”: Commentary on the*

(SWARTZ e LAPPEMAN, 2021b). Os elementos trazidos por Lappeman e Swartz (2021a) e seus críticos podem ser produtivos para comparar e compreender as diferenças das histórias de Paula, Renata e Débora.

No artigo que inicia o debate, os autores questionam a produtividade do uso do termo violência obstétrica para analisar contextos específicos, como o da África do Sul, país onde os autores realizam pesquisa em saúde. Mesmo vindo da psicologia, os autores, juntamente com outros pesquisadores, conduziram pesquisa etnográfica num hospital público em Khayelitsha, uma cidade próxima à Cidade do Cabo (Cape Town), composta majoritariamente de pessoas negras<sup>129</sup>. Baseados em duas cenas etnográficas, eles alegam que a noção de violência obstétrica pode, ao invés de empoderar mulheres, acabar deixando de reconhecer sua agência.

A primeira cena consiste nas observações da/na enfermagem do hospital, em que as mulheres estão em trabalho de parto, ainda aguardando avanço da dilatação, para serem conduzidas para outro setor da maternidade, onde darão à luz. Os pesquisadores se surpreenderam com o silêncio do ambiente. Em que pese as mulheres estarem sentindo fortes contrações, todas pareciam passar por elas sem fazer muito barulho. A segunda cena descrita pelos autores tem a ver com a presença de acompanhante junto à parturiente. Como eles informam, e é algo também que já mencionei em outra passagem da tese, a presença de acompanhante durante todo processo de parturição é uma prática incentivada pela OMS, incluída no rol de ações indicadoras de bom cuidado obstétrico. Porém, os autores observaram que as parturientes raramente estão acompanhadas no hospital de Khayelitsha. Ao questionar tanto às mulheres quanto aos profissionais de saúde sobre isso, os pesquisadores receberam respostas semelhantes: as mulheres não querem ser acompanhadas e preferem passar pelo parto sem a presença de companheiro ou qualquer pessoa de sua confiança.

---

*Article by Swartz and Lapperman*, de Sylvie Levésque, professora de sexologia da Universidade do Quebec, Canadá, e Audrey Ferron- Parayre, professora da faculdade de direito da Universidade de Ottawa, também no Canadá. E o escrito *Commentary on the Article "How Gentle Must Violence Against Women Be in Order to Not Be Violent? Rethinking the Word 'Violence' in Obstetric Settings," Reframed Within a Critical Discourse Orientation*, de Camille Burnet, professora da faculdade de enfermagem da Universidade de Kentucky, nos EUA.

<sup>129</sup> Segundo informações disponíveis na Wikipedia, Khayelitsha tem quase 400 mil habitantes e 98% dos residentes são negros. Ver em: <https://en.wikipedia.org/wiki/Khayelitsha>.

Com base nisso, os autores entendem que nomear desde logo esses elementos – o silêncio na enfermagem e as parturientes que não queriam ter acompanhante – como sendo demonstrações de violência obstétrica pode implicar em deixar de reconhecer a agência das gestantes. Pode acabar fazendo delas vítimas em vez de fazer jus a suas próprias ideias do que seja um melhor modo de parir diante de seu contexto de vida e, também, da situação hospitalar. Ao propor compreender as situações obstétricas a partir de uma ética feminista de cuidado, interrogam qual o melhor cuidado, nesse caso obstétrico, que pode ser oferecido dentro daquele contexto específico e em meio àquela rede de relações. Não é questionando o que é certo ou errado “antes” e “de fora”, o que a noção de violência obstétrica, pelo seu próprio caráter normativo, acaba induzindo fazer.

Por conta dessa abordagem é que os autores entendem que utilizar a noção de violência obstétrica nem sempre será produtivo. Ela pode escamotear agências, enxergar vítimas onde elas não se entendem como tais e não ajudar a melhorar o cuidado obstétrico oferecido pelos profissionais de saúde. Ao defender essa posição, os autores não deixaram de reconhecer que há uma dimensão estrutural na violência obstétrica, que tem a ver tanto com o exercício de poder sobre o corpo feminino quanto com problemas de escassez de profissionais, de materiais e de tecnologia. Esses elementos são indicadores de violência e estão espalhados de tal modo no “sistema” que a responsabilidade sobre eles não consegue ser facilmente localizada. Assim, mesmo que não estejam defendendo o uso de violência obstétrica enquanto categoria analítica em qualquer pesquisa ou situação, os autores indicam que é preciso definir melhor de que violência se está falando, se é uma mais geral, “estrutural”, ou aquela que envolve intencionalidade.

A África do Sul é um país, tal como o Brasil, extremamente desigual, e, particularmente no hospital de Khayelitsha, não há profissionais suficientes para a demanda de mulheres em iminência de parir. Também não há espaço suficiente para abarcar as camas em que as gestantes esperam para dar à luz, obrigando-as a revezarem entre si. Tudo isso, dizem os autores, indica uma série de iniquidades sociais que podem ser lidas como violência obstétrica, mas isso não deve impedir que o analista considere o contexto específico e como os cuidados são oferecidos ali. Os problemas estruturais do hospital fazem parte desse cuidado, mas não somente.

Citando uma publicação da OMS sobre tipologia da violência, os autores postulam que existe uma associação forte entre a noção de intencionalidade e a violência. Se os profissionais de saúde têm dificuldade de ver o termo violência obstétrica como relevante para sua prática profissional, é justamente por causa desse pressuposto implícito de intencionalidade, a vontade de provocar algum tipo de dano. Consideram que, enquadrados na chave da violência, seus esforços de fazer o melhor possível (dadas as circunstâncias) não são devidamente considerados. Por isso, os analistas consideram que o termo cria mais obstáculos do que pontes ao diálogo com os profissionais de saúde.

O passeio que fiz no artigo em questão não tem a ver, contudo, com a defesa ou recusa ao uso do termo violência obstétrica, até porque não é isso que está em discussão nos relatos de Paula, Renata e Débora. As três se entendem como vítimas de violência obstétrica e pronto. Também não estou procurando estabilizar o conceito de violência obstétrica, justamente porque minha proposta é fazer o caminho inverso, procurando entender como a noção é manejada e estabilizada por atores diversos. O que considero relevante reter do texto, é a importância de levar a sério dimensões como intenção e cuidado, considerando que este último induz considerar a relacionalidade das situações obstétricas.

Linhas atrás descrevi como Paula sofreu com o modo como a seu parto aconteceu. No entanto, quando me contou sua história, não colocou sua médica como diretamente responsável – ou “culpada” – pela violência que ela entende ter sofrido. Para ela, o principal responsável pela realização da episiotomia foi o companheiro à época, que consentiu, mesmo sabendo que ela não queria que fosse realizada. Sobre a médica, ela avalia que é uma profissional preocupada com suas pacientes, mas que não se atualizou e nem parece disposta a se atualizar quanto a práticas obstétricas mais “humanizadas”.

Paula não me disse com todas as letras que sua obstetra era preocupada com as pacientes, mas, no seu relato, destacou situações em que a postura da médica foi importante para garantir seu bem-estar. Ela interveio junto ao hospital para que recebessem Paula, expulsou pessoas curiosas que entraram no centro cirúrgico em que Paula estava, exigindo que elas se retirassem e respeitassem a parturiente. Mesmo depois de passar a noite em claro e atender no consultório pela manhã, voltou ao hospital em que Paula estava para saber se estava tudo bem com ela e o bebê. Paula considerou importante mencionar também a

importância de uma enfermeira que estava presente no momento expulsivo do parto, que ficou encorajando-a dizendo para ela ficar feliz porque o filho estava nascendo.

Quanto à Renata, é possível comparar suas duas histórias de parto. Elas não se diferenciam apenas segundo um binômio violento/não-violento que simplificaria nuances que são cruciais. Como nos relatos de parto das três interlocutoras, a violência obstétrica não envolve somente uma ação isolada, mas um conjunto de situações. No parto do primeiro filho, Renata sentiu mais revolta de não ter podido ingerir água do que da episiotomia que foi realizada para ensinar o residente como se fazia o corte da maneira correta. Decerto todas as ações a deixaram, como ela reiterou, “chateada”, mas a episiotomia acabou acontecendo, segundo ela avalia, muito mais porque ela deu “azar” de estar ali no momento em que um residente estava aprendendo. Negar água, no entanto, foi, aos seus olhos, cruel e sem justificativa.

Há um certo contraste em relação ao segundo parto, porque nele houve o diálogo com médico residente que ela me descreveu detalhadamente. Apesar de não ter escolhido a posição de parir como gostaria, o modo como foi tratada pelo médico – que lhe acalmou, segurou sua mão e negociou com ela sobre a melhor posição para fazer o exame cardiotoco – e, também pelas enfermeiras que pediram licença para fazer o exame de toque, fez a diferença para que ela se sentisse respeitada e não violentada como no parto do primeiro filho. Como ela mesma destacou, da segunda vez, ela foi pronta para negar o que não quisesse que fosse feito de intervenções, e talvez reporte a essa postura mais “decidida” o fato de o parto não ter acontecido em meio a violências. Mas, assim como no relato de Paula, não parece ser por acaso que ela tenha descrito com tantos detalhes a atitude do médico.

Não estou alegando que Paula e Renata não tenham passado por violência e nem sofrido com isso. Mas estou chamando a atenção para o fato de que sentir-se “cuidada” parece provocar uma amenização, um conforto. Isso não quer dizer que tais ações podem fazer com que o sentimento de ter se sentido violada não apareça. Paula não coloca a médica como algoz, talvez justamente por esse compromisso demonstrado pela obstetra para com seu bem-estar. Apesar de tudo, Paula disse que houve momentos bons no parto, a conexão que ela sentiu com o bebê no momento da saída pelo canal vaginal e o apoio dado pela enfermeira nesse momento. No caso de Renata, o conforto proporcionado por uma espécie de vínculo criado e negociado no segundo parto com o médico que lhe assistiu pareceu decisivo para

que a experiência tenha sido vivida e narrada por ela como satisfatória. Por outro lado, a assertiva de Renata ao dizer que, no primeiro parto, negar-lhe água foi “crueldade” parece informar uma demanda de cuidado não acolhida.

A história de Débora, porém, descreve uma situação oposta. Os médicos homens de plantão não mostraram preocupação com a vontade das pacientes, nem desejo de proporcionar uma experiência confortável. No Hospital 01 Debora foi acusada pelo médico de colocar em risco a vida da filha e, no Hospital 02, sofreu o que viria a interpretar como uma espécie de punição pelo médico de plantão que lhe fez uma cesárea não exatamente consentida. Houve violência no parto de Débora porque seu “Plano de Fuga” não lhe protegeu, por ela ter se sentido “encurralada” por rotinas hospitalares que não levavam em conta suas particularidades pessoais, porque ela passou por uma cesárea sem que desejasse ou precisasse, feita por um médico que não deu nenhuma demonstração de respeitar as opções de sua paciente. Mas também parece ter havido violência porque houve algum grau de colaboração intencional entre os dois médicos para desqualificar a participação consciente dela do parto.

Cabe notar que somente Débora, entre as três, se movimentou no sentido de procurar algum tipo de responsabilização formal dos médicos. Há casos semelhantes ao de Paula e ao primeiro parto de Renata em que as mulheres buscam formalizar uma denúncia de violência obstétrica? Talvez. Não tenho como precisar a partir de minha vivência nessa pesquisa e junto às interlocutoras que partilharam comigo suas experiências de parturição. Mas, o que a comparação entre as histórias de Paula, Renata e Débora leva a pensar é que a percepção de intencionalidade dos profissionais de saúde em provocar algum dano pode ser um elemento importante para mobilizar a denúncia. A comparação das histórias também mostra que o cuidado, presente em cenas de acolhimento, na forma de negociação do protocolo, gestos para confortar e demonstração de preocupação, é crucial para delimitar se houve ou não intenção de violentar.

Esses gestos de conforto podem parecer secundários ou mesmo insignificantes para médicos. Como analisei no capítulo 02, as médicas e médicos progressistas mostram preocupação com a autonomia das gestantes/parturientes, com o direito delas em participar das opções técnicas, com a prescrição de medicamentos analgésicos, etc. Porém, em nenhum momento em que travei diálogo com essa categoria profissional, se referiram explicitamente

ao tom do “cuidado”. Há certa ironia nessa omissão quando consideramos que as mulheres/mães, como Paula, Renata e Débora, não param de destacar essa qualidade do cuidado vindo de profissionais de saúde – inclusive de médicos – como de fundamental importância para uma boa experiência de parto.

## **6. Violência obstétrica como violência de gênero**

Voltando ao debate sobre o uso do termo violência obstétrica promovido pela revista *Violence Against Woman*, as respostas críticas ao texto dos psicólogos Lappeman e Swartz (LÉVESQUE e FERRON-PARAYRE, 2021; SALTER, OLANIYAN, MENDEZ e CHANG, 2021; BURNETT, 2021), cada uma à sua maneira, ressaltam a importância do uso do termo violência obstétrica. Destacam todos que, apesar de a intencionalidade ser importante (como insistem os autores do artigo comentado), ela não é essencial para nomear e compreender determinado contexto como violento. A ideia de uma violência estrutural, dizem os críticos, prescinde da consideração da intenção de algum agente específico e, até, da delimitação pessoalizada desse agente. A própria ideia de uma violência estrutural tem a ver justamente com a violência que existe, mesmo que sua causa não possa ser atribuída a ninguém em particular, conformando a maneira como situações sociais e institucionais se organizam e funcionam.

Contudo, o fundamental a notar nas respostas críticas ao texto inicial, é que a noção de violência obstétrica oferece uma linguagem de expressão para mulheres que se sentiram vitimizadas durante o parto ou gestação. Em particular, dá conta de nomear a discriminação estrutural contra mulheres que afeta praticamente todas as esferas, práticas e singularidades corporais tidas como femininas. Em outras palavras, a noção chama atenção para o que os grupos feministas tanto reivindicam: reconhecimento de “um tipo particular de violência, baseado nas assimetrias de poder imbricadas em determinadas relações sociais, aquelas que são marcadas pelo gênero” (DEBERT e GREGORI, 2008, p. 170).

Na sua autoetnografia, Débora ajuda a entender a centralidade dessa forma de violência quando compara sua história de parto com a de sua mãe e a de sua avó:

Parte da preocupação que eu tinha com a desassistência na hora do parto me acompanhava por causa das narrativas de parto que tinha ouvido de minha mãe e

avó. Minha mãe me pariu em 1982 no interior do estado do Rio Grande do Sul. Em um parto hospitalar induzido, ela foi intimidada por uma parteira que dizia saber “tudo sobre a sua vida”, se referindo ao fato de minha mãe ser solteira. Por essa mesma razão, ela foi impedida de circular pela maternidade, foi imobilizada na sua cama, e quando foi “assistida”, recebeu uma episiotomia e pontos sem anestesia. Quando retornou ao hospital no pós-parto por conta da dor que sentia nesse corte, apenas colocaram uma gaze no local e a mandaram para casa, dizendo que o ponto estava aberto e não havia nada mais a fazer.

Minha avó pariu seus três filhos em casa, apenas na companhia de sua mãe e de uma vizinha que era parteira tradicional. Ela narrava a ausência de profissionais de saúde especializados como uma desassistência, já que não podiam pagar por esses serviços. Ela trazia de forma muito vívida suas memórias do desespero, da dor e da falta de empatia das mulheres que a assistiam. [...]

Eu tive muita dificuldade de admitir que eu havia sido desassistida no meu parto. Sofri violência como minha mãe havia sofrido por ser solteira. Sofri como minha avó sofreu por ser pobre e viver no interior. (ALLEBRANDT, 2023, p. 426-427, 440)

Com esse relato, Debora está, de certa forma, contestando algumas ideias mais ou menos estabilizadas sobre a violência obstétrica. Sua análise sugere como a tendência, evidente em alguns grupos ativistas, de conceber o parto humanizado ou mesmo a MBE como antidota à violência obstétrica, poderia estar ofuscando o fato de que estamos lidando com uma forma profunda de violência de gênero. Por exemplo, ao saberem que a avó de Débora pariu em casa com uma parteira, pessoas imersas no “mundo da humanização” poderiam pensar que a experiência foi vastamente preferível a uma assistência hospitalar tecnocrática, mecanicista (que repete intervenções de rotina) ou a um médico “cesarista”. Não estariam imaginando que, mesmo num parto domiciliar, a parteira também pode ser alguém que, por compartilhar de preconceitos morais contra mulheres solteiras e outras, também comete variadas violências contra a parturiente. O fato de Debora, ela mesma, ter sofrido diferentes formas de abuso durante o parto *por ser mulher* fica ainda mais explícito quando justifica por que decidiu processar o pessoal médico:

[...] é uma coisa que é muito importante politicamente pra mim, sabe? É que não existe nenhuma denúncia até o presente momento, no estado de Alagoas, que fale sobre violência obstétrica no Conselho Regional de Medicina. Daí eu acho isso um grande absurdo! Porque eu conheço muitas mulheres que passaram por coisas muito piores do que as que eu passei. Eu tenho plena consciência de que o tipo de violência que eu sofri. Tem a ver com a minha classe, com a minha escolaridade, com a minha cor [...]. Seria muito pior se eu fosse uma mulher negra e periférica. Com certeza, seria muito pior! Mas eu acho que justamente por eu ter esses privilégios que eu tenho que utilizá-los e levar adiante essa denúncia, é importante, sabe? Porque se é difícil pra mim, com todos esses privilégios, imagina para as outras mulheres?!

Débora reforça essa ideia de uma violência de gênero de caráter estrutural profunda, quando (no seu texto escrito) sublinha a precariedade de um modelo ideal de parto: “(...) num contexto de disputa de modelos de atenção, parturientes podem se tornar alvos fáceis para reafirmação de poderes e hierarquias” (ALLEBRANDT, 2023, p. 425). Ou seja, no contexto de saúde brasileiro, em que há conflitos de paradigmas de assistência ao parto, a (re)afirmação de um ou outro modelo, num atendimento específico, pode obliterar o cuidado digno que toda gestante e parturiente deve receber. E esse cuidado, embora possa ser homogeneizado em protocolos de assistência, implica sobretudo em diálogo e cooperação para atingir o resultado esperado (MOL, 2008).

Sugiro que a sensação de violência que Débora sentiu e que muitas mulheres sentem no parto não tem a ver tanto com modelos (modelo humanizado, biomédico, tecnocrático, etc), mas muito mais com “crueldades” percebidas como mais ou menos intencionais que obstam o oferecimento do cuidado necessário. Essa violência pode ser explícita, como no caso de Débora, pode ser algo mais “difuso” (por exemplo, não se sabe de onde veio a ordem que proibiu que as parturientes tomassem água, no caso de Renata). Ou, pode ser institucional, quando falta espaço para receber uma mulher em trabalho de parto, porque o hospital trabalha sobretudo agendando cesarianas (como no caso de Paula). Ou seja, as situações reportadas como violência obstétrica podem ser interpessoais e/ou institucionais, mas são, também – e, talvez, principalmente – práticas que, exercidas no momento de grande estresse corporal, ocorrem impreterivelmente no corpo da mulher, reafirmando sua condição subalternizada na sociedade.

Após toda essa discussão, talvez seja mais fácil entender o porquê de tanto o caso Shantal quanto o caso do anestesista Giovanni, com que iniciei esse capítulo, possam ser compreendidos enquanto situações de violência obstétrica: talvez isso seja produto do efeito de *looping* da categoria, que abarca desde uma mulher que foi xingada e ofendida pelo médico obstetra (Shantal), até o estupro de gestantes em cesariana, praticada por um anestesista (Giovanni), depois de dopá-las. Embora sejam situações radicalmente diferentes, o quadro de escândalos levados às páginas dos jornais e a denúncias na justiça refletem a desigualdade endêmica de gênero.

Então, mesmo que exista uma violência de gênero da própria ciência médica, especialmente denunciada pelas médicas ativistas feministas com quem dialoguei no capítulo

02 e também deslindada por trabalhos conhecidos na antropologia (MARTIN, 2006 [1987]; DAVIS-FLOYD, 2001; ROHDEN, 2001), há também uma violência de gênero mais ou menos espraiada na sociedade e que se manifesta como crueldade e falta de cuidado para com as mulheres. Essa é mais uma das implosões que estou fazendo na tese, porque a dimensão de gênero da violência obstétrica acaba sendo esmaecida ou mesmo pouco evidenciada pelas estabilizações organizadas em *checklists* inspirados pela OMS e pela MBE. Mas é justamente essa dimensão de gênero da violência obstétrica que parece estar fazendo ela viajar para outras experiências e contextos, em *looping*, para além do caso Shantal ou do anestesista, e que percorro no capítulo dedicado às reflexões finais.

## Capítulo 5

### Reflexões finais: Implosões sugeridas pelas histórias de parto “em segundo plano”

Em geral, as histórias que mais circulam de violência obstétrica são sobre mulheres brancas, com extensa formação educacional e familiarizadas (e comprometidas) com ideários de humanização do nascimento. Mas, esse não é o caso de todas as vítimas. Percebi isso já no meu encontro com Lucimar (capítulo 01). Outras histórias também acabaram chegando até mim por meio das advogadas especializadas em direitos das gestantes. Quando passei a questioná-las sobre qual era o perfil das clientes que lhes procuravam para realizar uma denúncia formal de violência obstétrica, qual não foi minha surpresa à sua resposta: não são necessariamente as mulheres de camadas médias e alto grau de formação educacional (semelhantes à Paula, Renata e Débora) as que mais têm procurado minhas interlocutoras. Passei então a aproveitar essas “outras” histórias que chegaram até mim por meio das advogadas especializadas em direitos das gestantes. Porque contadas em “segundo plano”, tais histórias estão longe do nível de detalhe daquelas do capítulo anterior, mas trazem outros elementos para a noção de violência obstétrica.

#### 1. SUS e rede suplementar

Por exemplo, Jessica<sup>130</sup>, advogada do interior de São Paulo, quando indagada sobre qual o perfil de cliente que mais lhe procurava, diz que são, segundo ela denomina, as “mulheres mais humildes” e que pariram no SUS. Ela não entende muito bem por qual motivo chega mais esse perfil de mulheres para ela. Numa tentativa de compreensão, ela pensa que talvez as mulheres com uma situação financeira melhor têm mais com que se distrair e esquecer a violência sofrida no parto. Concentram-se, por exemplo, em fazer as

---

<sup>130</sup> Jéssica tinha 25 anos quando nos conhecemos via *Instagram*, em 2021. É uma jovem advogada, branca, residente de uma grande cidade no interior de São Paulo, onde se formou em direito defendendo um trabalho de conclusão de curso sobre violência obstétrica (assim como Judite e Dora). Fez o curso da Artemis em São Paulo, em 2017, e desde o início do trabalho como advogada, passou a atuar profissionalmente com o tema. Assim como outras advogadas de gestantes que fazem parte dessa pesquisa, ela é vinculada ao Nascido Direito. Oferece cursos e *workshops* sobre violência no parto pela internet e durante a pandemia de Covid-19, de forma semelhante às suas parceiras profissionais ativistas, fez inúmeras *lives* sobre direitos das mulheres no ciclo gravídico puerperal.

festas de aniversários dos filhos entre outros eventos. Mas as “mulheres humildes” não. Segundo Jéssica, elas estão com o coração aberto para resolver (no caso, processar os responsáveis pela violência obstétrica) e confiando no trabalho da advogada.

Na época em que Jessica me disse isso, momento em que pudemos fazer uma entrevista à parte, todas as clientes que ela tinha haviam tido seus filhos via Sistema Único de Saúde. Para Jéssica, o que mais motiva mulheres que pariram no SUS é provar que houve tratamento cruel para com elas, isto é, tratamento que não contemplou os cuidados devidos e que, eventualmente, foi fruto de discriminação contra elas.

Ludmila, a advogada residente em Goiânia, atende tanto mulheres que pariram no SUS, quanto as que deram à luz no setor privado. Por isso, na definição de um possível perfil de suas clientes, ela faz uma diferenciação do tipo de violência obstétrica que acontece nessas duas formas de atendimento. Com muito cuidado para não dar a entender que ela pudesse estar, de alguma maneira, subestimando a violência – e o sofrimento – de mulheres que dão à luz no setor privado e ali sofrem violência, Ludmila explica que em geral, as mulheres que têm seus filhos em hospitais públicos do SUS sofrem “mais violência” do que as do setor suplementar. Isso porque as que têm filhos no setor público sofrem uma “violência integral”, são muitas coisas que lhes acontecem. Passam 24 horas na recepção aguardando atendimento, sentindo dores. Chegam na porta do hospital com o bebê nascendo e tendo que ser aparado por um segurança porque não tem profissionais de saúde disponíveis. Foram exemplos que ela deu para explicar essa diferença. As parturientes no setor privado, segundo Ludmila, também enfrentam violência, especialmente a realização da cesárea sem que a mulher necessariamente queira, ou omissão de informações importantes. Contudo, em geral, não experimentam uma violência integral.

Jéssica, ao tentar elaborar por que as mulheres “mais humildes” são as que mais a procuram, menciona que elas estão interessadas em denunciar a crueldade com que foram tratadas. Ela não detalha que tipo de crueldade é essa, mas foi a mesma palavra usada por Renata quando afirmou que a pior parte da violência que sofreu no parto do primeiro filho foi a proibição de ingestão de líquidos, inclusive água. Linhas atrás disse que essa “crueldade” ocorrida com Renata poderia ser compreendida como uma demanda de cuidado não acolhida. E, analisando o depoimento de Ludmila, especialmente a parte das diferentes violências obstétricas que ocorrem no âmbito privado e público, juntamente com a noção de

“crueldade” trazida por Jéssica e Renata, conduz a pensar que, por mais que no setor privado haja violência obstétrica, o fato de nele as mulheres se sentirem melhor tratadas – o que pode ser substituído por melhor cuidadas – faz com que as mulheres que deram à luz no SUS sejam mais propensas a judicializar, ou seja, a ingressar com uma demanda judicial denunciando a violência sofrida ao longo da parturição.

Os exemplos que Ludmila deu de situações que ocorrem no SUS, como a espera de um dia em recepção ou mesmo de mulheres que chegam a parir da porta do hospital de maneira desassistida são exemplos de mau tratamento que vão ao encontro do que afirmei no capítulo anterior, de que talvez práticas de cuidado que proporcionem conforto, atenção e demonstrem preocupação com a parturiente possam diminuir a possibilidade de experienciar uma violência.

É curioso que advogadas como Jéssica e Ludmila se empenhem tanto em produzir listas com condutas que denotam violência obstétrica, se esforcem sobremaneira para explanar e divulgar a dimensão “médico-hospitalar” dessa violência (como, por exemplo, o não seguimento de protocolos da OMS e de evidências científicas) e suas clientes lhe procurem porque entendem que foram maltratadas, porque não lhes foi oferecido cuidado adequado no SUS. Este pode passar pelo atendimento aos protocolos e práticas que seguem as melhores evidências, mas tem igualmente a ver com tratar as parturientes como pessoa (HIRSH, 2015) e se importar.

As mulheres que demandam Jéssica e Ludmila parecem ter experiências de violência obstétrica semelhantes às de outras mulheres de países latino-americanos descritas por pesquisadores, como Paola Sesia (2020a; 2020b) e como Arachu Castro e Virgínia Savage (2019)<sup>131</sup>, com quem dialoguei no capítulo 01. A primeira autora retrata o mau atendimento de mulheres indígenas pobres durante o parto no sistema público de saúde do México. Trata-se de episódios que vão desde de profissionais de saúde que parecem não escutar o que falam as parturientes até situações em que mulheres pariram na porta da maternidade porque não

---

<sup>131</sup> Relembrando que as duas pesquisadoras conduziram pesquisa sobre violência obstétrica na República Dominicana. Identificaram um contexto em que as parturientes não questionavam excesso de intervenções e/ou medicalização de seus corpos e valorizavam a preocupação dos profissionais de saúde para com elas. Os dois hospitais em que a pesquisa ocorreu eram públicos e apresentavam condições físicas insuficientes para receber a demanda de parturientes que procuravam as instituições para dar à luz, de modo que as pesquisadoras relataram situações de negligência que levaram quase à morte de mulheres, e também situações de revezamento de camas na maternidade, porque não havia camas suficientes.

foram acolhidas na instituição. No Brasil, talvez porque o debate acadêmico e ativista sobre violência no parto tenha iniciado mais atrelado ao movimento pelo parto humanizado e com referência a demandas de mulheres brancas de camadas médias, é que parece haver um certo *gap* entre o que ativistas falam – as advogadas *experts* entre elas – e o que as “mulheres humildes”, para usar as palavras de Jéssica, ou mulheres que pariram no sistema público de saúde, têm requerido.

Quando Jéssica diz que as “mulheres humildes” são quem mais lhes procuram, é possível traduzir sua fala em termos de classe social. Ou seja, ela identifica uma diferença de classe na percepção sobre as experiências de parto e de violência. Ambas, Jéssica e Ludmila, estão falando sobre diferenças entre atendimentos no SUS e no setor privado, e é importante ter em conta que nem sempre o SUS abarca somente mulheres mais pobres. Isso porque, em algumas regiões do Brasil o SUS é largamente utilizado por diversas classes sociais, em função da qualidade dos serviços. E, além disso, há um movimento de mulheres adeptas da humanização do nascimento e/ou do “parto natural” preferirem parir no SUS porque ali é mais provável que tenham seus filhos via vaginal do que na rede privada, em que a cesariana domina as práticas do nascer (DINIZ, 2014). Foi o caso, por exemplo, de Renata, do capítulo anterior, que teve seus dois filhos pelo SUS, além de fazer também os pré-natais por esse sistema de saúde. Isso tem a ver com sua situação financeira naquele momento, pois ainda era estudante de pós-graduação, mas se somou ao fato de o SUS em Porto Alegre ser bem avaliado e ela saber que nesse sistema seria mais fácil ter os filhos por parto vaginal.

Mas, não somente autoras cujo lócus de pesquisa são outros países da América Latina percebem essa diferença de classe social nas experiências de parturição. Olívia Hirsh (2015) e Sandra Giacomini e Hirsh (2021) têm focalizado essa diferença no contexto brasileiro, inclusive para colocar em perspectiva certas propostas de assistência a gestantes calcadas nas demandas do movimento pela humanização do nascimento. Giacomini e Hirsh (2021), por exemplo, narram a experiência de Carla em uma casa de parto. Ela é uma mulher negra e que trabalha como manicure. Havia se vinculado à casa de parto, gostava da proposta, mas não conseguiu levá-la adiante. Ali os partos eram assistidos por enfermeiras obstétricas e realizados em sua modalidade “natural”, com o mínimo de intervenções. Durante seu processo de parturição, Carla recebeu apenas ocitocina intravenosa porque sua dilatação estava evoluindo devagar. Depois de muito esperar, e à medida que a dor das contrações

aumentava, Carla resolveu que queria ir para um hospital de referência fazer uma cesariana. Como observam as autoras, depois que Carla “desistiu” da proposta oferecida pela casa de parto, a equipe também parecia não lhe escutar a contento. Tanto que ela foi transferida para o hospital apenas quando houve a troca de equipe na casa de parto. E ali acabou parindo sua filha via vaginal, pois a dilatação já havia avançado.

Em nenhum momento de estadia na casa foi oferecida anestesia à Carla e as autoras ponderam que dificilmente isso seria feito também numa maternidade do SUS, pois, citando a pesquisa *Nascer no Brasil*, “(...) no sistema público de saúde, a aplicação de anestesia ocorre somente em 27,1% dos partos, montante que declina para 21,5% quando decresce o nível de escolaridade da paciente.” (LEAL et al, 2014 *apud* GIACOMINI e HIRSH, 2021). Ao contar a história de Carla, as autoras ponderam que em experiências de parturição em que a dor, no caso, a dor do parto, é imposta e não escolhida, isso pode ser vivido como violência. Com isso, elas afirmam, com base em sua experiência de campo junto a mulheres de camadas populares, que em geral as intervenções, usualmente consideradas “excessivas” por mulheres de camadas médias, muitas vezes são desejadas e consideradas uma ajuda para outros grupos de mulheres.

É interessante que Giacomini e Hirsh (2021) não concluem que a “solução” para os problemas envolvendo assistência ao parto seja que as mulheres possam “decidir” pela anestesia, por exemplo. Para elas, a questão passa muito mais por entender que mulheres diferentes têm também concepções diferentes sobre assistência ao parto e, em última instância, sobre a saúde como um todo. A imposição de uma dor não escolhida pode ser experienciada como violenta, e deixar de usar recursos disponíveis para “ajudar” acelerar o processo – mesmo que precisem ser realizados com o consentimento da parturiente segundo as boas práticas – pode ser experienciado como negligência. É o que a história de Lucimar, que contei no primeiro capítulo sugere, e também a ideia de “violência integral” trazida por advogadas como Ludmila.

### **1.1. As experiências de mulheres negras**

Ainda quanto às histórias de parto em “segundo plano”, o perfil das mulheres que a advogada/ativista Dora tem atendido – a maioria negras e que pariram no SUS – também traz

outras narrativas de violência obstétrica. Como eu disse no capítulo 03, ela em suas falas públicas online e em encontros (como o do grupo Dororidade Jurídica que ela me convidou para participar<sup>132</sup>), sempre frisa que as mulheres negras são mais negligenciadas que as mulheres brancas. Se as brancas recebem um excesso de intervenções, as negras, ao contrário, não recebem tantas porque há uma ideia geral difundida, inclusive na assistência à saúde, que as negras suportam mais a dor.

Entre as histórias trazidas por Dora, está a de uma moça adolescente, negra, de quem foi retirado o útero no momento do parto. É um caso em que uma amiga de Dora atuou, pois trabalham em parceria. Nesse caso, a moça era negra e tinha 16 anos. Pariu num hospital público e sofreu uma histerectomia sem que soubesse. Descobriu, cerca de seis meses após parto, num exame ginecológico, que isso havia lhe acontecido no momento do parto. A histerectomia é um procedimento de retirada do útero, total ou parcial. Isso torna a mulher estéril, isto é, sem poder gerar outra vida. Em geral, para a esterilização, é feita a chamada ligadura de trompas, e não a histerectomia. Decerto que fazer quaisquer um dos dois procedimentos sem o consentimento da parturiente seria digno de crítica, podendo ser interpretado como violência. Mas retirar o útero em vez de fazer uma laqueadura também acrescenta uma camada a mais de crueldade – a palavra é minha – para a situação.

Houve o caso de uma moça negra, que, ao ser atendida num hospital público para ter seu filho, disse ter sido maltratada pela equipe de enfermagem, especialmente porque ao invés de colocar o lençol na cama em que ela iria deitar, a auxiliar de enfermagem pôs um saco de lixo para forrar o colchão. Segundo Dora, essa moça começou a pensar que isso pode ter sido uma atitude racista porque foi perguntar para uma moça branca, atendida em processo de parturição no mesmo hospital e pela mesma equipe, que julgou ter sido bem assistida.

Dora me relatou também um caso de uma moça negra que estava com os cabelos trançados. Ela chegou no hospital para dar à luz e fizeram-na cortar as tranças porque,

---

<sup>132</sup> Dora também faz parte de um grupo nacional de advogadas negras, chamado Dororidade Jurídica, que se formou nos anos da pandemia da Covid-19 e passou a promover encontros online. É composto por advogadas negras, que trabalham com diversas especialidades jurídicas, e vindas de vários estados brasileiros. Em um desses encontros, Dora palestrou sobre violência obstétrica contra mulheres negras e me convidou para assistir. A inscrição para o evento, que aconteceu remotamente e durou o dia todo, foi R\$ 20, 00 (vinte Reais). O nome do grupo – Dororidade jurídica – faz referência ao livro Dororidade, da autora Wilma Piedade, formada em letras e pós-graduada em literatura. Em linhas gerais, “dororidade” é uma formulação baseada na ideia de “sororidade”, postulada por diversos feminismos. Segundo muitas participantes do encontro, dororidade é o reconhecimento, entre mulheres negras de diversas origens, de que sofrem as mesmas dores, vindas, simultaneamente, do racismo e do sexismo. Um exemplar do livro foi sorteado durante o encontro.

segundo os profissionais de saúde, o material das tranças, por ser sintético, atrapalharia o atendimento ao parto. A advogada contou isso perplexa, e disse que essa também foi a reação da moça ao lhe contar essa história, porque aparentemente não havia nenhuma relação entre o material sintético das tranças e o processo de parturição. O que fez com que elas concluíssem, juntas, que aquilo só podia ser uma expressão do racismo no atendimento de saúde.

Em suas palestras, Dora cita também as mulheres em situação de rua, muitas delas negras, que têm sido esterilizadas no momento do parto, sem consentimento<sup>133</sup>, de maneira semelhante à moça de 16 anos com quem sua amiga estava trabalhando. Como disse em outro momento da tese, Dora não faz diferença entre a violência obstétrica contra mulheres negras e o racismo obstétrico. Para ela, são nomes diferentes para o mesmo fenômeno. Em todo caso, as histórias que ela conta ampliam a noção de violência obstétrica para outras frentes: são situações em que a discriminação racial (que pode estar também atrelada à de classe) têm proeminência. São sobretudo casos em que a violência obstétrica vai além da situação de parturição em si, pois envolvem também esterilizações, um procedimento que limita suas vidas reprodutivas de maneira quase sempre irreversível<sup>134</sup>.

Todas as ativistas pelo fim da violência obstétrica, principalmente as advogadas, enfatizam que essa violência diz respeito a todo ciclo gravídico-puerperal, isto é, pré-natal, parto e pós parto. Dora sempre destaca que o que lhe aconteceu durante a gravidez foi violência obstétrica. Ela descobriu que estava grávida com vinte semanas de gestação e não conseguiu atendimento de pré-natal no SUS. No entanto, as histórias de violência no parto que Dora e suas colegas mais contam acabam se concentrando no momento da parturição e, também, nas consequências deste para a vida das mulheres. Ao mencionar os casos de racismo nos atendimentos ao parto e, também, das esterilizações sem consentimento e,

---

<sup>133</sup> Outras pesquisas e escritos têm focalizado a relação entre maternidade e mulheres em situação de rua. As informações trazidas por Dora sobre a esterilização de mulheres nesse contexto, confluem também para o que Caroline Sarmiento (2020) diz em sua dissertação de mestrado. Ela aborda sobretudo a retirada dos filhos das mulheres que vivem nas ruas, mas também menciona as esterilizações e uso de métodos contraceptivos de longa duração (e sem consentimento). Ações realizadas sobretudo por instituições de assistência social do estado. É semelhante ao que falam também Cláudia Fonseca, Diana Marre e Fernanda Rifiotis (2021), ao abordarem o caso de Andrielli, um jovem negra de 21 anos de Florianópolis, que tinha histórico de ter vivido em situação de rua. Em 2021, ela teve sua filha levada do hospital para um abrigo, logo após o parto. A mãe foi impedida de amamentá-la e havia também a desconfiância de que Andrielli tinha sido esterilizada no momento do parto.

<sup>134</sup> Quando há a retirada do útero, esterilização é irreversível. A ligadura de trompas, ou ligadura tubária, em regra, também é irreversível, mas há uma pequena chance de falha, com a “recanalização espontânea”. Ver em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/planejamento-reprodutivo-contracepcao/>. .

mesmo, de mulheres, que são negras, mas também adolescentes, elas ampliam as histórias que cabem dentro da moldura violência obstétrica.

## **1.2. A questão das marcas físicas (em mães e bebês/crianças)**

Ao falar sobre o perfil das clientes que atende, Ludmila diz que nos casos que atende pelo escritório de advocacia, mais de 90% delas viveram situações de violência obstétrica que resultaram em algum dano físico, no bebê, na mãe ou em ambos. Ela diz que independente do sistema de saúde em que ocorreu o parto, seja público, seja privado, na sua experiência de advocacia na área da violência obstétrica, a maioria expressiva dos casos envolve algum tipo de dano físico. São casos que envolvem paralisia cerebral do bebê, óbito fetal, paralisia na perna da mãe em decorrência de uma manobra de Kristeller, entre outras situações.

No capítulo 03, menciono que Ludmila ressalta bastante a ideia de ajuda às mulheres vítimas de violência obstétrica. Quando ela diz que precisa ser forte, já que tem muita gente para chorar junto com as mulheres, mas poucas pessoas para lhe ajudar a garantir seus direitos, ela está contando um caso de óbito fetal. É um caso que ela enquadra como violência obstétrica, em que o bebê faleceu e ela, junto com a irmã, precisaram acompanhar a perícia realizada em seu corpo, a fim de produzir provas sobre a causa da morte e responsabilizar civil e/ou penalmente os culpados. Essa questão dos danos físicos também apareceu no minicurso sobre aspectos jurídicos da violência obstétrica, ministrado por Judite e Elza, em que uma das participantes questionando sobre se o uso do fórceps poderia constituir violência obstétrica, mencionou seu filho. Ele teria ficado com marcas físicas em função do uso do instrumento e apresenta uma deficiência por conta disso. Ela não explicou muito bem que tipo de deficiência, penso que não quis detalhar naquele momento.

Esses dois fatos sugerem que há todo um grupo de mulheres que, em contato com a noção de violência obstétrica, acabam mobilizando outros elementos que consideram importantes em suas histórias de parto para enquadrá-los como situações em que houve violência. Também é possível questionar se, para algumas mães a preocupação com a saúde e bem-estar dos filhos não seja mais proeminente que a preocupação consigo, de modo que podem acabar entendendo somente como violência obstétrica a violência que atinge suas

crias. Seja aquela trágica, que leva a óbito, seja a que provoca algum problema de saúde sério e, muitas vezes, duradouro, como uma deficiência física, um aleijamento, etc. Para além de concepções diferentes sobre o que é violência a partir do contato com a noção de violência obstétrica, tais mães que procuram advogadas nessas situações de dano físico podem também estar em busca de uma ajuda pecuniária para os cuidados com a criança, ainda mais quando esta passa a ter algum problema de saúde que demande cuidados especializados e, muitas vezes, dispendiosos.

A questão dos danos físicos – na mãe, no bebê, ou em ambos – como sendo expressão da violência obstétrica também é colocada por duas autoras mexicanas, a médica Graciela García e a antropóloga Lina Palomo (2020). As duas escreveram um artigo em que evidenciam que a violência obstétrica não diz respeito apenas ao parto em si, mas a atendimentos de saúde que provocam marcas físicas profundas e dolorosas em mulheres, com consequências que podem ter impacto em suas vidas e nas vidas de suas famílias. É o que dizem sobre as três histórias que contam no seu trabalho. Uma delas é a de Viviana, que aos 28 anos, teve seu segundo filho num hospital público em que a médica utilizou fórceps de uma forma muito dolorosa e que provocou muitos danos posteriores. Esse uso provocou uma hemorragia, fazendo com que Viviana quase viesse a óbito. Em meio a tal hemorragia e sem qualquer consentimento da parturiente, de sua família, ou mesmo qualquer outro tipo de explicação, foi realizada nela uma histerectomia.

Após o parto, ela precisou se recuperar das inflamações e infecções internas que ocorreram, e adquiriu um problema de incontinência urinária crônico. Não conseguiu amamentar o filho, nem tampouco cuidar dele no primeiro ano de vida. Ela e o marido mudaram para a casa de sua mãe, a fim de que esta avó pudesse ajudar nos cuidados com a primeira filha e o neto recém-nascido e, também, porque sua casa era mais próxima dos locais de atendimento médico. A família se endividou para pagar os tratamentos de saúde para que Viviana se recuperasse do parto. Quando as autoras entraram em contato com sua história, fazia 18 meses que ela não tinha relações sexuais e nem dormia junto do companheiro, porque a incontinência urinária fazia com que ela enxarcasse a cama de urina quase todas as noites. As marcas físicas que assistências pouco cuidadosas ao parto podem deixar em bebês e mães são duradouras e tem impactos que se esgarçam no tempo, para além do momento do parto

em si, podendo mudar toda uma organização familiar, como no caso de Viviana, destacam García e Palomo (2020).

Mas, comecei a me dar conta da relação entre marcas físicas duradouras e violência obstétrica a partir de uma situação concreta que vivi numa entrevista de emprego. Eu estava no final da pesquisa do doutorado, a bolsa da CAPES tinha sido encerrada e me inscrevi para uma vaga num escritório de advocacia, pois na época ainda estava com a carteira da OAB ativa. Em meio à etapa da entrevista, um dos dois advogados que estava me entrevistando perguntou mais detalhes sobre a pesquisa de doutorado, pois eu havia colocado no currículo que o tema era a violência obstétrica. Ele disse ter ficado curioso para saber mais detalhes. Quando comecei a explicar, ele interrompeu, dizendo o motivo da curiosidade: fazia pouco tempo que uma moça tinha ido ao escritório em busca de um advogado para conseguir uma indenização pela violência obstétrica que havia sofrido no parto. Seu filho, em decorrência desta, tinha um problema irreversível em um dos braços. Novamente por questões de confidencialidade profissional, meu entrevistador não detalhou o caso, mas me questionou sobre se aquilo seria erro médico ou violência obstétrica.

Questões relativas às marcas físicas duradouras envolvendo esterilizações, histerectomias e sequelas de saúde na mãe ou no filho eram trazidas de experiências de mulheres negras, explicitadas por Dora, mas também pelas clientes de Ludmila, pelas autoras mexicanas e, mesmo, por essa moça que procurou o escritório de advocacia em que eu estava prestando seleção. Numa tentativa de evidenciar a diferença entre uma violência que ocorre no corpo feminino e outra que ocorre com seus bebês, algumas advogadas têm chamado a segunda de violência neonatal. Para além da conceituação dessa violência como “aquela que acontece com os bebês durante o parto/nascimento”, não vi essa noção ser muito comentada pelas profissionais ativistas, nem ser investida com tanta energia, como ocorre com a violência obstétrica. Porém, o surgimento dela parece ter mais a ver com a ampliação da moldura/matriz da violência obstétrica para outras situações, aparentemente não aventadas quando essa noção emergiu no cenário político, ativista e profissional brasileiro.

## **2. Quando o erro médico se confunde com violência obstétrica**

Uma das grandes preocupações das advogadas é diferenciar erro médico de violência obstétrica nas *lives* e cursos e workshops que elas ministram online e presencialmente<sup>135</sup>. Como expliquei brevemente no capítulo 03, uma das diferenças de enquadrar juridicamente uma situação como sendo violência obstétrica (e não erro médico) tem a ver com o fato de que, ao fazer isso, as advogadas e as vítimas estão dizendo que foram violados direitos humanos das mulheres. Porém, elas admitem que, embora a violência obstétrica não seja a mesma coisa que erro médico, em muitas situações eles acontecem juntos. E, com muitas de suas clientes foi/era assim: situações em que, concomitantemente, houve erro médico e violência obstétrica.

Erro médico é um conceito do direito civil brasileiro que tem a ver com a responsabilidade civil dos profissionais de saúde. Embora o nome erro médico sugira que o conceito trate somente das ações dos profissionais da medicina, em tese, todo profissional de saúde pode cometer erro médico. Segundo me explicou Judite algumas vezes, o erro médico é um erro de procedimento. Ou seja, ao conduzir algum procedimento, o profissional foi negligente, imprudente ou agiu com imperícia. Nos EUA, o que corresponde ao erro médico brasileiro é a chamada *malpractice* da medicina (MENDONÇA e CUSTÓDIO, 2016). Nos processos judiciais envolvendo erro médico, o que se busca é a reparação civil do dano provocado. Esse dano pode ser moral, uma categoria abrangente que remete a noções de “honra” e questões psicológicas; ou material, que ocorre no corpo físico ou em algum objeto de propriedade da pessoa que sofreu o dano. Em geral, a reparação em processos assim envolve o pagamento de uma quantia em dinheiro a título de indenização e, se for possível, o retorno à situação anterior (antes de o dano acontecer). Para que alguém seja condenado por erro médico, é preciso que a vítima prove o chamado nexo de causalidade entre o dano sofrido e a conduta do agente acusado de provocar o dano.

Então, a noção de violência obstétrica pode trazer consigo certa intencionalidade, discriminação de gênero (e de raça/cor, classe, entre outras) e, especialmente na formulação de advogadas, médicas e mães ativistas com quem dialoguei, aplicação de procedimentos não mais indicados pela OMS e pela MBE. O erro médico, por outro lado, suscita muito mais a ideia de incompetência, de um exercício desqualificado da profissão, independente de

---

<sup>135</sup> É curioso que justamente quando eu estava no doutorado em antropologia, tenha me visto às voltas para entender um conceito jurídico amplamente utilizado pelas pessoas do campo, principalmente pelas advogadas *experts*.

intencionalidade. Mas a diferenciação é complexa. Suponha-se, por exemplo, que, num hospital do SUS, uma equipe médica e de enfermagem deixou de olhar os exames pré-natais da parturiente que deu entrada no hospital em trabalho de parto. Ela tinha diabetes gestacional e foi aplicado um medicamento que não poderia ser usado nesses casos. Isso lhe provocou, ainda supondo, uma hemorragia. Nesse caso hipotético poderia haver, por exemplo, erro médico e violência obstétrica juntos. Pois, como saber se a negligência da equipe não se deve ao fato de os profissionais não prestarem atenção nas parturientes do hospital público, em geral, porque a consideram “menos importantes” ou “menos frágeis”? A linha que separa desassistência, discriminação e negligência (que seria uma das hipóteses de erro médico) é muito porosa e nem sempre visível.

Porém, ao contrário da violência obstétrica, o erro médico é uma categoria presente nos códigos, leis e doutrina jurídica brasileiras. É um assunto tradicional no direito. A violência obstétrica não. Talvez por isso as advogadas tentem se munir de tudo que pareça mais “científico” para legitimar que a violência obstétrica existe. E que enfatizem também que a execução de determinados procedimentos de rotina – como a episiotomia – ou a manobra de Kristeller – e todo o *checklist* de que eu falei no terceiro capítulo – constitui violência obstétrica por si só, sem a necessidade de comprovação de qualquer outra coisa.

A partir de uma análise dos processos sobre erro médico no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT), entre 2002 e 2019, a professora de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (Unb), Maria Célia Delduque *et al* (2022), numa análise estatística descritiva, encontrou que os processos de erro médico estão em ascensão naquele tribunal. E, ainda, a especialidade com maior número de processos envolvendo erro médico é a ginecologia-obstetrícia, seguida da especialidade cirurgia geral. Tendo em conta a linha tênue que há entre erro médico e violência obstétrica e o embate judicial – e político – que vem sendo travado pelas advogadas por mudanças no entendimento jurídico e judicial sobre esse assunto, é razoável supor que uma parte desses casos poderia ser enquadrado também como violência obstétrica. Independente dessa conjectura, o achado quantitativo da pesquisadora em relação ao TJDFT vai ao encontro das impressões das advogadas especialistas quando dizem que os processos judiciais sobre violência obstétrica vêm aumentando. E, mesmo, dos médicos obstetras, que no 58º Congresso da Febrasgo expressavam preocupação com o futuro da obstetrícia em virtude dos processos judiciais.

No espriamento da categoria por meio de notícias e em redes sociais, em que ativistas publicam informações, entre outras possibilidades de “divulgação” da noção de violência obstétrica, outras histórias têm sido acopladas a essa noção de violência. Captando histórias de parto em segundo plano, a partir do perfil que as advogadas traçaram de suas clientes, é possível entender que talvez as mulheres que têm partos no SUS sejam as que entendem ter sofrido mais violência, porque, na maioria das vezes é uma violência integral e não ações isoladas. E isso faz ressonância com pesquisas de outros países latino-americanos que apontam maior violência obstétrica em hospitais públicos (SESIA, 2020a; 2020b; CASTRO e SAVAGE, 2019). Nesse ponto, tais mulheres que denunciam a violência obstétrica judicialmente se assemelham à Paula, Renata e Débora (porque também demandam serem tratadas com cuidado,).

Das histórias de parto em segundo plano e, também, de minha anedota profissional, tem-se que muitas mulheres que sofreram danos físicos ou cujos bebês também foram afetados por isso, procuram denunciar a violência obstétrica judicialmente e isso pode constituir também erro médico. O fato de muitas denunciarem somente quando há dano físico pode ter a ver também com outras situações de violência de gênero. Beatriz Lins (2021), por exemplo, mostra a dificuldade da justiça em dar uma resposta às violências psicológicas decorrentes do vazamento de fotos sensuais – conhecidas como *nudes* – na internet, e também às violências psicológicas presentes na violência doméstica. Nesses casos, muitas mulheres não têm confiança de que conseguirão provar a violência porque ela não deixou marcas físicas, e o próprio sistema de justiça muitas vezes deixa de responsabilizar autores dessa violência justamente porque os atores que o compõem alegam que não há provas suficientes de que a violência aconteceu. Voltando para a violência obstétrica, o dano físico pode encorajar mais a denúncia judicial, justamente pois constitui uma prova material da violência – além de incorrer em cuidados mais dispendiosos para a vítima na vida subsequente.

### **3. Implosões compartilhadas**

Em um texto em que conceitua sobre o “objeto dobrado”, a antropóloga de origem tunisiana, que trabalha junto à Universidade de Amsterdã, Amade M’charek (2014), menciona uma história que o filósofo e matemático francês Michel Serres contou num livro

publicado no final da década de oitenta: um projétil contendo três astronautas e dois cachorros teria partido rumo à lua. Durante a viagem, um dos cachorros, chamado Satélite, morre. Sem poder manter o corpo do cachorro morto ao longo de toda viagem, os astronautas decidem despejá-lo no espaço, junto de outros dejetos. Mas, o corpo de Satélite continuou circulando em torno da nave espacial. Ora parecendo na janela, ora desaparecendo da vista dos astronautas, mas sempre próximo e os acompanhando durante todo trajeto, mesmo que de fora.

Ao narrar isso logo no início de seu texto, M'charek (2014) começa a argumentar uma série de elementos que podem ficar de fora de certas versões da história dos objetos, como o sequenciamento de genoma humano, estudado por ela. Mas, tal qual o cachorro Satélite, essas versões se fazem presentes vez ou outra e estão contidas – dobradas – nas diversas temporalidades e formas assumidas pelo objeto de estudo. São ausências presentes. Ao longo de toda tese, me propus a implodir a noção de violência obstétrica que se apresentava numa performance de coerência autoevidente, no meu cotidiano, em notícias, em minhas perambulações pelas redes sociais e, também, num certo senso comum científico dos estudos sobre esse “novo” tipo de violência, que seguem uma curva ascendente desde 2014, em diversos países, inclusive no Brasil.

Logo no início da pesquisa, conheci Lucimar e sua história de parto, que aconteceu num hospital público na região metropolitana de Porto Alegre, na primeira década dos anos 2000. Ela dividiu a enfermaria com diversas gestantes, ficou ali sem poder ser acompanhada por ninguém, não foi lhe dada atenção, as enfermeiras eram ríspidas e tanto elas quanto médicos demoraram a lhe atender, tanto que se sentiu abandonada ali. O “horror” que ela descreve soma-se à episiotomia mal costurada, que lhe rendeu problemas que ela está tratando atualmente, quase vinte anos depois. Embora ela não enfatize o corte dentro do cenário de “horror” que foi o segundo parto, o trabalho e despesas envolvendo o tratamento posterior decerto não foram desejados, nem esperados por ela.

As histórias de parto em segundo plano evidenciam uma “violência integral” vivida em hospitais públicos e discriminações de raça e classe. Trazem à tona casos de mulheres que foram esterilizadas sem que soubessem, e daquelas cujos filhos vieram a óbito. Mostram também aquelas que ficaram com sequelas físicas nos seus corpos ou cujos filhos vieram a apresentar deficiências de várias ordens em função do que foi vivido no parto. Todas essas

histórias esgarçam os sentidos da violência obstétrica e vão ao encontro do que Lucimar me descreveu. São como o cachorro Satélite dando voltas ao redor da nave espacial, mostrando que estão ali. Então, se eu estava fazendo o movimento de implosão de uma categoria que se apresentava como coerente, Lucimar, as advogadas e suas clientes – bem como outras estudiosas atentas a tais dimensões dessa violência e que citei aqui – estavam implodindo a violência obstétrica junto comigo; num movimento simétrico.

As ativistas mães, com quem dialoguei mais detidamente no primeiro capítulo, que começaram a se engajar no movimento pela humanização do nascimento, juntamente com profissionais de saúde que já o integravam (e eventualmente auxiliadas por eles, especialmente na questão das “evidências científicas”), passaram a nomear como violência obstétrica uma série de procedimentos até então naturalizados na assistência ao parto no país. O relatório “Violência obstétrica – parirás com dor” (2012) detalha uma série de situações de violência em depoimentos colhidos pelas ativistas e que, sim, vão ao encontro das histórias de Lucimar e todas histórias de parto em “segundo plano”. Mas a ênfase pública acaba sendo nas evidências científicas, na necessidade de se apropriar de informações médicas e fisiológicas do parto e, enfim, de ter poder de decisão, autonomia. O que, de alguma maneira, tem mais a ver com a forma com que mulheres de camadas médias têm vivido a maternidade.

Contudo, mesmo entre vítimas e suas histórias mais ou menos convencionais de violência obstétrica: mulheres de camadas médias, com alto grau de formação educacional, residentes de grandes centros urbanos, familiarizadas e adeptas do repertório da humanização do parto/nascimento (como Paula, Renata e Débora), há elementos que escapam. Suas histórias mostram como intencionalidade e cuidado operam para fazer com que as situações sejam sentidas e experienciadas como sendo violentas, para além do obediência deste ou daquele protocolo. E, especialmente a partir história de Débora e de suas reflexões autoetnográficas, é possível compreender uma dimensão da violência obstétrica que vai além da defesa de modelos de assistência ao parto ou formas de organização hospitalar. A sensação de que foram alvo de algum tipo de crueldade durante o ciclo gravídico-puerperal parece ser a amálgama que une as narrativas mais convencionais de violência obstétrica e todas as histórias de parto em “segundo plano”. É por meio dela que tal violência fica mais ressaltada como um tipo de violência de gênero. E isso também é uma implosão movida por mim,

juntamente a todas as mulheres que me contaram suas histórias. E daquelas que seguem compartilhando suas experiências em redes sociais, com advogadas e com pesquisadoras.

A classe médica, especialmente os ginecologistas - obstetras, não apenas negam a existência e militam contra a o uso da expressão violência obstétrica. Eles estão às voltas tentando entender o que querem suas pacientes/clientes/usuárias, se uma cesariana ou um “parto gourmet”. De modo geral, e nisso ironicamente se assemelham às mães ativistas, eles parecem confluir para o reconhecimento da importância da autonomia das mulheres: que devem exercê-la tanto para optar por uma cesariana, quanto para não ficarem reféns de decisões médicas. As médicas feministas, por sua vez, são as que despontam como defensoras da categoria violência obstétrica, pois, para elas, as mulheres são as verdadeiras vítimas no contexto obstétrico brasileiro. Elas evidenciam uma violência inerente à obstetrícia enquanto ciência e que se reflete na prática hegemônica da disciplina. Mas, ao fazê-lo, é como se a “violência patriarcal” historicamente inerente no exercício biomédico (ROHDEN, 2001, DAVIS-FLOYD, 2001, MARTIN, 2006 [1987], KATZ *et al*, 2020) pudesse ser resolvida pela troca de modelos e concepções científicas. Há uma crueldade que talvez elas não separem dos modelos de atenção ao parto e que fica mais evidente nos depoimentos das vítimas de violência obstétrica, em primeiro ou segundo plano.

As advogadas, então, além de serem a categoria que mais têm difundido a noção de violência obstétrica segundo essa etnografia, aparecem como as principais mediadoras: elas traduzem ativismos pela humanização do nascimento, as demandas das mães, os regramentos da OMS e MBE aplicada ao parto, e os transformam em *checklist*. Mas, como eu disse, elas precisam das histórias. Estas, por sua vez, desestabilizam suas classificações, gerando um desafio de unificação e “tecnificação” da violência para que ela seja reconhecida, simultaneamente, pelo judiciário, que tende a ver a questão como erro médico (uma acepção jurídica mais tradicional) e, pelas mulheres, clientes em potencial que passam, cada vez mais, a entender que mal-estares e, principalmente, crueldades, vividas em suas vidas reprodutivas, agora têm amparo na linguagem.

## Referências Bibliográficas

AGUIAR, Janaina; D'OLIVEIRA, Ana Flávia; DINIZ, Carmem Simone. “El parto como “atropellamiento: ideología médica, visión pessimista del parto normal y violencia obstétrica.” In QUATTROCCHI, Patrizia; MAGNONE, Natalia. (Orgs.). *Violencia obstétrica em América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Remedios de Escalada: De la UNLa – Universidad Nacional de Lanús, 2020. pp. 131-143.

AIN-DAVIS, Dána. Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing. *Medical Anthropology*, 38:7, 560-573, 2019.

AKRICH, Madeleine; LEANE, Máire; ROBERTS, Celia; NUNES, João Arriscado. Practising childbirth activism: A politics of evidence. *BioSocieties*. 09, pp. 129-152 (2014).

ALLEBRANDT, Débora. Planejando rotas de fuga: uma autoetnografia dos desafios da humanização do parto no ambiente hospitalar em Maceió -AL. *INTERSEÇÕES* [Rio de Janeiro] v. 24 n.3, p.420-445, fev. 2023.

ANDRADE, Henrique; ALVES, Márcia; CARVALHO, Sergio; SILVA JÚNIOR, Aluísio da. A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 28 (3), e280311, 2018.

ANVISA. Resolução – RDC Nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 23 de março de 2023.

ARGENTINA. Ley 26.485: Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>. Acesso em 10 de março de 2023.

ASAD, Talal. Thinking about Agency and Pain. In: ASAD, Talal. *Formations of the secular: Christianity, Islam, modernity*. Stanford: Stanford University Press, 2003. pp. 67-99.

ASSIS, Jussara Francisca de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. *Serv. Soc. Soc.* 2018, n.133, pp.547-565.

ATWOOD, Margaret. *O conto da aia*. Rio de Janeiro: Rocco, 2017.

AZEVEDO, Mariana Kaipper de. The Effectiveness of Public Policies in Promoting Responsible Business Conduct: Rates of Elective Cesarean Sections versus Vaginal Deliveries in Public and Private Healthcare Networks in Brazil. *Revista Internacional de Derechos Humanos* / E-ISSN 2422-7188 / 2021 Vol. 11, No. 2. pp. 265-294.

AZIZE, Rogerio. Notas de um 'não-prescritor': uma etnografia entre os estandes da indústria farmacêutica no Congresso Brasileiro de Psiquiatria. In: MALUF, Sônia Weidner;

TORNQUIST, Carmen Susana. (Org.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 2010, v. 1, pp. 367-401.

BABONI, Renata. Entre experiências e diferenças nas mídias digitais: modos de uso da #seraqueé racismo. *Cadernos Pagu* (58), 2020: e205814.

BORNSTEIN, Erica; SHARMA, Aradhana. The righteous and the rightful: The tecnomoral politics of NGOs, social movements, and the state in India. *American Ethnologist*. Volume 43, number 1, February, 2016. pp. 76-90.

BOURDIEU, Pierre. “A força do direito. Elementos para uma sociologia do campo jurídico.” In BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012. pp. 209-254.

BRASIL. *Código Penal*. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529748/codigo\\_penal\\_1ed.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529748/codigo_penal_1ed.pdf). Acesso em: 15 de janeiro de 2022.

BRASIL. *Comissão Parlamentar Mista de Inquérito: Relatório Final*. Brasília, 2013. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/relatorio-final-da-comissao-parlamentar-mista-de-inquerito-sobre-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 26 de julho de 2021.

BRASIL. *Lei nº. 11.108 de 2005*. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/111108.htm). Acesso e: 26 de julho de 2021.

BRASIL. *Lei nº. 14.245 de 22 de novembro de 2021*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2019-2022/2021/Lei/L14245.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2019-2022/2021/Lei/L14245.htm). Acesso em: 08 de fevereiro de 2022.

BUARQUE de ALMEIDA, Heloísa. Violence sexuelle et de genre à l’université: du secret à la bataille pour la reconnaissance. *Brésil(s): Sciences Humaines et Sociales*, 16, 2019, disponível em: <https://journals.openedition.org/bresils/5348>. Acesso em: 15 de novembro de 2020.

BURNETT, Camille. Commentary on the Article “How Gentle Must Violence Against Women Be in Order to Not Be Violent? Rethinking the Word ‘Violence’ in Obstetric Settings,” Reframed Within a Critical Discourse Orientation. *Violence Against Women*, 27(8), 1001–1008.

CAFÉ DA MANHÃ: A radicalização política no consultório médico: Spotify/Folha, 10 mar. 2023. Podcast. Disponível em: <https://open.spotify.com/episode/0udNDvfjQcMoTxyzArABAT>. Acesso em: 10 de março de 2023.

CARNEIRO, Rosamaria. Em nome de um campo de pesquisa: antropologia(s) do parto no Brasil contemporâneo. *Vivência – revista de antropologia*. n.44, 2014, pp. 11-22.

CARNEIRO, Rosamaria. *Cenas de parto e políticas do corpo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

CARNEIRO, Rosamaria. “Em casa é mais seguro!”: o olhar do refúgio, do privilégio e da política pública. In TEIXEIRA, Luiz; RODRIGUES, Andreza; NUCCI, Marina; SILVA, Fernanda. (Orgs.). *Medicalização do parto: saberes e práticas*. São Paulo: Hucitec, 2021. pp. 35-48.

CARVALHO, Layla Pereira de. Feminismos, movimentos de mulheres e as políticas de saúde para as mulheres. In: LAVALLE, A.G., CARLOS, E., DOWBOR, M., SZWAKO, J. (Orgs.). *Movimentos sociais e institucionalização: políticas sociais, raça e gênero no Brasil pós-transição* [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2018, pp. 285-330.

CASTRO, Arachu; SAVAGE, Virginia. Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *MEDICAL ANTHROPOLOGY*. 2019, VOL 38, NO.2, pp. 123-136.

CASTRO, Carolina Fernandes de.; QUINTANA, Alberto Manuel.; OLESIAK, Luísa da Rosa.; MÜNCHEN, Mikaela. Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde. *Revista Bioética*. Vol. 28, no. 3. Brasília Jul./set. 2020, pp. 522-530.

CHACHAM, Alessandra Sampaio. “Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal com “um risco” e a medicalização do parto no Brasil.” In JACÓ-VILELA, A.M.; SATO, L. (Orgs.). *Diálogos em psicologia social* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012, pp. 420-451.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Recomendação 1/2012: Recomenda-se que a realização do parto ocorra em ambiente hospitalar de forma preferencial por ser mais segura. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1\\_2012.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2012.pdf). Acesso em: 23 de março de 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº. 2174/2017*. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2174>. Acesso em: 15 de dezembro de 2019.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Resolução CREMERJ N. 265/2012: dispõe sobre a proibição da participação do médico em partos domiciliares*. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/RJ/2012/265\\_2012.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/RJ/2012/265_2012.pdf). Acesso em 23 de março de 2023.

CORRÊA, Douglas. Cremerj cassa registro de anestesista acusado por estupro de paciente. *Agência Brasil*. 28 de março de 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2023-03/cremerj-cassa-registro-de-anestesista-acusado-por-estupro-de-paciente>. Acesso em: 29 de março de 2023.

DAVIS, Dána-Ain. Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing. *Medical Anthropology*, 38:7, 560-573, 2019.

DAVIS, Dána-Ain. Racismo Obstétrico: a política racial da gravidez, do parto e do nascimento. *Amazônica – Revista de Antropologia*. Tradução: Giovana Acacia Tempesta e Morgana Tavares de Almeida. Volume 12(2), pp. 751-778. 2020.

DAVIS-FLOYD, Robbie. “The technocratic model of birth.” In: TOWER HOLLIS, S.; PERSHING, L.; YOUNG, M. J. (eds.). *Feminist theory in the study of folklore*. Champaign: University of Illinois Press, 1993. pp. 297-326.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 75 (2001), s5-s23.

DEBERT, Guita Grin; GREGORI, Maria Filomena. VIOLÊNCIA E GÊNERO: Novas propostas, velhos dilemas. *RBCS*. Vol.23, nº 66, fevereiro/2008. pp. 165-211.

DEFESA HUMILHA Mariana Ferrer em julgamento que terminou com tese de estupro culposo. [S. l.: s. n.], 2020. 1 vídeo (5 minutos e 07 segundos). Publicado pelo canal Intercept Brasil. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ikUdkWlmlnw&t=200s>. Acesso em: 21 de dezembro de 2020.

DELDUQUE, Maria Célia; MONTAGNER, Miguel; ALVES, Sandra; MONTAGNER, Maria Inêz; MASCARENHAS, Gisela. O erro médico nos tribunais: uma análise das decisões do Tribunal de Justiça da capital brasileira. *Saúde Soc*. São Paulo, v.31, n.3, e220144pt, 2022.

DENBOW, Jennifer. Good Mothering Before Birth: Measuring Attachment and Ultrasound as an Affective Technology. *Engaging Science, Technology, and Society*. 5 (2019), 1-20.

DIAS, Henrique; LIMA, Luciana; LOBO, Maria Stella. Do ‘Mais Médicos’ à pandemia de Covid-19: duplo negacionismo na atuação da corporação médica brasileira. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 45, N. Especial 2, p. 92-106, 2021.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. 2001.

DINIZ, Simone Grilo. Humanização da Assistência ao Parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 627-637, 2005.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2014; 18(48):217-20.

DINIZ, Carmem Simone Grilo; RATTNER, Dafne; D'OLIVEIRA, Ana Flavia; AGUIAR, Janaína Marques; NIY, Denise. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reproductive Health Matters*. 2018;26(53):19–35.

DINIZ, Carmem Simone Grilo; AGUIAR, Janaína Marques; NIY, Denise Yoshie. “Medicalização do parto” e “violência obstétrica”: olhares complementares sobre o mesmo fenômeno. In TEIXEIRA, Luiz; RODRIGUES, Andreza; NUCCI, Marina; SILVA, Fernanda. (Orgs.). *Medicalização do parto: saberes e práticas*. São Paulo: Hucitec, 2021.

DUMIT, Joseph. WRITING THE IMPLOSION: Teaching the World One Thing at a Time. *CULTURAL ANTHROPOLOGY*, Vol 29, Issue 2, pp. 344-362, 2014.

ENTRINGER, Aline Piovezan; PINTO, Marcia; GOMES, Maria Auxiliadora. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 24 (4): 1527-1536, 2019.

FARO, Liv. “Mulher com bigode nem o diabo pode”: um estudo sobre testosterona, sexualidade feminina e biomedicalização. Tese (doutorado). Universidade do Estado Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social, 2016.

FERREIRA, Jaqueline. Cesáreas no fogo cruzado: conflitos entre médicos e ativistas do parto humanizado. *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*. Volumen VIII, número 1, enero-junio de 2023. pp. 01-20.

FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FONSECA, Claudia. Classe e a recusa etnográfica. In FONSECA, Claudia; BRITES, Jurema. (Orgs.). *Etnografias da participação*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006. pp. 13-34.

FONSECA, Claudia. “Anatomia de uma maternidade: pesquisadores, profissionais de saúde e pacientes num quadro hospitalar.” In: FLEISCHER, Soraya; TORNQUIST, Carmem Susana; MEDEIROS, Bartolomeu Figueiroa. (Orgs.). *Saber cuidar, saber contar: ensaios de antropologia e saúde popular*. Florianópolis, Editora da UDESC, 2009.

FONSECA, Claudia; MARRE, Diana; RIFIOTIS, Fernanda. Governança reprodutiva: um assunto de suma relevância política. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 27, n. 61, p. 7-46, set./dez. 2021.

FRANCHETTO, Bruna. CAVALCANTI, Maria Laura V. C. HEILBORN, Maria Luiza. “Introdução.” In FRANCHETTO, Bruna. CAVALCANTI, Maria Laura V. C. HEILBORN, Maria Luiza. *Perspectivas antropológicas da Mulher 4*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar editor, 1984. pp. 7-13.

GARCÍA, Graciela Beatriz Muñoz; PALOMO, Lina Rosa Berrio. Violencias más allá del espacio clínico y rutas de inconformidad: La violencia obstétrica e institucional en la vida de

mujeres urbanas e indígenas em México. In QUATTROCHI, Patrizia; MAGNONE, Natalia. (Orgs.). *Violencia Obstetrica em América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Remedios de Escalada: De la UNLa – Universidad Nacional de Lanús, 2020. pp. 103-129.

GIACOMINI, Sonia; HIRSH, Olivia. Parto “natural” e/ou “humanizado”? Uma reflexão a partir da classe. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis, 28 (1): e57704.

GOMES, Luciano Bezerra. *A atual configuração política dos médicos brasileiros: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas*. Tese (doutorado). Rio de Janeiro: UFRJ/Faculdade de Medicina, 2016.

GONZALEZ, Baldemar. When tort falls short: crisis, malpractice liability, and woman’s healthcare access. *COLUMBIA LAW REVIEW*. Vol 119:1099. 2019.

GREGORI, Maria Filomena. *Cenas e Queixas – um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista*. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

GREGORI, Maria Filomena. Deslocamentos semânticos e hibridismos: sobre os usos da noção de violência contra mulher. *Revista Brasileira de Ciências Criminais (RBCCRIM)*, vol. 12, n. 48, maio-junho de 2004. pp. 246-259.

GUPTA, Akhil; FERGUSON, James. “Discipline and Practice: the “Field” as Site, Method and Location in Anthropology.” In GUPTA, Akhil; FERGUSON, James. (Orgs.). *Anthropological Locations – Boundaries and Grounds of a Field Science*. Berkeley: Universidade of California Press, 1997. pp. 01-46.

HACKING, Ian. “Making up people.” In HELEER, T.C.; SOSNA, M.; WELLBERY, D. E. (Eds.). *Reconstructing Individualism: Autonomy, Individuality, and the Self in Western Thought*. Stanford University Press, 1986. pp. 161-171.

HACKING, Ian. “The Looping Effect of Human Kinds.” In SPEBER, D. et. al. (Eds.). *Causal Cognition: a multidisciplinary debate*. Oxford: Clarendon Press. pp. 351-383.

HACKING, Ian. Construindo tipos: o caso de abusos contra crianças. *Cadernos Pagu* (40), janeiro-junho de 2013: 07-66.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu* (5) 1995. pp. 7-41.

HERNANDEZ, Alessandra; VICTORA, Ceres. Modos sensíveis de criação infantil: uma inflexão nos processos de medicalização dos cuidados com crianças. *Saúde Soc.* São Paulo, v.30, n. 1, e200276, 2021.

HIRSH, Olivia Nogueira. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. *Civitas*, Porto Alegre, v. 15, n.2, pp. 229-249, abr-jun. 2015.

HOTIMSKY, Sonia; RATTNER, Daphne. “O direito a acompanhante no parto.” In: *Dossiê Humanização do Parto*. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: São Paulo, 2002.p. 21.

IACONELLI, Vera. *A cena do anestesista Giovanni Quintella Bezerra...* 11, julho. 2022. Twitter: @VeraIaconelli. Disponível em: <https://twitter.com/VeraIaconelli/status/1546529263553241090>. Acesso em: 12 de julho de 2022.

JASANOFF, Sheila. “Ordering knowledge, ordering Society.” In JASANOFF, S. (Ed.). *States of Knowledge: The co-production of science and social order*. London: Routledge, 2004. pp. 13- 45.

JASANOFF, Sheila. Law’s Knowledge: Science for Justice in Legal Settings. *American Journal of Public Health*. Supplement 1, 2005, Vol. 95, No. S1. pp. S49-S58.

KATZ, Leila; AMORIM, Melania; GIORDANO, Juliana Camargo; BASTOS, Maria Helena; BRILHANTE, Aline Veras. Quem tem medo da violência obstétrica? *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. Recife, 20(2): 627 – 631, abri-jun, 2020.

LAPPEMAN, Maura; SWARTZ, Leslie. How gentle must violence against woman be in order to not be violent? Rethinking the word “violence” in obstetric settings. *Violence Against Women*. 2021, Vol. 27(8) 987–1000.

LEAL, Maria do Carmo. *et al. Sumário Executivo Temático da Pesquisa Nascer no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana da; PEREIRA, Ana Paula; PACHECO, Vanessa; CARMO, Cleber do; SANTOS, Ricardo. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2017; 33 Sup 1:e00078816.

LEITÃO, Débora K.; GOMES, Laura Graziela. Etnografia em ambientes digitais: perambulações, acompanhamentos, imersões. *Revista Antropológica*, n.42, Niterói, p. 41-65, 1.sem. 2017.

LÉVESQUE, Sylvie; FERRON-PARAYRE, Audrey. To Use or Not to Use the Term “Obstetric Violence”: Commentary on the Article by Swartz and Lappeman. *Violence Against Women* 2021, Vol. 27(8) 1009–1018.

LINS, Beatriz Accioly. *Caiu na net: nudes e exposição de mulheres na internet*. Rio de Janeiro: Telha, 2021.

LUCCHESI, Bette. Além de estupro, anestesista pode responder por violência obstétrica; polícia investiga se vidas de grávidas estiveram em risco. Portal de notícias G1. 13 de julho de 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2022/07/13/alem-de->

[estupro-anestesista-pode-responder-por-violencia-obstetrica-policia-investiga-se-vidas-de-gravidas-estiveram-em-risco.ghtml](#). Acesso em: 14 de julho de 2022.

MACHADO, Juliana; MARTINS, Mônica; LEITE, Iuri. O mix público-privado nos arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v.39, n. especial, p. 39-50, 2015.

MACHADO, Maria Helena; GUIMARÃES-TEIXEIRA, Eleny. O sindicalismo médico: o Sindicato dos médicos do Rio de Janeiro. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 60, pp. 46-60, Set 2019.

MAGALHÃES, Alessandra; MONTEIRO, Denise; TRAJANO, Alexandre; SOUZA, Flávio. Proporção e fatores associados a Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida: de 1999 a 2019, o que mudou? *Ciência & Saúde Coletiva*. 28(2): 385-396, 2023.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. O circuito: proposta de delimitação da categoria. *Ponto Urbe*, 15, 2014.

MAIA, Mônica Bara. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

MARCUS, George E. “Ethnography in/of the World System: the emergency of multi-sited ethnography.” *In Annual Review of Anthropology*, Vol. 24 (1995), 95-117.

MARINS, Cristina. Internet e trabalho de campo antropológico: dois relatos etnográficos. *Ponto Urbe*, 27, 2020.

MARTIN, Emily. *A mulher no copo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006 [1987].

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, 287 p. História e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-451-4.

M’CHAREK, Amade. Race, Time and Folded Objects: The HeLa Error. *Theory, Culture & Society*. 2014, Vol. 31(6), 29-56.

MEDEIROS, Camila. O que são Pródromos e como sobreviver a esta fase? *Blog Casa da Doula*. 21 de Janeiro de 2019. Disponível em: <https://blog.casadadoula.com.br/parto-normal/o-que-sao-prodromos-e-como-sobreviver-a-essa-fase/>. Acesso em: 29 de outubro de 2019.

MENDONÇA, Vitor; CUSTÓDIO, Eda. Nuances and challenges of medical malpractice in Brazil: victims and their perception. *Rev. bioét.* (Impr.). 2016; 24 (1): 136-46.

MERRY, Sally Engle. *Human Rights & Gender violence: translating international law into local justice*. Chicago: The University of Chicago Press, 2006.

MILLER, Daniel; SLATER, Don. Etnografia on e off-line: cibercafés em Trinidad. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 10, n. 21, p. 46-65, jan. /jun. 2004.

MILLER, Daniel; COSTA, Elisabetta; HAYNES, Nell; MCDONALD, Tom; NICOLESCU, Razvan; SINANAN, Jolynna; SPYER, Juliano; VENKATRAMAN, Shiriram; WANG, Xinyuan. *How the world changed Social Media*. London: UCL Press, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

MISSE, Michel. Violência e teoria social. *DILEMAS: Revista de Estudos do Conflito e Controle Social*. Vol. 9, nº 1, JAN-ABR 2016, pp. 43-63.

MOL, Annemarie. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. London and New York: Routledge, 2008.

MORAIS LIMA, Andressa. *AZUL PROFUNDO: Etnografia das práticas de advocacia feminista e antirracista na Bahia*. Tese (Doutorado – Doutorado em Antropologia). Universidade de Brasília (Unb), 2020.

MORGAN, Lynn M.; ROBERTS, Elizabeth F.S. Reproductive governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*. Vol. 19, No. 2, August 2012, pp. 241-254.

MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). *Proj. História*. São Paulo, (25), dez 2002. pp. 197-219.

NAKANO, Andreza; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [3]: 885-904, 2015.

NAKANO, Andreza; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge Rezende. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.1, jan.-mar. 2016, p.155-172.

NAKANO, Andreza; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz. O “trabalho de parto” do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 [3]: 415-432, 2017.

NASCER NO BRASIL. Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 2014. Disponível em: [https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us\\_portfolio=nascer-no-brasil](https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil). Acesso em 01 maio 2023.

O RENASCIMENTO DO PARTO. Direção: Eduardo Chauvet. Produção: Eduardo Chauvet; Érica de Paula. Brasil, 2013. 90 min.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher*. 1979.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará)*. 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: OMS, 2014.

OSÓRIO, Rafael Guerreiro. O sistema classificatório de “cor ou raça” do IBGE. *IPEA*. Texto para discussão nº. 996. Brasília, nov 2003. pp. 01-50.

PACHECO, Solange Cunha. *Et al. Manual Básico de Direito Médico e da Saúde*. OAB Niterói: Gestão triênio 2022/2024.

PARTO DO PRINCÍPIO. *Violência Obstétrica – “Parirás com dor”*. 2012.

PEDRO, Joana Maria. Narrativas fundadoras do feminismo: poderes e conflitos (1970-1978). *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v. 26, nº. 52, pp. 249-272. 2006.

PERAÇOLI, José Carlos; BORGES, Vera; RAMOS, José Geraldo; CAVAI, Ricardo; COSTA, Sérgio; OLIVEIRA, Leandro de; SOUZA, Francisco; KORKES, Henri; BRUM, Ione; COSTA, Maria Laura; CORRÊA JUNIOR, Mário; SASS, Nelson; DINIZ, Angélica; PRADO, Caio; CUNHA FILHO, Edson. *Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 8/ Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gestação).

PIEDADE, Wilma. *Dororidade*. São Paulo: Editora Nós, 2017.

PINHEIRO, Maurício Mota Saboya; NOGUEIRA, Roberto Passos. Medicina Baseada em Evidências: uma interpretação crítica e implicações para as políticas públicas. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*. Brasília: Rio de Janeiro: IPEA, 2021. pp. 01- 49.

PORTAL DE BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. *Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)*, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2023.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 27 [2]: 255-276, 2017.

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

QUATTROCCHI, Patrizia. Obstetric Violence Observatory: contributions of Argentina to the International Debate. *Medical Anthropology*, 38:8, pp. 762-776, 2019.

REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa. Considerações éticas sobre algumas transformações do fazer médico. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 60, pp. 79-88, Set 2019.

REZENDE, Claudia Barcellos. Histórias de superação: parto, experiência e emoção. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, ano 25, n.54, p.203-225, maio/agosto, 2019.

REZENDE, Claudia Barcellos. Sentidos da maternidade em narrativas de parto no Rio de Janeiro. *Sociol. Antropol.* Rio de Janeiro, v.10.01: 201-220, JAN-ABR, 2020.

RIFIOTIS, Theophilos. Judicialização das relações sociais e estratégias de reconhecimento: repensando a ‘violência conjugal’ e a ‘violência intrafamiliar’. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 11, n.2, p. 225-236, jul./dez., 2008.

RIFIOTIS, Theophilos. Judicialização das relações sociais. *Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo*, v.2, n. 7, p. 26-39, 2017.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

ROHDEN, Fabíola. *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ROHDEN, Fabíola. Medicina, estado y reproducción en el Brasil de inicios del siglo XX. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*. Num. 28, Quito, mayo 2007, pp. 47-57.

RUDEY, E. LEAL., Leal, M.; REGO, G. Cesarean section rates in Brazil: Trend analysis using the Robson classification system. *Medicine*, 99(17), e19880, 2020.

RUSSO, Jane; NUCCI, Marina. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24: e180390.

SADLER, Michelle. Despertando las metáforas que dormían en la ciencia. In QUATTROCCHI, Patrizia; MAGNONE, Natalia. (Orgs.). *Violencia obstétrica em América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Remedios de Escalada: De la UNLa – Universidad Nacional de Lanús, 2020. pp. VII-XXI.

SALEM, Tânia. O ideário do “Parto sem Dor”: uma leitura antropológica. *Boletim do Museu Nacional*. Rio de Janeiro, Museu Nacional, n.40, pp. 1-27, ago. 1983.

SALEM, Tânia. *Sobre o casal grávido: incursão em um universo ético*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Museu Nacional, Rio de Janeiro, 1987.

SALTER, Cynthia; OLANIYAN, Abisola; MENDEZ, Dara; CHANG, Judy. Naming Silence and Inadequate Obstetric Care as Obstetric Violence is a Necessary Step for Change. *Violence Against Women*. 2021, Vol. 27(8) 1019–1027.

SANTOS, Renato Penha de Oliveira; LISBOA, Alisson; SANTOS, Nathalia Neiva dos; CAMPIGOTTO, Andréia. O que é a Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares? *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 60, pp. 61-70, Set 2019.

SARMENTO, Caroline Silveira. “Por que não podemos ser mães?” *Tecnologias de governo, maternidade e mulheres com trajetória de rua*. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH). Porto Alegre, 2020.

SCHUCMAN, Lia Wainer. *Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana*. Tese (Doutorado – programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

SENA, Lígia Moreiras. “Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração”: a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. Tese (doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2016.

SENS, Maristella Müller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. *Interface* (Botucatu). 2019, 23: e170915. pp. 01-16.

SESIA, Paola. Naming, framing and shaming through obstetric violence: A critical approach to the judicialisation of maternal health rights violations in Mexico. In GAMLIN, Jennie; GIBBON, Sahra; SESIA, Paola M.; BERRIO, Lina. (Eds.). *Critical Medical Anthropology: Perspectives in and from Latin America*. UCL Press, 2020a. pp. 222-247.

SESIA, Paola. Violencia Obstétrica em México: La consolidación disputada de um nuevo paradigma. In QUATTROCHI, Patrizia; MAGNONE, Natalia. (Orgs.). *Violencia Obstetrica em América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Remedios de Escalada: De la UNLa – Universidad Nacional de Lanús, 2020b. pp. 03-29.

SOUZA, Heloisa Regina. *Volúpias rebeldes: natureza, política e subjetividade nos movimentos pelo parto humanizado no Brasil*. Tese (doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2021.

TENÓRIO, Marília; OLIVEIRA, Raquel; MORAIS, Heloisa. O “Ato Médico” e as disputas jurisdicionais entre as profissões da saúde. *Saúde Soc*. São Paulo, v. 31, n.3, e210338pt, 2022.

TORNQUIST, Carmen Susana. Humanização do parto: entrevista com Robbie Davis-Floyd. *Estudos Feministas*. Ano 10, 390, 2º semestre, 2002. pp. 389-397.

TORNQUIST, Carmem. *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. (tese). Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2004.

TWINE, France Winddance. A white side of black Britain: The concept of racial literacy. *Ethnic and Racial Studies*, 27:6, 878-907, 2004.

VAN DIJCK, Jose. *La cultura de la conectividad. Una historia crítica de las redes sociales*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2016.

VECCHIOLI, Virginia. Expertise jurídica y capital militante: reconversiones de recursos escolares, morales y políticos entre los abogados de derechos humanos en la Argentina. *Pro-Posições*, Campinas, v.20, n.2 (59), p. 41-57, maio/ago. 2009.

VELASQUEZ, Larissa. “Violência Obstétrica em perspectiva histórica (1950-2012).” In TEIXEIRA, Luiz Antonio; RODRIGUES, Andreza; NUCCI, Marina; SILVA, Fernanda. (Orgs.). *Medicalização do parto: saberes e práticas*. São Paulo: Hucitec, 2021. pp. 237-267.

VENEZUELA. *Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Appropriate technology for birth*. *Lancet*. 1985 Aug 24;2(8452):436-7. PMID: 2863457.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Day. April 7, 1998. *Safe motherhood*. *Nurs J India*. 1998 Apr;89(4):81. PMID: 10670369.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva, 2018.

ZELIZER, Viviana A. *A negociação da intimidade*. Coleção Sociologia. Tradução de Daniela Barbosa Henriques. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

ZERILLI, Filippo. The rule of Soft Law: an introduction. *Focaal – Journal of Global and Historical Anthropology*. 56(2010): 03-18.