



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

TATIANE MICHELE MELO DE LIMA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:**  
as disputas discursivas e a luta das mulheres

Recife

2019

TATIANE MICHELE MELO DE LIMA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:**  
as disputas discursivas e a luta das mulheres

Recife

2019

TATIANE MICHELE MELO DE LIMA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:**  
as disputas discursivas e a luta das mulheres

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção de grau de Doutor em Serviço Social.

**Área de Concentração:** Serviço Social, Movimentos Sociais e Direitos Sociais

**Orientadora:** Profa. Dra. Mônica Rodrigues Costa

Recife  
2019

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

L732v Lima, Tatiane Michele Melo de  
Violência obstétrica: as disputas discursivas e a luta das mulheres /  
Tatiane Michele Melo de Lima. - 2019.  
213 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mônica Rodrigues Costa.  
Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de  
Pernambuco. CCSA, 2019.  
Inclui referências e anexos.

1. Violência obstétrica. 2. Raça. 3. Gênero. I. Costa, Mônica  
Rodrigues (Orientadora). II. Título.

361 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2019 – 056)

TATIANE MICHELE MELO DE LIMA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:**

as disputas discursivas e a luta das mulheres

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção de grau de Doutor em Serviço Social.

Aprovada em: 24/01/2019

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Mônica Rodrigues Costa (Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Profa. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Profa. Dra. Delaine Cavalcanti Santana de Melo (Examinadora Externa)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Profa. Dra. Vivian Matias dos Santos (Examinadora Externa)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Profa. Dra. Sandra Valongueiro Alves (Examinadora Externa)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Profa. Dra. Helena Lúcia Augusto Chaves (Suplente - Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Profa. Dra. Valedenice José Raimundo (Suplente - Externa)  
Universidade Católica de Pernambuco

A todas as mulheres da minha família,  
especialmente minha mãe, Cristina, minha  
irmã, Taciana e minhas avós, Eunice e  
Creusa (in memória).

A todas as mulheres que ousam falar, lutar e  
conquistar, em especial as mulheres que  
constroem o feminismo negro.

E ao único homem, entre essas mulheres,  
meu grande incentivador: meu pai, José Jorge  
(in memória).

## AGRADECIMENTOS

“Sem saber que era impossível, ela foi lá e fez”. Tive contato com esta frase de autoria desconhecida, pela primeira vez na adolescência, de alguma forma ela me inspirou e me acompanha na minha trajetória. Tal qual a moça tecelã do conto da Marina Colassanti, eu teci meu destino, sonhei, fiz escolhas, criei, realizei. Mas nada do que fiz foi sozinha.

Encontrei quem me amparasse, incentivasse, com ações, gestos e palavras, nem sempre as que eu gostaria de ouvir, mas, sim, as que eu necessitava. E foram muitas pessoas, um suporte de uma vida inteira até aqui. Não cabem nessas linhas a minha gratidão e memória afetiva, o que exige agradecer nominalmente as pessoas que tiveram muito perto a mim nesses quatro anos de doutorado.

Agradeço e honro minha família, minha ancestralidade, especialmente minhas avós, meu pai e minha mãe, Jorge e Cristina, pelo apoio, incentivo e amor. Minha mãe, que cuida de tudo e todos, me deu o suporte para estudar, escrever, especialmente nestes últimos meses, que precisei de total atenção ao trabalho. A você mainha, meu muito obrigada, sem seu apoio e paciência não seria possível.

Ao meu pai (in memoria), que acompanhava entusiasmado a minha trajetória acadêmica, sempre com incentivo e, ao mesmo tempo, admirado por cada conquista. Debatíamos, tínhamos embates e muito amor.

A minha irmã, Taciana, que tem total relação com a escolha deste tema, minha parceira e melhor amiga. Aos erês da minha família, em especial meus sobrinhos, Vinicius (afilhado) e Lucas (também afilhado, mas que me escolheu como madrinha), e minhas sobrinhas, Sophia e Letícia, pelos momentos de alegria e amor que renovam energias. Ao meu cunhado, Giordano Bruno, por todo apoio nos momentos em que eu estava mergulhada na tese, foi parceiro e irmão.

Ao meu companheiro Marcony, por bordar a sua vida na minha. Por me ouvir tantas vezes falar de violência obstétrica, por seu interesse, incentivo e torcida. Pelas aventuras que me tiraram do lugar comum e fizeram voltar ao comum lugar refeita.

As minhas amigas e amigos da época do movimento estudantil, nas pessoas de Celso, Adili e Nathália Diorgenes, por nossas conversas sobre nossas teses. As amigas e amigos do doutorado, minha turma, nas pessoas de Suamy, Junior, Jetson e Michele.

A todas as colegas e aos colegas de trabalho, pela solidariedade e torcida. Assim como o mestrado, fiz o doutorado trabalhando, e se não fosse o apoio das equipes da Estácio, Prefeitura do Recife e UFPE, não teria concluído. Agradeço à Keila Ferreira, por mediar a minha licença da Secretaria de Defesa Civil do Recife, para cursar as disciplinas do doutorado, e a torcida da equipe da regional Oeste. À Cida Pedrosa, por apostar na minha contribuição para a Secretaria da Mulher, viabilizando a minha transferência para compor a equipe de formação, e, ainda assim, me permitir flexibilizar horários. Igualmente agradeço a toda a Secretaria Da Mulher, em nome das grandes parceiras Avani Santana, Glauce Margarida, Daniela, com destaque para Rayane, que verdadeiramente segurou as pontas na minha ausência.

Aos colegas professores e professoras da Estácio, em especial as minhas companheiras queridas Janaina e Rizete, parceiras de todas as horas. Ao departamento de Serviço Social da UFPE, pelo apoio, torcida e mobilização para me ajudar a concluir a tese. Um especial agradecimento à Flávia e Laudicena, que dividiram o espaço comigo, regado a café, conversas e risadas. à torcida sempre expressada em palavras e sorrisos de Sandra e Roberta.

Às professoras que aceitaram compor a banca, desde a qualificação, Sandra Valongueiro e Camila Pimentel, sempre com contribuições respeitadas e valiosas, que me ajudaram a dar outro rumo à pesquisa. A Vivian Matias e Ana Vieira pela disposição e acolhimento. À colaboração das professoras Valdenice Raimundo e Helena Chaves, em comporem a banca. À Delaine, pela amizade e pelas contribuições profundas e instigantes. À Valdilene Viana, pela coorientação em 2017, em virtude do pós-doutorado da minha orientadora, pelas propostas de leituras, reflexões e incentivo.

Por fim, a minha orientadora, Mônica Costa, que tornou o doutorado muito mais leve, me deu autonomia e afeto. Obrigada por apostar nas minhas escolhas e por viabilizar este feito comigo!

## RESUMO

Este trabalho analisa as disputas em torno das definições sobre a violência obstétrica e a interseccionalidade de gênero, raça e classe que comporta. Partiu-se do seguinte questionamento: a violência obstétrica é um termo cunhado por ativistas feministas que expressa um tipo específico de violência imposto às mulheres no âmbito da assistência à gestação e parto. Inaceitável para médicos(as) obstetras e reafirmado pelas mulheres: o que ocasiona essas disputas? A tese é a de que essa disputa discursiva revela nexos que expressam a estabelecida interseccionalidade entre gênero, raça e classe, revelando a oposição baseada no poder que ocupam – na sociedade em geral e no campo da saúde em particular – os antagonistas principais desse embate, que são os(as) médicos/médicas e as mulheres. O percurso metodológico foi realizado a partir do materialismo histórico dialético, por meio da análise documental e compuseram o corpus da pesquisa os documentos produzidos pelas entidades médicas: Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Brasileira de Ginecologia e Obstétrica (Febrasgo) e Federação Nacional dos Médicos (Fenam), durante o período de 2012 a 2018, a respeito da violência obstétrica, e 04 casos de violência obstétrica veiculados nos meios de comunicação, acontecidos entre 2014 e 2015. Por meio das análises dos discursos médicos hegemônicos, que se colocam como discursos competentes em relação à assistência ao parto, se apreendeu que tais discursos ocultam de imediato os processos que compõem a violência obstétrica material e ideologicamente, trata-se de processos de medicalização do parto, entre outros determinantes (raça, classe e gênero), o que evidencia a violação dos direitos humanos das mulheres, especialmente os direitos sexuais e reprodutivos. Apreendeu-se ainda com o aporte dos estudos contracoloniais que a deslegitimação do discurso das mulheres calcadas em suas experiências individuais e coletivas implica na reificação da violência obstétrica. A medicalização é criticada pelos movimentos de mulheres, feministas e ativistas que reivindicam a humanização do parto, sendo proposta em seu lugar uma intervenção mínima possível, baseada em evidências científicas, além do respeito à autonomia das mulheres.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Raça. Gênero. Interseccionalidade. Medicalização.

## ABSTRACT

This paper analyzes the disputes around the definitions of obstetric violence and the intersectionality of gender, race and class that behaves. The following question emerged: Is obstetric violence a term coined by feminist activists that expresses a specific type of violence imposed on women in the context of pregnancy and childbirth care. Unacceptable for obstetrician physicians and reaffirmed by women: what causes these disputes? The thesis is that this discursive dispute reveals nexus that express the established intersectionality between gender, race and class, revealing the opposition based on the power they occupy - in society in general and in the health field in particular - the main antagonists of this struggle, who are the doctors, female doctors and the women. The methodological path was conducted from the historical dialectic materialism, through the analysis of documents and composed the corpus of research documents produced by the medical entities: *Conselho Federal de Medicina (CFM)*, *Federação Brasileira de Ginecologia e Obstétrica (Febrasgo)* and *Federação Nacional dos Médicos (Fenam)*, during the period from 2012 to 2018, about obstetric violence and four cases of obstetric violence conveyed in the media, which happened between 2014 and 2015. Through the analysis of the hegemonic medical discourses, which arise as competent discourses regarding childbirth care, it was understood that such discourses immediately conceal the processes that make up obstetric violence materially and ideologically, these are the childbirth medicalization processes, among other determinants (race, class and gender), which shows the violation of women's human rights, especially sexual and reproductive rights. It was also felt with the contribution of the contracolonian studies that the delegitimization of the discourse of women based on their individual and collective experiences implies the reification of obstetric violence. Medicalization is criticized by the women's, feminist and activist movements that claim the childbirth humanization, proposing instead a minimal intervention based on scientific evidence and respect for women's autonomy.

Keywords: Obstetric Violence. Race. Gender. Intersectionality. Medicalization.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Casos de violência obstétrica .....	135
<b>Quadro 2</b> – Documentos analisados .....	137

## LISTA DE SIGLAS

MBE	Medicina Baseada em Evidências
CEMM-PE	Comitê de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco
CFM	Conselho Federal de Medicina
CPN	Centro de Parto Normal
Cremerj	Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
Febrasgo	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstétrica
Fenam	Federação Nacional dos Médicos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não Governamentais
Paism	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
ReHuNa	Rede de Humanização do Parto
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
1.1	A MATERIALIDADE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	22
1.2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	32
<b>2</b>	<b>DESATANDO O NÓ, TECENDO ANÁLISES</b> .....	42
2.1	ALINHANDO PERSPECTIVAS DE ANÁLISE: OS PONTOS DE LIGAÇÃO ENTRE INTERSECCIONALIDADE E MATERIALISMO DIALÉTICO.....	44
2.2	DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O AVESSO DO AVESSO.....	62
<b>3</b>	<b>“DEUS É MÃE. E TODAS AS CIÊNCIAS FEMININAS”: EPISTEMOLOGIA FEMINISTA E O PATRIARCADO EM QUESTÃO</b> .....	74
3.1	CRÍTICA FEMINISTA CONTRA ESQUEMAS PATRIARCAIS E COLONIAIS DE PENSAMENTO.....	78
3.2	MARXISMO E FEMINISMOS: DIÁLOGOS POSSÍVEIS?.....	95
<b>4</b>	<b>“O QUE NÃO TEM GOVERNO NEM NUNCA TERÁ”: AS TENTATIVAS IDEOPOLÍTICAS DE DISCIPLINARIZAÇÃO DOS CORPOS FEMININOS</b> ...105	
4.1	DAS BRUXAS AO ATO MÉDICO: O PROJETO DE MEDICALIZAÇÃO NO CERNE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	107
4.2	O MODELO DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO NA CONTRAMÃO DA MEDICALIZAÇÃO.....	118
4.3	A MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE E DA VIDA DAS MULHERES E O MOINHO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	124
<b>5</b>	<b>AS DISPUTAS IDEOPOLÍTICAS EM TORNO DO CONCEITO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA</b> .....	131
5.1	CORPUS DE ANÁLISE.....	133
5.2	MEMÓRIAS E EXPERIÊNCIAS DE PARTO COMO AFIRMAÇÃO DA FALA DAS MULHERES SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	138
5.3	SOBRE SEGREDOS E SILENCIAMENTOS.....	146
5.4	DISPUTAS EM TORNO DO SABER/FAZER: MODELOS DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA.....	150
5.5	AUTONOMIA DA MULHER: LOCAL E TIPO DE PARTO COMO LIMITADORES.....	154

5.6	AS DISPUTAS DISCURSIVAS EM TORNO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....	156
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	165
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	172
	<b>ANEXO A – FENAM 01: CONDUTA OBSTÉTRICA NÃO PODE SER CONFUNDIDA COM VIOLÊNCIA (2014)</b> .....	183
	<b>ANEXO B – CFM 01: RECOMENDAÇÃO DO CFM SOBRE PARTOS EM AMBIENTE HOSPITALAR, EM 2012</b> .....	185
	<b>ANEXO C – CFM 02: CARTA AO LEITOR – REVISTA ÉPOCA (2015) EM DEFESA DOS MÉDICOS E REBATENDO DENÚNCIA DA REPORTAGEM PARTO COM RESPEITO (03/08/2015)</b> .....	187
	<b>ANEXO D – CFM 03 RESOLUÇÃO CFM Nº 2.144/2016 QUE GARANTE A AUTONOMIA DO MÉDICO E DA GESTANTE SOBRE A REALIZAÇÃO DE PARTO CESARIANO</b> .....	189
	<b>ANEXO E – FEBRASGO 01: CONTRA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA (2017)</b> .....	190
	<b>ANEXO F – FEBRASGO 02: RECOMENDAÇÕES FEBRASGO PARA TEMAS CONTROVERSOS (2018)</b> .....	193
	<b>ANEXO G – REHUNA 01: POSICIONAMENTO DA REHUNA QUANTO AS DEFINIÇÕES DO CFM PARA O PARTO CESARIANO (2016)</b> .....	195
	<b>ANEXO H – CASO 01: ADELIR GOES</b> .....	196
	<b>ANEXO I – CASO 02: ÍSIS</b> .....	200
	<b>ANEXO J – CASO 03: ALYNE PIMENTEL</b> .....	208
	<b>ANEXO L – CASO 04: RAFAELA SANTOS</b> .....	211
	<b>ANEXO M – INVESTIGAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO PELA MORTE DE RAFAELA JÁ!</b> .....	213

## 1 INTRODUÇÃO

*“A noite não adormece  
nos olhos das mulheres  
há mais olhos que sono (...)”  
Conceição Evaristo*

A epígrafe que inaugura este trabalho traz duas referências caras à minha trajetória política e acadêmica. A primeira diz respeito à obra, e a segunda à autora Conceição Evaristo, uma informa à outra, e são inspirações. O poema é a tradução de uma experiência de vida das mulheres negras, sempre vigilantes, atentas, cuidando de tudo e todos, sem pestanejar. E de tanto olhar, enxergam coisas que nem todos podem ver, porque enxergam de um lugar singular, e ao mesmo tempo compartilhado. Por sua vez, a autora (Conceição Evaristo) é a própria experiência, uma mulher negra e escritora, e é preciso que se diga: negra, sim, pois se marca um lugar, na verdade, redefine-se um lugar.

É importante demarcar novos lugares, uma vez que, historicamente, o lugar das mulheres negras tem sido o da subalternidade, da invisibilidade e do anonimato. Suas pautas e questões são igualmente subsumidas em questões definidas como mais gerais, são tratadas como especificidades, e, assim, secundarizadas, conseqüentemente, negligenciadas. O que não significa, de forma alguma, que este silêncio instituído seja de todo internalizado, há dissidências, resistências e afirmação da existência. E, mesmo com o apagamento oficial da história dessas insurgências, há a memória de uma ancestralidade que incorpora a luta em todos os âmbitos da vida.

Nesse contexto, a produção do conhecimento é apenas mais um âmbito de luta, de afirmação, de busca pela legitimação de suas questões. Mais um espaço para ser ocupado, ressignificado e utilizado em favor de lutas históricas. A tarefa empreendida é a de descolonizar o conhecimento, para que seja uma ferramenta que colabora com a descolonização das vidas subalternizadas, expropriadas e exploradas de todas as formas possíveis, perpetradas pelos sistemas de opressão patriarcal, racial e capitalista.

Quando afirmo que a tarefa que é posta é a de descolonizar o conhecimento ou a produção do conhecimento, parto da crítica à colonialidade do saber, entendendo por colonialidade a permanência das desigualdades que foram estruturadas no colonialismo, mesmo com o fim do modelo escravista. Essas

desigualdades são também expressas na produção do conhecimento, que tem sido hegemonicamente estruturado pela mesma racionalidade eurocêntrica que comporta a colonialidade do poder.

A noção de colonialidade em que me amparo vem da contribuição de Aníbal Quijano (1992), que elucida que colonialidade e colonialismo são diferentes. O colonialismo se refere a “una relación de dominación directa, política, social y cultural de los europeos sobre los conquistados de todos los continentes” (p.11). Enquanto a colonialidade é a permanência dessa estrutura colonial que produziu discriminações sociais e raciais:

La colonialidad, en consecuencia, és aún el modo más general de dominacion en el Mundo actual, una vez que el colonialismo como orden político explícito fue destruido. Ella no agota, obviamente, las condiciones, ni las formas de explotación y de dominación existentes entre las gentes. Pero no ha cesado de ser, desde hace 500 años, su marco principal (QUIJANO, 1992, p.14).

Ao tratar da relação de colonização que constituiu a América Latina, o autor revela que na formação do capitalismo colonial moderno e eurocentrado como um novo padrão de poder mundial (QUIJANO, 2005), dois eixos fundamentais se articularam: a ideia de raça, que codificou as diferenças entre dominados e dominadores, colocando os dominados em uma situação de inferioridade; e o outro eixo, que se constitui na articulação de todas as formas de controle do trabalho em torno do capital e do mercado mundial.

Quijano (2005) afirma ainda que a Raça tem origem e caráter colonial, mas que é mais duradoura e estável que o colonialismo, se tornando, conseqüentemente, um elemento de colonialidade no padrão de poder hegemônico contemporâneo. Para ele, as relações sociais fundadas nessa ideia de raça produziram identidades sociais novas na América (negros, indígenas), e redefiniram outras (europeus). O fato é que essas identidades foram associadas a hierarquias, os dominadores passaram a se colocar como superiores, civilizados, modernos, em relação às outras identidades. Assim, a ideia de raça foi utilizada para “outorgar legitimidade às relações de dominação impostas pela conquista” (QUIJANO, 2005, p.118).

Essa construção hierárquica esteve na base da dominação colonial. Quijano (1992) também argumenta que no momento em que se consolidava essa dominação colonial também se constituía um complexo cultural denominado como racionalidade/modernidade europeia. Esse complexo cultural se estabeleceu como

um paradigma universal de conhecimento e de relação entre a cultura europeia e a dos povos que foram dominados. É uma relação inicialmente de repressão do modo de produzir, conhecer, de criar imagens e símbolos dos povos dominados, e pela imposição dos padrões europeus de cultura. Posteriormente, se estabelece meio de controle social e cultural ao se colocar a cultura europeia como modelo cultural universal.

A universalidade da cultura europeia é uma das características dessa racionalidade moderna. Uma vez que essa cultura se coloca como universal, as demais culturas são caracterizadas como identidades, particularidades, definidas como diferente e inferior à cultura hegemônica, ou seja, a cultura dos dominantes. A colonialidade do poder se estende à colonialidade do saber e do ser. É parte dessa racionalidade a ideia de separação entre sujeito e objeto, na qual o outro só é outro em comparação ao sujeito europeu, o europeu é a norma. Quijano (1992) também problematiza a perspectiva de totalidade da razão eurocêntrica, afirmando que esta não reconhece a heterogeneidade histórica e cultural de toda a realidade, e a não consideração do caráter contraditório dessa realidade.

Diante do reconhecimento desse processo histórico de colonialidade e no sentido de descolonizar o saber, surgem epistemologias desobedientes, nos dizeres de Walter Dignolo (2008). São epistemologias que ultrapassam os limites dessa racionalidade canônica, questionando a validade exclusiva da construção teórica que é dada apenas às epistemologias hegemônicas. Além dessa contestação, Luciana Ballestrin (2017, p.1036), elucida que essas epistemologias, ao mesmo tempo, “orientam-se pela democratização radical da construção coletiva e realmente global das ciências sociais”.

Assim, eu compreendo que essa democratização racial inclui que tratemos teoricamente das questões que surgem da nossa realidade, ou seja, da nossa vivência racializada e sexuada, que nos expõe de diferentes formas às expressões das desigualdades sociais, como as diversas formas de violência. E é por este motivo que o feminismo negro propaga “Vidas negras importam”. Dessa forma, é no bojo dessa afirmação que essa pesquisa se ancora, se constituindo como uma contribuição à narrativa sobre a violência obstétrica, a partir dos diálogos possíveis entre o feminismo negro e os feminismos materialista e marxista, buscando apreender as determinações que conformam a Violência Obstétrica.

É importante, ainda, destacar que estas epistemologias subalternas, mesmo tendo em comum uma postura contra-hegemônica, se diferenciam entre si. Conforme Vívian Santos (2018), o pensamento decolonial propõe a radicalização do pensamento pós-colonial construído na Ásia e na África, que ainda se filia a uma base epistêmica europeia. No entanto, embora este trabalho tenha sido construído dialogando largamente com as reflexões de autoras e autores decoloniais, não significa que eu rompi totalmente com as epistemologias europeias, uma vez que reivindico a contribuição do método materialista dialético e sua proposta que busca as conexões, as contradições e os significados dos fenômenos, rompendo com a aparente naturalização das desigualdades sociais.

A minha postura teórico-metodológica é também filiada a uma crítica aos esquemas patriarcais de pensamento aliada à crítica à colonialidade. E, sobre esta relação entre colonialidade e patriarcado, me aproximo da posição de Rita Segato (2012), que reconhece o gênero como uma cena onipresente em toda vida social, e a existência de organização patriarcal (que a autora intitula de patriarcado de baixa intensidade) em sociedades tribais e afro-americanas. A autora reconhece que o gênero existe, mas de uma forma diferente da forma que assume na modernidade, e que com a intrusão colonial/moderna, o gênero da aldeia é modificado perigosamente. Penso, assim, que a colonialidade molda o gênero, o que torna indispensável uma análise interseccional que compreenda como as estruturas do patriarcado, do racismo e do capitalismo impactam na vida das mulheres.

Dessa forma, a contribuição teórica que oferto é fruto da minha trajetória acadêmica empreendida até aqui. É indissociável da minha trajetória de vida e posicionamento ético-político, construído na militância, na academia, e na relação entre essas duas dimensões. Assim, essa contribuição parte do meu lugar de fala, entendido como uma experiência partilhada coletivamente, conforme Djamila Ribeiro (2017), ou seja, relacionada com o lugar social que eu ocupo coletivamente nas relações de poder, enquanto mulher negra de pele clara (dentro do colorismo<sup>1</sup>), periférica, sendo a primeira geração da minha família (oriunda da classe trabalhadora) a ingressar na universidade.

---

<sup>1</sup> O colorismo está relacionado a discriminação a partir da cor da pele, quanto mais retinta, menos essa pessoa é aceita em lugares ocupados pela branquitude. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/tag/colorismo/> Acessado em 30 de março de 2019.

No entanto, esse lugar social “não determina uma consciência discursiva sobre esse lugar” DJAMILA RIBEIRO (2017, p.69). O lugar social traz experiências diversas, e é na experiência e memória coletiva e ancestral que se constrói a identidade e a consciência desse lugar junto à necessidade de subvertê-lo. Portanto, é do meu posicionamento ético-político nutrido do socialismo e do feminismo negro que a minha narrativa parte e se compromete. Recorro aos dizeres de bell hooks<sup>2</sup>:

Sem jamais pensar no trabalho intelectual como de algum modo divorciado da política do cotidiano, optei conscientemente por tornar-me uma intelectual, pois era esse trabalho que me permitia entender minha realidade e o mundo em volta, encarar e compreender o concreto (bell hooks, 1995: 466).

É desse lugar de fala enquanto filiação política e teórica ao feminismo negro, e, portanto, admitindo um interesse do ponto de vista de classe trabalhadora, racializada e sexuada que se deu a minha aproximação com a temática da violência obstétrica, pois foi a partir da minha experiência enquanto feminista, que pude olhar para este fenômeno, ao primeiro contato com ele, com os olhos de estranhamento. Esse primeiro contato se deu quando acompanhava a minha irmã, durante sua internação em uma maternidade pública da cidade do Recife, em 2012.

Desde a minha chegada à maternidade, tudo ali me parecia inadequado, condições insalubres, alta médica condicionada à amamentação, e uma alimentação deficitária para a lactante. Mas, o que realmente me ligou à temática, imediatamente, foi o relato da experiência de parto da minha irmã, que ao chegar à maternidade com a bolsa estourada e sentido contrações fortes e com intervalos curtos entre uma e outra, foi impedida de receber assistência pela recepcionista que informava a falta de leitos.

A recepcionista duvidava que ela estivesse em trabalho de parto. Com medo de peregrinar e parir na rua, ela resolveu ficar na recepção, e, pouco tempo depois, começou a parir. Neste momento, o meu pai, que a acompanhava, chutou a porta da recepção, e minha irmã adentrou à sala, sentindo a cabeça da criança entre as pernas, jogou-se na maca, quando, finalmente, recebeu a assistência de uma enfermeira.

---

<sup>2</sup> As referências à autora bell hooks apareceram neste trabalho grafadas em minúsculo conforme preferência da própria autora, que visa concentrar a atenção para sua mensagem e não para si mesma. Disponível em: <http://grafiasnegras.blogspot.com/2013/10/personalidades-negras-bell-hooks.html> Acessado em 12 de abril de 2019.

Nos dias em que estivemos juntas naquele hospital, minha irmã dormia pouco e acordava com pesadelos que retratavam a cena do parto. Sabíamos que se tratava de uma violência, embora não tivéssemos contato com o termo violência obstétrica, ainda pouco popularizado à época. O meu contato com a violência contra a mulher como objeto de estudo me permitiu enxergar conexões com a experiência violenta vivenciada por minha irmã. Trabalhei a temática da violência doméstica contra a mulher como objeto do trabalho de conclusão de curso.

Apesar de não perseverar com a temática da violência doméstica contra a mulher, permaneci no campo dos estudos das relações de gênero. No mestrado, estudei a prostituição feminina, e experimentei as dificuldades de realizar uma pesquisa com um público que é objetificado pela ciência e que, ao resistir a essa objetificação, fechou as possibilidades de diálogo. Ainda assim, empreendi a pesquisa, e ao concluí-la, sabia que se tratava também de uma ruptura.

No entanto, as investigações empreendidas a partir dessas pesquisas demonstraram e reafirmaram que as diversas expressões de violências às quais o sexo feminino é submetido se dão pela condição do ser mulher. Nesse sentido, mantive viva em mim a capacidade de me admirar e de questionar diante do novo que se apresenta. Procurei saber mais sobre aquela violência que acontecia em maternidades e descobri que se tratava de “violência obstétrica”. Posteriormente, tive contato muito próximo com uma colega assistente social, que trabalhava em uma maternidade em João Pessoa, e foram muitas as conversas sobre aquele universo, recheado de violências.

Assim, essas vivências no cotidiano profissional e pessoal me levaram a buscar respostas no campo teórico, constatando que não há um estudo aprofundado sobre a temática no campo das ciências sociais, sendo, em sua primazia, das ciências da saúde. Contudo, mesmo com a diversidade de estudos que expõem a materialidade dessa violência, ainda é um fenômeno questionado, cuja definição e interpretação estão em disputa por diferentes sujeitos sociais. Ainda mais escassos são as pesquisas sobre violência obstétrica e a relação racial.

Chegar a esse objeto de pesquisa não foi fácil, foi um longo caminho permeado de incertezas, sendo constantemente questionada se era este mesmo um problema de pesquisa, se era relevante, se existia realmente algo a ser pesquisado sobre ele. Pesquisadoras e pesquisadores que tinham contato com a minha pesquisa, buscavam adequá-la a algo mais concreto, pois do objeto de estudo se

dizia que era abstrato, embora tivessem contato com a sua materialidade. Me inquietavam os questionamentos, não por me fazer pensar, mas por me paralisar diante da negação do objeto. Para adequá-lo ao que a academia exigia naquele momento de iminente qualificação, aceitei trabalhá-lo como violência institucional no parto.

Na ocasião da qualificação do projeto, a banca contribuiu com o resgate do objeto que me motivou à investigação. Inicialmente, tratava-se de analisar a violência obstétrica, e esta nomeação demarcava uma posição política, a posição dos movimentos feministas, de mulheres e de ativistas pelo parto humanizado que desafiavam um saber hegemônico na assistência ao parto. O saber instituído com a marca da colonialidade, que ao medicalizar o parto expropriava o saber/fazer das mulheres.

Ao refletir sobre o uso do termo violência obstétrica, me reportei a uma ocasião em que participei de um evento promovido pela Escola Superior do Ministério Público de Pernambuco, o Seminário de Humanização do Parto e Violência Obstétrica, em 2015. Era um evento que congregava principalmente profissionais da saúde, no qual uma das mesas abordou o papel da formação em relação à violência obstétrica. As palestrantes eram a médica obstétrica Simone Diniz e a enfermeira obstetra e parteira urbana Tatiane Frank. Mesmo com as evidências e profundas discussões sobre a violência obstétrica, pontuadas pelas palestrantes, durante os debates, os médicos e médicas que participavam sempre questionavam o termo “obstétrica” para designar este tipo de violência.

Mesmo que em seus discursos demonstrassem acordos com o que estava sendo exposto sobre a violência obstétrica, o uso do termo causava bastante incômodo, sob a justificativa de parecer culpabilizar o obstetra. Isso revelava, em parte, como a medicalização do parto está internalizada, ou seja, o processo em que o parto passou a ser visto de evento fisiológico a evento patológico, remodelando a cena do parto e da gestação, com o deslocamento da mulher como protagonista para o protagonismo médico.

Essa internalização fez com que a classe médica ali presente desconsiderasse que o termo não se refere apenas ao médico obstetra, se refere a todos os profissionais da assistência ao parto e à gestação, ao entender que seria uma crítica direcionada exclusivamente à classe médica, reafirmando a noção do

médico como protagonista em detrimento do protagonismo da mulher e de outros profissionais, como as enfermeiras obstetras.

Estas pelepas, são não só em relação ao termo, mas também em relação a definição do que seria a violência obstétrica, são reiteradas pelos discursos expressos em posicionamentos das entidades médicas. Porém, apesar de ser um posicionamento hegemônico das entidades, não é homogêneo. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), em 2008, posiciona-se reconhecendo a violência obstétrica. Da mesma forma, ponto que não podemos afirmar que toda a classe médica é resistente a esse reconhecimento, mas aparenta ser uma posição da maioria. É importante pontuar que o fato da rejeição do uso do termo não é meramente uma rejeição à nomenclatura, é antes uma disputa de concepção sobre a violência obstétrica.

Essa postura resistente levantava a reflexão de que a violência obstétrica é um termo cunhado por ativistas feministas, que expressa um tipo específico de violência imposto às mulheres no âmbito da assistência à gestação e ao parto. Inaceitável para a maioria dos/das médicos/as obstetras e reafirmado pelas mulheres: o que ocasiona essas disputas?

A hipótese desse estudo, quer dizer a tese da pesquisa, é relativa a disputa discursiva acerca da violência obstétrica, disputa que expressa a interseccionalidade entre gênero, raça e classe, a oposição baseada no poder que ocupam – na sociedade e no campo da saúde em particular – os antagonistas principais do embate: os/as médicos/as e as mulheres (feministas e/ou não).

O que está em questão é a disputa pelo protagonismo no parto e nascimento. As mulheres, ao reivindicarem de volta esse protagonismo, desafiam um poder instituído expresso no saber/fazer estritamente profissional, fruto da medicalização social,<sup>3</sup> ao mesmo tempo em que problematizam como a violência obstétrica expõe a reprodução de desigualdades de gênero, raça e classe no processo de medicalização do parto.

Essa disputa também é realizada entre as profissões da medicina e enfermagem. O modelo de humanização do parto prevê um rearranjo do papel dos profissionais na cena do parto: a enfermeira ou enfermeiro obstetra atuaria no apoio e acompanhamento da parturiente, enquanto a médica ou médico obstetra apenas

---

<sup>3</sup> Processo que transforma acontecimentos fisiológicos e sociais em objeto de atuação médica.

entram na cena quando é necessária uma intervenção cirúrgica diante de risco para a mulher e o bebê. Não é uma disputa entre medicina e enfermagem, é uma disputa de modelos, pois há, dentro da classe médica, obstetras que trabalham e militam pela humanização do parto, a exemplo dos que compõem a Rede de Humanização do Parto (ReHuNa).

A humanização do parto, figura, assim, como estratégia de enfrentamento à violência obstétrica, por respaldar a autonomia das mulheres nas decisões e condução da gestação e parto. O desrespeito à autonomia da mulher é o principal problema da medicalização do parto e gestação.

No entanto, o movimento de humanização do parto é um movimento hegemonizado por profissionais de saúde, operadoras do direito e por ativistas e feministas brancas e de classe média, que ainda é o perfil majoritário com formação de ensino superior. Enquanto que o público majoritário que sofre a violência obstétrica é composto por mulheres negras, considerando aquelas que se autodeclaram pardas, conforme a pesquisa *Nascer no Brasil* (2014). Para mim, esse é um indicativo da necessidade de ampliação do debate sobre a violência obstétrica para todas as mulheres, e ainda da necessidade de pensarmos a violência obstétrica pelo prisma da interseccionalidade, a fim de captarmos a sua heterogeneidade e os impactos dela para os diferentes grupos de mulheres.

É importante, ainda, situar o contexto em que se desenvolve e se evidencia a violência obstétrica, problematizar a sua magnitude no Brasil, e apresentar a conformação do seu status político de problema de saúde pública, a partir da elaboração teórica e política dos movimentos de mulheres ativistas e feministas e dos profissionais adeptos da humanização do parto.

## 1.1 A MATERIALIDADE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Duas grandes pesquisas se destacam em relação à abrangência territorial para evidenciar a violência obstétrica e sua dimensão no Brasil: a primeira, realizada em 2010, é a da Fundação Perseu Abramo, “Mulheres brasileiras nos espaços públicos e privados” (2010), que, apesar de não ter como foco a atenção ao parto e gestação, revelou que 25% das mulheres afirmavam ter sofrido algum tipo de violência no parto. Em 2014, foi divulgado o resultado da pesquisa coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre parto e

nascimento”, sendo a primeira pesquisa a oferecer um panorama nacional sobre a situação da atenção ao parto e nascimento.

Essas duas pesquisas, principalmente a Nascer no Brasil, revelam a materialidade da violência obstétrica. Os resultados da pesquisa Nascer no Brasil (2014) apontam como síntese que as mulheres e seus bebês, independente do grupo social a que pertencem, estão expostas aos riscos de efeitos adversos ao parto, mas, de forma diferenciada, a partir dos marcadores de raça, classe social expressos como renda, e escolaridade, além do tipo de serviço público e privado. Os resultados mostraram a baixa efetividade do modelo de atenção obstétrica e neonatal predominantes nos serviços públicos e privados no País (SUMÁRIO EXECUTIVO DA PESQUISA, 2014).

A pesquisa expôs como as disparidades de raça e classe se articulam a gênero e conformam a violência obstétrica de forma diferenciada para cada grupo de mulheres. Enquanto as mulheres brancas e de classe mais elevada são maioria no atendimento da rede privada, as negras e pardas e de classes mais subalternizadas são a maioria das usuárias da rede pública.

O abuso de cesarianas agendadas sem indicação clínica, e o alto número de bebês pré-termo (prematurados) devido à antecipação do nascimento em algumas semanas, o desrespeito quanto à escolha do tipo de parto e a não prestação de informações para as parturientes, são recorrentes nos serviços privados, segundo revelou a pesquisa, indicando violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, como o desrespeito à autonomia e à informação incompleta que induz às mulheres a cesarianas, expondo-as e a seus bebês a riscos desnecessários.

Na rede pública, o quadro é mais complexo, os partos são extremamente medicalizados e dolorosos, com o abuso de procedimentos como ocitocina para acelerar o trabalho de parto e a episiotomia, que só é recomendada em 15% dos casos. No entanto, é interessante a observação feita por Maria do Carmo Leal *et al.* (2014, p.10), com relação a comparações entre negras, pardas e brancas e esses procedimentos, que aponta que as mulheres negras são menos submetidas:

A princípio, menos exposição a intervenções, tais como uso de ocitocina, episiotomia e cesariana entre pretas e pardas em relação às brancas poderia significar um cuidado mais em acordo com as evidências científicas recomendadas pelo Ministério da Saúde. Porém, na prática, o modelo de assistência obstétrica adotado no Brasil é intervencionista e os profissionais de saúde em larga medida

não somente identificam essas práticas como adequadas, mas também como indicativas de um “bom cuidado”.

Observa-se que, pela lógica do modelo interventivo, a intervenção existe no sentido de diminuir a exposição à dor. Profissionais adeptos a esse modelo acreditam que estão oferecendo um tratamento de qualidade. Desta forma, as estatísticas deveriam nivelar as mulheres com relação a esses procedimentos, todas elas deveriam apresentar o mesmo tipo de procedimento. Se as negras não são tratadas da mesma forma em relação às brancas, esse é um indicativo de discriminação.

Em contrapartida, são as mulheres negras e pobres que correm mais riscos de pré-natal inadequado, que apresentaram menor vinculação com a maternidade e assim também foram as que mais peregrinaram, são as que vivenciam o parto solitárias, pela negação do direito ao acompanhante e, no caso, violação da Lei 11.108/05, e são as que menos recebem orientação e anestesia local na episiotomia.

Esses dados revelam como o racismo institucional potencializa e é potencializado pela violência obstétrica. Segundo define Jurema Wernek (2013, p.18), o racismo institucional é:

[...] um modo de subordinar o direito e a democracia às necessidades do racismo, fazendo com que os primeiros inexistam ou existam de forma precária, diante de barreiras interpostas na vivência dos grupos e indivíduos aprisionados pelos esquemas de subordinação desse último.

Também se refere à falha das instituições em suprir as necessidades e oferecer serviços apropriados às pessoas por causa da sua cor, raça/etnia. A população negra no geral experiencia disparidades no atendimento. Em especial, as mulheres negras apresentam, assim como as indígenas, “níveis mais elevados de adoecimento e de morte por causas evitáveis, desde as doenças infectoparasitárias até aquelas relacionadas à violência” (MARIA DO CARMO LEAL *et al.*, 2014, p. 02). Isso também se verifica em relação à morbimortalidade materna. O DataSUS (2016) aponta que a razão da mortalidade materna é maior entre as mulheres negras (65% dos óbitos maternos notificados), em relação às brancas no Brasil. Não por acaso, a mortalidade materna foi uma das principais pautas reivindicatórias da Marcha das Mulheres Negras, em 2015.

No entanto, os dados e as evidências não falam por si só, necessitam da investigação criteriosa e da interpretação que se assenta em alguma perspectiva

teórica e política. Dessa forma, o que para o movimento de mulheres e feministas, assim como para os profissionais que se filiam a um modelo de humanização do parto<sup>4</sup>, são considerados como violência obstétrica, para os profissionais adeptos do modelo intervencionista trata-se de fazer uso do que há de mais avançado na tecnologia. Essas interpretações, ambas recheadas de interesses individuais e coletivos, evidenciam a complexidade do fenômeno e as disputas em torno dele.

Demonstram também que há um longo caminho de disputas e de reflexão teórico-política sobre a violência obstétrica, pois, apesar de sabermos que se trata de um tipo de violência contra a mulher, não goza da mesma legitimidade que a violência doméstica e familiar contra a mulher alcançou. Mas, é na trilha desse reconhecimento da existência da violência contra a mulher e da identificação das suas variadas formas que os feminismos e ativismos constroem uma narrativa sobre a violência obstétrica.

A politização da violência obstétrica, ou seja, a visibilidade e a transformação do fenômeno em objeto direto de questionamento é fruto da militância feminista e de mulheres ativistas do parto humanizado, ao denunciarem a violação dos direitos sexuais e reprodutivos. A partir da década de 1980, reivindicaram uma “maternidade voluntária, prazerosa e socialmente reconhecida”, ou seja, livre de constrangimentos biológicos e sociais, e apostando no livre acesso à contracepção e na interrupção de uma gravidez indesejada (ROSAMARIA CARNEIRO, 2015).

De certa forma, o tema era tratado, mas por dentro da defesa de uma assistência humanizada, como forma de dialogar com os profissionais e negociar mudanças de práticas. Segundo Ligia Sena (2016), até a primeira década do século XXI, não se usava o termo violência obstétrica, utilizava-se, inicialmente, a expressão “violência institucional no parto”, para representar as violências vivenciadas pelas mulheres em maternidades. Essa mudança não era apenas de nomenclatura, mas marcava uma diferença conceitual.

A violência obstétrica é mais ampla do que uma violência institucional, pode acontecer nas instituições como maternidades e postos de saúde, no consultório médico, em qualquer espaço que viole os direitos sexuais e reprodutivos das gestantes. **Pode** ser praticada por qualquer profissional da assistência ao parto, e

---

<sup>4</sup> Segundo Diniz 2005, o conceito de humanização do parto é polissêmico e possui muitos sentidos no Brasil. O movimento pela humanização do parto defende o protagonismo da mulher na condução do parto com o mínimo de intervenção possível dos profissionais da assistência, contrapondo-se radicalmente ao modelo interventivo de assistência ao parto.

em qualquer dos momentos da atenção na gestação, parto e puerpério. O documentário “Violência obstétrica: a voz das brasileiras” ( 2012), expõe a fala de diversas mulheres que contam suas experiências com a violência obstétrica desde o pré-natal, como a manipulação de informações equivocadas e mitos sobre o parto natural, para justificar uma cesariana por conveniência do médico.

As sistematizações sobre a violência obstétrica apontam uma vasta quantidade de procedimentos e ações que caracterizam esse tipo de violência. Na rede pública, é frequente a peregrinação, negação de analgesia, negação do acompanhante, negligência e abandono na assistência a gestantes e parturientes, negação de informação e intervenções desnecessárias e invasivas, com ou sem consentimento das mulheres, agressões verbais, físicas e até abusos sexuais.

Nos serviços privados, essas expressões vão desde recomendações abusivas de cesariana, segundo as conveniências do médico, persuasão das mulheres quanto à escolha da cesariana a partir de informações inverídicas, negação de acompanhante, até a cobrança de taxas abusivas quanto a/o acompanhante, descumprido a lei Nº 11.108, de 2005, que determina a presença de um acompanhante de escolha da mulher (JANAINA AGUIAR e ANA D’OLIVEIRA, 2011; SONIA HOTMSKY *et al.*, 2013).

A cesariana por conveniência médica se dá pelo agendamento prévio, para evitar surpresas quanto ao nascimento de parto vaginal nos fins de semana ou feriados, o que vem acarretando no nascimento de bebês prematuros, pois muitos médicos se baseiam nos resultados de ultrassons que são apenas aproximados. Ou seja, não se trata apenas das condições estruturais do serviço, embora essas tenham significativo impacto na qualidade do acesso aos serviços, mas, também, o fazer profissional orientado pelo processo de medicalização está no cerne da violência obstétrica em maior ou menor medida, dependendo da forma como se articulam. Assim, se expressa a vontade do médico, legitimada no saber exclusivo em detrimento das escolhas da mulher, que deveria figurar como protagonista do parto.

Quanto às manifestações da violência obstétrica no parto vaginal, mais frequente em maternidades públicas, o Dossiê Parirás com Dor aponta uma série de abusos:

- I- Atendimento desumanizador e degradante, como a busca e peregrinação por vaga: apontado como uma das principais causas de morte materna. A

instituição deveria encaminhar a gestante para um serviço que tenha vaga disponível, garantindo o atendimento e transporte adequado. O que acontece com mais frequência, porém, é o não cumprimento desta norma, que está prevista na Portaria GM/MS n.2048, de 05 de novembro de 2002;

- II- Omissão de informações: a não utilização do partograma, que permite acompanhar a evolução do trabalho de parto, diagnosticar alterações que possam indicar a tomada de condutas inapropriadas, descaso, abandono, desprezo e humilhação como forma de punição da sexualidade feminina;
- III- Ameaça e coação contra as mulheres que gritam de dor ou reclamam do serviço: preconceito e discriminação quanto à classe, raça, geração (em relação a adolescentes e às mulheres mais velhas), quanto a imigrantes e mulheres que fazem uso de drogas, ou em situação de rua. Assédio, sadismo, culpabilização e chantagem quando há mortalidade infantil por consequência do parto violento, descon siderações dos padrões culturais como no caso das mulheres indígenas;
- IV- Descumprimento à Lei do acompanhante;
- V- Procedimentos invasivos e sem evidências científicas, como a episiotomia ou “pique”, uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com a justificativa de ajudar na saída do bebê. É um procedimento sem evidência científica e que vem acompanhada do “ponto do marido”, o ponto que é feito para deixar a vagina mais apertada para o prazer masculino, o que pode causar dor durante a relação sexual e infecção;
- VI- Intervenções com a finalidade didática, ou seja, apenas para o processo de aprendizagem dos médicos;
- VII- Intervenções de verificação e aceleração do parto, excessivos e invasivos exame de toque, rompimento artificial da bolsa, uso de ocitocina, um hormônio para acelerar o trabalho de parto, a manobra de Kristeller (manobra onde o profissional empurra a barriga da mulher) e a imposição da litotomia (posição onde a mulher fica deitada)

Essas manifestações violentas caracterizam o chamado parto normal, naturalizando as intervenções desnecessárias e aterrorizando as mulheres. Soma-se a brutal violência estrutural, que representa a exploração da vida e da saúde das mulheres, o tratamento estigmatizado que as mulheres pobres e negras sofrem

recorrentemente. É certo que a mercantilização dos serviços precariza os profissionais da saúde e este é um elemento que deve ser aprofundado em relação ao desenvolvimento da violência obstétrica, mas este processo não deve ocultar os determinantes de raça, gênero e classe social que estruturam esse tipo de violência.

Outras características dessa violência são os atos de agressão física e sexual. O Dossiê Parirás com Dor (2012, pp. 60-61) apresenta uma caracterização inspirada nas leis da Argentina e Venezuela, uma vez que faltam referências na produção técnica e judiciária brasileira quanto à violência obstétrica, e inclui o caráter Institucional (formas de organização que dificultam, retardam ou impedem o acesso das mulheres aos seus direitos); Material (ações e condutas ativas e passivas, a fim de obter recursos financeiros); e Midiático (apologia a práticas cientificamente contraindicadas, difundidas publicamente). O Ministério Público de São Paulo também adota o conceito cunhado nesses países latino americanos:

Apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (SÃO PAULO, 2013).

Atualmente, as feministas e ativistas pelo parto humanizado fazem referências ao conceito dessas legislações, argentina e venezuelana, por não ter uma tipificação definida pelo Estado brasileiro, embora tenhamos iniciativas no sentido do enfrentamento e da prevenção à violência obstétrica, por meio de políticas de humanização do parto, a exemplo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e do Programa de Humanização de Hospitais, que datam dos anos 2000; a regulamentação da Lei de Planejamento Familiar; a Lei do acompanhante de 2005; a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (2005); e a instituição da Rede Cegonha em 2011.

Sonia Hotmsky *et al.* (2013) asseveram que há uma discrepância entre o que preconizam as políticas e as práticas de assistência à maternidade, em grande parte dos serviços de saúde no Brasil, evidenciado pelos resultados da pesquisa Nascer no Brasil supracitada.

Na particularidade pernambucana, uma das iniciativas mais expressivas se deu em 2007, quando o governo do estado, por meio do Decreto Nº 30.859 de 04 de outubro, instituiu o Programa Mãe Coruja, presente em 105 municípios, com o

objetivo de reduzir mortalidade materna e infantil, por meio de ações de políticas integradas. Embora reproduza uma lógica centrada no binômio mãe-filho, e na reiteração da perspectiva do familismo, com o reforço da maternidade tratada como papel social das mulheres, tão característico das políticas para as mulheres no Brasil, se configura como uma ação de prevenção à violência obstétrica, principalmente pelo seu foco no pré-natal.

No entanto, o cenário pernambucano permanece tendo como característica a adoção da terceirização dos serviços de saúde, por meio do repasse da administração dos hospitais públicos às Organizações de Interesses Sociais, consequentemente, a partir das parcerias público-privadas. Há um deslocamento dos investimentos no SUS, que inflexionam na precarização dos serviços, como demonstra o Comitê de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco (CEMM-PE), ao denunciar as condições das maternidades do Recife e área metropolitana, mediante um estudo apresentado em maio de 2014.

Do mesmo modo, a médica sanitária, membro do CEMM-PE, Sandra Valongueiro, em entrevista para um jornal local, afirma que as mulheres estão peregrinando por até duas maternidades, pela falta de atendentes e de leitos, e assim a gestação se torna de risco (DIÁRIO DE PERNAMBUCO, 2014).

Herika Pinheiro (2014) acrescenta que, dentre os motivos pelos quais mulheres foram transferidas de maternidade em Pernambuco, 53,1% foram devidos à necessidade de alto risco/UTI, das quais 26,7% estão relacionados à espera de 1 a 3 horas por um leito, o que demonstra a distância entre o que é preconizado como direito das mulheres e a efetivação desses.

A negação de direitos sociais expressa, dentre outras questões, a manutenção e possível potencialização de violências. Entende-se que a violência obstétrica não é fruto apenas das condições subjetivas, mas também das condições propiciadas pela objetividade, como as condições de trabalho das equipes multiprofissionais e a ambiência. E que é no plano dessa objetividade que as respostas a esse fenômeno ocorrem, a partir de mecanismos como as políticas públicas e a legislação pertinente, impulsionadas pelos movimentos sociais e inflexionadas pelos processos econômicos e políticos.

No entanto, é preciso refletir sobre o significado desse tipo de violência, sobre o quê ele informa. Variadas formas de violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, e o desrespeito à autonomia e escolha delas

demonstram que se trata de um tipo de violência de gênero ou, especificamente, de violência contra a mulher. Demonstram também a persistência do patriarcado na sociedade brasileira.

As relações de poder fundadas no patriarcado, conforme afirma Heleieth Saffioti (2004), estão baseadas na ideologia e na violência. A ideologia naturalizadora das relações de gênero é justificadora de assimetrias, mas não são suficientes para a manutenção do status quo. De tal modo, Heleieth Saffioti identifica a construção de uma pedagogia da violência, que cristaliza a obediência da mulher ao marido e das crianças aos pais. Essa última é a base da concepção da síndrome do pequeno poder, o elo mais fraco é alvo dos maus tratos.

É interessante perceber a dinâmica da violência de gênero, pois é uma violência por vezes justificada e legitimada. No caso da violência doméstica, durante muito tempo a justificativa da “defesa da honra” foi acatada, e motivo de absolvição ou relaxamento da pena para assassinos de mulheres, ou feminicidas. A sociedade tem certa tolerância à violência de gênero, justifica assédios e estupros pela roupa que a mulher estava usando quando foi violentada.

Quando se trata de violência obstétrica, as violações de direitos sexuais e reprodutivos são tratadas como questões subjetivas, “da cabeça da mulher”, ou como uma má interpretação do que foi dito ou feito, ou seja, uma forma de silenciamento destas mulheres. A produção técnica sobre parto e gestação, quando deveriam ser divulgadas e informadas às mulheres, são mobilizadas para induzir uma escolha à conveniência do profissional. Os relatos expressos no documentário “violência obstétrica a voz das brasileiras” (2012) contam das diversas justificativas baseadas em mitos sobre o parto natural, como forma de convencer a mulher a agendar a cesariana.

Conforme exposto, as mulheres não reagem passivamente frente a essas manifestações da violência obstétrica, elas denunciam, partilham das experiências, produzem reflexões e conhecimentos sobre o fenômeno, dentro e fora da academia. De forma artesanal, por meio de blogues, abrem espaço para os relatos, como forma de visibilizar o problema.

Observa-se também, com relação a essa determinação das relações patriarcais, que poderia se esperar que profissões feminizadas como a enfermagem, e no caso da medicina, que aparenta ser maioria masculina, mas que na atenção obstétrica também aparenta ter um número expressivo de mulheres, essas relações

não fossem reproduzidas. No entanto, conforme Heleieth Saffioti (2004), a violência de gênero, enquanto conceito mais geral pode ser perpetrada por um homem contra outro, uma mulher contra outra, mas é a violência contra a mulher que acontece com frequência e é mais amplamente difundida no caldo cultural da falocracia.

As mulheres não estão livres de reproduzir relações patriarcais, elas podem ser agentes da violência por estarem em uma posição hierárquica superior (no sentido de poder), neste caso, podem se somar as seguintes características, o status profissional, a sua cor/raça e a classe social. Do outro extremo, conforme dados da Nascer no Brasil, as mulheres que mais foram expostas a riscos (interpreta-se como violência obstétrica) foram as negras, pobres e com baixa escolaridade.

Na estruturação da violência obstétrica, conforme síntese de Simone Diniz *et al.* (2015), e Sonia Hotmski (2007), a formação dos profissionais de saúde é, em geral, tecnicista, descolada da dimensão ética e de direitos humanos, interventiva e considerando as mulheres, neste caso específico da obstetrícia e ginecologia, como material de estudo, objeto de intervenção e não como sujeito. É uma formação que possui a marca da colonialidade. Por ser medicalizada, vai formar médicos e médicas que propiciam a reprodução da violência obstétrica. Esse quadro exige um giro na formação, baseada em evidências científicas e que considere os direitos sexuais e reprodutivos.

Simone Diniz *et al.* (2016) chamam atenção quanto à lógica tecnicista em detrimento ao estudo da ética relacionada aos direitos humanos no ensino das profissões de saúde, exemplificando como o treinamento de procedimentos em hospitais escolas se dá, no Brasil, nos próprios sujeitos e sujeitas que recorrem aos serviços de saúde oferecidos por essas instituições, enquanto que em outros países esse treinamento se verifica em modelos sintéticos.

As autoras ainda apontam que o ensino da técnica cirúrgica segue deslocado do ensino de valores e da ética profissional, e do desconhecimento do direito da mulher à integridade corporal, o que fica explícito na fala relatada de uma profissional entrevistada, que afirma que as mulheres são o material didático dos profissionais. Isso significa que a colonialidade do saber está presente no processo de medicalização, ao tratar as pessoas como objeto de estudo e intervenção, desconsiderando a sua condição de sujeito e sujeita em nome do conhecimento e técnica científica.

Diante do exposto, justifica-se a relevância da pesquisa, primeiramente, diante da materialidade da violência obstétrica e pelo impacto à saúde das mulheres. Assim como no âmbito do Serviço Social, não só pela possibilidade de contribuir com a reflexão das/dos assistentes sociais, que trabalham na assistência ao parto, sobre esta problemática, mas também pela contribuição para a produção do conhecimento crítico, largamente produzido pelo Serviço Social. Dito isto, segue a proposta metodológica da pesquisa.

## 1.2 PERCURSO METODOLÓGICO

O ofício da pesquisa, para mim, é como o ofício de uma tecelã, que vai enlaçando os fios a partir dos pontos e construindo uma peça lógica que tem sua utilidade e sua beleza. Por vezes, o exercício criativo e da autonomia na pesquisa é tomado pelo formalismo e pela lógica produtivista própria da sociabilidade burguesa que se espalha para todos os âmbitos da vida, incluindo a construção do conhecimento.

É preciso subverter essa lógica formal, que também se afirma neutra, assumir qual o propósito ético-político da contribuição teórica que formulamos. É nesse propósito que reside a utilidade da produção acadêmica. A beleza está no próprio caminhar da pesquisa e na tessitura da possibilidade de propor novas rotas de abordagem teórica e política para os problemas. Assim, desde a definição do problema de pesquisa que exige de imediato um processo de investigação científica até a exposição da síntese alcançada, o processo é todo tomado pelo propósito ético-político do/a pesquisador/a.

Desta forma, tomei como desafio entrelaçar os fios teóricos das contribuições de teóricas feministas materialistas e, principalmente, do feminismo negro e aquelas que constroem um campo anticolonial (LUCIANA BALLESTRIN, 2017) ou contracolonial (VÍVIAN SANTOS, 2018), bem como da produção sobre medicalização social e violência obstétrica do campo da saúde, antropologia e direito, a partir do método de análise materialista dialético. Esse alinhamento, aparentemente, pode não compor uma imagem coerente em relação à condução da análise a partir de epistemologias diversas, mas uma análise mais acurada dá conta de que há mais proximidades e possibilidades de interlocução do que aparenta.

Nesse percurso, as buscas por aprofundar os determinantes de gênero, raça e classe social que conformam a violência obstétrica foram amadurecidas fundamentalmente pelo contato com as autoras do feminismo negro e dos estudos contracoloniais. Esses estudos (que congregam os estudos decoloniais, pós-coloniais, e descoloniais), de acordo com Vivian Santos (2018, p. 7), “devem ser uma coalizção entre os feminismos que impulsionam um movimento de transgressão epistemológica contra colonial”, que tratam a interseccionalidade desses determinantes em uma perspectiva crítica e não meramente culturalista. Esses estudos contribuíram para elucidar o que está na base dos silenciamentos e da desqualificação das falas de mulheres e outros grupos subalternizados, ou seja, a colonialidade do poder, do saber e do ser.

A análise aqui empreendida não se descola do ponto de vista dos feminismos, desde a construção da questão problema até a definição da tese. Importante registrar que, embora seja um processo solitário o de escrever e sistematizar uma pesquisa, não é um movimento individual. O produto deste trabalho é filho de muitas mães, e, parafraseando o ditado popular, mãe não é só a que gera. Este trabalho foi acalentado pela contribuição da banca de qualificação e da orientadora.

Ao longo do trabalho, me propus a fazer esta articulação entre as perspectivas contracoloniais e a rica contribuição do marxismo para o desvelamento da violência obstétrica, que é reiteradamente naturalizada e mistificada no cotidiano das relações sociais. Defendo que o método materialista dialético é uma imprescindível ferramenta para ler essa realidade, assim como também compreendo que diante do momento atual de avanço do conservadorismo, de barbárie - expressa nas variadas formas de expropriação da vida, do meio ambiente, da força de trabalho em países periféricos - da criminalização da pobreza e dos movimentos sociais, ou seja, do avanço sem precedentes do sistema capitalista e da sua ideologia, a atualidade da análise marxiana e marxista se faz presente e necessária.

Do ponto de vista do método, a contribuição reside, primeiramente na negação da lógica formal típica da racionalidade moderna, ao propor uma lógica dialética (LEFEBVRE, 1983), que busca apreender o movimento do real, sua gênese (a raiz dos problemas), seu desenvolvimento, buscando as três categorias nucleares ao método: Totalidade, contradição e mediação.

Na categoria da totalidade, as conexões entre o particular e o universal não pretendem generalizar o particular, como acontece na razão moderna/colonial, mas, sim, buscar conexões entre este particular e o universal, entendendo que o movimento do objeto faz parte do movimento de uma totalidade. O universal é a unidade do diverso, o que compreendo não como uma abstração que coloca uma determinada sociabilidade, como a sociabilidade burguesa, como padrão para todas as formas de organização social indiferenciando as particularidades de cada região, mas, sim, como síntese da heterogeneidade própria das relações sociais.

Aníbal Quijano (1992), ao empreender uma crítica a colonialidade do pensamento, também por dentro do marxismo, aponta que toda produção sistemática de conhecimento está associada a uma perspectiva de totalidade, e que a questão não é a perspectiva de totalidade em si, e sim, qual a perspectiva de totalidade. Ele defende uma perspectiva de totalidade que reconheça a heterogeneidade de toda realidade, seu caráter contraditório. Defende uma heterogeneidade histórico-cultural, com a presença e articulação de várias lógicas, algumas hegemônicas, mas não de modo único, como se coloca na razão eurocêntrica.

Assim, a perspectiva materialista dialética me inspira na busca pela compreensão da violência obstétrica, identificando e interpretando as determinações ou raízes que estruturam esse tipo de violência no Brasil e suas conexões, contradições e significados mediante as aproximações sucessivas. Essa busca pela conexões entre este particular é a violência obstétrica presente na assistência ao parto e o universal, ou seja, as relações sociais no capitalismo brasileiro e suas imbricações de gênero e raça, entendendo que o movimento do objeto faz parte do movimento de uma totalidade, reproduzindo desigualdades, e, neste caso, sob a forma da violência.

O método permite apreender a lógica que conforma este fenômeno, evidenciando as contradições nos mecanismos de enfrentamento e/ou atos de violência presentes na assistência ao parto e, conseqüentemente, no seu correspondente ideológico manifesto ora na negação da existência da violência ora na mistificação das suas determinações.

O problema de pesquisa demorou para tomar a forma inteligível, para expressar as inquietações e se fazer entender. Ele parte da inquietação quanto à tensão entre a resistência de parte da classe médica em reconhecer a violência

obstétrica como fruto da medicalização social e os posicionamentos e construções teórico-políticas dos movimentos feministas e de ativistas sobre a questão, e em especial pelo uso do termo “obstétrico”, o que demonstra uma disputa, conforme já problematizado na primeira parte deste texto. Assim, se cunhou esta questão de pesquisa: a violência obstétrica é um termo cunhado por ativistas feministas que expressa um tipo específico de violência imposto às mulheres no âmbito da assistência à gestação e ao parto. Inaceitável para a maioria dos/das médicos/as obstetras e reafirmado pelas mulheres: o que ocasiona essas disputas?

Diante do exposto, este trabalho propõe como objetivo geral analisar as disputas em torno das definições sobre a violência obstétrica e a interseccionalidade de gênero, raça e classe que a comporta, entendendo que a rejeição por parte da maioria das entidades médicas em relação ao uso do termo “violência obstétrica” significa também a disputa pelas concepções sobre a violência obstétrica. Para tanto, a partir do método de análise do materialismo dialético e da perspectiva de interseccionalidade, foi realizada, enquanto procedimento metodológico, a coleta de documentos produzidos por órgãos representativos da categoria médica, na perspectiva de evidenciar e problematizar o discurso médico hegemônico em relação à violência obstétrica.

Assim, seguiram-se os objetivos específicos: 1) identificar as definições de violência obstétrica nos documentos dos órgãos representativos de classe dos profissionais da assistência ao parto; 2) sistematizar as concepções teóricas e ideopolíticas presentes nos posicionamentos dos movimentos de mulheres, feministas e ativistas contra a violência obstétrica; 3) e refletir sobre as concepções teóricas e ideopolíticas que fundamentam os posicionamentos acerca da violência obstétrica. A problematização teórica sobre essas questões foi realizada ao longo do trabalho e sistematizada no capítulo 05 da análise, resultados e discussão da pesquisa.

Ao refletir sobre as possíveis estratégias para responder ao problema da pesquisa, ponderou-se que: 1) não se trata de um discurso consensual da classe médica; 2) mas, aparenta ser um discurso hegemônico, devido à adoção dele por parte das entidades representativas da classe médica.

Entende-se por hegemonia, neste caso, a direção social da profissão, expressa pelas concepções, valores e cultura profissional. Em relação às pesquisas nacionais já mencionadas, o modelo de assistência ao parto revelado é o modelo

interventivo, que é corriqueiro, ou seja, encorpa a cultura profissional médica no campo da obstetrícia, e hegemoniza a condução do parto também para os demais profissionais de outras categorias.

A análise se centra na busca pelos discursos médicos, na intenção de demonstrar qual a concepção ou concepções presentes nas definições dos médicos sobre a violência obstétrica. Conforme já enunciado, na observação empírica aparentou haver uma disputa discursiva em torno da violência, que ao longo da investigação demonstrou ser uma disputa por poder em relação ao controle dos corpos das mulheres e de seus processos reprodutivos e pelo protagonismo na cena do parto. A investigação revelou ainda que essa disputa é conformada por uma racionalidade moderna/colonial por parte das entidades médicas, ao negarem a existência do fenômeno e ao tentarem silenciar os movimentos feministas e de mulheres e ativistas pelo parto humanizado com o uso do discurso pretensamente competente do conhecimento tecnicista a partir da medicalização social.

O que chamo de disputa discursiva é um embate entre o discurso médico hegemônico e o contradiscurso dos movimentos de mulheres, feministas e ativistas sobre a violência obstétrica, compreendendo discurso a partir de Marilena Chauí (2007), que distingue o discurso ideológico do contradiscurso. Para a autora, o discurso ideológico é um discurso de ausências, um discurso que não diz sua real intenção:

O discurso ideológico é aquele que pretende coincidir com as coisas, anular a diferença entre o pensar, o dizer e o ser e, destarte, engendrar uma lógica da identificação que unifique pensamento, linguagem e realidade para, através dessa lógica, obter a identificação de todos os sujeitos sociais com uma imagem particular universalizada, isto é, a imagem da classe dominante. Universalizando o particular pelo apagamento das diferenças e contradições, a ideologia ganha coerência e força porque é um discurso lacunar que não pode ser preenchido (CHAUÍ, 2007, p.15).

Assim, o discurso médico hegemônico é um discurso ideológico à medida que tenta ocultar os verdadeiros determinantes da violência obstétrica e ao negar a sua natureza que é a da medicalização social associada ao racismo institucional, se constituindo também enquanto violência de gênero. Tanto na medicalização social quanto no discurso sobre a violência obstétrica está presente a marca da colonialidade, presente na dicotômica separação entre humanos e não humanos, sujeito e objeto, que aparecem no modelo de assistência obstétrica intervencionista.

Com relação ao discurso hegemônico, este se coloca, conforme a noção de discurso de Chauí (2007), como o discurso competente, que é aquele considerado aceito, verdadeiro e autorizado. O discurso que tenta descolar o discurso do poder do discurso do conhecimento se passando por um discurso neutro, mas que é o discurso de um especialista “proferido de um ponto determinado da hierarquia organizacional” (CHAUÍ, 2007, p.25).

Por sua vez, o contradiscurso é composto pelas outras falas que foram e são subalternizadas em relação ao discurso competente, são as falas identificadas como senso comum, como subjetivas e não legítimas. Assim, o contradiscurso se contrapõe à colonialidade imposta, subverte o discurso hegemônico ao explicitar o que ele encobre, ou seja, ao quebrar os silêncios. Isso acontece mediante o registro da memória e da reflexão crítica sobre os fenômenos.

Neste sentido, a fala das mulheres e ativistas sobre a violência obstétrica se configura como um contradiscurso, que se elabora no interior do próprio discurso ideológico, como a crítica de outras falas ao suposto discurso competente. E é a partir daí que esse percurso investigativo se empreendeu, buscando de um ponto de vista feminista anticolonial e marxista analisar o discurso médico sobre a violência obstétrica. Para tanto, a estratégia metodológica utilizada foi a pesquisa documental e a análise a partir do método dialético, e, à luz dos estudos contracoloniais.

Dessa forma, a tese que se apresenta é a de que essa disputa discursiva revela nexos que expressam a estabelecida interseccionalidade entre gênero, raça e classe, revelando a oposição baseada no poder que ocupam – na sociedade em geral e no campo da saúde em particular – os antagonistas principais desse embate que são os/as médicos/médicas e as mulheres (feministas ou não).

Dito isto, o caminho percorrido iniciou pela apreensão do problema de pesquisa a partir das aproximações sucessivas ao tema, partiu de uma permanente busca de fontes diversas sobre a violência obstétrica. Contribuíram para a melhor compreensão do tema, além da experiência vivida, já relatada, as leituras sobre a produção acadêmica em diversas áreas, saúde, antropologia, direito, entre outras, além de uma variedade de outras fontes como documentários, ensaios fotográficos, textos em blogues e materiais produzidos pelas instituições públicas, ONGs e pelo movimento feminista.

O material produzido pela militância das ativistas pelo parto humanizado disponível na blogosfera é fruto do forte ativismo das mulheres, que se intensificou

com a ampliação do acesso à internet. Tem sido um espaço de troca de informações, debates e construção de agendas de luta, a exemplo das manifestações como a Marcha pela Humanização do Parto<sup>5</sup>, em resposta à decisão do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj), de proibir o parto domiciliar. As manifestações aconteceram em 11 estados, demonstrando o potencial de mobilização desse espaço.

Documentos audiovisuais também compuseram as aproximações ao tema, como os documentários: “violência obstétrica – a voz das brasileiras”<sup>6</sup> (2012) e O Renascimento do Parto (2013)<sup>7</sup>. O primeiro traz as falas das mulheres sobre suas experiências violentas de parto, e o segundo trata do panorama da assistência ao parto no mundo e no Brasil, e o documentário “A dor reprimida: violência obstétrica<sup>8</sup> e mulheres negras (2017)”, que traz os relatos das mulheres negras e periféricas de Salvador, e o comentário de profissionais e estudiosas da saúde da mulher negra para problematizar a relação entre a violência obstétrica e a raça. Todos problematizam as manifestações da violência e expõem os efeitos da medicalização do parto para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Outro material interessante foi o ensaio fotográfico realizado pela fotógrafa Carla Raiter, intitulado 1:4 – Retratos da violência obstétrica<sup>9</sup> (2011), em alusão aos dados apresentados pela pesquisa supracitada “Mulheres brasileiras em espaços públicos e privados”, que informava que uma a cada quatro mulheres afirmava ter sofrido violência obstétrica.

Após a construção do problema de pesquisa, a partir do levantamento bibliográfico e documental supracitado, optei pela estratégia metodológica da pesquisa documental, que, segundo Rosana Kripka *et al.* (2015), consiste nas etapas de coleta e técnica de análise. Assim, na primeira fase de coleta e definição do material que seria analisado, estabeleci como critério para compor o corpus da

---

<sup>5</sup>Disponível em: <http://www.despertardoparto.com.br/blog---notiacutecias-da-humanizaccedilatildeo>  
Acessado em 15 de outubro de 2018.

<sup>6</sup> Produzido por: Bianca Zorzam, Ligia Moreiras Sena, Ana Carolina Franzon, Kalu Brum, Armando Rapchan. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M> Acessado em 08 de setembro de 2017.

<sup>7</sup> Direção: Eduardo Chauvet. Disponível em: <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-223163/>  
Acessado em 08 de setembro de 2017.

<sup>8</sup> O documentário é o resultado do Trabalho de Conclusão de Curso da jornalista Mariana Sales pela Facom (UFBA). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=vSisihZCnHg> Acessado em 08 de setembro de 2017.

<sup>9</sup>Disponível em: <http://carlaraiter.com.br/1em4/> Acessado em 20 de novembro de 2017.

análise: os documentos produzidos por instituições médicas da área de obstetrícia e nacional. Assim, foram eleitas a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstétrica (Febrasgo) e Federação Nacional dos Médicos (Fenam). Acrescentei ainda o Conselho Federal de Medicina (CFM), por ser o órgão responsável pela formulação de resoluções e por legitimar oficialmente os posicionamentos e discursos.

Após, realizei uma busca nos portais de cada entidade, utilizando o descritor específico “violência obstétrica”, uma vez que a busca era sobre a crítica ao uso do termo “obstétrica”, e na busca pelos objetivos específicos da pesquisa, questionando sobre: 1) Quais as definições de violência obstétrica presente nos textos? 2) Quais as concepções teórico-políticas que fundamentam os posicionamentos? Os portais apresentaram textos produzidos no período de 2012 a 2018, e foram utilizados todos os textos encontrados.

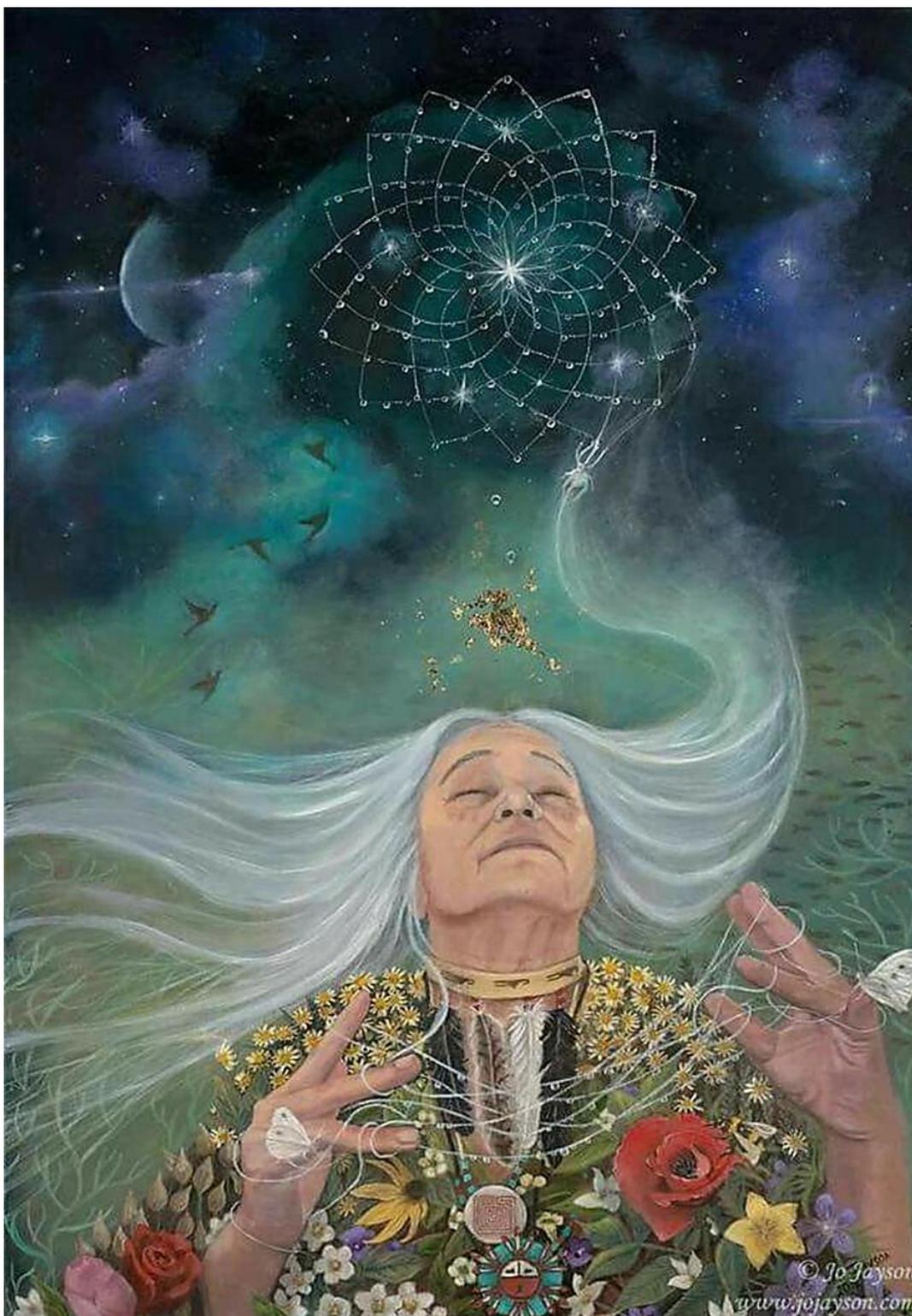
Com a intenção também de demonstrar os dissensos entre a direção hegemônica – o CFM, e demais profissionais, foi realizada a busca em relação ao parto domiciliar, ponto de divergência entre o modelo da humanização do parto e o modelo interventivo. Como contraponto, se recorreu ao documento que expressa o posicionamento da Rede de Humanização do Parto em resposta à organização que congrega profissionais, ativistas e entidades que defendem o modelo humanitário, por meio do documento: Posicionamento da ReHuNa quanto às definições do CFM para o parto cesariano (2016).

A análise dos documentos seguiu a luz do materialismo dialético e com o aporte dos estudos contracoloniais. Também realizei, ao longo do texto, a análise de 04 casos de violência obstétrica, veiculados nos meios de comunicação, acontecidos entre 2002 e 2015, com o intuito de demonstrar a fala das mulheres sobre a violência obstétrica, tanto das mulheres que refletem teórica e politicamente sobre o tema, quanto as mulheres que foram vítimas deste tipo de violência. Dois acontecidos no Rio de Janeiro, que se desdobraram em morte materna e vitimaram duas mulheres negras e periféricas, sendo uma delas adolescente. Foram os casos de Rafaela Santos e Alyne Pimentel. Mais um caso no Rio Grande do Sul, o caso de Adeli Goes, que foi obrigada pela justiça a realizar uma cesariana. E, no Nordeste, na cidade de Natal, o caso da mulher que foi estigmatizada pelo médico e pela mídia de “comedora de placenta”, cuja o nome não foi revelado.

O marco temporal desse levantamento de dados documentais foi definido a partir do primeiro documento a retratar a violência obstétrica, utilizando o termo hoje

empregado, o Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio – Mulheres em rede pela maternidade ativa: Violência Obstétrica, “Parirás com dor (2012)”, para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, Brasília, 2012.

Dito isto, a tese se organiza da seguinte forma: um capítulo introdutório, que apresenta a relevância da pesquisa, a materialidade e conceituação do problema, e o percurso metodológico seguido do capítulo 02, que discute sobre as principais categorias de análises utilizadas neste estudo. Na sequência, o capítulo 03 traz o debate teórico da produção do conhecimento hegemônico e dos dissidentes. No capítulo 04, se discute o processo de medicalização e a sua marca da colonialidade, e seu percurso histórico de apropriação do saber/fazer das mulheres e seus determinantes. E, por fim, o capítulo 05 expõe a análise sobre as disputas discursivas em torno da violência obstétrica, seguido das considerações finais. No capítulo 06, se apresenta a síntese e os achados desta tese.



*Tecer era tudo o que fazia. Tecer era tudo o que queria fazer.  
[A moça tecelã - Marina Colasanti]*

## 2 DESATANDO O NÓ, TECENDO ANÁLISES

Em muitas mitologias antigas está presente a figura de deusas tecelãs ou fiandeiras, representadas por aranhas e suas longas teias, a exemplo da Deusa cultuada pelos índios norte-americanos Pueblo<sup>10</sup>: Mulher-aranha, cuja função dessas divindades é tecer a vida e os destinos. A teia também representa a conexão entre todas as coisas que estão imbricadas, articuladas, pois nenhuma existência é independente. Essa representação remete também à análise das relações sociais como uma grande teia que compõe (ou pelo menos busca compor) uma imagem inteligível dessas relações.

A realidade ou o cotidiano é, na verdade, um emaranhado de determinações que compõem o tecido social, uma imagem caótica, que informa parcialmente sobre os fenômenos construídos socialmente, firmando a necessidade de dar sentido, buscar compreender e novamente intervir nela, até a sua superação. A imagem caótica é como um novelo, conforme a metáfora de Heleieth Saffioti (2004), sobre os determinantes da violência de gênero, patriarcado-racismo-capitalismo. Ou como um nó, segundo Danièle Kergoat (2010, p. 94), “que não pode ser desatado no nível das práticas sociais, mas apenas na perspectiva da análise sociológica”.

No que tange à análise das relações sociais, esta pode, a partir de aproximações sucessivas ao objeto, desatar cada um dos determinantes oferecendo tratamento teórico, para depois voltar a recompor o objeto, conforme uma teia mais ou menos elaborada através de uma síntese. No âmbito das práticas sociais, essas determinações incidem de forma indissociável na composição dos fenômenos. Não há como uma mulher negra e pobre, vítima de violência obstétrica, vivenciá-la apenas enquanto mulher, ou apenas enquanto pessoa negra, ou apenas enquanto classe trabalhadora, todos esses marcadores se imbricam como reflexo da articulação entre os determinantes estruturais e conjunturais desse tipo de violência.

Do ponto de vista dos fenômenos que atingem a diversidade das mulheres, há uma mediação imprescindível, a mediação do corpo. Por meio do corpo, forma de estar no mundo, se desenvolvem relações e se criam representações sobre ele. As sociedades patriarcais vão mais além: o corpo é reduzido ao órgão sexual, e às mulheres ao próprio útero. A violência de gênero é uma das expressões dessa

---

<sup>10</sup> A escritora Kris Walherr (2009), compilou 80 deusas de várias culturas, entre elas a mulher -aranha é identificada com as palavras chaves: conexões, criação e diversidade.

mediação, o controle sobre o corpo e a própria definição e determinações de comportamentos e escolhas pessoais, baseadas em uma ideia que se construiu sobre os corpos.

Sobre o início e a natureza dessas relações, se tecem apenas especulações seguindo as pistas do que se chama de pré-história. De outro modo, a história que conhecemos bem é uma narrativa sobre desigualdades, cuja aparência se manifesta por meio de discriminações, privações, explorações e violências. Essas relações se desenvolvem tomando novas configurações no tempo e no espaço, e conservam estruturas hierarquizantes até a contemporaneidade.

As mudanças quantitativas (expressas em leis, políticas e direitos consagrados formalmente no âmbito da sociedade ocidental) processadas no tecido dessas relações sociais, embora sejam, em parte, fruto das lutas sociais, não foram suficientes para compor um grande salto qualitativo, no sentido de subverter a ordem de dominação, exploração e opressão que elas mantêm. A persistência das variadas formas de violência e violações de direitos, a exemplo do objeto de estudo aqui exposto - a violência obstétrica -, demonstra a atualidade dessas formas de relações sociais, sejam elas de classe, raça ou gênero.

Em uma sociedade patriarcal como a brasileira, todas as relações sociais vivenciadas pelo diverso conjunto de mulheres serão expressões dessas relações desiguais entre os sexos/gêneros. Mas, não incidirá sobre a vida da totalidade das mulheres de uma mesma forma: raça, classe social, geração, e outros marcadores, como ser uma pessoa com deficiência, conformam de forma radicalmente diferente a experiência de cada grupo de mulheres.

Essas questões compõem a agenda dos movimentos sociais e exigem respostas, no campo teórico, que colaborem com as estratégias de enfrentamento. É nessa perspectiva que os feminismos se constroem permanentemente enquanto produção de conhecimento e ação política organizada. A denominação “feminismo/ feminismos” é datada do século XX, mas o conjunto de lutas das mulheres, à luz dos questionamentos das relações sexistas e de outras formas de desigualdades articuladas, como a raça e a classe social, é de tempos longínquos, como na particularidade brasileira, marcada desde a colonização pelas lutas de resistência, com participação ativa das mulheres negras.

No conjunto das lutas feministas, sempre estiveram presentes reivindicações relacionadas aos questionamentos das relações desiguais e hierárquicas de gênero,

bem como a redução da mulher a uma suposta função de procriadora, e identificação ideológica dela com o próprio corpo, esvaziando a sua condição de sujeita. Desses questionamentos e enfrentamentos são construídos os direitos sexuais e reprodutivos, colocando igualdade e liberdade nas esferas da sexualidade e reprodução (Betânia Ávila, 2003), ou seja, como direitos humanos. Assim, a recente noção sobre violência de gênero e principalmente sobre violência contra a mulher só é possível a partir das lutas feministas e do movimento de mulheres.

É no bojo do reconhecimento dessas formas de violência que a violência obstétrica é tratada politicamente pelos movimentos feministas e de mulheres, bem como pelos profissionais da assistência ao parto. Devido a abertura para a visibilidade das relações desiguais de gênero a partir do foco inicial na violência doméstica. O foco na violência doméstica contra a mulher se justifica devido a blindagem que esse tipo de violência recebe da sociedade, por se localizar no ambiente privado, e no seio da família, cujas relações são romantizadas na sociedade patriarcal, ao mesmo tempo em que reproduzem relações hierárquicas de poder.

Considerando a violência obstétrica como um tipo de violência contra a mulher, e também como uma forma de colonização das mulheres negras, na contemporaneidade e particularidade brasileira, é necessário elucidar os determinantes estruturais e conjunturais que conformam esse fenômeno. Dessa forma, o presente capítulo procura situar as perspectivas feministas que sustentaram o tratamento teórico da violência obstétrica nesta tese. Para tanto, os pontos que seguem tratam, primeiramente das escolhas teórico-metodológicas e, na sequência, segue a reflexão crítica sobre a estratégica construção dos direitos sexuais e reprodutivos, na tentativa de garantir a autonomia das mulheres sobre seus corpos.

## 2.1 ALINHANDO PERSPECTIVAS DE ANÁLISE: OS PONTOS DE LIGAÇÃO ENTRE INTERSECCIONALIDADE E MATERIALISMO DIALÉTICO

A narrativa que esta tese apresenta sobre a violência obstétrica e as perspectivas que disputam a sua problematização e direção política, a partir da fala dos sujeitos políticos que possuem diversos interesses em relação ao fenômeno, é posicionada ética e politicamente em conformidade com as elaborações feministas.

No entanto, diante da pluralidade de perspectivas feministas e, conseqüentemente, da riqueza de abordagens e contribuições, é necessário situar de qual feminismo ou feminismos o estudo parte. Do ponto de vista desta tese, se articulam as contribuições do feminismo negro, dos estudos contracoloniais e dos feminismos materialista e marxista.

Significa dizer que a análise do fenômeno se inspira no método materialista dialético que busca construir teoricamente um objeto real a partir da reflexão crítica, busca apreender os significados, as contradições, as dimensões, tendências e determinações dos fenômenos, que possuem uma base material historicizada, fruto das relações sociais e da produção da vida e dos mecanismos de satisfação das necessidades humanas. Seres humanos, agindo coletivamente, produzem coisas e fenômenos sobre uma base material, mas sob dadas condições objetivas, assim informa a teoria marxista.

No, entanto há que se reconhecerem as limitações, não do método, mas da condução do mesmo. As análises com este aporte teórico-metodológico centram apenas na dimensão material, objetiva, com receio das aproximações com a subjetividade e a questões tidas como identitárias, deixando um vácuo nas interpretações dos fenômenos, principalmente naqueles que expressam relações de gênero, raça e classe, simultaneamente. São inegáveis os esforços das feministas materialistas para recuperar essa articulação com a subjetividade, mas é notório também o privilegiamento do par gênero e classe.

É na busca por ocupar as lacunas quanto às análises da perspectiva de raça, e mais, da imbricação entre gênero, raça e classe social, que se estabelece essa aproximação com a interseccionalidade, que é assim definida por Carla Akotirene<sup>11</sup> (2018), na ocasião do lançamento do seu livro “O que é interseccionalidade”, em entrevista à página do Geledes Instituto da Mulher Negra:

Interseccionalidade é uma ferramenta metodológica disputada na encruzilhada acadêmica. Trata-se de oferta analítica preparada pelas feministas negras. (...) É uma ferramenta teórica e metodológica usada para pensar a inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado, e as articulações decorrentes daí que imbricadas repetidas vezes colocam as mulheres negras mais expostas e vulneráveis aos trânsitos destas estruturas.

---

<sup>11</sup>Disponível em: <https://www.geledes.org.br/o-que-e-interseccionalidade/> Acessado em 20 de março de 2019

Assim sendo, considera-se imprescindível realizar uma análise da violência obstétrica e das formulações ideopolíticas sobre ela, a partir da perspectiva de interseccionalidade, considerando que as mulheres negras são as mais atingidas por esse tipo de violência, conforme explicitado na introdução deste trabalho.

Considera-se ainda que questões subjetivas, quanto à identidade, são construídas objetivamente e incidem na vida e organização política dos sujeitos. Uma identidade atribuída é recheada de estigmas, conformadoras e reprodutoras de desigualdades. Porém, uma identidade construída coletivamente pelo grupo social que se rebela é uma ferramenta política. Ambas devem ser consideradas em relação aos desenvolvimentos dos fenômenos.

Aparentemente, essa relação pode indicar um ecletismo, se for tratada de forma hermética. Quais os critérios para definir o que se pode ou não conversar em uma análise teórica? Quais as grandes divergências e antagonismos entre as perspectivas? Quais as implicações ético-políticas desse encontro?

Aqui, se adotam como critérios de exclusão antagonismos ético-políticos. Primeiramente, princípios são inegociáveis, não há conciliação entre o pensamento do feminismo liberal com as perspectivas do feminismo negro e materialista, por exemplo. A produção teórica dessas vertentes à qual este trabalho se filia é historicamente antissistêmica, problematiza a primazia do mercado sobre a vidas das mulheres, entre outras instituições, como o Estado, a família, a escola, mídia, a igreja e outras religiões.

Princípios como justiça social, igualdade com equidade, autonomia e liberdade, são centrais nas pautas dos movimentos feministas de esquerda e do feminismo negro. Esses são pontos de encontros. Outro ponto de encontro é a consideração da articulação das opressões na conformação dos fenômenos. As perspectivas teóricas que encorpam a análise dessas articulações é que diferem.

É certo que a classe social, devido à leitura marxista da centralidade do trabalho, figure como central nas análises das materialistas e marxistas, mas isso não inviabiliza a aproximação com as autoras e produção do feminismo negro. Em contraponto, por mais que a perspectiva de interseccionalidade não eleja nenhuma das relações sociais como central, é comum encontrar nos estudos a centralidade da raça, além da ligação (não exclusiva) entre a interseccionalidade com o paradigma pós-moderno, especialmente com o pós-estruturalismo.

É importante pontuar que o termo interseccionalidade foi formulado por Kimberlé Crenshaw, na década de 1990, mas que, na verdade, a autora apenas nomeou essa perspectiva política e teórica, que já existia desde a década de 1970, no interior do feminismo negro estadunidense. O pós-estruturalismo foi a perspectiva adotada por Kimberlé Crenshaw, mas não a única perspectiva teórica que encorparia a proposta da interseccionalidade, a exemplo dos estudos de Angela Davis, que se coloca no campo marxista.

Diante disso, propõe-se desatar esse nó com a contribuição dos estudos contracoloniais, primeiramente pela possibilidade de uma rica interlocução sobre raça, uma vez que é uma contribuição enraizada no lugar de fala das mulheres negras, indígenas, latinas, caribenhas e africanas e, posteriormente, pelo desejo de reverenciar o legado ancestral de lutas desse segmento de mulheres que foi historicamente silenciado e que neste momento oferece um alicerce para uma análise interseccional.

A partir das perspectivas aqui firmadas, se definem as categorias que colaboram na compreensão da violência obstétrica enquanto violência de gênero, potencializada pelo racismo institucional. Para começar, se articula gênero e patriarcado, assim como sua imbricação com raça e gênero na conformação dos fenômenos.

A violência obstétrica é uma mostra da permanência do patriarcado na atualidade e da colonialidade, se constitui como um reflexo dos mecanismos de perpetuação do mesmo a partir de novas condições criadas pelas sociedades capitalistas e coloniais. O patriarcado não morreu. Sobrevive sob velhas e novas bases de dominação-exploração, assume novas expressões nos diversos contextos sociais. Compreendo que a colonialidade, ou seja, a permanência da estrutura de dominação colonial calcada na ideia de raça, se coaduna ao patriarcado na dominação das mulheres.

Mas, a afirmação de que o patriarcado não morreu não é livre de polêmicas, no âmbito dos feminismos a existência do patriarcado (ou pelo menos o uso do termo) não é um consenso. Como assinala Heleieth Saffioti (2009), é, na verdade, um impasse em matéria de teoria de gênero, assim como o próprio conceito de gênero também é um objeto de dissenso, conforme a polissemia do conceito. Seguimos os passos de Heleieth Saffioti (2004; 2009) no que tange ao uso das categorias patriarcado e gênero, em que a autora coaduna as duas categorias,

diferenciando-as e tratando-as como complementares. O gênero é compreendido como uma categoria histórica aberta, baseada nas relações entre os sexos e não necessariamente relações assimétricas, enquanto que o “Patriarcado é o regime da dominação – exploração das mulheres pelos homens” (HELEIETH SAFFIOTI, 2004, p. 44), concebendo-o como categoria específica de determinado período histórico.

Para Rita Segato (2012), há três posições dentro do pensamento feminista em relação ao debate do gênero e patriarcado: 1) feminismo eurocêntrico – que trata a dominação de gênero e patriarcal como universal, sem considerar as diferenciações sob a bandeira da unidade a possibilidade de transmitir para as mulheres racializadas os direitos e avanços da modernidade; 2) posição de Maria Lugones e de Oyeronke Oyewumi – que afirmam a inexistência do gênero no mundo pré-colonial; 3) na qual a autora se coloca – defende a existência de nomenclatura de gênero nas sociedades tribais e afro-americanas, identifica nessas sociedades a existência de um patriarcado de baixa intensidade.

A autora se ampara nas evidências históricas e relatos etnográficos que confirmam uma organização patriarcal, e a existência de hierarquias, mas diferentes das formas que conhecemos na modernidade, calcadas na ideia de masculinidade e feminilidade, embora ela também identifique uma construção de masculinidade. No entanto, ela afirma que a colonização modificou o gênero. Ou seja, a forma contemporânea do patriarcado é estruturada pelo colonialismo.

Na sua análise de gênero, Heleieth Saffioti (2009, p. 08) faz a crítica ao pensamento cartesiano que separa a natureza da cultura, humano de não-humano, o corpo da psique: “Efetivamente, se a cultura dispõe de uma enorme capacidade para modelar o corpo, este último é o próprio veículo da transmissão do acervo cultural acumulado”. Aponta as mediações entre o que foi estabelecido como natural e a sua construção cultural, e, mais que isso, como que, a partir do que foi lido como natural, se estabelece a noção de diferença e hierarquia, definindo ainda quem seria a natureza em essência e quem seria o sujeito político em essência.

Observa-se, dessa forma, que nas sociedades ocidentais, o lugar destinado às mulheres e o controle sobre elas se justifica a partir de uma leitura sobre o corpo feminino como algo puramente biológico e determinante em absoluto de uma suposta essência feminina. Essa identificação com o puramente biológico, sem considerar a mediação social e subjetiva encarcera as mulheres na suposta subordinação à natureza, são lidas como instintivas, emocionais e pouco racionais.

Mas, essa leitura é fruto e justificadora das relações de gênero, e, portanto, a definição da mulher é construída em relação à definição do homem, e o oposto também, por se tratar de uma relação social. Conforme Heleieth Saffioti (2009), na perspectiva cartesiana dualística, enquanto a mulher é identificada totalmente com a natureza, os homens são identificados com as dimensões da cultura, da política, são lidos como os dominadores da natureza e criadores da civilização.

Dentro dessa lógica, o homem é o ser social que exerce o poder no espaço público, embora esse poder não seja destinado a todo e qualquer homem, incidindo também os marcadores de raça, classe social, entre outros. Já a mulher, enquanto ser biológico em pessoa, exerceria habilidades domésticas e de cuidado de acordo com a sua essência feminina de instinto de fêmea protetora. Nessa lógica, o grande feito das mulheres seria a reprodução da vida em duas vertentes, enquanto reprodução biológica por meio da maternidade e enquanto reprodução da vida, ao garantir, a partir do cuidado, a manutenção da sobrevivência da família.

Essa identificação da mulher ocidental com a natureza é reduzida ao próprio corpo, conforma estereótipos que se entranham em todos os âmbitos da organização social. Assim como a natureza é selvagem e traiçoeira (diz-se isso das grandes catástrofes naturais), as mulheres são perigosas e comandadas pelo furor uterino (como vigorou na filosofia e medicina pré-moderna), exigindo um controle sobre seus comportamentos por meio da domesticação dos seus modos.

Os corpos das mulheres, por sua vez, são vistos como desgovernados, sujeitos, produtores de fluidos, como sangue e secreções, representando toda a impureza do ser mulher. Essa é a visão propagada pelas principais religiões ocidentais, se desdobra na produção da ciência e é reproduzida pelo senso comum.

Na medicina moderna, o corpo feminino é visto como um corpo defeituoso, que necessita do auxílio médico tanto para garantir o alívio da dor (em relação ao parto), quanto para preservar a sua feminilidade e a função social que é imposta historicamente. Essa visão se reproduz nas expressões da violência obstétrica, como no chamado “ponto do marido”, decorrente da episiotomia, um procedimento que, segundo as evidências científicas, só é necessário em poucos casos. Tal procedimento consiste em um corte no períneo, para facilitar a saída do bebê na hora do parto. Após o corte, é necessária outra intervenção, a episiorrafia, que é a sutura, e é neste momento que médicos avisam as suas pacientes que fará o “ponto

do marido”, um ponto a mais na sutura para “garantir” que a entrada fique mais apertada para satisfação sexual do esposo.

O que fica evidente é como o patriarcado estrutura as relações sociais, a partir de mecanismos de controle da sexualidade feminina, repondo uma função social para ela, a de servir coletivamente e individualmente à sociedade e à classe dos homens, conforme Colette Guillhaumin (2014). Esses mecanismos articulam outras formas de dominação-exploração, como as relações raciais e classistas, por exemplo.

Quanto ao uso do conceito de gênero, Heleieth Saffioti (2004) recupera a origem do conceito e vai tratando histórica e teoricamente, abrindo um diálogo com duas importantes autoras, Gayle Rubin e Joan Scott. Aponta como, apesar de não ter sido a criadora do conceito, Gayle Rubin, em 1975, fez com que o conceito de gênero prosperasse, mas foi com Joan Scott, na década de 1990, que o conceito se popularizou no Brasil.

O feito de Gayle Rubin foi enfatizar o caráter relacional do gênero, pois supostamente os estudos sobre a mulher a focalizavam em separado, segundo Saffioti. A autora defende que “o sistema de sexo/gênero aponta para a não inevitabilidade da opressão e para a construção social que criam este ordenamento” (HELEIETH SAFFIOTI, 2004, p. 108). Gayle Rubin trata o gênero como neutro, servindo a objetivos econômicos e políticos distintos. E recorre a categorias cartesianas para a sua elaboração social sobre o sexo: trabalha sexo e gênero de forma dicotômica.

Nesses pontos, Heleieth Saffioti (2004) primeiramente descarta o gênero como uma categoria neutra, conforme supracitado em seu conceito de gênero, e considera sexo e gênero como uma unidade, “uma vez que não existe uma sexualidade biológica independente do contexto social em que é exercida” (2004, pp. 108-109).

Quanto à contribuição de Joan Scott, destaca o caráter analítico que o conceito de gênero agrega, e a recusa ao essencialismo biológico, além da importante formulação de quatro elementos que compõem o conceito de gênero: “(...) nenhum deles pode operar sem os outros. No entanto, eles não operam simultaneamente como se um fosse um reflexo do outro” (JOAN SCOTT, 1989, p. 16). Chama atenção para o caráter histórico das relações entre esses quatro

elementos, a saber: os símbolos culturais, conceitos normativos, instituições sociais e a subjetividade. Scott explicita sua definição de gênero:

O núcleo essencial da definição baseia-se na conexão integral entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder (JOAN SCOTT, 1988, p.14)

Para Heleieth Saffioti, a autora cai no essencialismo social, assim questiona “E o corpo? Não desempenharia ele nenhuma função? O ser humano deve ser visto como uma totalidade, na medida em que é uno e indivisível” (HELEIETH SAFFIOTI, 2004, p. 110). Da perspectiva da ontologia social, a sociedade tem um fundamento biológico, que, segundo ela, é o elemento perdido, ausente no conceito de gênero. O que parece ser compreensível. Se há uma relação baseada no sexo, ou na percepção dele como afirma Joan Scott, está se dá primeiramente pela existência do corpo, da matéria, da natureza, e só é uma relação social a partir das mediações entre a consciência ou processos de consciência dos indivíduos em sociedade e sua elaboração social sobre a matéria.

Dito isto, entende-se que Heleieth Saffioti bebe na fonte das principais formulações de gênero, mas se posicionando criticamente em relação a elas, reafirmando os pressupostos do uso do gênero como uma categoria histórica de análise e que tem um importante papel social na desnaturalização das relações de sexo. Também não trabalha com o conceito como substituto dos estudos sobre a mulher, e nem como substituto ao patriarcado.

Com relação aos estudos sobre a mulher, reafirma a importância de contar a história das mulheres enquanto categoria social. E quanto, ao patriarcado como supracitado, esse é visto como um tipo de regime de relações sociais de sexo baseada na assimetria, ao contrário do gênero e seu caráter abrangente.

Dessa forma, este trabalho utiliza gênero coadunado com patriarcado para explicar as desigualdades entre os sexos/gêneros, expressos em fenômenos como a violência obstétrica. É a partir da noção dessas relações que se pode captar o componente patriarcal que conforma os fenômenos. A leitura dos feminismos sobre a violência obstétrica parte da identificação enquanto violência de gênero, mais

precisamente violência contra a mulher (embora também atinjam homens transexuais não heteronormativos<sup>12</sup>).

Ou seja, um tipo de violência baseado na sexualidade, pelo simples fato de ser mulher e/ou escolher ser mulher (engloba mulheres cis e trans) ou de negar a identidade de mulher (engloba a diversidade de identidades, homens trans, intersexo entre outras). Em todos os casos, guardada as especificidades, se manifestam as tentativas e formas de controle da sexualidade.

Assim, o controle sobre a sexualidade feminina se manifesta de diversas formas e articulado ao racismo, e as desigualdades de classe geram mais desigualdades nas condições de vida das mulheres. O controle da sexualidade feminina (e/ou LGBTI+) se coloca dessa forma como o elemento central no patriarcado, são as mediações sobre o corpo, e suas possibilidades de exploração e dominação que estruturam essas relações hierárquicas de sexo.

A experiência do Ocidente demonstra os efeitos do patriarcado para a vida de mulheres e pessoas LGBTI+. Essa base material do patriarcado possui um caráter histórico, para Heleieth Saffioti (2009), sustentado pelo reforço permanente da dimensão histórica da dominação-exploração masculina. Essas duas dimensões apresentam duas faces de um único fenômeno: a opressão.

O patriarcado é um regime que “ancora-se em uma maneira de os homens assegurarem, para si mesmos e para seus descendentes, os meios necessários à produção diária da vida e sua reprodução” (HELEIETH SAFFIOTI, 2009, p. 10). Desta forma, a relação entre público e privado, e o papel da economia doméstica para a reprodução da vida e da produção nos sistemas econômicos, figuraram como centrais nas análises das feministas materialistas. Nesse regime, as mulheres são o elo dominado e explorado, “são objetos da satisfação sexual dos homens, reprodutoras de herdeiros de força de trabalho e de novas reprodutoras” (HELEIETH SAFFIOTI, 2009, p.10). No caso, cabendo às mulheres brancas e burguesas o papel de garantir os herdeiros, e às mulheres negras, indígenas e trabalhadoras o papel da reprodução da força de trabalho.

A autora ainda aponta que a prestação de serviços sexuais a seus dominadores colocada às mulheres enquanto grupo social diferencia a sujeição

---

<sup>12</sup> Reconhece-se nesse trabalho a limitação de tratar de forma interseccional a relação da violência obstétrica com a transexualidade. No processo de aproximação sucessiva ao objeto, essa lacuna se apresentou, exigindo um tratamento aprofundado, mas que não foi possível diante do tempo que demanda essa apropriação teórica.

dessas em relação aos homens, demonstrando que a base econômica do patriarcado consiste, entre outras características, como a discriminação salarial, no controle da sexualidade e, por conseguinte, da capacidade reprodutiva das mulheres (HELEIETH SAFFIOTI, 2009).

Reflete-se que não se trata de um controle total sobre a sexualidade feminina, mas uma tentativa de controle, havendo a resistência das mulheres, escapatórias individuais e coletivas. Embora que a cada escapatória, o controle se manifeste de forma mais violenta. A violência contra a mulher, no âmbito privado, no espaço público, bem como a violência institucional e também na violência obstétrica, revela a materialidade desse controle pela via da violência. Contudo, também se forjam novas formas de resistência.

Portanto, o patriarcado não está superado diante de conquistas feministas, tampouco as transformações sofridas por ele o eliminaram, mas, sim, transformaram-no para permanecer. O argumento de que o patriarcado foi superado junto com o absolutismo é refutado por Carole Pateman (1993), ao denunciar o contrato sexual como uma dimensão suprimida dos estudos sobre o contrato social: “Uma das vantagens da abordagem do problema do patriarcado através da história do contrato sexual é mostrar que a sociedade, inclusive a sociedade civil, tem uma estrutura patriarcal” (p. 63). Mesmo os críticos do contrato social, como os socialistas, ocultam essa dimensão, enfocam a exploração (desigualdade), e se descuidam da subordinação.

A autora chama atenção de que o contrato social pressupunha o contrato sexual, uma vez que a liberdade civil pressupunha o direito patriarcal, “a liberdade civil não é universal - é um atributo masculino e depende do direito patriarcal” (CAROLE PATEMAN, 1993, p. 17). Para ela, o contrato é o meio pelo qual se constitui o patriarcado moderno, “as mulheres não têm a propriedade em sua pessoa”, somente os homens são os indivíduos nessa relação, as mulheres são o objeto do contrato, essa relação é tão naturalizada que não necessitou ser mencionada pelos contratualistas. Aponta-nos ainda que o “indivíduo” enquanto proprietário é o ponto em torno do qual gira o patriarcado moderno, pois o indivíduo é o alicerce sobre o qual a doutrina contratual é constituída.

Essa constatação de Carole Pateman (1993) ajuda a pensar sobre o desrespeito à autonomia da mulher, na sociedade de direitos, mesmo com o avanço na definição e incorporação em políticas dos direitos sexuais e reprodutivos, a

desconsideração pela autonomia da mulher é rotineira. A ideologia patriarcal estabelece que qualquer instituição se sobreponha à autonomia da mulher, como no caso das escolhas em relação ao parto e à consideração da equipe de saúde à decisão da mulher.

A crítica de Carole Pateman não é unicamente a existência de um contrato sexual e a busca pela inserção das mulheres no contrato social enquanto indivíduo. É a crítica do contrato social, que deu o nome de liberdade à subordinação civil: “Uma ordem social livre não pode ser uma ordem contratual” (1993, p. 339). Argumenta que a liberdade é irrestrita na sociedade civil, e que a manutenção da ordem se dá por meio do domínio e da obediência. O que o contrato sexual estabelece é a troca da obediência por proteção, que na interpretação de Heleieth Saffioti significa a exploração-dominação:

Isto revela que as mulheres jamais alcançaram a categoria de indivíduos na sociedade burguesa, na qual o individualismo é levado ao extremo. O conceito de cidadão, rigorosamente, constitui-se pelo indivíduo. O casamento, capaz de estabelecer relações igualitárias, ter-se-ia que dar entre indivíduos. Ora não é isto que ocorre, pois ele une um indivíduo a uma subordinada (2009, pp. 28-29).

Mas, essa afirmação não encarcera os dominados na obediência de forma passiva. Ela afirma que a própria crítica à existência do contrato sexual só é possível a partir da resistência e crítica das mulheres às relações patriarcais desde o século XVIII. Dialogando com Carole Pateman, Heleieth Saffioti (2009, p. 26) defende que há a transgressão por parte das mulheres: “onde há dominação-exploração, há resistência de grau mais forte ou menos forte”, como verificado nas lutas feministas e da organização das mulheres, e em particular em relação à pauta da violência obstétrica, pelo parto humanizado e crítica à medicalização social e do parto.

Entretanto, o que define a subalternidade da categoria mulheres é uma diferença política, que naturaliza uma diferença sexual. Como assinala Carole Pateman (1993, p. 21): “A diferença sexual é a diferença entre liberdade e sujeição”, pois, por meio do contrato sexual, o direito natural dos homens sobre as mulheres é assegurado no direito patriarcal civil. O contrato de casamento foi historicamente um exemplo disso, o direito do homem de anular o casamento caso a esposa não fosse virgem, não podendo a mulher fazer o mesmo com o esposo, o que vigorou no Código Civil brasileiro até 1916. A noção de propriedade sobre as esposas permanece viva no imaginário social, as motivações da violência doméstica contra

as mulheres e o feminicídio na atualidade são exemplo disso, os agressores justificam a violência por motivos de ciúmes ou de provocação das mulheres. As mulheres são vistas naturalizadamente como propriedades.

Essa é uma parte da história que atinge as mulheres de forma diferente, e mesmo que a formação social do Brasil como país latino-americano sofra as investidas da ideologia e do código moral dos colonizadores, calcadas na base religiosa cristã, não se pode transplantar as análises da particularidade europeia, sem as devidas mediações. Embora o contrato social como, afirma Carole Pateman (1993), se estenda a toda sociabilidade da modernidade, e não só pela via do casamento (sua base legal), ele não atinge as mulheres da mesma forma. A lógica da troca entre a proteção masculina pelo cuidado feminino, sob a forma da família nuclear burguesa, não é uma realidade material das mulheres negras brasileiras, embora esteja presente no imaginário das pessoas. Conforme Sueli Carneiro (2011, p. 01):

Quando falamos do mito da fragilidade feminina, que justificou historicamente a proteção paternalista dos homens sobre as mulheres, de que mulheres estamos falando? Nós, mulheres negras, fazemos parte de um contingente de mulheres, provavelmente majoritário, que nunca reconheceram em si mesmas esse mito, porque nunca fomos tratadas como frágeis. Fazemos parte de um contingente de mulheres que trabalharam durante séculos como escravas nas lavouras ou nas ruas, como vendedoras, quituteiras, prostitutas... Mulheres que não entenderam nada quando as feministas disseram que as mulheres deveriam ganhar as ruas e trabalhar! Fazemos parte de um contingente de mulheres com identidade de objeto.

O que traz à tona a reflexão: se as mulheres brancas, heterossexuais, burguesas não estão aptas, segundo os esquemas patriarcais, a figurar como sujeitas, mas, sim, como objeto do contrato, que mediações se estabelecem na particularidade das mulheres negras e indígenas, no Brasil? De acordo com Maria Lugones (2014), enquanto a mulher branca é o par gendrado do humano, homens e mulheres negras e indígenas eram considerados não humanos. Pela via das expressões racistas que se perpetuam na sociedade brasileira, os xingamentos de macaco e macaca revelam a animalização da raça negra no imaginário social, bem como os indígenas, que são taxados como bichos do mato.

Na mediação das opressões perpetradas às mulheres de diversas formas, sejam elas patriarcais, raciais ou classistas, está o corpo, coisificado em todos os casos, animalizado quando racializado. A história da condição da mulher negra e

indígena na formação social do Brasil evidencia essa relação e é naturalizada, pela via da ideia de natureza.

A ideia de natureza e o corpo como mediação da relação social de sexo ou gênero é uma construção social, por tanto histórica, determinada e determinante nas e pelas relações sociais. Colette Guillaumin (2014) chama atenção para a ideia de natureza e a relação de poder no patriarcado, assinalando que a relação de poder é a apropriação da classe das mulheres pela classe dos homens. Para ela, a apropriação se refere ao status de objeto material que é dado à mulher. Argumenta que a concepção de força de trabalho como última coisa que se dispõe para viver não se adéqua às mulheres, uma vez que, no caso das mulheres, não é só a força de trabalho que é apropriada, mas também a unidade material produtora da força do trabalho: o corpo. Essa argumentação expõe bem as mediações em relação aos usos sobre o corpo feminino.

A autora denomina o conjunto de apropriações sofridas pelas mulheres de relações de sexagem, uma relação de apropriação física direta, a apropriação física em si. Essa apropriação se manifesta tanto de forma individual quanto de forma coletiva: individualmente, pela apropriação do corpo material de cada mulher; e, coletivamente pela apropriação do conjunto do grupo de mulheres. A apropriação coletiva se dá enquanto classe e comporta uma contradição.

A classe dos homens em seu conjunto se apropria da classe das mulheres, em sua totalidade e na individualidade de cada uma, e, por outro lado, cada uma das mulheres é objeto da apropriação privada por um indivíduo da classe dos homens. Colette Guillaumin (2014, p. 64) afirma:

Enxergamos que essa contradição aponta o caráter público do corpo das mulheres, que faz com que qualquer homem sinta-se no direito de acessar o corpo das mulheres, o assédio sexual presente nas ruas, a exemplo do que acontece nos transportes públicos evidenciam isso, e ao mesmo tempo, esse mesmo assédio só encontra limite na presença do “proprietário” da mulher, o esposo, companheiro. Essa contradição compõe uma unidade, nos dois casos, a mulher não pertence a si mesma.

Colette Guillaumin (2014, p. 43) afirma que a existência das mulheres não é negada, tanto que são objeto de desejo, de apropriação. O que é negado é o lugar de sujeito: “É como sujeito que nós não existimos”. Para ela, a natureza específica da opressão das mulheres é a apropriação, com o objetivo de aumentar os bens e da manutenção da sobrevivência de todos.

No lastro dessa argumentação, se associa ao conceito de Patriarcado de Heleieth Saffioti, no qual a opressão é a unidade entre exploração-dominação, a categoria apropriação. Compreende-se que a exploração-dominação, ou seja, o uso e o controle sobre os corpos das mulheres, só são possíveis a partir da objetividade da apropriação, dessa relação social em que as mulheres recebem o status de coisa, objeto da relação.

Mesmo coadunando gênero e patriarcado, concorda-se com Maria Lugones (2014), no que concerne à necessidade de *descolonizar o gênero*. Não é mais possível análises calcadas no gênero considerando a homogeneidade das mulheres, pela via da mulher branca e burguesa; não se pode tomar as experiências destas mulheres como universalmente válidas para todas as demais mulheres atingidas pelo patriarcado. É necessário localizar essas mulheres a partir da imbricação dos sistemas racistas e capitalistas para suas vidas. Assim, raça e classe, bem como gênero e sexualidade e o desenvolvimento imbricado dessas categorias na particularidade, no caso brasileiro, são indispensáveis para a análise de qualquer problema que afete a vida das mulheres, e notadamente para a análise das violências contra as mulheres.

Sueli Carneiro (2003) afirma que há uma subvalorização da mulher negra naturalizada e instituída na sociedade brasileira, ou seja, a violência faz parte do cotidiano do ser mulher negra. Além disso, a autora ainda argumenta que a raça rebaixa o status de gênero. Não se trata do tão criticado somatório de opressões, mas de como a constituição deles sobre o ser social interfere nas suas condições de vida, discriminando-o, em certa medida, e alijando-o da cidadania e dos direitos humanos. No Brasil, a pobreza é racializada e feminizada, o que informa que ser uma mulher negra no Brasil implica, na grande maioria das vezes, pertencer à classe trabalhadora pauperizada, e não ter o pleno acesso a bens e serviços.

Importante compreender como se estruturam essas relações raciais, a partir da própria constituição do conceito. O que seria raça? Existe raça? A ideia de raça ou o conceito de Raça, como nos aponta Kabengele Munanga (2003), é uma construção sociológica e uma categoria social de dominação e de exclusão. E como apontou Aníbal Quijano (2005), uma categoria mental da modernidade.

Enquanto construção sociológica, nos elucida Lilia Schwarcz (1993), surge e é sustentada pelas doutrinas raciais, produzidas durante o século XIX, mas que foram referenciadas de maneiras diversas pelos teóricos do século XVIII, o

conhecido século das luzes, tomando como parâmetro a dicotomia entre civilização e natureza. Com as grandes navegações, os povos originários das terras invadidas pelos navegadores europeus foram entendidos e caracterizados como primitivos.

Essa visão é herdeira do humanismo da Ilustração, e sua base filosófica pensa a humanidade enquanto totalidade, na qual todos os povos em contato com os povos “civilizados” passariam de primitivos a também civilizados. Desconsidera-se toda a produção material e cultural dos povos originários. Surge um agudo senso de hierarquia, e a introdução da noção de degeneração, o que seria um desvio patológico, caracterizando espécies consideradas inferiores. Essas são as bases de um projeto naturalista, que se prestou a classificar e hierarquizar a humanidade a partir da ideia de raça.

De acordo com Maria Lugones (2014), a dicotomia central da modernidade colonial é a hierarquia dicotômica entre humano e não humano imposta aos colonizados, acompanhada de outras distinções hierárquicas como a de gênero. A distinção se tornou a marca da civilização: “Só os civilizados são homens e mulheres” (MARIA LUGONES, 2014, p. 936). Dessa forma, os homens brancos são colocados como civilizados, e, portanto, humanos, e as mulheres brancas como a “inversão humana de homens”.

Kabengele Munanga (2003), ainda problematizando o conceito de raça, chama atenção para a sua dimensão temporal e espacial. Inicialmente, este é um conceito que deriva de uma base das ciências naturais, utilizado para explicar os “outros” (como grifa o autor), ou seja, aqueles que não fossem os europeus. Tratava-se do fim do século XVII, do monopólio da razão. Foi utilizado não apenas para classificar a diversidade humana, mas também para hierarquizá-la, estabelecendo uma escala de valores entre as raças, possível a partir da relação que estabeleceram entre o biológico e as qualidades psicológicas, morais, intelectuais e culturais. Essa classificação desembocou numa teoria pseudocientífica: a raciologia.

Kabengele Munanga (2003) argumenta ainda que esse discurso serviu para legitimar os sistemas de dominação racial que, ao sair dos círculos intelectuais, se difundiu para as populações ocidentais dominantes, assim como foram recuperadas pelos nazistas. Dessa forma, o autor afirma que esse conceito nada tem de biológico, é, antes, um conceito carregado de ideologia. Assim, o autor define racismo:

[...] é uma crença na existência das raças naturalmente hierarquizadas pela relação intrínseca entre o físico e o moral, o físico e o intelecto, o físico e o cultural. O racista cria a raça no sentido sociológico, ou seja, a raça no imaginário do racista não é exclusivamente um grupo definido pelos traços físicos. A raça na cabeça dele é um grupo social com traços culturais, linguísticos, religiosos, etc. que ele considera naturalmente inferiores ao grupo ao qual ele pertence (MUNANGA, 2003, p. 08).

Para o autor, já no fim do século passado, o conceito biológico de raça não é mais necessário para sustentar o racismo, este se vale do essencialismo histórico cultural. O racismo clássico é sustentado pela ideia de raça e o racismo novo pela ideia de etnia. Essa nova forma de racismo é construída com base nas diferenças culturais e identitárias, e na construção de uma política multiculturalista. A partir desse discurso, utilizado pelos movimentos negros como reconhecimento público de sua identidade, também é utilizado, pela extrema direita na Europa, conforme exemplifica, para reivindicar respeito à cultura “ocidental” local, e assim justificar viver separados de imigrantes. Para mim, isso demonstra como o racismo permanece, assim como o patriarcado, como se observou, sob novas bases e novos discursos legitimadores.

Na particularidade brasileira, como aponta Antônio Guimarães (1995, p. 42), o racismo é um tabu, é “Sem cara, travestido em roupas ilustradas, universalista, tratando-se a si mesmo como antirracismo e negando como antinacional a presença integral do afro-brasileiro ou do índio-brasileiro”. Mesmo com todas as evidências da permanência do racismo, ele figura no imaginário social como algo do passado, que foi abolido com a abolição formal da escravatura. Nega-se a permanência da estrutura racista nas relações sociais. O autor informa que o modelo brasileiro é baseado em uma etiqueta de distanciamento social e uma diferenciação aguda de status e de possibilidades econômicas, e convive com equidade jurídica e indiferenciação formal, ambiguidade está baseada em diferenças fenotípicas e cromáticas.

A essa ambiguidade Antônio Guimarães imputa três razões: a primeira diz respeito ao estabelecimento de uma cidadania legal e formal e não ao exercício prático dela, em relação à política do antirracismo ocidental. Uma política que ignorou, na maioria das vezes, as lutas antirracistas dos negros e negras, e que ao diferenciar preconceito de discriminação, colocou o primeiro no âmbito privado e com isso negou a dimensão social, o que serviu como “um esforço ideológico de

obscurer o verdadeiro racismo nacional” (ANTÔNIO GUIMARÃES, 2005, p. 28). Em segundo lugar, ele aponta a definição de raça como conceito biológico, e em terceiro o que ele chamou de “realismo ontológico das ciências sociais”, a assimetria entre o discurso classista e racial no Brasil, que foi usado para ocultar a significância da raça.

Diante disso, a suposta democracia racial no Brasil é um mito, e como mostra Lilia Swarcz (1994), essa noção de uma nação mestiça tanto impregnou um olhar estrangeiro sobre o Brasil como se produzia internamente como um argumento partilhado em todos os locais, mídia, na ciência, na fala dos políticos. Era um discurso que correspondia a uma ideologia da cultura nacional, bem como uma ideologia do embranquecimento, como assinala Lélia Gonzalez (1988), que é transmitida pelos meios de comunicação em massa e pelos sistemas ideológicos tradicionais, perpetuando uma crença de que as classificações e os valores da cultura ocidental branca são os únicos verdadeiros e universais. Ou seja, a norma é a branquitude, qualquer característica que fuja desse padrão não é reconhecida, é na verdade, subsumida no mito da superioridade branca.

A ideologia do embranquecimento é introjetada a partir da socialização, pela população em geral, promovendo o que Lélia González (1988) chama de desintegração e fragmentação da identidade étnica, fazendo com que o desejo de embranquecer seja internalizado com a consequente negação da raça e cultura própria. Essa internalização não se dá sem focos de resistência, individuais e coletivas, como as fugas de escravos, a criação dos quilombos, que demonstram algumas das estratégias do povo negro. Lélia Gonzalez trabalha as noções de consciência e de memória:

Como consciência a gente entende o lugar do desconhecimento, do encobrimento, da alienação, do esquecimento e até do saber. E é por aí que o discurso ideológico se faz presente. Já a memória, a gente considera como o não saber que conhece, esse lugar de inscrições que restituem uma história que não foi escrita, o lugar da emergência da verdade, dessa verdade que se estrutura como ficção (1980, p. 226).

Para ela, há um jogo dialético entre a consciência e a memória, “consciência exclui o que a memória inclui” (LÉLIA GONZALEZ, 1980, p. 226), considera que consciência se expressa como discurso dominante. Essa relação é verificada no desenvolvimento da violência obstétrica por meio da estigmatização do corpo negro feminino, em que estereótipos são reproduzidos na atenção e fazem desse corpo

negligenciado alvo de omissões e de julgamento moralizador. Em contrapartida, as mulheres coletivamente recuperam a memória ancestral de parteiras, benzedeadas e rezadeiras, uma memória que traz outra consciência, a de humanidade, pertencimento e identidade, por meio do cuidado. Isso acende a resistência coletiva e imprime uma direção às reivindicações por direitos humanos, contra o racismo, pelas condições de sobrevivência.

Em relação à particularidade das mulheres negras, especialmente no Brasil, e em relação à particularidade das mulheres brancas, tomadas como parâmetro da experiência das mulheres de forma universal, Luiza Bairros (1991) problematiza o conceito de experiência:

Cabe notar que essa definição ao mesmo tempo em que reforça um dos aspectos definidores do feminismo em relação a outros sistemas de pensamento - a importância da subjetividade em oposição à objetividade - também abre a porta para as generalizações. Isto associado ao maior acesso aos meios de propagação de ideias por certos grupos, sem dúvida contribuiu para que experiências localizadas fossem tomadas como parâmetros para as mulheres em geral (BAIROS, 1991, p. 459).

Essa universalização do sujeito do feminismo como mulher branca cis e das classes burguesas impõem um padrão à opressão de gênero, o que invisibiliza a experiência de mulheres negras, indígenas, das classes subalternas, camponesas, operárias, trabalhadoras informais, lésbicas, trans, mulheres com deficiência, entre outras características que determinam a posição da mulher nas relações sociais. Sobre as mulheres negras, que são a maioria da população feminina brasileira<sup>13</sup>, mas que não são o sujeito do feminismo hegemônico no Brasil, Jurema Werneck (2009) sintetiza:

As mulheres negras não existem. Ou falando de outra forma: as mulheres negras, como sujeitos identitários e políticos, são resultado de uma articulação de heterogeneidades, resultante de demandas históricas, políticas, culturais, de enfrentamento de condições adversas estabelecidas pela dominação ocidental eurocêntrica ao longo dos séculos de escravidão, expropriação colonial e da modernidade racializada e racista em que vivemos (WERNECK, 2009, pp.151-152).

---

<sup>13</sup> Mulheres negras são maioria em relação às mulheres brancas, no Brasil, quando somam as que se declaram pardas e negras. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) apontam que em 2015 53% das mulheres se declaram não brancas. Disponível em: <https://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,faltam-2-5-milhoes-de-mulheres-pretas-e-pardas-no-pais-segundo-dados-do-ibge,70001689376> Acessado em 20 de março de 2019.

A autora desenvolve essa síntese em termos de afrodiáspora, apontando que as experiências das mulheres negras são heterogêneas e diversificadas quanto à temporalidade, visões de mundo, formas de representação (da maneira que são vistas e como se apresentam), e que essa diáspora tem em sua formação e expansão, articulações que se ancoram principalmente na “luta contra a violência do aniquilamento – racista, heterossexista e eurocêntrico” (JUREMA WERNECK, 2009, p. 152), com a finalidade de garantir a participação ativa das mulheres negras no agenciamento das condições de vida delas e da população negra.

Feitas essas considerações quanto às categorias patriarcado gênero, imbricadas à classe e raça, se recupera no próximo ponto uma reflexão sobre a relação entre os direitos sexuais e reprodutivos, como tentativa de escapatória do controle patriarcal e colonial sobre os corpos, e a lógica da violência obstétrica.

## 2.2 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O AVESSO DO AVESSO

A necessidade de construção de direitos que assegurem a vivência da sexualidade e reprodução com liberdade se justifica pela atualidade do patriarcado e seu núcleo central, o controle dessa sexualidade. Tratar em termos de direitos é estratégico na sociedade ocidental moderna, que institui contratos, no entanto, como foi exposto, para as mulheres, o lugar de sujeita nas relações contratuais é negado.

Formalmente, e em certa medida, a depender da condição social e racial da mulher ou de grupos de mulheres (como as brancas e burguesas), os direitos podem ser vivenciados, mas não sem limitações. Um exemplo é o aborto. Esse grupo específico de mulheres tem acesso a clínicas particulares e a procedimentos seguros. No entanto, esse acesso se dá pela mediação do consumo, elas consomem essa assistência, o que significa que existe um mercado para suprir essa demanda. Ainda assim, não se vivencia a sexualidade como direito, como cidadã amparada pelo Estado, e sim, conforme dito, como consumidora.

O fato é que nem os direitos das mulheres, especificamente, foram efetivados e nem o dos homens, tidos como direitos genéricos estendidos a todos. Em geral, os Direitos Humanos pressupõem igualdade, que, por sua vez, não se efetiva no âmbito da lógica capitalista, ou seja, de um modo de produção que é gerador e potencializador de desigualdades sociais. Muito menos esses direitos são

efetivados quando se trata da população negra, colocando as mulheres pobres e negras em um lugar extremo de subalternidade.

Segundo Jefferson Ruiz (2014), as sistematizações sobre os direitos surgiram a partir das Revoluções Burguesas, uma vez que as Declarações de 1776 (Independência dos EUA) e 1789 (dos Direitos do Homem e do Cidadão) são consideradas as certidões de nascimento dos Direitos Humanos. Consideramos que os conceitos de Direito e Cidadania se desenvolvem de acordo com as diferentes perspectivas, determinados pelas condições históricas, ou seja, pelo desenvolvimento econômico e pela luta dos sujeitos na disputa pela satisfação das suas necessidades.

Emerge no bojo dessas revoluções burguesas a Declaração dos Direitos da Mulher e da Cidadã, redigida por Olympe de Gouges, em 1791, que reivindica um tratamento de cidadã a todas as mulheres, nos moldes dos ideais da Revolução Francesa: de liberdade, igualdade e fraternidade.

A Declaração, de fato, não só formula a oposição contra o ordenamento social ou os privilégios de classe, mas ataca o domínio e o poder também no privado, nas relações entre homens e mulheres, revelando assim a outra contradição fundamental da sociedade burguesa: a contradição entre o poder aparentemente pacificado no monopólio do poder do Estado e a exclusão e submissão das mulheres sob a aparência do direito matrimonial ou no “espaço livre do direito” à privacidade (GABRIELLA BONACHI e ANGELA GROPPi, 1995, pp. 52-53).

Para Carlos Nelson Coutinho (2008), a noção de cidadania da modernidade é ligada organicamente à ideia de direitos. É preciso concebê-la também pelo ângulo da ampliação e da universalização desta Cidadania, como possibilidades. Nesses termos, a cidadania, por sua vez, não é dada de uma vez para sempre e não vem de cima para baixo, é, antes, “o resultado de uma luta permanente, travada quase sempre a partir de baixo, das classes subalternas, implicando assim um processo histórico de longa duração” (COUTINHO, 2008, p. 51).

No clássico “A questão Judaica”, Marx faz a crítica aos princípios da Revolução Francesa que se desdobram na Declaração dos Direitos do Homem, de 1791. Sobre o direito humano à liberdade, ele afirma que se baseia “no isolamento do homem relativamente ao homem” (MARX, 2009, p. 64). E que a aplicação política desse direito é o direito à propriedade privada, que é, portanto, “o direito de - arbitrariamente, sem referência aos outros homens, independente da sociedade -

gozar a sua fortuna e dispor dela, é o direito do interesse próprio” (Ibidem, 2009, p. 64).

Assim, o homem encontra no outro homem a barreira da sua liberdade. E, dessa forma, o princípio da Igualdade nada mais é do que a igualdade dessa liberdade, exigindo que seja necessário o princípio da Segurança para a conservação de tais direitos. Para ele, é enigmático que este povo promovendo a derrubada de todas as barreiras proclame a legitimação do homem egoísta.

Para Coutinho (2008), o sentido da crítica de Marx é de que os direitos civis não são suficientes para realizar a cidadania plena (emancipação humana), mas que são certamente necessários. E que Marx não nega o direito de propriedade, mas, sim, o requalifica para que se torne efetivamente universal, assegurando a todos a apropriação dos frutos do próprio trabalho.

A tarefa que se coloca, segundo Coutinho (2008), não é o simples reconhecimento legal-positivo dos direitos, mas a luta para torná-los efetivos, pois, como denuncia Ruiz (2014), o século XXI se iniciou com a permanência de velhos fenômenos sociais, devido às consequências da implementação do sistema capitalista e das tentativas de ampliar a produtividade. Tais consequências são evidenciadas no desemprego, que persiste, inclusive, nos países do chamado primeiro mundo; no fenômeno da “mundialização do exército industrial de reserva”; e na ampliação da exploração do trabalho das mulheres e das crianças nas periferias do mundo.

Na sociedade burguesa, a categoria Direitos Humanos é permeada por disputas e contradições, pois “a designação de direitos refere-se, portanto, à condição de apropriação e concentração de renda oriunda do trabalho assalariado” (YOLANDA GUERRA, 2013, p. 39). Nessa lógica, o direito de propriedade surge inicialmente como propriedade de si, e do que decorre do seu trabalho e se estende à propriedade dos meios de produção. Assim, a sociedade burguesa constitui seus sujeitos como sujeitos econômicos (YOLANDA GUERRA, 2013).

Em contrapartida, há a organização da classe trabalhadora que cria estratégias para solapar essas bases, ou para tentar garantir à satisfação das suas necessidades mais imediatas por meio da reivindicação por políticas públicas que assegurem direitos.

No entanto, o direito sobre si mesmo para a classe trabalhadora é um fetiche na sociabilidade burguesa, já que a reificação das relações sociais aliena os

trabalhadores e as trabalhadoras dos seus próprios corpos, servindo-os à produção. Com relação à alienação do corpo feminino, além do caráter de exploração, é permeada pelo caráter de opressão, instituído historicamente por outro sistema, o patriarcal. Assim, o direito sobre si mesma que se expressa como autonomia é igualmente utópico nos limites do capital.

Contudo, definir e estabelecer os direitos sexuais e reprodutivos significa uma tentativa estratégica de escapar do controle, posto que esses direitos figuram como o avesso do controle da sexualidade. A violência obstétrica e seus variados mecanismos representam a violação desses direitos. São a negação, a antítese deles. Por meio da violência obstétrica o controle é repostado. Configura, assim, o avesso dos direitos.

É nesse sentido que a humanização do parto figura como reafirmação dos direitos sexuais e reprodutivos, no tocante à autonomia da mulher em relação ao parto e situações de abortamento, quando, por exemplo, se garante que uma mulher não seja julgada e penalizada por abortar. Significa garantir a integridade física e psicológica da mulher, e reconhecê-la como sujeita ética.

Conforme problematizado, a importância do conceito de direitos sexuais e reprodutivos, “como estratégia discursiva, para incidir no debate público e na argumentação política, ou seja, como instrumento para renomear terrenos e questões” (BETÂNIA ÁVILA E SONIA CORRÊA, 2003, p. 27), abre caminho para o questionamento da violência obstétrica, e para propor enfrentamentos:

Essa nova maneira de nomear domínios, até então, pensados como circunscritos à natureza, ao pecado, à vontade divina ou ao poder dos médicos, é fundamental para alterar representações, práticas e relações de poder e normas (ÁVILA E CORRÊA, 2003, p. 27).

Ao politizar o exercício da sexualidade e da reprodução, algo que é tratado como tabu, na esfera do privado, se travestindo de neutralidade e privacidade, se expõe o caráter político que conforma esse exercício. Há uma política dos corpos, de disciplinamento, que institui como devem se comportar as pessoas de acordo com seu sexo/gênero, e definindo o que é permitido e o que não é em termos de sexualidade e reprodução. Assim, concorda-se com a síntese de Betânia Ávila (2003), sobre a definição de direitos sexuais e reprodutivos:

Os direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. O que significa tratar sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e

consequentemente da vida democrática. Tratá-los como dois campos separados é uma questão crucial no sentido de assegurar a autonomia dessas duas esferas da vida, o que permite relacioná-los entre si e com várias outras dimensões da vida social. É também um reconhecimento das razões históricas que levaram o feminismo a defender a liberdade sexual das mulheres como diretamente relacionada à sua autonomia de decisão na vida reprodutiva (BETÂNIA ÁVILA, 2003, p. 466).

Ao colocar a autonomia da mulher em foco, afirma-se o seu lugar de sujeita ética, com a primazia em tomar decisões sobre o seu corpo. Mas, a conquista de um direito é um processo permanente de negociações, avanços e retrocessos. É preciso condições objetivas e subjetivas para a materialização dos direitos, ou seja, estruturas e conjunturas políticas que permitam o seu desenvolvimento e o reconhecimento e legitimidade da coletividade.

Dessa forma, a caminhada até a conceituação dos Direitos Reprodutivos e Sexuais, desde a Conferência sobre Direitos Humanos em Teerã (1968), até a 4ª Conferência Mundial da Mulher (1995), em Beijing, onde foram consagrados, foi marcada pelo embate de interesses. De um lado, a posição dos organismos e instituições dos governos desenvolvidos alinhados com a preocupação com o crescimento populacional; de outro, os movimentos de mulheres e feministas interessadas no controle da fecundidade e sobre o seu próprio corpo (MARGARITA DIAZ *et al.*, 2004).

Betânia Ávila e Sonia Corrêa narram o processo de formulação desses direitos como “formulações marcadamente contemporâneas” (2003, p. 19), sendo refinado e debatido por feministas, ativistas acadêmicas e do campo dos direitos humanos, culminando na passagem de conceito de Saúde Reprodutiva, para direitos sexuais e reprodutivos:

É expressão disto sua inclusão nos programas de ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, em 1994; da Cúpula Mundial de Desenvolvimento Social (CMDS), em Copenhague, 1995; e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (CMM), em Pequim, 1995. Estes termos têm se tornado correntes em textos e análises internacionais, mas a absorção de seus significados pelos organismos políticos e as mentalidades continua heterogênea nos contextos nacionais (SONIA CORRÊA, 1999, p. 39).

Nesse contexto, há, além do avanço do projeto neoliberal no mundo globalizado, que desmonta direitos, o avanço do conservadorismo, que marca a disputa pela direção que deve ser tomada pelos direitos humanos na atualidade.

Essa disputa se intensifica em relação aos setores conservadores que atravancam, inclusive, a formalização dos direitos. Assim, a formalização dos direitos sexuais e reprodutivos é um ganho enorme para o movimento feminista e LGBT. A conversão de saúde reprodutiva para direitos reprodutivos distinguindo essas duas dimensões é um exemplo disso.

A disputa em torno da sexualidade pelo movimento feminista é sempre um desafio. Os atuais avanços nesse campo se devem às mudanças socioeconômicas, como o acesso ao trabalho assalariado, à educação, aos métodos anticoncepcionais, e ao protagonismo dos movimentos feministas a partir dos anos 1960, bem como dos movimentos de libertação homossexual (NALU FARIA, 1998).

As conjunturas inflexionam o grau de amplitude das conquistas dos movimentos sociais, assim como as formulações teóricas e políticas impulsionam as mudanças na sociabilidade, como no caso do tensionamento da pauta em torno da sexualidade feminina, objeto de intervenção e regulação do Estado, por meio da medicina e de outros mecanismos:

A ênfase política e teórica nas questões da legalização do aborto, da disseminação dos contraceptivos e da liberdade sexual. A autonomização da esfera da sexualidade com relação a reprodução traz à cena o tema do prazer e da realização pessoal como componentes centrais da vivência sexual, ao mesmo tempo que desfaz a maternidade e o casamento como destinos inexoráveis de toda e qualquer mulher (ANA PAULA PORTELA, 2001, p. 91).

Os direitos sexuais e reprodutivos desmontam as teses médicas sobre o papel social das mulheres com base na reprodução, como preconizado no processo de medicalização social. Segundo Ana Paula Portela (2001), no centro da politização dessas questões estava a concepção do corpo como algo moldado tanto materialmente quanto em termos de representações, por ideologias culturais e práticas disciplinares. As feministas chamavam a atenção para o caráter de objeto do corpo feminino e questionavam a maternidade imposta como destino para todas as mulheres.

A maternidade é uma das mediações do controle da sexualidade feminina. Historicamente, a mulher tem sido identificada com a reprodução social da vida, incluindo a função central de procriar e a supervalorização da maternidade. Assim, o mito do amor materno vai cumprindo o papel ideológico de dominação e universalização dos valores para todas as mulheres:

O amor materno foi por tanto tempo concebido em termos de instinto que acreditamos facilmente que tal comportamento seja parte da natureza da mulher, seja qual for o tempo ou o meio que a cercam. Aos nossos olhos, toda mulher, ao se tornar mãe, encontra em si mesma todas as respostas à sua nova condição. Como se uma atividade pré-formada, automática e necessária esperasse apenas a ocasião de se exercer. Sendo a procriação natural, imaginamos que ao fenômeno biológico e fisiológico da gravidez deve corresponder determinada atitude maternal (ELISABETH BADINTER, 1985, p. 20).

Porém, a maternidade era imposta de maneiras diversas às mulheres, de acordo com sua condição de classe social e raça. Conforme Cecília Toledo (2001), no Século XX “o culto a maternidade dirigida inicialmente a classe média acabou atingindo também a mulher operária. Era uma forma de transferir para a classe trabalhadora as obrigações do estado burguês [...]” (CECÍLIA TOLEDO, 2001, p. 69).

Mas, essa imposição, mesmo chegando à classe trabalhadora, atinge as mulheres negras da forma oposta. Conforme aponta Sueli Carneiro (2011), para as mulheres negras há o apelo à esterilização. Ela menciona a fala do governador do Rio de Janeiro, na década de 1980, Sérgio Cabral: “o governador defende a legalização do aborto como forma de prevenção e contenção da violência, por considerar que a fertilidade<sup>14</sup> das mulheres das favelas cariocas as torna ‘fábricas de produzir marginais’” (SUELI CARNEIRO, 2011, p. 131).

Além das ambiguidades em relação à maternidade, verifica-se como essa imposição e sua forma ideológica de enaltecer o papel da boa mãe reiteram a objetificação das mulheres, que são tratadas como o receptáculo do bebê e depois como a cuidadora. O seu corpo é para o bebê e não para si própria, nas sociedades patriarcais. Verifica-se a partir da violência obstétrica a total desconsideração à autonomia e humanidade das mulheres, que o que importa não é a satisfação de ser mãe, a suposta realização tão propalada, mas cumprir um “destino” imposto, o da reprodução e com o apagamento da sexualidade.

Diante desse quadro de abusos na assistência ao parto, os movimentos feministas e de mulheres, na década de 1980, e a partir das pautas de enfrentamento a violência doméstica contra a mulher, identificam a violência obstétrica e relacionam com a medicalização social, e com a violência de gênero. Rosamaria Carneiro (2015) chama atenção sobre isso, afirmando que foi possível pelo espaço dado à saúde da mulher no interior do feminismo na década de 1980,

---

<sup>14</sup> O termo correto é fecundidade, mas mantemos fiel ao escrito da autora.

com a criação de Organizações não Governamentais (ONGs) SOS Corpo e Curumin, em Recife, e o coletivo Feminista Sexualidade e Saúde de São Paulo.

Esse movimento, segundo a autora, resultou nas primeiras experiências de atenção à saúde da mulher, a exemplo do Plano de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), 1984. Foram iniciativas pioneiras no questionamento as adequações do sistema de saúde para a particularidade das mulheres. E complementa informando que se passou a criticar o olhar médico, a perspectiva afunilada da sexualidade feminina reduzida à reprodução, a relação médico-paciente e a precariedade dos serviços.

Essas pautas ganham robustez ao serem transformadas em direitos sexuais e reprodutivos. Apesar de essa caminhada sedimentar as bases para a crítica à violência obstétrica e à medicalização do parto, essa pauta específica só se consolida nos anos 2000. No entanto, na década de 1990 é que os esforços e as mobilizações foram empreendidos para dar visibilidade à violência obstétrica e para o parto humanizado. Foi em 1991 que se instituiu a Rede Feminista de Saúde, articulando um variado campo de instituições e de mulheres que desenvolveram trabalhos políticos e pesquisas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos (ROSAMARIA CARNEIRO, 2015).

É importante referenciar que a pauta da assistência ao parto é alimentada fortemente por profissionais da assistência ao parto, que defendem o paradigma da humanização, e por ativistas que não são necessariamente feministas, e isso conformou algumas tensões.

A pesquisa de Rosamaria Carneiro (2015) evidenciou que há um distanciamento entre uma parcela das ativistas ou adeptas ao parto humanizado e das feministas. Mulheres entrevistadas, sendo maioria de classe média e com alguma participação em listas de internet, grupos e redes, demonstraram uma recusa a reconhecer as contribuições feministas. Há ruídos nessa comunicação que fazem com que algumas mulheres imputem às feministas a sobrecarga de jornadas duplas de trabalho, outras afirmam que o feminismo é contra a maternidade.

De outro modo, a autora também problematiza as muitas interpretações dos feminismos sobre a maternidade, que já foi vista como um defeito natural, amparada em Beauvoir, depois como um poder único da mulher, chegando a uma perspectiva relacional, pela contribuição do gênero aos estudos. Assim, a maternidade passa a ser entendida não como uma determinação biológica, mas, sim, social, cujas

relações de dominação atribuem significado à maternidade, sendo abordada tanto como símbolo da subordinação feminina quanto como marca da sua opressão (ROSAMARIA CARNEIRO, 2015).

Apesar desses desencontros, os feminismos e ativismos encontram pontos em comum com relação ao enfrentamento à violência obstétrica, o respeito à autonomia da mulher e a denúncia das formas e impactos desse fenômeno para a vida e sexualidade das mulheres. Os danos são físicos, morais, psicológicos e o mais grave deles é a mortalidade materna. O Ministério da Saúde aponta que 92%<sup>15</sup> dos casos são evitáveis, o que significa que fatalidades são exceções, e chama atenção para as possíveis causas e relações com iniquidades e violências. As mulheres negras são as mais atingidas (65%), pois o racismo institucional potencializa a violência obstétrica.

Um caso emblemático de violência obstétrica que acabou com a morte materna de uma mulher negra, Alyne Pimentel, evidencia as formatações diferenciadas da violência obstétrica para as mulheres negras. Conforme relato da jornalista Juliana Gonçalves do blog<sup>16</sup> “blogueiras negras”, Em 2002, Alyne estava grávida de 06 meses quando foi vítima de “omissão obstétrica”, como denomina a jornalista.

Ela procurou o Hospital “Casa da Saúde Nossa Senhora da Glória”, em Belford Roxo (RJ), sentindo fortes dores abdominais, náusea e vômito, mas foi apenas medicada e encaminhada para casa. Retornou ao hospital e foi constatado que ela carregava um bebê morto, tendo o se parto induzido. 14 horas depois do parto, Alyne foi operada para retirada da placenta. Mas, era tarde, teve hemorragia. Esperou ainda 08 horas por uma ambulância que faria uma transferência do hospital, e chegou em coma ao Hospital Geral de Iguazu. Morreu cinco dias depois da primeira ida ao hospital.

Alyne tinha 28 anos, era uma mulher negra e moradora de área periférica. Suas características compõem majoritariamente as estatísticas de mortalidade materna. E pelo relato, a morte poderia ter sido evitada. Ficam os questionamentos: por que Alyne não foi submetida a uma investigação sobre a sua condição de

---

<sup>15</sup> Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna> Acessado em 20 de março de 2019

<sup>16</sup> Disponível em: <http://blogueirasnegras.org/2014/04/24/gravida-pobre-e-negra-quando-a-violencia-e-omissao-obstetrica-matam-e-parir-vira-uma-questao-de-coragem/> Acessado em 20 de março de 2019.

saúde? Por que induziram o parto, mesmo diante do quadro que ela apresentava? Soma-se a essas omissões a violência estrutural da precarização do serviço, exposta pela espera de 08 horas pela ambulância.

Outro caso de mortalidade materna, dessa vez com uma adolescente de 15 anos, Rafaela Santos, jovem negra, pobre e periférica. Ocorreu também no estado do Rio de Janeiro, 13 anos após a morte de Alyne e após o Estado brasileiro ser condenado pelo Comitê para Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a mulher (Cedaw) a indenizar a família de Alyne. Segue relato problematizado pela enfermeira e doutora Emanuele Goes, ao Geledes<sup>17</sup>:

Rafaela Cristina Souza dos Santos tinha 15 anos, morreu de morte materna após dar à luz em uma maternidade no Rio de Janeiro, em 2015. Houve negligência no atendimento à adolescente, que ficou por mais de cinco horas no hospital, sem atendimento de médico, queixou-se de dor de cabeça, houve insistência no parto normal, quando apresentou quadro de eclampsia, fizeram a cesárea tardiamente e Rafaela foi a óbito.

O Dossiê revela que a eclâmpsia, pré-eclâmpsia e os distúrbios hipertensivos afetam muito mais a população negra, sendo as maiores causas da mortalidade materna da população negra. Apesar disso, o médico não poupou seu diagnóstico com base em preconceito racial e socioeconômico. O racismo dos profissionais de saúde atrasa a decisão da mulher de buscar assistência, dificulta o acesso da mulher ao serviço de saúde, dificulta o acesso da mulher ao tratamento adequado.

Essas manifestações extremas compõem um cenário de práticas discriminatórias segundo raça/cor, que são rotineiras e naturalizadas no cotidiano dos serviços de saúde, e que por mais que façam total sentido para quem experiencia essas discriminações, o reconhecimento desse conjunto de discriminações enquanto racismo institucional é negado. Assim como a violência obstétrica e qualquer outra forma de violência de gênero tem o seu reconhecimento pelo menos o reconhecimento de certas manifestações da violência vistas como questões da subjetividade, algo imaginário ou de interpretação equivocada.

Conforme já discutido, a ideia de democracia racial colabora com o ocultamento da violência. Mesmo diante de estatísticas, casos emblemáticos com desfechos trágicos, impactos na saúde da população negra, inclusive na saúde mental, outras causas são mobilizadas na explicação dessa realidade. Culpa-se a precariedade do sistema, e é também verdadeira a afirmação, mas essa não é a

---

<sup>17</sup>Disponível em: <https://www.geledes.org.br/violencia-obstetrica-e-o-vies-racial/> Acessado em 20 de março em 2019.

única causa. Maternidades lotadas, falta de leitos, alguém que ficará sem a assistência necessária, e, na maioria das vezes, revelam as estatísticas, esse alguém é uma pessoa negra.

A pesquisa de Emanuelle Góes e Enilda Nascimento (2013) mostra que as desigualdades no acesso de serviços preventivos de saúde também se baseiam nas discriminações raciais, o que demonstra que a precarização dos serviços em emergências públicas não se constitui como as únicas causas do racismo institucional, como argumenta boa parcela dos profissionais de saúde. As mulheres negras em comparação com as brancas têm o pior acesso aos serviços preventivos de saúde. De acordo também com as evidências da pesquisa Nascer no Brasil (2014), na assistência ao pré-natal, pós-parto e parto, o quadro revelado é o mesmo: as mulheres negras e com baixa escolaridade tiveram menos acesso ao pré-natal e a uma assistência de qualidade.

Diante do exposto, o que está em questão é a gravidade dos impactos da violência obstétrica, potencializada pelo racismo institucional, podendo levar à mortalidade materna. Esse conjunto de evidências, embora pareça explícito para militantes do movimento negro, feministas e ativistas do parto humanizado, necessita do exercício constante de realizar as mediações para tornar inteligível para as instituições e profissionais que atuam na assistência ao parto, assim como para uma parcela que compõe o público afetado pelas violências e pelo racismo, mas que estão longe das problematizações sobre estes fenômenos.

Neste sentido, a contribuição deste trabalho segue, no próximo capítulo, realizando uma reflexão crítica em relação à violência, mas, dessa vez, problematizando o papel da ciência e das epistemologias nas análises desses fenômenos, com destaque para a crítica aos esquemas patriarcais e coloniais de pensamento que em suas elaborações jogam em favor da justificação de desigualdades ou da ocultação dos reais determinantes que estruturam os objetos.



*Judite Decapitando Holofernes (1612-1613), Obra de Artemisia Gentileschi Lomi (1593-1652)*

### 3 “DEUS É MÃE. E TODAS AS CIÊNCIAS FEMININAS”: EPISTEMOLOGIA FEMINISTA E O PATRIARCADO EM QUESTÃO

A obra da pintora romana Artemisia Gentileschi Lomi (1593-1652), *Judite Decapitando Holofernes* (1612-1613), retrata o desejo de vingança da autora, que foi estuprada aos 17 anos pelo ajudante de pintura do seu pai. Na obra, a personagem bíblica Judite e sua criada decapitam Holofernes, que está bêbado, mas não inconsciente, a decapitação é um tema recorrente das suas obras.

Chama a atenção a decapitação e seu simbolismo, não sabendo o porquê da escolha de Artemisia pela decapitação como símbolo da vingança. Mas, associa esse ato de denúncia da violência sofrida, comunicada e eternizada por meio da arte, com o movimento coletivo, internacionalizado e articulado de mulheres que comunicam ao mundo de forma teórico-política a recusa da dominação, exploração e opressão das mulheres, por meio dos feminismos.

As mulheres simbolicamente cortam a cabeça do patriarcado, a cabeça como símbolo da razão patriarcal, do comando, da dominação violenta, embora cotidianamente a cabeça volte a emergir a partir dos mecanismos de manutenção e permanência das relações sociais de dominação.

O período da criação dessa obra é o Renascimento, a transição dos postulados religiosos, como centrais no mundo do conhecimento para a razão, e o estabelecimento da centralidade do conhecimento científico, como conhecimento verdadeiro. Inauguram-se a modernidade, a acumulação capitalista, o surgimento de um “novo mundo” nomeado de América, e as novas bases de novas relações sociais, as bases do que se convencionou chamar de Ocidente.

O Ocidente toma para si o parâmetro de civilização, a partir do Contrato Social, do estabelecimento de um Estado de direitos, de uma economia de mercado que se sustenta a partir de um padrão de poder. Padrão de poder que, segundo Aníbal Quijano (2005), combina a ideia de raça como um instrumento de classificação social, e o controle do trabalho, dos recursos e produtos da América em torno do capital e do mercado mundial, assim, constituindo a América como a primeira identidade da modernidade. A ideia de raça é utilizada para legitimar as relações de dominação impostas pela conquista e para naturalizar a dominação entre europeus e não europeus. Desta forma, se imbricam raça e classe na formação social da América e, como complementa Aníbal Quijano (2005), desse

modelo passou a depender o patriarcado, mesmo sendo um instrumento mais antigo de dominação intersexual ou de gênero.

Essa hegemonia ocidental penetra na formação social das Américas, bem como na produção de conhecimento sobre a América, construindo uma narrativa colonial e patriarcal das relações sociais, expressas em teorias naturalizantes, dicotômicas, utilitaristas e objetivas. Ao se colocarem parâmetros que definem o que seria um conhecimento verdadeiro, define-se também a ciência como o único conhecimento verdadeiro. Tais parâmetros de comprovação, confiabilidade, objetividade e neutralidade, encarceram as interpretações da realidade social em esquemas coloniais e patriarcais de pensamento, que são sinônimos de silenciamento, de exclusivismo de interpretações. O prejuízo é o de uma narrativa incompleta, mas que é fetichizada como uma narrativa totalizadora e universal.

Entretanto, as hegemonias não se estabelecem sem resistência, a modernidade não se configura como um todo homogêneo, há disputas epistemológicas, como o clássico embate, no interior das ciências sociais das duas grandes matrizes de pensamento: o positivismo e o marxismo. Na perspectiva positivista, as relações sociais são um dado, que segue as leis da natureza, fixas, exatas, objetivas, neutras e imutáveis. Assim também seria o método de análise dessas relações sociais, igualmente objetivo, neutro e comprovável.

O marxismo inaugura a crítica à modernidade, nega para superar, desmistifica a pretensa neutralidade ao propor uma análise das relações sociais a partir da classe social. Também questiona a realidade como um dado imutável, subverte a noção de objetividade como algo fixo.

A partir do materialismo dialético, se reconhece que a matéria é um dado primário que se transforma, a partir da atividade humana teleológica, em um novo dado, e assim dialeticamente transformando e sendo transformado permanentemente. A realidade é um processo. A tese de Marx sobre o capital aponta que o mesmo é uma relação social, mistificada como relação entre coisas. Nessa relação há exploração, dominação e resistência, é uma relação que expressa a luta de classes.

Na leitura marxiana da realidade, só existe relação social porque há a interação entre o mundo objetivo e o subjetivo, uma interação contínua, em que o sujeito age sobre a matéria, mas sob dadas condições. Como paradigma de ciência, Marx aponta que não basta ler a realidade, e sim transformá-la. Mas, ainda assim,

se verifica a presença de esquemas patriarcais de pensamento. É preciso reconhecer as limitações, e a compreensão marxiana da realidade também diz que a realidade é muito mais complexa do que a ideia que se faz dela, em que toda análise é aproximativa e, portanto, limitada.

A classe social é central na análise das relações sociais para Marx, pois é uma categoria existente em todas as culturas conhecidas, e em todas as épocas estudadas pela ciência. Mas, e as mulheres? E as relações de sexo/gênero? Assim como a classe dos explorados é subalternizada, as mulheres também não o são? Também não há desigualdades entre os sexos em todas as sociedades e épocas conhecidas? E o que dizer das sociedades nas quais a raça/etnia foi utilizada como definição e justificativa de quem seria dominado, explorado e oprimido?

Assim entendo que, enquanto análise das relações de sexo/gênero e de raça/etnia, a teoria marxiana passou ao largo, assim como as demais matrizes teóricas, do seu tempo. Mas, também reconheço que, do ponto de vista do método, Marx oferece uma poderosa ferramenta de análise do real, que permite apreender as contradições, as determinações e as raízes dos problemas.

As relações de classe foram desnudadas parcialmente, uma vez que essas classes são sexuadas e racializadas, e esses não são dados acessórios, são igualmente determinantes e determinados nas e pelas relações sociais, pondo em questão a própria noção de totalidade marxiana, não como uma soma das partes, mas como articulação entre particularidade e universalidade. Assim como Marx denunciou a abstração do cidadão burguês universal, que oculta a particularidade da classe social, foi preciso denunciar as demais ocultações de gênero, sexualidade e raça.

Coube aos feminismos a tarefa de lançar luz às relações de gênero pela perspectiva das mulheres, o polo historicamente dominado dessa relação, assim como coube às teóricas e aos teóricos do movimento negro e aos estudos descoloniais realizar o esforço analítico de desvelar as relações de raça/etnia, e, notadamente, as imbricações de classe social, gênero, sexualidade e raça/etnia.

Do mesmo modo que um problema social é construído como questão política no movimento das lutas antagônicas, há também tensões na construção de um objeto de pesquisa. A violência obstétrica enquanto uma questão política e objeto de pesquisa é legatária do reconhecimento da violência contra a mulher (também enquanto violência de gênero), como um problema a ser enfrentado pela

sociedade e pelo Estado. Uma vez que a violência contra a mulher, especificamente a doméstica e intrafamiliar, esteve historicamente blindada pelo argumento da privacidade do espaço doméstico, passou, a partir da organização dos movimentos de mulheres e feministas, a ser tensionada e tratada teoricamente e politicamente na esfera pública.

A denúncia da violência obstétrica surge a partir do reconhecimento da violação de direitos das mulheres e da violência institucional, é uma leitura possível a partir dos avanços teóricos e políticos dos feminismos e do movimento de mulheres. Logicamente, profissionais da assistência ao parto, que trabalham e se posicionam com base nos direitos humanos, exercem também um protagonismo a partir do movimento pela humanização do parto, mas aqui neste trabalho tratar-se-á da contribuição dos feminismos para o avanço da pauta do enfrentamento da violência obstétrica, tanto do ponto de vista da denúncia da violência quanto da crítica ao modelo de assistência que favorece a violência obstétrica.

Entretanto, é a partir dos estudos das feministas negras que este fenômeno é estudado em relação ao seu componente racial, uma vez que as mulheres negras, apontam as pesquisas no Brasil, são as maiores atingidas, assim como também são maioria nas estatísticas de mortalidade materna.

Ao partir dos feminismos, assim no plural, parto do reconhecimento da ampla contribuição para os estudos sobre as relações de sexo/gênero, a partir de várias perspectivas teóricas. Mas, parto também da crítica do feminismo acadêmico, elaborada pelas teóricas do feminismo negro ao desvelar a abstração da mulher branca hétero-burguesa como universal no feminismo, dando visibilidade ao lugar de subalternidade que é posto para as mulheres negras, as lésbicas, as transexuais e as das classes mais precarizadas.

Me remonto à imagem que abre esse texto, *Judite Decapitando Holofernes*, na qual Judite é auxiliada pela sua criada, mas Judite é a protagonista, a criada figura como secundária. A figura da criada como um lugar de subalternidade de raça e classe dentro da subalternidade de gênero ilustra como as mulheres são desiguais entre si também, o que demonstra como inviável a tentativa de ultrageneralização. E demonstra a contradição de uma epistemologia crítica a perspectivas universalizantes e que reproduz, em certa medida, o paradigma da universalização, dessa vez a partir do gênero feminino. Ou seja, os feminismos não hegemônicos figurando como auxiliares na atuação política e acadêmica.

Dito isto, proponho, a partir da contribuição teórica dos estudos decoloniais, que são aqueles que se contrapõem à colonialidade, segundo Vívian Santos (2018), e do materialismo dialético, imprimir uma reflexão crítica sobre a violência obstétrica, buscando analisar as articulações dos marcadores de gênero, raça e classe como determinantes dessa violência. Dessa forma, apresento a crítica dos feminismos às epistemologias patriarcais e coloniais, e, na sequência, problematizo a possível relação dessas propostas epistemológicas com a teoria crítica marxista para a interpretação da vida em sociedade e seus fenômenos, como a violência de gênero.

### 3.1 CRÍTICA FEMINISTA CONTRA ESQUEMAS PATRIARCAIS E COLONIAIS DE PENSAMENTO

A produção de saberes que interpretam e explicam as relações sociais não está dissociada dessas mesmas relações sociais, é produto delas, e incidem de forma mediatizada na produção e reprodução da sociedade. A ciência se constitui como uma das formas de produção de saberes, e nas sociedades ocidentais contemporâneas assume um papel principal e quase excludente de conhecimento válido e universal. Reflete e, ao mesmo tempo, explica essa mesma realidade social, que é hierárquica, padronizada, patriarcal e colonial.

Entendo como patriarcal e colonial uma produção feita por homens heterossexuais, cristãos, e da elite branca que em suas formulações justificam as relações de opressão a partir da ideia de natureza, e subsomem as mulheres e povos não ocidentais (ou não europeus e norte-americanos) no sujeito universal masculino. Esses esquemas de pensamento são verificáveis na ocultação, secundarização e subordinação desses sujeitos nos estudos. Os estudos hegemônicos tratam dos fenômenos ora ocultando os diversos sujeitos na universalização já citada, ora tratando teoricamente as questões desses sujeitos como secundárias ou acessórias e, por último, justificando teoricamente uma suposta inferioridade destes sujeitos a partir da definição do que é civilizado, humano e político.

Para Walter D. Mignolo (2008), a epistemologia moderna é racista e patriarcal, por negar o agenciamento político e epistêmico às pessoas classificadas como inferiores. Grada Kilomba (2016, p.10), ao problematizar quem fala e por que, também problematiza o conceito de conhecimento:

O conceito de conhecimento não se resume a um simples estudo apolítico da verdade, mas é sim a reprodução de relações de poder raciais e de gênero, que definem não somente o que conta como verdadeiro, bem como em quem acreditar. Algo passível de se tornar conhecimento torna-se então toda epistemologia que reflete os interesses políticos específicos de uma sociedade branca colonial e patriarcal.

A relação entre política e epistemologia é uma marca das epistemologias revolucionárias, aquelas que negam a neutralidade assumindo a opção por um projeto de sociedade antirracista, antipatriarcal e anticapitalista. Realizam a crítica sobre as formas de opressão nas relações sociais e a interpretação dessas relações, que, hegemonicamente, serviram e servem para justificar e naturalizar iniquidades. Uma das características desse tipo de conhecimento tido como universal é a ruptura entre presente e passado, o que faz com que estruturas que permanecem sob novas formas sejam ocultadas, a exemplo da particularidade brasileira e sua estrutura colonial.

Na particularidade brasileira, a produção do conhecimento hegemonicamente recorre a modelos *euroamericano-cêntricos*, reiterando um lugar de subalternidade historicamente imposta ao País, a partir de uma economia dependente, e uma posição de colonialidade, ou seja, diante da permanência de estruturas coloniais. É importante colocar que a forma clássica da colonização não existe mais, mediante a instauração do capitalismo, que, diferente da sua fase de acumulação primitiva - que se serviu do trabalho escravo nas Américas -, tem como marca o trabalhador “livre” para vender a sua força de trabalho. Na escravidão, o corpo é a própria força de trabalho utilizada à exaustão.

A estrutura colonial permanece no Brasil por meio da subordinação da população negra e indígena. Neste sentido, elenco três pontos necessários nessa subordinação, que aparecem nas sistematizações sobre as condições de vida das mulheres negras: 1) a subordinação é material, uma vez que a população negra, sendo maioria no Brasil<sup>18</sup>, é a maioria em trabalhos precarizados<sup>19</sup> e informais, mas

---

<sup>18</sup> Segundo a Agência IBGE de notícias (2017), a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016, aponta que até 2016 a população brasileira era de 205,5 milhões de habitantes, desses 44,2% eram brancos, pardos representam 46,7%, e, 8,2% são negros, somando-se pardos e negros, contabilizam-se 54% da população brasileira. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-populacao-chega-a-205-5-milhoes-com-menos-brancos-e-mais-pardos-e-pretos>. Acessado em 20 de março de 2019. Contabilizamos os números de pardos e negros, uma vez que a pesquisa se baseia na autodeclaração, e no Brasil, segundo Kabengele Munanga (2004), não é fácil a autoidentificação, há pessoas negras que não se consideram como negras por terem introjetado o ideal de branqueamento.

não é maioria nos altos postos de trabalho e nem em cargos de decisão política e de justiça; 2) é uma subordinação simbólica por permear no imaginário social uma inferioridade naturalizada ligada à raça e ao gênero; 3) apesar do grande apelo ideológico por meio de políticas de embranquecimento e do mito da democracia racial, não se trata de uma subordinação pacífica, há historicamente lutas sociais e estratégias de resistência que foram ocultadas da historiografia canônica do Brasil. A existência de uma produção acadêmica que denuncia a permanência da colonialidade é a prova cabal dessa resistência.

As epistemologias contracoloniais são diversas, mas têm em comum a natureza da dissidência ou, nos dizeres de Walter Dignolo (2008), *desobediência epistêmica*. É uma produção de conhecimento que desafia estruturas consolidadas de saber que demarcam quem pode falar e ser ouvido, de acordo com Grada Kilomba (2016).

Os sujeitos pertencentes aos setores mais subalternizados da sociedade se tornaram objetos de estudo das ciências sociais, conhecimentos foram produzidos sobre eles, mas a partir da perspectiva do colonizador. Apenas uma versão da realidade é contada e, como afirma Grada Kilomba (2016, p.17), “todos/as nós falamos de tempos e lugares específicos, a partir de realidades e histórias específicas”. E acrescenta Djamila Ribeiro (2017), que todo mundo tem lugar de fala, assim todas as perspectivas partem da experiência do sujeito que informa, reconhecendo ou não, desta forma nenhuma perspectiva pode ser tomada como universal, será sempre parcial.

Djamila Ribeiro (2017) diferencia lugar de fala e representatividade. O lugar de fala não é um impeditivo para que pessoas possam teorizar sobre a realidade de outras pessoas, e sim que o sujeito teoriza a partir da sua localização. Para ela, é importante que cada vez mais homens brancos Cis estudem branquitude, cisgeneridade, para que se pensem acerca desse lugar de privilégio e consigam enxergar as hierarquias produzidas a partir da sua localização social.

A autora aponta ainda que essa é uma disputa de narrativas, e que mesmo que os grupos subalternizados encontrem lugar de existir em espaços virtuais, como páginas da internet e canais de vídeos, ainda encontram barreiras institucionais que

---

<sup>19</sup>Dados do Ministério do Trabalho de 2016: Maioria dos subordinados é negra, e maioria em cargos de gerência é de brancos: se 60% dos servidores de obra são negros, 52% dos mestres de obra são brancos. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/brancos-sao-maioria-em-empregos-de-elite-e-negros-ocupam-vagas-sem-qualificacao.ghtml> Acessado em 20 de março de 2019.

impedem o acesso dessas vozes dissonantes. Assim, é necessário que os sujeitos que se encontram no polo da produção hegemônica do conhecimento repensem esses esquemas patriarcais e coloniais de pensamento e não se sintam autorizados para representar as vozes dissonantes, que, por sua vez, sejam ouvidas e reconhecidas como representantes do ponto de vista de uma classe, raça e/ou gênero que esteve à margem dessa produção hegemônica.

A crítica contracolonial à modernidade problematiza, basicamente, a lógica dual e dicotômica da ciência, a universalização e a objetividade em detrimento da subjetividade na construção do saber. Denuncia a relação saber-poder, que reflete a dominação europeia e americana sobre o resto do mundo. Essa também é a base para a crítica dos feminismos e sua reprodução dos esquemas patriarcais e coloniais de pensamento.

De acordo com Ochy Curiel (2009), o feminismo se colocou como uma proposta que sintetiza as lutas das mulheres contra o patriarcado, em um lugar e tempo determinado, sem entender o feminismo como toda a luta de mulheres que se opõem ao patriarcado em diversos lugares-tempo. Também problematiza Oyèrónké Oyewumí (2004) que as feministas têm usado o poder recém-adquirido nas sociedades ocidentais para tratar como questões públicas os problemas das mulheres que eram considerados particulares, mas que têm utilizado a categoria mulher de forma a universalizar todas as mulheres colaborando com a subordinação das diversas mulheres e suas experiências a uma única experiência, a da mulher branca, burguesa e heterossexual.

Conforme bell hooks (2015), as mulheres negras, nos Estados Unidos, são as mais vitimizadas pela opressão machista, mas são também a maioria silenciosa. As feministas que tiveram voz na academia e acesso aos mecanismos para comunicar suas ideias trataram de suas demandas específicas - de um seleto grupo de mulheres brancas, casadas, universitárias, de classe média e alta, entediadas com a vida doméstica - como se fossem a condição social universal de todas as mulheres americanas, ignorando a existência de todas as mulheres não brancas e das brancas pobres.

Ela chama atenção para a ideologia da “opressão comum”, o discurso de um vínculo comum, de uma opressão comum por parte do feminismo hegemônico, mas que não se verifica quando se consideram fatores como classe, raça, sexualidade e outras características, uma vez que o sexismo, apesar de institucionalizado, não

determina de forma absoluta o destino das mulheres. Segundo a autora (op. cit.), opressão significa ausência de opções, muitas mulheres têm escolhas, e, portanto, a exploração e discriminação são mais precisas com relação à coletividade de mulheres nos Estados Unidos.

A fala de bell hooks sobre as mulheres negras americanas e as disparidades em relação ao acesso às escolhas nos remete à situação das brasileiras negras e pardas em relação às brancas, no acesso à assistência ao parto. É certo que a violência obstétrica pode atingir qualquer mulher que necessite de assistência ao parto, porém a magnitude da violência atinge as mulheres de forma diferenciada. Uma reportagem que aborda a comercialização do parto em Pernambuco aponta que as mulheres das classes abastadas podem chegar a pagar<sup>20</sup> em média de 10 a 14 mil reais para ter um parto humanizado, na rede privada, podendo, assim, escapar das cesarianas agendadas e dos eventos violentos recorrentes na assistência ao parto na rede pública de saúde.

Essas disparidades são evidenciadas na pesquisa *Nascer no Brasil* (2014), cujos resultados, segundo análise de Maria do Carmo Leal *et al.* (2017), apontam que há evidências de iniquidades nas condições de atenção pré-natal e parto, uma vez que, no geral, os piores indicadores de atenção pré-natal e atenção ao parto são os relacionados aos atendimentos de mulheres negras. As autoras argumentam que a maioria dos indicadores avaliados evidenciou aspectos do funcionamento dos serviços de saúde que resultam em “benefícios e oportunidades diferenciadas segundo raça/cor, com prejuízo para as de cor mais escura” (MARIA DO CARMO LEAL *et al.*, 2017, p. 06).

Nessa pesquisa, as mulheres negras figuram como maioria das mulheres que acessam o sistema público de saúde, são também as que têm menor escolaridade e renda, o que sugere que as desigualdades sociais que estruturam a vida dessas mulheres determinam também a magnitude da violência obstétrica perpetrada contra elas. Dessa forma e de acordo com as evidências da *Nascer no Brasil*, são as que mais peregrinam em busca de leitos em maternidades, mais expostas aos riscos de pré-natal inadequado, menos orientação e ausência de acompanhantes.

---

<sup>20</sup>Reportagem do jornal Folha PE aborda o comércio de parto humanizado em Pernambuco. Disponível em: <https://www.folhape.com.br/noticias/noticias/cotidiano/2017/06/29/NWS,32730,70,449,NOTICIAS,2190-PARTO-NORMAL-ARTIGO-LUXO-PERNAMBUCO.aspx> Acessado em 30 de outubro de 2017

Em contrapartida, as mulheres brancas são mais submetidas a cesarianas agendadas, sendo esta a realidade da rede suplementar, onde o maior acesso é das mulheres de classe média e, por sua vez, de maioria branca. Enquanto que, devido às cesarianas agendadas, ocorre maior risco de nascimento pré-termo (premature) entre as brancas e entre as negras há o risco de nascimento pós-termo, em relação ao nascimento termo completo entre 39-41 semanas (MARIA DO CARMO LEAL *et al.*, 2017)

Como se vê, não se trata de desconsiderar as pautas sobre a discriminação sexual sofrida pelas mulheres brancas e burguesas, mas de partir de uma perspectiva de análise que não nivele as mulheres em uma identidade comum. Há uma diversidade de características que estruturam a vida das mulheres lhes impondo experiências variadas. E supor que apenas uma raça, uma classe, um gênero, uma orientação sexual seja representativa de todas as outras formas de ser e estar no mundo é instituir uma dominação e hierarquização a partir da normatização e homogeneização.

bell hooks (2015) é cirúrgica ao analisar a cooptação das feministas liberais e conservadoras, adeptas à ideologia do individualismo liberal, e apontar a necessidade de perspectivas teóricas diferentes desse individualismo liberal. No entanto, mesmo as que não comungam do pensamento neoliberal procuram sufocar a dissidência, por não se sentirem afirmadas na estrutura do movimento feminista. Diante disso, defende a resistência ao pensamento hegemônico, pautando que o feminismo é uma teoria em formação e que, portanto, cabe o questionamento e novas possibilidades. A postura hegemônica de não rever conceitos, de reafirmar um lugar de domínio e privilégio, de não dialogar com as autoras negras, latinas, africanas é uma forma de silenciamento.

Grada Kilomba (2016), em sua palestra-performance “Descolonizando o conhecimento”, narra, a partir da metáfora da máscara facial usada para impedir a fala das pessoas negras escravizadas, o silenciamento que é imposto pela ciência às narrativas das experiências dos segmentos subalternizados. O que está em discussão é a autorização do que pode ser falado e de quem pode falar e ser ouvido. O que é calado é o segredo: “Segredos como a escravidão. Segredos como o colonialismo. Segredos como o racismo” (GRADA KILOMBA, 2016, p. 05). Argumenta que o ato de falar é uma negociação entre quem fala e quem ouve, o ato

de ouvir é a autorização para quem fala, e acrescenta que ser ouvida também significa pertencer.

O silenciamento também diz respeito à definição do que seria o conhecimento verdadeiro, e em quem acreditar. Vem à minha imagem as diversas situações em que mulheres acusaram homens de assédio, estupro ou violência doméstica e tiveram suas versões colocadas em xeque, e das situações em que as mulheres negras foram alvo de racismo e tiveram suas vozes questionadas, ou seja, a questão da credibilidade é racializada e sexista também.

Os relatos de violência obstétrica também são descredibilizados, por se tratar das vozes denunciantes das mulheres sobre a violação de seus direitos humanos contra um discurso médico, instituído como discurso dito competente evidenciado nos documentos que tratarei no quinto capítulo desta tese, e do destaque dado pela mídia para o relato médico em detrimento do relato da vítima. Nesse sentido, problematizo o seguinte caso, da mulher que foi estigmatizada como a “comedora de placenta”, no ano de 2014, na cidade de Natal-RN.

A manchete de um jornal local alardeava “Mulher surtada come placenta, agride médico e corre nua em hospital de Natal”, e trazia apenas a versão do médico sobre o corrido. A pesquisadora e ativista feminista Ligia Moreiras, por meio do seu blog “Cientista que virou mãe”, abre espaço para a versão da mulher.<sup>21</sup> O caso teve repercussão após o próprio médico divulgar em suas redes sociais o corrido, desqualificando a parturiente. Além de abrir o espaço para a fala silenciada pela mídia local, Ligia também se posicionou sobre o corrido:

Eu, que estudo a violência obstétrica e as práticas que a constituem, somente lendo sua entrevista (e os prints de sua publicação na rede social), pude identificar o que aconteceu, a motivação, a luta dessa mulher contra a separação mãe-bebê, o preconceito, a desinformação, a má prática, a luta contra a medicalização e a violência institucional e muitos outros pontos que nos dão uma visão aproximada de algo que acontece, infelizmente, ainda muito pouco: a reivindicação explícita dos direitos das mulheres no parto e contra a violência obstétrica. Mas acontece que encontrar mulheres suficientemente empoderadas para tal é evento tão raro que, quando acontece, elas são ridicularizadas e expostas pela mídia como "surtadas", "comedoras de placenta" ou "irresponsáveis que colocam a vida dos filhos em risco e precisam de medidas legais que as acuem e as obriguem a uma cesárea contra sua vontade".

---

<sup>21</sup>Disponível em: <https://www.cientistaqueviroumae.com.br/blog/textos/nao-ela-nao-e-uma-comedora-de-placenta-ela-e-mais-uma-vitima-da-violencia-obstetrica-que-mutila-mulheres-no-brasil> Acessado em 25 de outubro de 2018

O privilégio da fala exclusiva, consentida e válida dada ao médico funciona como uma reiteração da violência de gênero, expressa no silenciamento da mulher. Não se questiona quais as motivações de tais atos e se são verdadeiros. Ao contrário, se toma uma perspectiva única como verdadeira, e se afirma que se trata de uma mulher louca e irresponsável. O saber médico é o saber que possui credibilidade, sequer é questionado. O relato da parturiente contraria a narrativa do médico, como se vê abaixo, em trechos do registro feito pelo blog de Ligia Moreiras:

(...) Finalmente, exatamente dez dias após o nascimento do meu filhote, estou cá, sentada de frente ao computador, decidida a relatar o que me aconteceu. Foram dez dias de repouso e fortalecimento, mesmo com todas as críticas, com todos os comentários atroztes e as reportagens na mídia me deplorando. Fui chamada de louca, psicopata, disseram que deveriam tirar meu filho de mim (e então ter-me-iam arrancado tudo que restava, e de mim nada mais haveria além de um bolo de carne com um coração pulsante, quando então já não haveria mais o limiar do abate moral, eu já estaria morta).

Foram dez dias também de intensificação de todo o sofrimento que me açoita, pois agora eu tenho de lidar com inúmeros telefonemas, mensagens, pessoas perguntando umas às outras se o absurdo da mulher que teria comido placenta, agredido médico e corrido nua por aí tinha sido eu. Infelizmente não comi minha placenta<sup>22</sup>, ainda, pois ainda não tive coragem para encará-la, pegar nela, senti-la, tão cheia de mim, da minha cria, e das emoções que vivenciamos durante nove meses, e nos últimos momentos do meu bebê dentro de mim.

Infelizmente também não corri nua, precisei perder alguns minutos me vestindo com roupas sujas e ensanguentadas, pois até panos limpos me foram negados. Pensando bem, eu estava com muito frio, a hemorragia incontida me enfraquecia cada vez mais, acho que foi instintivo parar para me aquecer com aquelas roupas, ainda que sujas e ensanguentadas, aliás, sangue não faria diferença, pois depois que levaram meu filho de mim injustificadamente e manifestamente contra minha vontade para o berçário para lavá-lo com sabão, tirar o vernix protetivo e embrulha-lo com fraldas descartáveis e aquecê-lo artificialmente, desdenhando de meu clamor para tê-lo em meus braços, depois disso eu devo ter lavado com meu sangue o rol da frente do berçário. Perdoe-me quem estiver lendo, os fatos vão e vem, não sei se consigo seguir uma ordem cronológica muito precisa.

E por fim, infelizmente não agredi o obstetra. E sequer posso mencionar publicamente o que se passa na minha mente, nesse sentido, por dois motivos: primeiro, eu seria processada, julgada e condenada muito facilmente por algum tipo penal como ameaça, por exemplo. O judiciário não tem pena de foder com quem já está

---

<sup>22</sup> O ato de comer a placenta (placentofagia): é uma prática realizada por na perspectiva de aproveitamento dos nutrientes. Os benefícios ainda estão sendo estudados. É importante situarmos que o que está em questão não é o julgamento que podemos fazer sobre comer ou não a placenta, mas sobre uma escolha desrespeitada de um ser humano sobre sua própria vida, uma questão ética.

fodido. Segundo, não tenho energias para gastar com isso, preciso me concentrar no meu filhote, que precisa de mim. Se minhas tentativas de afirmar minha autonomia e meu direito de escolha que foram sistematicamente tolhidos e aniquilados durante todo o meu atendimento naquele dia 02 de julho de 2014, se foram agressões, talvez eu o tenha agredido. E ainda assim digo isso em tom de ironia.

Imagino que se as minhas tentativas de sobreviver ao massacre foram agressões, o que foi o massacre que me ocorreu naquela sala de parto? Será que um médico famoso de Natal, professor da universidade federal do RN, conhecedor de muitos juizes, promotores, respaldado pelo corporativismo médico, judiciário e elitista da região, será que ele seria sequer processado? Ou algum juiz amigo dele sentaria em cima do processo, ou mesmo enterraria o processo no quintal de casa? O que me resta é escrever um relato. É o substrato da violência patriarcal, machista, corporativista e medicalocêntrica que nos encarcera nesse projeto de civilidade que se nos impõe, rouba de nós mulheres a autonomia, a força, o parto, o nascimento e a maternidade. Uma mulher que pari e sabe a força animal que tem em si é uma grande ameaça a esse sistema, não é mesmo?

O relato da parturiente, embora abalada psicologicamente devido à exposição à violência obstétrica e à reiteração dela pela mídia, expressa a sua compreensão política sobre o fato. Sua fala revela a disputa política em torno da assistência ao parto, da sua condução, ou seja, a disputa pelo saber/fazer sobre o partear. A correlação de forças em torno deste conflito revela quem tem a retaguarda institucional a seu favor e quem tem a estigmatização como elemento que deslegitima seus direitos.

Esse descrédito em relação à violência obstétrica também se expressa no âmbito acadêmico. O meu objeto de estudo, que é a disputa do conceito de violência obstétrica e a interseccionalidade de gênero, raça e classe que ele comporta, foi alvo de questionamentos dentro da academia. Esse questionamento vinha acompanhado da afirmação de um objeto que é universal e de outro que é específico.

A pergunta era sempre: *mas a violência obstétrica atinge todos os tipos de mulheres, por que, então, abordar a violência obstétrica com o recorte das mulheres negras?* E a resposta é a de que não se trata de um recorte. Se algum grupo aqui estudado pode ser universalizado a partir da quantidade, esse grupo é o grupo das mulheres negras, que são a maioria da população brasileira. No entanto, não trabalho como parâmetro a quantidade de pessoas que sofrem a opressão, e sim a própria opressão e suas características que desumanizam um segmento populacional.

O que está implícito neste questionamento é o projeto de silenciamento e apagamento. Observa-se que quando se fala de raça, todos pensam nas mulheres negras, e esquecem as indígenas. Quando dizem que **todas** as mulheres sofrem a violência e consideram que evidenciar as mulheres racializadas é um recorte, é porque partem da ideia de que há uma universalização do ser mulher, e essa representação da unidade é uma mulher não racializada, uma mulher branca. Corrobora-se com a afirmação de Grada Kilomba (2016), de que todos falam de lugares específicos.

Desse modo, retoma-se Grada Kilomba (2016, p. 09), ao demonstrar que “o conceito de conhecimento está intrinsecamente relacionado à raça, gênero e poder”, e que é a reprodução dessas relações de poder raciais e de gênero. Assim, a definição do que é passível se torna conhecido, reflete os interesses políticos coloniais e patriarcais. Então, os estudos que dizem respeito à população negra são tidos como um estudo específico, o que leva ao questionamento do que seria, então, universal.

Esse conhecimento sobre as mulheres negras a partir da experiência destas mulheres negras é considerado pelo pensamento colonial como um desvio da norma, um conhecimento desviante. Esse desvio é considerado uma distorção da realidade que Grada Kilomba (2016, p.13) expressa por meio da palavra “superinterpretação”, e que para ela “tem a ver com a ideia de que o/a oprimido/a está vendo “algo” que não deve ser visto e de que está prestes a dizer “algo” que não é para ser dito”. Ou seja, o silêncio será quebrado e os segredos serão anunciados, e o efeito disso é a produção de um conhecimento desafiador. É a proposta de descolonizar o conhecimento colocada em movimento, solapando a epistemologia colonial.

Ochy Curiel (2009), sobre a proposta de descolonizar o feminismo, propõe que se reconstrua a sua genealogia, uma vez que foi contada de forma linear e eurocêntrica. Parte do conceito de feminismo como sendo uma síntese de todas as lutas das mulheres que se opõem ao patriarcado. E dessa forma deve ser contada, considerando a história de muitas mulheres em muitos lugares e tempos. Para a autora (op. cit.), esse seria um dos principais gestos ético e políticos de descolonização do feminismo. Descolonizar não só do ponto de vista epistêmico, mas também como política, que aglutina as diversas propostas e proposições de feministas de todas as regiões, deve assumir um caráter internacionalista.

No Brasil, esse é um movimento empreendido pelo feminismo negro, a partir da insurgência coletiva das mulheres negras dentro do feminismo, afirmando o seu lugar e das suas pautas, e questionando tanto o feminismo quanto o movimento negro. E por meio da elaboração teórica sobre essas questões, recontando a história do feminismo a partir do resgate da ancestralidade. Nos dizeres de Sueli Carneiro (2003, p. 02):

O atual movimento de mulheres negras, ao trazer para a cena política as contradições resultantes da articulação das variáveis de raça, classe e gênero, promove a síntese das bandeiras de luta historicamente levantadas pelos movimentos negro e de mulheres do país, enegrecendo de um lado, as reivindicações das mulheres, tornando-as assim mais representativas do conjunto das mulheres brasileiras, e, por outro lado, promovendo a feminização das propostas e reivindicações do movimento negro.

Lélia Gonzalez (1988) pondera que é inegável a contribuição do feminismo como teoria e prática para as lutas e conquistas, e a organização do movimento. Destaca a análise que centraliza o conceito de capitalismo patriarcal, evidenciando as bases materiais e simbólicas da opressão das mulheres, ao demonstrar o caráter político do mundo privado. Aponta que essas contribuições colaboraram com a tematização de questões como a sexualidade, entre outras, articulando as relações tradicionais de dominação/submissão, estimulando a conquista de espaços pelos discriminados pela sua orientação sexual, mas o mesmo não aconteceu com relação ao caráter racial. E questiona:

Exatamente porque tanto o racismo como o feminismo partem das diferenças biológicas para estabelecerem-se como ideologias de dominação. Cabe, então, a pergunta: como se explica este “esquecimento” por parte do feminismo? A resposta, na nossa opinião, está no que alguns cientistas sociais caracterizam como racismo por omissão e cujas raízes, dizemos nós, se encontram em uma visão de mundo eurocêntrica e neo-colonialista da realidade (LÉLIA GONZALEZ, 1988, p.13).

O caminho que as feministas negras encontraram para combater esse racismo por omissão dentro do feminismo foi o de recontar a história das lutas das mulheres negras e suas representações na história do movimento de mulheres no Brasil. Jurema Werneck (2016) problematiza a constituição da identidade da mulher negra a partir do impacto da escravidão e da colonização, e a partir desse reconhecimento nega a definição da identidade pela via das lentes do racismo patriarcal. Propõe, assim, como chave de análise para a identidade das mulheres negras, a figura da *lalodê*, uma representação das mulheres nos organismos de

decisão coletiva. “Trata-se, originalmente, de um título designativo da liderança feminina que, segundo registros historiográficos precários, existiu nas cidades iorubas pré-coloniais” (JUREMA WERNECK, 2016, p. 06).

Jurema Werneck (2016) articula representação social das mulheres negras com suas lutas e figuras de referência da tradição iorubá e sua influência em terras brasileiras. Mostra as características dos Orixás femininos e a diversidade de identidades negras, tão distantes da universalização de uma identidade feminina de fragilidade e submissão, e de estereótipos racistas colocados para as mulheres negras, apresentando-as como destituídas de humanidade, evidenciando na lógica perversa de que mulheres negras, pela herança de um passado de violências coloniais, aguentariam mais dor.

Esses estereótipos estão presentes nas manifestações de violência obstétrica contra mulheres pardas e negras, aparecem na pesquisa de Suzana Kalckmann *et al.* (2007), nas seguintes frases ouvidas por mulheres na assistência ao parto em São Paulo: “Escutei a recepcionista (pré-natal) falar: negra é como coelho, só dá cria”. Afirmações como estas revelam a construção de uma imagem negativa a cerca das mulheres negras, recheadas de julgamento moral, e comparações que as animalizam.

Esta outra frase: “No parto do meu último filho não me deram anestesia”, é corroborada com os números da pesquisa *Nascer no Brasil (2014)*, como supracitada, que aponta que as mulheres negras recebem menos analgesia em comparação com as brancas e com as pardas, e acrescentam Maria do Carmo Leal *et al.* (2017, p.10):

Mesmo que a temática não tenha sido sistematicamente investigada na pesquisa *Nascer no Brasil*, houve ocasiões, como foi o caso de serviços de obstetrícia no Rio de Janeiro, em que profissionais de saúde mencionaram uma suposta melhor adequação da pelve das mulheres pretas para parir, fato que justificaria a não utilização de analgesia.

O estereótipo que coloca as negras como mulheres fortes e que aguentam mais dor é bem distante do estereótipo de sexo frágil atribuído às mulheres brancas, como chama atenção Djamila Ribeiro (2017, p. 20), ao transcrever o discurso da abolicionista afro-americana Sojourner Truth (1951), quando questiona:

Aquele homem ali diz que é preciso ajudar as mulheres a subir numa carruagem, é preciso carregar elas quando atravessam um lamaçal e elas devem ocupar sempre os melhores lugares. Nunca ninguém me

ajuda a subir numa carruagem, a passar por cima da lama ou me cede o melhor lugar! E não sou eu uma mulher? Olhem para mim! Olhem para o meu braço! Eu capinei, eu plantei, juntei palha nos celeiros e homem nenhum conseguiu me superar! E eu não sou uma mulher?

Os estereótipos engessam as mulheres as impondo limitações. Observa-se que as brancas são infantilizadas e as negras animalizadas. Tais estereótipos racistas são perversos, ao ponto de supostamente justificarem a negação do alívio da dor.

No entanto, a existência dos estereótipos não significa que as mulheres os tenham como autorrepresentação. Conforme as representações apresentadas anteriormente por Jurema Werneck (2016, p. 05), essas mostram mulheres “trabalhadoras, lutadoras, as que não estão subordinadas ao poder masculino, as que não têm ou não querem homens ou filhos (mas sem abrir mão do sexo), sensuais, voluntariosas, fortes”.

As lalodês não são apenas figuras míticas, elas são as mulheres negras anônimas do cotidiano, e as mulheres cujos “passos vêm de longe”, que participaram e lideraram lutas coletivas de resistências às estruturas coloniais desse país. A autora destaca as quilombolas: Aqualtune, Acotirene, Mariana Crioula, para recuperar essa trajetória de luta das mulheres contra o patriarcado que tem raízes na luta contracolonial.

Assim, é importante retomar que a crítica empreendida à objetividade da ciência também se faz a partir da não consideração da experiência e da identidade. É sempre um olhar de fora que é o que contempla, um olhar que pede distanciamento, como se os processos de alienação não deixassem tecer elaborações sobre a realidade e o significado dela para a realidade social.

Luiza Bairros (1995, p. 462), dialogando com bell hooks, mostra que “o pessoal pode constituir-se em um ponto de partida para a conexão entre politização e transformação da consciência”. Não se trata de uma simples descrição da experiência da opressão, mas do entendimento crítico sobre o terreno que essa realidade emerge. A experiência das mulheres negras problematizadas e buscando as raízes dos problemas constitui uma importante ferramenta de análise e um instrumento teórico e político para os feminismos.

A autora desta tese considera que essas questões problematizadas se constituem como invasões coloniais no pensamento feminista, e que são de extrema

importância para constituir uma autocrítica dos feminismos que subverta a reprodução desses esquemas de pensamento, dando margem à construção de uma unidade da diversidade, mas não pela via da homogeneização, e sim de um projeto de sociedade comum, que seja antipatriarcal, antirracista e anticapitalista, ou seja, contracolonial.

Na esteira dessa crítica, figura a proposta de descolonização do saber. De acordo com Walter Mignolo (2008), *aprender a desaprender*, não se trata de deslegitimar as ideias críticas produzidas na Europa, mas de romper com a razão imperial/colonial, uma vez que, como assevera Grada Kilomba (2016, p. 18):

Descolonizar o conhecimento significa criar novas configurações de conhecimento e poder (...) a teoria não é universal nem neutra, mas sempre localizada em algum lugar e sempre escrita por alguém, e que este alguém tem uma história.

Uma das ideias-chave do pensamento colonial é a separação humanos e não humanos, é uma dicotomia análoga a dicotomia sujeito/objeto, a partir das raças, como aponta Maria Lugones (2014). A dicotomia entre humano e não humano é a dicotomia central da modernidade colonial. As raízes dessa caracterização advêm de diversas teorias raciais que foram introduzidas no cenário brasileiro a partir de 1870, que, conforme Lilia Schwarcz (1993), davam conta de justificar diferenças essenciais entre os homens.

Lilia Schwarcz (1993), ao oferecer um balanço dessas teorias, mostra que não eram uniformes. Ela destaca uma base humanista, - em especial Rousseau, que defendia a noção de uma humanidade una e a tese do bom selvagem, na qual os povos selvagens eram caracterizados como primitivos, a partir da leitura de uma única evolução pela qual todos os povos deveriam passar. Concluía-se, assim, uma humanidade una, mas diversa em seus caminhos. Destaca também as análises das vertentes mais negativas de interpretação, que apontavam uma suposta inferioridade física do continente, e uma conseqüente debilidade natural de suas espécies.

A autora (op. cit.) aponta que dessas construções mentais surgem noções de hierarquia e “degeneração”, como desvio patológico, e que a partir do século XIX essas análises negativas vão influenciar e estabelecer correlações rígidas entre patrimônio genético, aptidões intelectuais e inclinações morais. Aponta, ainda, o processo de naturalização das diferenças e o estabelecimento de interpretações biológicas nas análises dos comportamentos, além do nascimento de teorias que

interpretavam a capacidade humana a partir do tamanho e proporção dos cérebros, e o desenvolvimento do evolucionismo como paradigma, colocando o conceito de raça na esfera política e cultural.

Assim, essas teorias incidem no Brasil, estruturando um racismo científico a partir de modelos deterministas raciais, com rearranjos teóricos, o que permitiu que mesmo adeptos da teoria da “degeneração” das teorias deterministas importadas, que acreditavam que o “cruzamento” entre espécies condenaria à hibridação, não impedia que pensassem em uma nação mestiça e no branqueamento como perspectiva, instaurando, assim, um “ideário científico, porém, sem seu corolário teórico (...) a medida em que o país, a essas alturas, encontrava-se irremediavelmente miscigenado” (LILÍIA SCHWARCZ, 1993, p. 138).

Na construção dessa representação mestiça, a autora (op. cit.) aponta o papel ativo de médicos e juristas, bem como de centros de ensino e pesquisas nacionais. Sintetiza como uma disputa pela hegemonia e predomínio científico no País: “De um lado o remédio, de outro a lei; o veneno previsto para uns, o antídoto nas mãos de outros” (LÍLIASCHWARCZ, 1993, p. 141). A questão é que a miscigenação foi utilizada como uma ideologia da cultura nacional e foi operante na medida em que, a partir da interpretação racial, esvaziou o debate sobre a cidadania e a participação do indivíduo, segundo Lília Schwarcz (1993).

Essa relação entre miscigenação e identidade nacionalista engendrou o mito da democracia racial que impede, o reconhecimento do racismo como estruturante. Para Antônio Guimarães (2003, p. 39), “‘Embranquecimento’ e ‘Democracia racial’ são, pois, conceitos de um novo discurso racialista”, que deve ser enfrentado a partir da reconstrução da negritude, das lutas e das novas formas culturais do movimento negro na América Latina e Brasil, e de um discurso racialista de autodefesa, que foi corrompido por séculos de racismo universalista e ilustrado.

O discurso naturalista e biologizante também é encontrado nas análises que explicam as relações sociais de sexo ou gênero. A ideia de natureza é, como nos demonstra Alice Puleo (2000), uma continuidade de uma ideologia patriarcal, cujo discurso de legitimação toma a forma cultural hegemônica de cada sociedade - considerando que o patriarcado é “um sistema social que vai se adaptando a distintos contextos históricos, sociais, políticos e econômicos” (ALICE PULEO, 2000, p. 01) – que está presente, por exemplo, na mitologia, religião, medicina, psicologia, arte e na filosofia.

Na filosofia, o sistema de gênero-sexo se constitui como um derivado do dualismo natureza e cultura. “A ideia subjacente é que o homem pertence a um mundo de criação cultural, a civilização, ao passo que a mulher, de maneira misteriosa, se conserva próxima à natureza” (ALICE PULEO, 2000, p.15). A separação entre natureza e cultura é também uma separação hierárquica, e a identificação dos homens com o mundo da cultura e a mulher com a natureza é utilizada como justificadora das relações desiguais entre os sexos-gêneros.

Argumenta Colette Guillaumin (2014, p. 31) que as relações sociais de opressão das mulheres possuem uma forma mental que ela nomeia de efeito ideológico:

O efeito ideológico não é, de forma alguma, uma categoria empírica autônoma, é a forma mental assumida por algumas relações sociais determinadas; o fato e o efeito ideológico são duas faces de um mesmo fenômeno. Uma face é a relação social em que os atores são reduzidos ao estado de unidade material apropriada (e não de simples portadora de força de trabalho). A outra, a face ideológico-discursiva, é a construção mental que faz desses mesmos atores elementos da natureza: “coisas” do próprio pensamento.

O discurso de natureza, para Colette Guillaumin (2014), é uma consequência das relações sociais de sexagem no domínio das ideias e das crenças, em que as mulheres são tratadas materialmente e no domínio mental como coisas. Uma visão utilitarista de colocar a mulher como instrumento e objeto que tem um lugar e uma função. As mulheres são reificadas material e idealmente.

A autora (op. cit.) mostra como a construção mental sobre as mulheres reduz as mulheres ao próprio sexo. Os homens possuem um sexo, as mulheres são o sexo. Simone Diniz *et al.* (2016) problematizam a “Vagina escola”, denunciando a reificação das mulheres como objetos de estudo nos hospitais-escola, onde os médicos em formação aprendem a realizar procedimentos nas mulheres, mesmo sem indicação, e que professores justificam esses procedimentos afirmando que a mulher é o material de estudo deles.

Os esquemas patriarcais e coloniais de pensamento evidenciam que os constructos mentais, a partir da ideia de natureza, caracterizam, especificam e inferiorizam todos os que destoem do padrão de homem heterossexual branco e burguês. Enquanto as mulheres brancas figuram como coisas, em uma relação de dominação em que elas são a propriedadee objeto de apropriação individual e coletiva, as mulheres negras e indígenas sequer são reconhecidas como humanas.

Ao rebaixar o status das mulheres enquanto indivíduos e seres humanos, negam também a capacidade de pensarem a sua própria condição social, imputam a elas uma consciência intuitiva, negando a capacidade de racionalizar sobre suas experiências nas relações sociais.

Colette Guillaumin (2014) aponta ainda que as mulheres são vistas como naturalmente específicas em relação aos homens, e questiona por que as mulheres seriam diferentes sozinhas: “Enquanto as mulheres são diferentes dos homens, os homens são homens” (COLETTE GUILLAUMIN, 2014, p. 79). Assim, ela afirma que a natureza humana seria a diferença, homens sendo identificados com suas práticas e as mulheres com seus corpos. E que na ideologia naturalista, os dominados estão na natureza, sofrendo os impactos dela, enquanto que os dominadores surgem da natureza e se organizam. Portanto, a ideia de natureza estabelece os lugares sociais, não só entre homens e mulheres, mas também entre as raças, na tentativa de manter a ordem e o status quo, reprimindo quaisquer tentativas de desconstrução dessa ordem material e simbólica:

Toda iniciativa política da parte dos apropriados será não apenas rejeitada ou duramente reprimida, nos termos da mecânica repressiva clássica de todos os poderes em relação a toda e qualquer contestação ou projeto que não espouse o ponto de vista dominante, mas também reprimida como uma irrupção terrificante da natureza (COLETTE GUILLAUMIN, 2014, pp. 95-96).

Essa afirmação de Colette Guillaumin evidencia a imbricação entre o questionamento das formas das relações sociais e as ideias produzidas sobre elas. Dessa forma, não há espaço dentro do pensamento moderno para que sujeitos que não são considerados sujeitos se insurjam. Subverter as ideias é também subverter a ordem.

Enquanto mulheres não racializadas são vistas como o outro do homem, o diferente dele, Grada Kilomba (2014) demonstra que o sujeito negro é sempre colocado como o “outro”, e nunca como “self”. E ainda, como assinala Djamila Ribeiro (2017), as mulheres negras são o outro do outro.

Os pressupostos teóricos contracoloniais (no sentido do pluralismo de epistemologias contra-hegemônicas) apresentados até aqui pela autora desta tese ajudam-na a compreender a violência obstétrica do ponto de vista da interseccionalidade, por mostrar como marcadores de gênero, raça e classe se articulam como determinantes das relações sociais desiguais. A partir disto, a

análise da violência obstétrica é enriquecida com a compreensão de que é um fenômeno que atinge de forma diferenciada o conjunto de mulheres. É importante esse reconhecimento, pois é necessário captar as raízes ou determinações mais profundas dos problemas, para que se possa refletir sobre o seu enfrentamento.

Dessa forma, buscando as raízes dos fenômenos, o método marxista ou materialista dialético oferece uma importante ferramenta de análise, mas que exige o esforço de problematizar a relação entre essa matriz teórica, que é um clássico da modernidade, e os estudos contracoloniais que oferecem aos feminismos a possibilidade de empreender uma crítica a essa modernidade. Assim, na próxima subseção, essa reflexão será por mim elaborada.

### 3.2 MARXISMO E FEMINISMOS: DIÁLOGOS POSSÍVEIS?

Ainda na crítica da razão moderna, dois pontos merecem destaques: o da *objetividade e da universalização*. No esforço em realizar uma crítica à modernidade, ao padrão atual de ciência calcado na objetividade, apontam-se a pretensa neutralidade das ciências sociais, a lógica dualista do modelo cartesiano, e a separação entre humano e natureza, que encarcera os sujeitos subalternizados na natureza e destaca os dominadores como identificados com o mundo da cultura e da política, dessa forma, como a abstração de um sujeito universal da história e da ciência.

Os pressupostos apontados pelas teóricas contracoloniais me fazem refletir sobre a relação entre o marxismo, enquanto teoria revolucionária e crítica à modernidade, e os esquemas patriarcais de pensamento que se reproduzem, de certa maneira, no interior das formulações. Inicialmente, destaco que o marxismo, enquanto matriz teórica gerada na experiência europeia, é crítico a ela do ponto de vista das classes sociais, realizando por dentro da ciência uma crítica ao universalismo abstrato, a pretensa neutralidade, se contrapondo à economia clássica e ao positivismo e sua análise naturalizante das relações sociais.

Dito isto, entendo que a crítica ao marxismo em relação à reprodução de esquemas coloniais e patriarcais se dá sob dois aspectos: um que se refere à ocultação da mulher subsumida no genérico humano, e outro que se refere à secundarização das pautas de gênero e raça em relação à centralidade da classe social. Cabe salientar que, diferente das perspectivas naturalizantes das relações

sociais, nem Marx e nem os marxistas trataram teoricamente de inferiorizar as mulheres.

Para Marx, o ponto de vista de classe e o conhecimento científico não são contraditórios, ou seja, a produção da ciência sempre corresponde a um interesse de classe. É importante considerar que o método de Marx parte do real, ou seja, do concreto, da base material, objetiva, para, a partir da consciência, ser apreendido como concreto, pensado. Assim, seu método considera a objetividade, sem abrir mão da subjetividade, uma vez colocados os interesses de classe e a possibilidade de construção e reconstrução social em um movimento de humanização em que os homens (e mulheres) se tornam humanos por mediação da transformação da natureza, ou seja, por meio do trabalho.

Segundo Michael Lowy (2008), Marx não sintetizou sua teoria em nenhuma obra específica. Ivo Tonet (2013) afirma que esta não elaboração em uma obra fechada é coerente com o próprio método: “Isto porque ele compreende que as questões relativas ao conhecimento só podem ser resolvidas após a elaboração de uma teoria geral do ser social, vale dizer, de uma ontologia do ser social” (TONET, 2013, p. 70). E é nesta proposta ontológica que se abriga parte da crítica ao pensamento marxiano, em uma suposta naturalização e universalização do ser pela via da homogeneização.

Importante mencionar que a crítica direcionada a Marx é situada em relação a todos os principais pensadores das ciências sociais, reside na ocultação das mulheres, reproduzindo relações patriarcais da sociedade europeia, que definia as mulheres como o objeto do contrato social e o homem como o proprietário. Como exemplo, cito essa passagem do Manifesto do Partido Comunista, em que Marx e Engels (2008, p.27) afirmam que: “O proletário não tem propriedades, sua relação com mulher e filhos já não tem nada em comum com as relações familiares burguesas (...)”. Aqui fica explícito que o proletariado, ao qual se refere todo o texto, é masculino, as mulheres são referenciadas apenas na relação com o proletário em família e, não como proletária.

No manifesto há a crítica ao universalismo burguês que oculta a classe, no entanto, ao universalizar o proletariado como masculino, se ocultam as mulheres. A referência à mulher no manifesto não as considera sujeitas da revolução, já que cabe ao proletariado essa tarefa e ele é masculino. É apenas com as feministas

marxistas e materialistas que as proletárias se tornam sujeitas teoricamente e politicamente por dentro da perspectiva marxista.

No tocante a leitura ontológica, ela dá conta da formação do ser social a partir da mediação deste com a natureza, e coloca as possibilidades de construção social da história, subvertendo as análises em que a natureza, os fatos e fenômenos são analisados e tratados como um dado imutável. A crítica aqui é acertada no tocante à necessidade de se reescrever a história visibilizando a contribuição das mulheres na formação deste ser social, enquanto ser que cria tecnologias indispensáveis para a produção e reprodução da vida, mas não mediante análises subalternizadas. Mas, não se nega a existência de uma unidade na diversidade.

A crítica de Marx às sociedades de classe é justamente a crítica das desigualdades e da universalização abstrata pela via do cidadão burguês. Há um genérico humano: o que marca o ser como humanos e humanas é a sua capacidade teleológica, a existência da sua consciência e a capacidade de pensar e transformar essa realidade por meio do trabalho coletivo e da vida em sociedade. O que não deve apagar a diversidade e, como assinalava Marx, “a cada um segundo a sua necessidade”.

Lowy (2008) destaca que Marx se considerava um representante científico do proletariado ao desmistificar as condições materiais de vida desta classe:

As relações jurídicas, bem como as formas de Estado, não podem ser explicadas por si mesmas, nem pela chamada evolução geral do espírito humano; essas relações têm, ao contrário, suas raízes nas suas condições materiais de existência, em suas totalidades (MARX, 2007, p. 45).

Assim, no método de Marx não se separam elaboração teórica e formulação metodológica, essa conexão se retroalimenta à medida que Marx aprofunda a sua análise sobre o Capital e formula o seu método.

Henry Lefebvre (1983) ao diferenciar a lógica formal da lógica dialética, aponta que o método representa o universal concreto. E na lógica que não separa o movimento do real e o movimento do pensamento afirma que o método: “Fornecer leis que são supremamente objetivas, sendo ao mesmo tempo leis do real e leis do pensamento, isto é, leis de todo movimento, tanto no real quanto no pensamento”. (Idem, 1983, p. 237).

E completa “Universais, essas leis não podem sê-lo no sentido da universalidade abstrata da razão metafísica” (Idem, 1983, p. 237). Não se trata de

generalizar o particular, e sim de buscar conexões entre este particular e o universal, entendendo que o movimento do objeto faz parte do movimento de uma totalidade.

Leandro Konder (1998, pp. 53-54) aponta que há uma fluidificação dos conceitos em Marx, o que não deve ser confundido com relativismo, se trata de uma característica da dialética que expressa movimento. Para ele, Marx admite que determinados aspectos da realidade humana perduram na história e que em todas as grandes mudanças há uma negação e, ao mesmo tempo, uma preservação e uma elevação em nível superior. É a passagem da quantidade à qualidade: “As mudanças se processam lentamente se sucedem pequenas alterações quantitativas e por períodos de aceleração precipitam operações qualitativas, “saltos”, modificações radicais” (Idem 1998, p. 58)

Quando realizo o esforço de analisar as opressões, explorações e dominações baseadas nas relações de sexo/gênero a partir da coadunação dos conceitos de gênero e patriarcado, tenho a possibilidade de articular uma explicação que desnaturaliza essas relações de sexo por meio da categoria gênero, que pode explicar como cada cultura se relaciona com as diferentes formas humanas e vai construir relações em torno da sua concepção de gênero e sexo, em alguns casos hierarquizando, como no caso particular da sociedade ocidental, com uma base no seu sistema moral patriarcal.

O sistema patriarcal é posto historicamente, ou seja, surge como uma construção social e possui em si a possibilidade de ser desconstruído. Estudos apontam que este sistema patriarcal tem se modificado no tempo e no espaço, se relacionando com as características da formação histórica dos países e regiões, e também com outros sistemas como o racismo e o capitalismo - como já evidenciado em relação à sociedade brasileira -, o que demonstra que o movimento real deste sistema passa por pequenas modificações que, ao longo dos séculos, têm dado saltos qualitativos, o que explica sua persistência na contemporaneidade.

Porém, essa análise não se daria apenas observando a aparência das relações de gênero, estas aparecem mistificadas, naturalizadas, como se a própria natureza trouxesse as denominações do masculino e feminino, independente da criação social, como se as genitálias diferenciadas informassem por si só comportamentos e definissem ainda quem será dominado e quem dominará. Este desvelamento só foi possível a partir da inserção do pensamento feminista na ciência. Karel Kosík (1976) afirma que a aparência de um fenômeno indica, ao

mesmo tempo que esconde, a essência, proporcionado pelo imediatismo da cotidianidade, por isso a noção de pseudoconcreticidade, que engana ao revelar parcialmente:

O mundo da pseudoconcreticidade se constitui pelo complexo de fenômenos que povoam o ambiente cotidiano com sua regularidade, imediatismo e evidência penetram na consciência, assumindo um aspecto independente e natural (KAREL KOSÍK, 1976, p. 11).

Karel Kosík (1976) coloca que esta manifestação da essência na aparência se dá de modo inadequado ou apenas sob certos ângulos e aspectos. Ele concebe a realidade como uma unidade do fenômeno e da essência. Assim, a necessidade de uma análise na perspectiva da totalidade, entendida enquanto realidade como um todo estruturado dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendida (Ibidem, 1976, p.3 5).

A essência do fenômeno não é o mesmo que essencialismo, não se trata da imutabilidade; do contrário, a essência do capitalismo é ser uma relação social baseada na exploração de uma classe por outra e comporta a contradição, e à medida que gera riqueza, gera pobreza, não há como modificar a essência do capitalismo, mas há como superá-lo, a partir do estabelecimento de outro modo de produção radicalmente diferente das bases deste. Assim, também é a análise sobre a violência de gênero, na qual observo que sua essência de negação do outro não pode ser modificada, e sim combatida, enfrentada.

A totalidade, em Marx, é a síntese da visão de conjunto que permite que o indivíduo descubra a estrutura significativa da realidade com a qual se defronta numa situação dada. Essa visão de conjunto será sempre provisória, não pretendendo esgotar a realidade à qual se refere (KONDER, 1998). Ou seja, nenhuma análise a partir do método dialético tem a pretensão de explicar todas as coisas totalmente, e sim de compreender o problema que está posto, a partir da estruturação de outros aspectos que a ele se relacionam. É uma tentativa de apreender um movimento, não o fragmentando.

O método de Marx, com sua perspectiva de totalidade aponta para uma síntese da “unidade do diverso”: “O método dialético busca captar a ligação, a unidade, o movimento que engendra os contraditórios, que os opõe, que faz com que se choquem, que os quebra ou os supera” (LEFEBVRE, 1983, p. 238)

O movimento da análise do particular relacionado com a universalidade não pode ser confundido com ultrageneralização, no clássico, “Para a questão Judaica”.

Marx faz a crítica ao direito burguês, ou seja, a Emancipação Política se dá pelo caráter universal abstrato que este direito expressa, pois no Estado o homem vale como ser genérico: “ele é o membro imaginário de uma soberania imaginária, é roubado da sua vida individual real e repleto de uma universalidade irreal” (MARX, 2009, p. 51). Assim, só uma ruptura com o sistema capitalista garantirá a Emancipação Humana. Eis um belo exemplo de que a ultrageneralização dilui as particularidades e oculta o real movimento da sociedade burguesa. Sem perder de vista a real universalidade e sua relação com a libertação humana:

Só quando o homem individual retoma em si o cidadão abstrato e, como homem individual – na sua vida empírica, no seu trabalho individual, nas suas relações individuais se tornou ser genérico; só quando o homem reconheceu e organizou as suas forças próprias como forças sociais e, portanto, não separa mais de si a força social na figura da força política- é só então que está consumada a emancipação humana (MARX, 2009, pp. 71-72).

Entretanto, não há Emancipação Humana se as mulheres não forem emancipadas, se as mulheres não forem reconhecidas concretamente, e não apenas na abstração das leis, como humanas. Subsumir as mulheres na universalidade do “homem” como ser social é relegar ao fim das sociedades de classe, de forma automática, o fim das relações patriarcais. Essa é a razão da crítica, que não significa não reconhecer ou descartar a contribuição crítica do marxismo. É a partir dos pressupostos marxistas que as ricas análises sobre o trabalho das mulheres e o significado dele para o capitalismo e impactos nas classes sociais e na vida dessas mulheres se basearam, bem como do imprescindível repertório feminista.

Desta feita, as feministas marxistas e/ou materialistas se dedicaram ao aprofundamento da análise da divisão sexual do trabalho, denunciando além da alienação do trabalho, a alienação dos seus corpos, alvo de assédio sexual no ambiente de trabalho, assim como as duplas e triplas jornadas de trabalho que se estendem do trabalho doméstico ao trabalho no espaço público, representando a intensificação da exploração do trabalho feminino. A exemplo desta constatação de Danièle Kergoat, que só seria possível a partir de uma análise articulada de classe e gênero:

Tomemos um paradoxo das relações sociais de sexo: simultaneamente à melhora da situação da mulher, em particular no mercado de trabalho, ocorre a persistência, às vezes mesmo a

intensificação, da divisão sexual do trabalho. 'Tudo muda, mas tudo permanece' (DANIÈLE KERGOAT, 2010, p. 94).

Porém, aqui também há um elemento que para a particularidade brasileira é mister considerar: essas mudanças no mercado de trabalho para as mulheres causam impactos diferenciados a partir da classe social e da raça das mulheres. As trabalhadoras negras assumem o lugar do trabalho doméstico na casa das trabalhadoras burguesas, que, por sua vez, ocupam cargos de chefia, mas recebendo menos que os homens que ocupam o mesmo cargo, na maioria das vezes. Embora no âmbito privado a trabalhadora burguesa ainda precise gerenciar a casa, porque o marido não assume essa responsabilidade, demonstrando que o espaço público absolve a mão de obra das mulheres, mas no espaço doméstico, o comum é a continuidade das funções tidas como femininas ou do lugar secundário da “ajuda” do marido.

Mas, é a mulher trabalhadora pobre e negra que assume o trabalho doméstico como profissão, bem como se mantém na função em seu próprio lar, imprimindo duplas e triplas jornadas de trabalho: expediente externo, manutenção da casa e cuidar de crianças, idosos, doentes, pessoas com deficiência e do marido.

Voltando à contribuição marxista, Nancy Homstrom (2014) analisa que apesar de Marx não ter escritos sobre os assuntos relativos a gênero, como se concebe hoje a partir deste termo, contribuiu com vários elementos para compreender o gênero como:

(...) sua metodologia, sua concepção da história como uma sucessão de modos de produção definidos pelo ponto de vista de suas relações de classe, sua desconstrução das hierarquias pretensamente naturais, sua teoria da ideologia e seu apreço a autoemancipação (NANCY HOLMSTROM, 2014, p. 344).

E ao contrário da crítica que coloca o marxismo como reducionista e generalista, a autora (op. cit) revela que o método marxiano colaborou também com a desconstrução desta universalidade abstrata:

Outra implicação importante da teoria marxiana para o gênero reside no fato dela ir de encontro à tendência de falar das mulheres genericamente, sejam generalizações de ordem biológica, cultural essencialista, ou de simplesmente negligenciá-las. Devemos, então, perguntar constantemente: “que mulheres? (NANCY HOLMSTROM, 2014, p. 344).

Para a autora (op. cit.), as diferenças de classe afetam quase todas as dimensões da existência das mulheres, do trabalho à família, da saúde à

vulnerabilidade e à violência. Já que as relações de gênero variam de uma mulher para outra, é difícil falar dos interesses das mulheres como tais. É inegável a contribuição das feministas materialistas e das marxistas para o feminismo, principalmente no tocante à desconstrução do sujeito universal feminino como sendo as mulheres burguesas. Entretanto, é necessária a realização da autocrítica, em relação ao ocultamento e secundarização em relação às demandas, análises e lutas das mulheres latinas, caribenhas, africanas, e, na particularidade brasileira, das indígenas e negras.

Para mim, há diálogos possíveis entre o marxismo e os feminismos, a começar por um lugar comum dentro da ciência, o campo progressista: o feminismo, ao ser, ao mesmo tempo, movimento político e contribuição científica, revela sua semelhança com a teoria de Marx, que, como colocado, nunca separou sua teoria da perspectiva de classe, ou seja, do seu posicionamento político, negando a pretensa assepsia das ciências sociais. A articulação entre o objetivo político dos socialistas por um mundo livre de exploração e opressão, afeito à Emancipação Humana, e o objetivo feminista de igualdade entre os gêneros e Emancipação da mulher é mais um ponto de encontro.

Quanto aos desencontros, a centralidade da classe social em detrimento de outros determinantes, como o gênero e a raça no marxismo, constitui um empecilho para uma análise na perspectiva de totalidade e um desafio que feministas materialistas e marxistas devem encarar, como autocrítica, e como estratégia decolonial.

Seguindo a perspectiva marxista, por meio de aproximações sucessivas em buscar os determinantes dos fenômenos, fui me aproximando da violência obstétrica, procurando compreender o porquê desse fenômeno, sob quais condições ele emergia e qual o seu significado. As leituras e observações me trouxeram as seguintes sínteses: o patriarcado, o racismo e o capitalismo são determinantes desse fenômeno, conforme apresentei nestes primeiros capítulos. São determinações que se expressam de forma articulada por meio da violência de gênero, do racismo institucional e da medicalização e mercantilização da saúde, compondo um conjunto de sínteses que estruturam a violência obstétrica.

Dessa forma, no próximo capítulo, apresento a relação entre o processo de medicalização social e, mais especificamente, sobre a medicalização dos corpos das mulheres e a reprodução da primazia do mercado na sociabilidade burguesa, que

dão significado à violência obstétrica. A partir do tratamento desses determinantes, intento enriquecer a análise das disputas que se apresentam em torno do conceito da violência obstétrica.



*“Deitei e ainda questionei novamente, porque eu já havia falado em todo o pré-natal que eu não queria episiotomia. Mas não adiantou. Deitei, coloquei os pés nos apoios, ele fez a episiotomia. Meu marido, nesse momento, questionou - “Não cortou muito, doutor?” - e ele fez que não com a cabeça.*”

*Projeto 1:4 – Retratos da violência obstétrica  
[Fotógrafa Carla Raiter]*

#### 4 “O QUE NÃO TEM GOVERNO NEM NUNCA TERÁ”<sup>23</sup>: AS TENTATIVAS IDEOPOLÍTICAS DE DISCIPLINARIZAÇÃO DOS CORPOS FEMININOS

O percurso empreendido até aqui, apresentou como as manifestações da violência obstétrica atingem de forma diferenciada a diversidade das mulheres, a partir dos seus marcadores de gênero, raça e classe social. Dessa forma, empreendo o esforço de buscar compreender como o patriarcado, racismo e capitalismo se articulam enquanto determinantes dessa violência. Neste sentido, a medicalização social é o meio pelo qual esses determinantes se imbricam nas manifestações da violência obstétrica.

A medicalização social consiste no processo de tornar experiências sociais que não são patológicas em patologias, e, dessa forma, transformá-las em objeto de intervenção médica. Charles Tesser (2006, p. 62) define, sinteticamente, a medicalização social como um processo que pode ser visto “como a expansão progressiva no campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos”.

Este processo se traduz na dependência e exclusividade do saber médico sobre processos sociais, corporifica um modelo de formação acadêmica dos profissionais da saúde centrados na racionalidade tecnicista em detrimento da ética e dos direitos humanos. Importante destacar que a medicalização social trata os sujeitos como objetos de estudo e intervenção, anulando a autonomia dos mesmos. É um processo consolidado no sistema de saúde brasileiro, mas que tem seu extremo em hospitais-escola, nos quais o público-alvo são as pessoas pobres, e, em sua maioria, negras.

No caso específico das maternidades, essa exploração do corpo das mulheres se verifica, entre outras práticas, no treinamento dos residentes em realizar episiotomia sem indicação clínica, e com o único intuito de aprender tais práticas, fizeram com que Simone Diniz *et al.* (2016) cunhassem o termo “Vagina escola”. Essa é uma realidade para as mulheres pobres e negras, que são o público majoritário dos hospitais públicos. A maioria das mulheres brancas e de classe

---

<sup>23</sup> Letra da música de Chico Buarque (1976): O que será. Gravada no disco Face a Face - Simone - EMI Odeon Para o filme Dona Flor e seus dois maridos de Bruno Barreto. Disponível em: [http://www.chicobuarque.com.br/construcao/mestre.asp?pg=oquesera\\_76.htm](http://www.chicobuarque.com.br/construcao/mestre.asp?pg=oquesera_76.htm) Acessado em 08 de agosto de 2018.

média recorre à rede suplementar, na qual medicalização também se expressa pela desconsideração da autonomia da mulher. A prevalência é quanto aos interesses do médico e, neste caso, a cesariana agendada é mais conveniente para o profissional. Isso expõe a necessidade de uma mudança na formação dos profissionais da assistência ao parto, no sentido de uma prática alinhada ao reconhecimento ético dos direitos humanos e, em especial, dos direitos sexuais e reprodutivos.

Lígia Sena (2016) chama atenção para o desenvolvimento desse processo de medicalização social em relação à assistência ao parto, enquanto evento natural que foi sendo instituído e tratado como um evento patológico. Esse processo teve início com a institucionalização e o deslocamento da cena do parto do ambiente doméstico para as maternidades, e o conseqüente distanciamento do protagonismo das mulheres ao parirem, bem como da assistência de parteiras, comadres e curandeiras, com seus saberes e técnicas forjadas na experiência, transmitidas de geração em geração.

A reflexão de Lígia Sena (2006) aponta uma importante síntese: a violência obstétrica é promovida e favorecida pelo processo de medicalização social, que a autora chamou de porta e palco desse tipo de violência. Ao problematizar especificamente a medicalização da gestação e do parto, ela mostra como a autonomia da mulher é anulada em virtude de interesses médicos e institucionais.

As manifestações mais aparentes da violência obstétrica demonstram um conjunto de práticas, quais sejam, ações e omissões que desconsideram o lugar de sujeitas das mulheres, imprimindo uma marca da colonialidade. E embora as narrativas sobre a violência obstétrica sejam recheadas de relatos de crueldade, a identificação dessas práticas enquanto violência é mistificada como procedimentos normais da assistência ao parto. A pesquisa *Nascer no Brasil* (2014) aponta que a realização de procedimentos não recomendados pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde é rotineira no País.

Significa dizer que há uma consciência reificada em relação a procedimentos invasivos e intervencionistas na assistência ao parto, mas há, também, por parte de parcela dos profissionais, um direcionamento contrário a essas práticas, bem como há a consciência coletiva de mulheres e feministas sobre a violência obstétrica. Trata-se de modelos de assistência ao parto que estão em disputa. O que a pesquisa aponta é que o modelo intervencionista oportunizado pelo processo de medicalização social é hegemônico no País, mas não sem tensões. O modelo do

parto humanizado se contrapõe ao propor práticas calcadas na Medicina Baseada em Evidências (MBE)<sup>24</sup>.

Por sua vez, os movimentos de mulheres e feministas comungam dos princípios do modelo do parto humanizado, por reafirmar a autonomia das mulheres em relação a gestação, parto e puerpério, e aos direitos humanos, com destaque para os direitos sexuais e reprodutivos. Ao denunciar a violência obstétrica, expõem o seu componente patriarcal e sua relação com o racismo institucional, assim como a precariedade estrutural dos serviços.

A precarização dos serviços de saúde e das condições de trabalho é utilizada como justificativa da violência obstétrica pelas entidades representativas dos profissionais da assistência ao parto. É verdadeiramente um dos determinantes, mas não exclusivamente. É necessário analisar como se relaciona com os demais determinantes, para subsidiar reflexões em torno das estratégias de enfrentamento.

Dessa forma, o presente capítulo apresenta o modelo da medicalização e sua relação com o patriarcado e o racismo institucional, traz a contrapartida do modelo da humanização do parto relacionado aos direitos sexuais e reprodutivos, e, por fim, as mediações com a precarização da saúde.

#### 4.1 DAS BRUXAS AO ATO MÉDICO: O PROJETO DE MEDICALIZAÇÃO NO CERNE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O projeto de medicalização social expressa uma direção hegemônica em relação a saberes e práticas da saúde e cuidado, conforme verificado na pesquisa *Nascer no Brasil* (2014). Procedimentos invasivos e práticas intervencionistas, ao se constituírem como rotineiras na assistência ao parto, ao mesmo tempo em que informam a perspectiva de parto vigente no sistema de saúde brasileiro, expõem também a contradição entre o que é preconizado nas políticas públicas e o que é materializado no cotidiano da assistência.

Mônica Maia (2010) apresenta uma síntese do processo de assistência ao parto institucionalizado no Brasil. A autora situa que o tipo de assistência em cada momento histórico se consolida no cenário de desenvolvimento de um sistema de

---

<sup>24</sup> Segundo Reis e Reis (2016): “O uso de evidências científicas na prática clínica é parte de um movimento de abrangência global, voltado ao aperfeiçoamento da tomada de decisão pelos profissionais de saúde, por meio da aplicação do método científico. Na prática, implica na integração da expertise clínica e de valores do paciente ao melhor conhecimento científico disponível”

saúde no País, sendo assim uma relação de interdependência e de legitimação. Destaca que o modelo de assistência à saúde no Brasil, em sua construção, se fez fragmentado, curativo e hospitalar, privilegiando, assim, um modelo tecnocrático e intervencionista de atenção ao parto, ou seja, favoreceu o processo da medicalização social.

No entanto, no processo de mudança do modelo de saúde, uma nova lógica foi gestada pelo movimento da reforma sanitária que se consolidava no final da década de 1970, no contexto da transição democrática. As bandeiras defendidas pelo movimento influenciaram na constituição de 1988, redefinindo a política do Estado na área de saúde coletiva, e firmando os princípios norteadores do SUS: universalidade, equidade e integralidade. Porém, contraditoriamente, neste período também se assiste à grande expansão da medicina suplementar no Brasil, uma vez que a universalização não veio acompanhada de uma ampliação da rede pública (MÔNICA MAIA, 2010).

O que Mônica Maia (2010) chama de sistema híbrido, no qual coexistem os setores público e privado no provimento e financiamento dos serviços, determina desigualdades sociais e assistenciais, funciona como uma marca de classe, colocando a possibilidade de um duplo acesso às classes mais favorecidas. É o que ocorre na assistência ao parto, em que mulheres de classe média acessam plano de saúde privados e podem também acessar as maternidades públicas, o que não significa ter assegurado o direito a uma assistência qualificada. Os dados da pesquisa *Nascer no Brasil* (2014) também demonstram que na rede privada é altíssima a taxa de cesarianas, enquanto que na rede pública, como supracitado o parto vaginal é extremamente intervencionista e violento.

Contudo, é no cenário do movimento de reforma sanitária que se estabelecem as bases do modelo de humanização do parto na política de saúde brasileira contemporânea, representando um avanço, ao menos formal, pois, embora existam experiências exitosas de assistência humanitária, as pesquisas mostram a prevalência do parto medicalizado, mesmo diante do preconizado nas políticas de humanização. O avanço é em direção à afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Para problematizar a contradição entre o que é preconizado nas políticas e a sua materialização, é importante resgatar historicamente os elementos da crise do processo de medicalização social e a instituição do parto humanizado nos governos

brasileiros. Para tanto, é mister situar o significado da medicalização na sociedade capitalista, e, apresentar o processo de medicalização do parto no Brasil.

Neste sentido, o significado social do processo de medicalização é o de consolidar um conhecimento científico médico, e estabelecer um controle sobre os processos de saúde, vida e morte. Conforme Ivan Illich (1975), se torna uma plataforma privilegiada de ação política. Essa ação política é mediada pela dimensão social da medicina portadora de uma ideologia que naturaliza as relações sociais. Em relação à medicalização do parto, tem um significado social de controle (ou tentativa) da sexualidade feminina, o que demonstra a articulação com o patriarcado, o racismo e o capitalismo.

A medicalização sobre os corpos das mulheres e sua sexualidade é propiciada pelo patriarcado, na medida em que se aproveita do lugar imposto de subalternidade às mulheres, da sua desconsideração enquanto sujeitas e o conseqüente desrespeito a sua autonomia, ao mesmo tempo em que reforça a ideologia que sustenta a subordinação, a ideia de natureza, conforme Colette Guillaumin (2014), assim como a colonização, uma vez que se utiliza e reforça o racismo institucional ao estereotipar mulheres negras, por exemplo, por meio de políticas de esterilização, como bem problematizou Edna Roland (1995).

As mediações com relação ao capitalismo se dão em duas dimensões da sociabilidade burguesa (na particularidade brasileira, com a marca da colonialidade), na exploração dos corpos das mulheres como objeto de estudo, a partir de uma racionalidade tecnicista, e por meio da dimensão mercadológica em que se vende a falsa ideia de uma assistência padrão ouro, que seria a comodidade de cesarianas eletivas, ocultando os riscos desse processo interventivo, quando não tem indicação clínica, conforme denunciado por essa palavra de ordem dos movimentos de mulheres, feministas e pela humanização do parto: “Chega de violência obstétrica para vender cesariana!”.

Dessa forma, como aponta Elisabeth Vieira (2002), a medicina deve ser entendida a partir da vinculação de seus aspectos de saber científico ao de prática social, e do significado que este saber vai adquirindo e sendo reelaborado pelas representações sociais. Não por acaso, a medicalização social se consolida no atual estágio em que a ciência se constitui como o único conhecimento válido na sociedade ocidental. Sua legitimidade se dá a partir do estabelecimento da hegemonia da racionalidade canônica como critério da ciência. Esse processo no

século XX acompanhou o projeto de Higienização, tensionado pelo processo de urbanização das cidades.

Anterior à medicalização, o cenário era outro, observa-se a capilaridade de curandeiras, parteiras e benzedadeiras, na construção e transmissão do saber de geração a geração, mesmo nas sociedades de classes e marcadas pelo patriarcado. Foi um longo processo que se valeu do momento histórico da primazia da razão colonial/moderna em detrimento da religião e do místico, e da emergência de uma nova ordem social, ou seja, a sociabilidade capitalista, que propiciou a emergência e consolidação da medicalização social no geral, e dos corpos das mulheres em particular, atendendo ao propósito de disciplinamento dos corpos.

Silvia Federici (2004, pp. 236-237), diante da análise desse processo de “disciplinamento do corpo”, afirma que consistiu “em uma tentativa do Estado e da Igreja de transformar as potencialidades do indivíduo em força de trabalho”. Sendo concebido e mediado no debate filosófico do período da acumulação primitiva do capitalismo. Na perspectiva de formar um novo tipo de indivíduo, disciplinado para a nova forma de exploração do trabalho, se estabelece uma nova política sobre o corpo. Este é visto como um meio de produção, a máquina de trabalho primária, que se torna objeto da filosofia mecânica, que por meio da anatomia é calculado, racionalizado, no intuito de maximizar sua utilidade social.

Assim, é na formulação dessa nova política sobre o corpo que se estabelece o papel político da prática médica, estruturando a medicina contemporânea como conjunto de conhecimentos, técnicas e práticas, traduzidas como intervenção cientificamente fundamentada, segundo os critérios de objetividade, ciência experimental e se colocando como neutra. Esse papel político articula a condição orgânica (biológica) e a condição social de gênero, explicitando a dimensão social da medicina, como mostra Elisabeth Vieira (2002).

Essa dimensão social na assistência ao parto reproduz a lógica mecânica ao ver o corpo como máquina e o médico como mecânico, como afirma Mônica Maia (2010), assim como a reprodução do modelo fabril e as metáforas em relação ao tempo e movimento empregados no “trabalho” de parto e organização da assistência.

Progressivamente, o processo de medicalização do parto vai se estruturando como um ato médico, o que Charles Tesser (2006, p. 62) alega, em linhas gerais, como um processo que tem como consequência a homogeneização pautada na

heteronomia dos saberes e práticas em saúde e doença, o que desdobra em alienação e dependência excessiva. Observa-se que essa alienação, calcada na expropriação do próprio corpo e dos saberes sobre os processos de saúde e doença, é propiciada pelos marcadores sociais de gênero, raça e classe, conforme os indicadores evidenciados na pesquisa *Nascer no Brasil* (2014). Variáveis como escolaridade e renda se associam à raça/cor das mulheres, demonstrando a exposição das mulheres negras e pobres à violência obstétrica.

Esse processo de medicalização social do parto, na Europa, de acordo com Silvia Federici (2017), aponta outros motivos por trás da perseguição às bruxas e seus saberes curativos, no período da acumulação primitiva do capital, como a prevenção a roubos devido à crescente privatização da terra e da agricultura. Com a perseguição, as mulheres foram expropriadas do patrimônio do saber empírico curativo, que abriu caminho para o surgimento da medicina profissional, apontada pela autora como uma nova forma de cercamento, indisputável e inacessível às “classes baixas”.

Essa passagem do saber das mulheres para os médicos (a partir do século XVI, nas sociedades europeias), segundo Elisabeth Vieira (2002), se dá com a exigência de comprovação de habilidades e conhecimentos junto a comissões municipais e eclesiásticas. Assim, excluídas do acesso às universidades, e subordinadas pela força da lei a cirurgiões e físicos, foram aos poucos perdendo a hegemonia obstétrica. Afirma Lígia Sena (2016, p. 34) “o conhecimento médico-científico passou a reivindicar para si a exclusividade do manejo e cura de situações antes delegadas a curandeiras”. Elisabeth Vieira (2002) e Lígia Sena (2016) apontam o uso do fórceps obstétrico como saber exclusivamente masculino, médico e científico, estabelecendo o monopólio do uso de instrumentos cirúrgicos.

Na particularidade brasileira, o processo de medicalização e hospitalização, devido à colonização portuguesa, segue com similaridades ao contexto europeu. Mary Del Priori (2013) conta que nos tempos da colonização havia uma convivência entre médicos e comadres (parteiras, curandeiras), uma vez que eram poucos os médicos na Colônia. Ambos concebiam a doença como uma advertência divina, e como uma relação entre doença e culpa, tratavam as enfermidades com ervas, rezas e simpatias.

Porém, diferenciavam-se na produção do conhecimento sobre o parto. De um lado, o conhecimento das mulheres sobre como tratar o próprio corpo, as

enfermidades, meios contraceptivos, abortamento e nascimento, transmitido de mãe para filha, um conhecimento informal. De outro, uma ciência médica que se apoiava na alquimia medieval, na astrologia e no empirismo para fabricar noções sobre o funcionamento do corpo.

Observa-se que o conhecimento das mulheres sobre seus corpos era apreendido na experiência e na troca de saberes entre elas, uma produção de saber artesanal, enquanto que o conhecimento da medicina na Colônia, não estava ainda de acordo com os critérios de cientificidade postulados pela ciência moderna como racionalidade, objetividade, técnica baseada em evidências e neutralidade.

Até à medicalização, houve um processo de transição na passagem para a hegemonia médica, mediada pelo processo de urbanização da Colônia, iniciado com a chegada da Família Real Portuguesa, em 1808. Nesse contexto, se instituem escolas de medicina no Rio de Janeiro e na Bahia, não incluindo o estudo da obstetrícia, devido a barreiras morais ligadas à noção de pudor das mulheres e devido à subalternidade de ser uma especialidade sobre mulheres. Uma reforma no ensino introduz o curso de obstetrícia na Bahia, em 1818, com caráter especulativo e abstrato, uma vez que não dispunha de enfermarias ou de serviços clínicos para mulheres grávidas e parturientes, que possibilitassem o ensino prático da matéria (ANAYANSI BRENES, 1991).

Elisabeth Vieira (2002) demonstra que até o século XIX era comum recorrer às parteiras no Brasil, só se procurava assistência de um médico em casos difíceis ou para ostentar. O ofício era regulamentado pela prestação de exames ao Cirurgião-Mor do Reino. Também foi oferecida a cadeira de Parto nos Hospitais de Misericórdia para as mulheres que desejassem aprender esse ofício. Mas, é apenas em 1832 que tem início o ensino oficial de obstetrícia para mulheres nas duas primeiras faculdades de medicina (ANAYANSI BRENES, 1991). O curso de medicina era iminentemente masculino, e impunha o estereótipo da masculinização, a perda da feminilidade seria o castigo imposto (ELISABETH VIEIRA, 2002).

No entanto, para o desenvolvimento da obstetrícia, era necessário o estudo prático, que só seria possível com a presença das mulheres. A adesão das mulheres às clínicas de ginecologia e maternidades foi propiciada pelo argumento em torno da especificidade feminina. As doenças das mulheres eram vistas como difíceis e acompanhadas de sofrimento e de sensibilidade nervosa, atreladas a outro argumento direcionado às mulheres pobres, em que os tratamentos domiciliares não

eram satisfatórios quanto aos resultados, colocando a necessidade de uma disciplina moral e corporal para essas mulheres (ANAYANSI BRENES, 1991; ELISABETH VIEIRA, 2002).

A questão da moralidade entra como um risco para a instituição desta especialidade, e se agravava quando colocava a honra da família (das elites) e a autoridade de pais e maridos em xeque diante do contato com ginecologistas e obstetras. Outra polêmica com a igreja foi relacionada ao uso da anestesia para alívio da dor do parto. Enquanto a igreja defendia a dor como dever cristão, principalmente em relação ao parto, a medicalização buscava como técnica o manejo da dor.

A polêmica demonstra inicialmente uma disputa de paradigmas: de um lado, a Igreja e a lógica da condenação de Eva, e de outro, a lógica tecnicista da medicina, que promete o alívio da dor e a cura por meio do conhecimento científico e experimental. Aparentemente, se pode inferir que o ponto de encontro entre postulados científicos da medicina e os postulados religiosos da Igreja se encontram no novo papel posto para a medicina, o de regulação social, por meio da medicalização.

Fabíola Rohden (2002) afirma, ainda, que esse processo expõe uma contradição importante, pois os profissionais estavam sujeitos ao questionamento moral ao intervirem no terreno da reprodução e da sexualidade feminina, ao mesmo tempo em que se definiu como “A especialidade guardiã da honra feminina e da regulação das manifestações corporais da mulher”, para assegurar que “a maternidade fosse bem encaminhada, a reprodução garantida e a ordem social cristalizada” (FABÍOLA ROHDEN, 2002, p. 115).

Assim, estavam postas as bases da medicalização social no Brasil, e, especificamente, dos corpos femininos, marcados pela patologização da fisiologia feminina, e pela regulação dos comportamentos das mulheres a partir da relação entre o biológico e o social. Essas bases se consolidam no imaginário social, que legitima a nova forma de intervenção médica sobre os processos de saúde e da vida, a partir do reconhecimento do saber e poder científico como exclusivo, válido e seguro.

Em meados das décadas de 1920 e 1950, por exemplo, foi instituído um modelo de sedação, logo inutilizado após o alto número de mortalidade materna. O modelo que se seguiu e vigora em maternidades públicas brasileiras até hoje, é um

padrão em que as mulheres devem viver o parto conscientes, mas imobilizadas, com o funcionamento do útero acelerado e assistidas por pessoas desconhecidas. E com o uso irracional de tecnologia no parto, como descreve Simone Diniz (1996), ao analisar as contradições técnicas das práticas de “desumanização”, apontando uma mudança de caráter do que seria humanitário, um parto seguro a partir do manejo institucionalizado, mas que, na verdade, se tornou “um conjunto de procedimentos preventivos médicos cirúrgicos que se justificavam para prevenir acidentes que o próprio modelo provocava e confirmava” (SIMONE DINIZ, 1996, p. 175).

É preciso ponderar que o avanço tecnológico da medicina trouxe benefícios para o controle da mortalidade materna e infantil, por exemplo. O que se questiona é o processo contraditório de uma medicina que se configura como um risco social. A violência obstétrica é uma evidência desse conjunto de danos produzidos pelo processo de medicalização e sua iatrogênese clínica<sup>25</sup>, como aponta Ivan Illich (1975), evidenciado no uso abusivo de ocitocina para acelerar os tempos de parto, por exemplo.

Além da expropriação do saber e da alienação do sujeito que se torna objeto de estudo, a medicalização também tem como efeito a dependência da sociedade em relação à clínica médica e outro efeito mais danoso, que é a “empresa médica como ameaça à saúde” (ILLICHI, 1975). Esses dois efeitos se articulam, a dependência vem do desejo de qualidade de vida, as pessoas são ensinadas a desejarem terapias, e as intervenções médicas desnecessárias provocam doenças, é o processo de iatrogênese (do grego iatros = médicos e genesis = origem).

A iatrogênese em relação ao parto é apontada por Lígia Sena (2016), ao problematizar que o conjunto de intervenções desnecessárias no parto hospitalar, a exemplo de cesárias eletivas e da episiotomia, e os danos físicos e psicológicos às mulheres, indicam a sua existência no atual modelo hegemônico de parto. A medicalização intervém em processos normais sobre a fisiologia do sexo feminino, como se fossem eventos patológicos, e transformando-os em danosos.

No discurso médico também se verificava a tentativa de oferecer um parto sem dor, como aponta Simone Diniz (2005), ao discorrer sobre os muitos sentidos da humanização, e sobre as diferentes práticas que, em certa medida, redundaram em outras formas de violação ao direito das mulheres como, por exemplo, a

---

<sup>25</sup> O processo “que engloba todas as condições clínicas das quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são os agentes patogênicos” (ILLICH, 1975).

instituição da cesariana, nesta tentativa de alívio da dor, e o apagamento da dimensão sexual do parir.

A autora ainda argumenta que há uma leitura do parto como algo essencialmente violento, que implica danos e riscos para as mulheres, o que demonstra mais uma vez, a disputa empírica e de concepção sobre a violência obstétrica. Embora o termo tenha surgido recentemente, a relação entre parto e violência aparece no discurso médico sob perspectivas diversas, conforme será analisado no próximo capítulo.

Diante disso, Fabíola Rohden (2002, p. 105) chama atenção para o fato de que “a vida masculina não é problematizada pela medicina a partir da capacidade ou não de reprodução como acontece com as mulheres”. A mulher é identificada com a função sexual/reprodutiva. A autora aponta como exemplo os debates quanto à esterilidade, que, na maioria dos casos, se pressupõe que as causas são femininas. Para ela, a assepsia, antissepsia e a anestesia foram as condições técnicas básicas para que a especialidade médica sobre as mulheres se produzisse.

Essas características de cientificidade e dimensão social se enraízam na formação dos profissionais de saúde, orientada demasiadamente para a técnica, em detrimento de valores éticos e dos direitos humanos, como aponta Simone Diniz (2001), e se constitui como um dos elementos que colaboram com a reprodução da violência obstétrica, como se pode observar nesta citação de uma profissional sobre as episiotomias “*eles têm que aprender, as mulheres são o material didático deles*”, expressa na tese de Simone Grillo Diniz (2001), que expõe a lógica da formação dos profissionais envolvidos na assistência ao parto, que é marcada por uma instrumentalidade tecnicista, bem como expõe uma das características da medicalização que é a objetificação das mulheres como objeto de ensino.

Essa lógica de tratar as mulheres como objeto de aprendizagem e de intervenção é uma marca da colonialidade, da persistência da racionalidade moderna/colonial calcada na dicotomia sujeito/objeto, humano/não humano. Notadamente, o público de usuárias dos hospitais-escola é composto majoritariamente por mulheres pobres e negras, conforme relato de Simone Diniz *et al.* (2016), da fala de Mary Dias, universitária negra, que relatou que em um hospital escola foi submetida duas vezes a episiotomia, e que ouviu quando o médico falou para dois alunos para um cortar à direita e o outro à esquerda.

O tecnicismo é orientado por uma racionalidade impressa pela lógica capitalista da produção do conhecimento, uma ciência a serviço da produtividade, pragmática, que promove a coisificação dos sujeitos. No entanto, a primazia da técnica não significa que as práticas são respaldadas cientificamente. A medicina baseada em evidências é um campo que investiga os benefícios e impactos negativos dos procedimentos. Os estudos têm apontado que práticas invasivas sem indicações clínicas além de desnecessárias produzem danos, fato é que subsidiam recomendações da OMS e portarias do Ministério da Saúde definindo as práticas que permanecem e as que devem ser extintas como a manobra de Kristeller<sup>26</sup>.

Tais recomendações demonstram uma crise de hegemonia do modelo medicalizado, cujas bases são postas pelo movimento de reforma sanitária ao propor um novo modelo de sistema de saúde que em tese desfavorecia a medicalização, principalmente pela afirmação do princípio da integralidade. Esse princípio, ao considerar as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, se coloca radicalmente contra a perspectiva dicotômica de separação entre corpo e mente, por exemplo.

Essa crise é tensionada pelo modelo do parto humanizado e pelas denúncias e reivindicações dos movimentos de mulheres e feministas. As iniciativas do Estado nos últimos anos em direção à humanização do parto significam o resultado das disputas de concepção quanto ao modelo de assistência ao parto, mas também representam uma resposta conciliatória do Estado, ao evitar um embate maior em relação à classe médica, que é a profissão hegemônica no atendimento. Conforme analisado no próximo capítulo, o posicionamento das entidades médicas, embora não consensual (as entidades divergem em relação a alguns pontos), apontam para uma resistência em relação a propostas da humanização do parto e, principalmente, quanto à violência obstétrica.

Segundo Mônica Maia (2010), no século XXI, a enfermeira obstétrica é chamada à cena do parto, enquanto que no século XX o parto se torna um ato estritamente médico. Nota-se que a medicalização cumpriu seu papel, mas não sem tensões. Não é por acaso essa incorporação de outros profissionais na cena do parto é fruto das reivindicações calcadas na perspectiva da humanização, que ao conceber o parto como evento fisiológico e reconhecer o protagonismo da mulher,

---

<sup>26</sup> O ato de empurrar a barriga da mulher para forçar a saída do bebê.

reorganiza o lugar de cada sujeito: enfermeiras obstétricas, no apoio para partos sem complicações, e o médico obstetra, para os casos de risco.

Mônica Maia (2010) também problematiza a hierarquia e desigualdade entre estas duas profissões que figuram atualmente na assistência ao parto brasileira. A autora elenca três aspectos que distanciam essas duas profissões: a autonomia (natureza das profissões), a questão de gênero e as formas de contrato e remuneração de salário.

A profissão médica é liberal, de ensino superior, que durante boa parte da sua história foi majoritariamente masculina. Diferente da atuação liberal do médico, que pode ter seu consultório e recebe por seus serviços, geralmente, em forma de pós-pagamento por ato médico, as enfermeiras são assalariadas. A formação engloba o nível técnico e o ensino superior. Essas são marcas de hierarquias e desigualdades.

Acrescenta-se a essas características, a feminização da enfermagem. Uma profissão histórica e majoritariamente feminina significa dizer que está relacionada ao cuidado, enquanto que a medicina se relaciona ao tratamento. Assim, de acordo com Mônica Maia (2010, p. 68) “a enfermagem é vista como a transferência do trabalho feminino e doméstico, entendido como habilidade “natural” para o cuidado (...)”. Ou seja, é identificada, na sociedade patriarcal – racial e capitalista, não como profissão que constrói e pratica um saber especializado, e sim, como uma reprodução de um saber instintivo, reforçando estereótipos de gênero.

Porém, ambas são profissões aptas e legitimadas pelo Estado brasileiro a atuar na assistência ao parto. Ao adotar a enfermagem em suas políticas, portarias e recomendações fundamentadas na perspectiva do parto humanizado, o Brasil abre a possibilidade de redefinir a profissão, que será central na assistência. Há a possibilidade de um deslocamento. O médico, que figura como central, passa a ser eventual, nos casos de risco para a mulher e a criança. E a enfermeira, como já mencionado, passa a ser central no apoio e acompanhamento, e até outras sujeitas como doulas e parteiras, uma vez que se compreende que o parto não é um ato medicalizado.

Esta disputa pela centralidade da profissão na atenção ao parto pode explicar a resistência da classe médica em incorporar as práticas preconizadas pela Humanização do Parto e adotadas pelo Ministério da Saúde. Verifica-se a resistência, mais uma vez, nos apontamentos da pesquisa *Nascer no Brasil* (2014),

que caracteriza bem qual o modelo de assistência vigente no País (o da medicalização).

Diante do exposto, até aqui, é importante apresentar o modelo de parto humanizado, e, posteriormente, uma reflexão sobre as mediações conjunturais e estruturais que incidem na materialização do modelo de humanização do parto e da permanência da medicalização.

#### 4.2 O MODELO DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO NA CONTRAMÃO DA MEDICALIZAÇÃO

Contrapondo-se ao modelo de medicalização, que propicia e promove a violência obstétrica, o modelo do parto humanizado se constitui como instrumento de enfrentamento a este fenômeno no âmbito da prática da assistência ao parto, e como estratégia discursiva que abre o diálogo com profissionais e reafirma os direitos sexuais e reprodutivos. Os direitos sexuais e reprodutivos, por sua vez, também são uma estratégia discursiva dos movimentos feministas e de mulheres, para garantir avanços quanto à autonomia e sexualidade delas, conforme já apontado nesta tese.

O contexto do surgimento dessa proposta de modelo e tipo de parto no Brasil tem suas bases tanto no movimento de reforma sanitária, como das reflexões e lutas feministas em relação à sexualidade e que posteriormente se configuraram como direitos sexuais e reprodutivos. No entanto, é imprescindível destacar que as lutas em torno da saúde pública não tiveram início e nem se encerraram com o movimento de reforma sanitária, é antes legatário de lutas históricas das mobilizações negras no período pós-abolição, e se intensificam na metade do século XX com forte expressão dos movimentos populares (JUREMA WERNECK, 2016), bem como no conjunto das reivindicações da classe trabalhadora por políticas sociais.

A humanização do parto é fruto de lutas e da organização internacional das mulheres e feministas, que, segundo Simone Diniz (2005), questionam desde a metade do século passado o modelo de sedação no parto e a medicalização dos corpos femininos. Já no Brasil, no contexto da ditadura militar, as mulheres questionavam o binômio mãe e bebê, além da visão restrita das políticas quanto à saúde da mulher reduzida à reprodução. Como expressão da organização das

mulheres se tem a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), em 1984, pelo Ministério da Saúde.

O cenário da redemocratização, a Constituição de 1988 e a instituição do SUS abrem caminho para uma série de iniciativas governamentais em direção à humanização do parto, fruto também, da decisiva organização dos profissionais da assistência ao parto que tencionavam a medicalização a partir da proposta da humanização do parto, e que na década de 1990 criaram a Rede de Humanização do Parto (ReHuNa).

As iniciativas governamentais começam timidamente na década de 1990, no contexto da ofensiva neoliberal, com corte de investimentos públicos em detrimento de pagamento da dívida externa, com impacto no desenvolvimento das políticas públicas recém-firmadas na Constituição de 1988. Contudo, foram instituídas normas e portarias no sentido da humanização, a exemplo da portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999, que cria o Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. E, em 2000, é instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, firmando estratégias de redução de cesarianas nos estados e Distrito Federal (HELIANE SANTOS EMARLEI ARAÚJO, 2016).

No decorrer dos anos 2000, com os governos de esquerda do Partido dos Trabalhadores, se intensificam as iniciativas em direção à humanização do parto, embora com a implementação de um modelo socioeconômico desenvolvimentista, que tentava alinhar investimentos sociais e abertura econômica para o capital externo. E, ainda, com a aproximação com as pautas dos movimentos de mulheres e feministas, movimento negro entre outros, ao mesmo tempo em que sucumbia ao modelo privatista para o SUS. É neste cenário contraditório que se avança com relação à legitimidade do paradigma de parto humanizado, mas que não significa a sua materialização.

No entanto, na primeira década, se emitem esforços em relação ao combate ao óbito materno, com a portaria do MS, nº 653/GM, em 2003, que estabelece que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória. E o lançamento, em 2004, do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Também se institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism), na direção da afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos (HELIANE SANTOS E MARLEI ARAÚJO, 2016).

Destaca-se ainda a lei do acompanhante, nº 11.108/2005, que garante o direito ao acompanhante, durante todo o processo de parto. Observa-se que essa lei pode propiciar duas situações beneficiárias às mulheres: primeiro que ela traz a possibilidade de o pai ou qualquer outro acompanhante do sexo masculino (excetuando o médico, a figura masculina não é comum no cuidado da parturiente) estar na cena do parto, colaborando com o processo de consciência e de senso de responsabilidade no cuidado do outro (da mulher e da criança), tarefa que é imposta exclusivamente às mulheres.

A segunda situação tem relação com a inibição da violência obstétrica. Além de evitar a solidão da mulher na hora do parto, a presença de outra pessoa aliada à mulher pode pôr limites em situações de violência e ainda reafirmar as escolhas da parturiente. No entanto, uma das expressões da violência obstétrica é a própria violação dessa lei.

Na presente década, destaca-se ainda como iniciativas a criação pelo MS, em 2011, da Rede Cegonha, na perspectiva de garantia do atendimento desde a unidade básica de saúde até o acesso aos leitos, e o mais recente, que é a portaria de nº 306, que regula as cesarianas. Mesmo diante do estabelecimento da Rede Cegonha, ainda se verifica conforme a pesquisa Nascer no Brasil (2014), a permanência da peregrinação por maternidades em busca de leitos, principalmente entre as mulheres negras, o que demonstra a persistência do racismo institucional, assim como permanece o alto número de cesarianas.

Apesar da exposição das contradições, é preciso que se diga que há experiências de humanização do parto na rede pública de saúde, a exemplo do Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, que é referência nacional em humanização e boas práticas do parto. O hospital conta com Centros de Parto nas suas dependências. Os partos são feitos por enfermeiras obstetras, e em 2012, o número de cesarianas foi 25% menor do que a média da rede pública do País.

Porém, em 2017, o hospital pediu socorro, por vivenciar uma grave crise econômica, que veio no esteio do avanço do neoliberalismo, após o golpe sofrido pela presidenta Dilma Roussef, em 2016, e a cascata de medidas que limitam os orçamentos públicos, federal e de entes da federação. Essas condições de precariedade dos serviços serão problematizadas no próximo ponto deste capítulo.

Retomando a reflexão do papel estratégico da humanização do parto no enfrentamento à violência obstétrica, destaca-se que, segundo Simone Diniz (2015),

esse é um termo que permite dialogar com os profissionais sobre a inadequação das atuais práticas na atenção obstétrica. Ao empreender a crítica ao modelo de assistência e não ao profissional, abre-se, em tese, a possibilidade de debater e imprimir outra cultura na atenção ao parto.

Dentro dessa perspectiva, a medicina baseada em evidências é outro mecanismo que colabora com o redirecionamento de práticas invasivas e com o fim da utilização dos corpos femininos para treinamento de estudantes. Assim, pode ser definido o parto humanizado como:

Aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível ou, então, o que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor, e com seu consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado (ROSAMARIA CARNEIRO, 2015).

Ao defender um modelo com menos intervenção, propicia a autonomia das mulheres. Quanto mais intervenção, menos autonomia, menos escolhas conscientes são realizadas e respeitadas, desdobrando em violência obstétrica, por significar a violação dos direitos das sujeitas sobre os seus corpos e sexualidade.

O caso de Adelir Goes<sup>27</sup> exemplifica como se dão esses desdobramentos em violência. Ela sofreu várias manifestações de violência obstétrica, não foi informada sobre os reais riscos, não teve sua escolha respeitada, posteriormente foi obrigada judicialmente a se submeter a uma cesariana, e por fim, foi negada a presença do acompanhante, desrespeitando a Lei nº 11.108/2005. Segue o relato feito pela médica obstetra e ativista pelo parto humanizado, Melania Amorim, publicado em seu blog “Estuda, Melania estuda”:

No dia primeiro de abril de 2014, em plena madrugada, uma mulher de Torres - RS que se encontrava em trabalho de parto foi coagida e retirada de sua casa à força após mandado judicial, por policiais armados e sob ameaça de prisão, sendo levada sob custódia para um hospital público conforme determinado por uma Juíza para que fosse submetida a uma cesariana que ela não queria. Essa mulher se chama Adelir Carmen Lemos de Góes e o caso foi fartamente divulgado na imprensa e discutido nas redes sociais.

A decisão judicial se fundamentou no parecer de uma única médica, sem direito ao contraditório, sem que a mulher tenha sido ouvida, sem que fossem apresentadas provas, sob o pretexto de se proteger a vida do nascituro, alegando-se que esse estaria em risco de vida porque a mãe tinha duas cesáreas anteriores e o bebê estava em apresentação pélvica. Também se alegou que a gestação era

---

<sup>27</sup>Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com/2014/?view=classic> Acessado em 08 de agosto de 2018

prolongada, mas depois foi apresentada a ultrassonografia demonstrando gravidez de 40 semanas.

Ao chegar ao hospital, que não teve direito de escolher, Adelir já se encontrava com 9cm de dilatação e mesmo assim foi realizada a cesariana, SEM QUE FOSSE PERMITIDA A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE, desrespeitando-se assim a Lei 11.108 de 7 de abril de 2005, que garante esse direito durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Esse relato expõe o total desrespeito à autonomia de Adelir, sua escolha foi desconsiderada e o controle sobre ela foi levado ao extremo com a médica recorrendo à justiça. O que demonstra, primeiramente, como a medicalização social se encontra arraigada na sociedade brasileira e no Estado. O fato de a juíza sequer procurar ouvir o contraditório, ou precisar de qualquer prova para subsidiar a sua decisão é uma evidência da legitimidade e exclusividade da fala médica como absolutamente competente.

No entanto, as justificativas para a realização da cesariana, segundo Melania, não são absolutas, ela se ancora na medicina baseada em evidências para contrapor os argumentos da colega, que alegou serem fatores de risco o fato de a parturiente ter tido duas cesarianas anteriormente e pelo fato de o bebê estar pélvico (sentado):

Mulheres com duas ou mais cesáreas podem parir. Bebês em apresentação pélvica podem nascer por via vaginal. Não preciso me remeter a centenas de estudos, basta considerar os guidelines do ACOG, que consideram o parto vaginal uma opção razoável nesses casos, desde que esse seja o desejo da mulher. Além do que, não é obrigatória a interrupção da gravidez depois de 41 semanas, a própria revisão sistemática da Cochrane demonstra que sendo o risco absoluto de morte perinatal pequeno, a conduta expectante pode ser uma alternativa e as mulheres devem tomar a decisão depois de esclarecidas sobre riscos e benefícios (MELANIA AMORIM, 2014).

Ciente de que poderia ter outra interpretação para o seu caso, Adelir afirma, em entrevista ao Jornal Folha de São Paulo<sup>28</sup>, que informou ao hospital que queria uma segunda opinião, uma vez que se sentiu enganada nos dois partos anteriores: o primeiro foi uma cesariana indicada com a justificativa de não ter dilatação e no segundo, a indicação foi porque estava com 41 semanas. Ela afirmou, ainda, que estudou muito sobre parto e que estava sendo acompanhada por uma doula.

---

<sup>28</sup>Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1435071-meu-parto-foi-roubado-afirma-mae-forcada-a-fazer-cesarea-no-rs.shtml> Acesso em 08 de agosto de 2018

Ao jornal O Globo<sup>29</sup> (2014), ela rebateu a acusação de que fugiu do hospital:

Ela (a médica Andreia Braga de Castro, que fez o primeiro atendimento) disse que eu tinha que assinar (o termo de responsabilidade) como se estivesse fugindo dali, que não era ela me liberando. Eu aceitei assinar, mesmo como fugitiva, porque o acordo que eu tinha feito com as enfermeiras era de que eu iria só para ser avaliada. Mas já queriam me segurar para o parto de cesariana. Assinei esse papel só para poder sair e tentar entrar em trabalho de parto em casa – relatou (ADELIR GÓES).

Diante do desrespeito a sua escolha, Adelir utiliza como estratégia sair do hospital, numa tentativa de escapar da violência institucional, e é quando por meio da justiça, a violência institucional é reiterada. Esse caso evidencia a violação dos direitos sexuais e reprodutivos, no sentido de que a sexualidade da mulher e o parto como evento que é parte da sua sexualidade é alvo do controle do Estado. Como afirmou Adelir à Folha de São Paulo, “Tive meu parto roubado”.

O constrangimento a que foi exposta pela violência institucional, perpetrada, pelo que Melânia Amorim nomeou de conluio médico-judicial, poderia ter colocado a parturiente e a bebê em risco, como sugere a entrevista ao jornal o Globo:

Me senti muito frustrada e chateada por não poder exercer meu direito. Quando chegou o oficial de Justiça, com polícia, viatura e ambulância, tomei um choque. Ficaram nos aterrorizando de que se não cumpríssemos o mandato meu marido seria preso. Logo na hora em que eu mais precisava dele. Para não entrar em confusão, acabei aceitando – narrou depois de receber alta (ADELI GÓES).

A justificativa de risco para o bebê por parte da médica, e a referência ao direito do nascituro, significa que a mulher é objetificada como um suporte para o bebê, e não como uma sujeita ética, que tem condições de decidir sobre o seu próprio corpo. Em nenhum momento foi questionado o porquê uma mãe colocaria seu filho em risco. Sobre isso, afirma Adelir ao Jornal O Globo:

Não sou radical, nunca quis ter minha filha em casa e nem estava disposta a uma aventura em nome de uma causa. Queria apenas um parto humanizado. Estou feliz por eu e minha filha estarmos sadias, mas triste porque me senti sequestrada – lamentou.

Essa narrativa expõe também as tensões entre as concepções de parto e de modelo de assistência no Brasil. E faz concluir que o modelo de humanização do parto, ao considerar os direitos sexuais e reprodutivos e se basear nas evidências

---

<sup>29</sup>Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/mae-obrigada-fazer-cesariana-tem-alta-promete-processar-hospital-12082074> Acesso em 08 de agosto de 2018.

científicas, representa um modelo que verdadeiramente respeita e propicia a autonomia das mulheres, exigindo do Estado esforços para a sua materialização.

Assim, no ponto que segue, é problematizada como a mercantilização da saúde se apresenta como um limitador para a materialização desse modelo, e, em contrapartida, como se institui enquanto um dos determinantes da violência obstétrica.

#### 4.3 A MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE E DA VIDA DAS MULHERES E O MOINHO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A materialização do modelo de humanização do parto necessita de condições objetivas e subjetivas para se realizar, quais sejam, a adoção por parte dos profissionais da assistência das práticas recomendadas pela OMS e preconizada no PNHP, a adequação da ambiência hospitalar com a aplicação dos recursos, e a ampliação da autonomia da mulher e a presença de outros sujeitos na cena do parto, como doulas, parteiras e os acompanhantes.

No entanto, o cenário é o de desmonte do Sistema único de Saúde (SUS). Uma das faces é a da precarização dos serviços e das condições de trabalho, a outra que se articula diretamente com a primeira é a faceta da mercantilização da assistência à saúde. A rede suplementar se beneficia do sucateamento da rede pública, transformando um direito (a saúde) em mercadoria.

Esses desmontes surgem no bojo do avanço do neoliberalismo em escala mundial na década de 1980 e impactam, a partir da década de 1990, no direcionamento político-econômico e sociocultural do Brasil, devido a sua característica heteronômica em relação ao capital estrangeiro. Dentro desse desenho, as políticas sociais que lograram um avanço na Constituição de 1988, fruto da organização política de movimentos sociais desde a década de 1970, sofrem ataques em resposta aos processos de reestruturação produtiva do capitalismo. Esses ataques, sob novas formas, continuam a ser empreendidos nos anos 2000, capitaneados pelo projeto do novo desenvolvimentismo. E, atualmente, se encontram mais radicalizados em função de uma retomada ultra-neoliberal no País.

Nesse contexto, como demonstram Maria Inês Bravo *et al.* (2018), a saúde está em disputa a partir de três projetos, dois deles com suas bases emergindo no

período anterior à democratização e ao marco político da Constituição de 1988, a saber: o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária, antagônicos entre si.

O projeto privatista, com sua lógica orientada pelas regras do mercado e fundamentada na exploração da doença como principal fonte de lucros, e que representa os interesses do setor privado nacional na área da saúde, com vínculos fortes com o complexo financeiro industrial médico, hospitalar, farmacêutico e de insumos. Enquanto esse projeto era propiciado pelos governos militares no Brasil, as lutas sociais e sindicais (Movimento pela Reforma Sanitária) empreendiam a crítica ao modelo médico assistencial previdenciário, que colocava o projeto privatista em movimento, reivindicava a saúde como um direito social, a ser garantido por políticas públicas intersetoriais, com qualidade, atendendo as necessidades da população e sendo executadas primordialmente pelo Estado.

Maria Inês Bravo *et al.* (2018) apontam ainda que as disputas entre esses projetos se inscrevem no desenvolvimento do sistema capitalista em sua fase neoliberal, entrando em cena um terceiro projeto: o da Reforma Sanitária Flexibilizada. Esse projeto adquire contornos próprios diante das contradições do processo de implementação do SUS.

Esse projeto flexibiliza eixos da Reforma Sanitária original, ao sofrer inflexões do subfinanciamento das políticas públicas, lança mão de arranjos institucionais, mecanismos gerenciais, entre outras características. É favorecido também nos governos petistas, por meio da “continuidade de políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da Seguridade Social, a articulação com o mercado e a manutenção da política de ajuste fiscal” (MARIA INÊS BRAVO *et al.*, 2018, p.10).

Observa-se nessa disputa de projetos a disputa entre a satisfação das necessidades das classes trabalhadoras e os interesses do capital financeiro. Historicamente, o Brasil tende a responder às necessidades do capitalismo, reiterando um lugar de subalternidade na divisão internacional do trabalho.

Nessa disputa com o mercado, as classes trabalhadoras que, por não possuírem o controle do capital financeiro, os meios de produção ou a posse de grandes latifúndios, necessitam da proteção do Estado por meio da Seguridade Social, e seu desdobramento no tripé saúde, previdência e assistência, são o alvo da violação de direitos, em nome da manutenção do sistema capitalista.

A manutenção do capitalismo obedece à Lei Geral de Acumulação Capitalista, que combina a produção de mais valia à venda de mercadorias para aumentar os lucros. Quando há um descompasso entre a produção de mercadorias e o consumo, eclodem as crises no interior do sistema, exigindo que o capital desenvolva mecanismos para se restaurar. Essa dinâmica da crise e da restauração incide nas relações sociais e implica o direcionamento da intervenção do Estado, possuindo, assim, significados diferenciados para os capitalistas (trata-se de seu poder ameaçado) e para os trabalhadores (submissão intensificada), conforme afirma Mota (2009).

As respostas que o capitalismo precisa dar às crises se manifestam por meio dos regimes de acumulação, somados ao modo de regulamentação social e política. Isto é, para que esse mecanismo se desenvolva, é necessário contar com a adesão dos agentes político-econômicos, ou seja, trabalhadores, capitalistas, funcionários públicos, financistas (DAVID HARVEY, 2010). No entanto, essa adesão não é absoluta, os movimentos sociais empreendem a resistência.

A manutenção do *Modus Operandis* do capital ocorre, dentre outros mecanismos, por meio da ideologia. Uma das estratégias da dominação se dá por meio das instituições da sociedade, ao internalizarem nos indivíduos os valores morais de uma classe, de um sexo, de uma raça como universais, naturalizando, assim, as relações sociais e tentando controlar as reações a estes sistemas. Porém, este processo não se dá e nem se deu sem resistência. As lutas sociais com maior ou menor poder de organização sempre estiveram presentes na disputa por hegemonia, a exemplo do projeto de Reforma Sanitária.

A universalização destes valores é justificável pela naturalização presente na argumentação do pensamento liberal, como nos aponta Ellen Wood (2001, p. 26), “tende-se a se associar a uma teoria da história na qual o capitalismo moderno é o resultado de um processo quase natural e inevitável que segue certas leis universais, transitórias e imutáveis”.

Essa naturalização é funcional à manutenção do sistema, posto que a legitimação ao que aparece como universal não abre espaço para o diferente, reforçando a heteronomia a esses valores, ao passo que estabelece a ideia de que nada precisa ser transformado, contribuindo para a construção de um comportamento conformista, passivo e/ou fatalista diante do que está estabelecido na sociedade. As lutas sociais como resultado da negação desta sociabilidade

burguesa tendem, basicamente, a dois caminhos: um de acordo com esta abstração de que é possível humanizar o capital, e outro que enxerga que só a superação deste sistema garantirá a emancipação humana.

Neste sentido, o discurso das entidades médicas se volta para a crítica da precarização dos serviços como causa da violência obstétrica, mas sem aprofundar a crítica em relação às determinações dessa precarização. Conforme a fala do CREMEPE, as condições precárias de trabalho, tanto nos serviços públicos quanto nos privados, afetam os atendimentos às usuárias, ao problematizar as condições de trabalhos nas maternidades privadas:

A dinâmica uterina leva mais ou menos dez horas até a conclusão do parto vaginal e isso em condições normais. Agora, imagina todas essas horas fazendo partograma e acompanhando toda a dinâmica uterina para receber esse valor que os convênios estão pagando? O CFM achou aviltante essa situação e apontou que se poderia fazer a cobrança”, justificou o presidente do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE), André Dubeux. Ele enfatizou que apesar da normativa federal o assunto ainda gera polemica entre a própria categoria. “Há críticas, inclusive, dentro do conselho porque não deixa de mercantilizar isso. Mas, a rede suplementar remunera muito mal”, ponderou (FOLHAPE, 2017).

As condições de trabalho precarizadas são parte do pacote da mercantilização, a lógica é pela busca dos lucros e não pela valorização do trabalho. Esse é um processo que se torna mais acirrado em conjunturas neoliberais que propiciam a liberdade do mercado, e a diminuição da regulação deste por parte do Estado. Exigindo a organização e resistência das classes trabalhadoras.

Dessa forma, o quadro atual para as lutas das classes, diante da reestruturação produtiva, tem se configurado mais como resistência e defesa dos direitos conquistados do que na ampliação deles, em especial no contexto dos países periféricos, como o Brasil. Assevera Ana Elizabete Mota:

As saídas adotadas pelos capitais internacionais para restaurar/ aumentar os níveis de acumulação e valorização em todos os países de economia capitalista vão desde o desenvolvimento de novas tecnologias, restrição de direitos trabalhistas e outras conquistas sociais até uma forte ofensiva, junto aos países periféricos, no sentido de estes contribuírem, de modo mais direto, na transferência de excedentes de valor (ANA ELIZABETE MOTA, 2012, p. 154).

Todas estas modificações incidem diretamente nas respostas às reivindicações por direitos, ou seja, por meio das políticas sociais, como assinala Elaine Behring (2003), ao mostrar que estas mudanças no âmbito do capital requerem uma refuncionalização do Estado, justificando, assim, a implementação de

uma contrarreforma mistificada como uma crise administrativa, acompanhada de um desprezo pelo padrão constitucional de seguridade social (ELAINE BEHRING 2003, p. 155). Diante desta conjuntura de retração das políticas, os setores mais oprimidos da sociedade brasileira sentiram com mais veemência os impactos nas condições de vida.

Ana Elizabete Mota *et al.* (2012) elucidam que nos governos da América Latina, e no Brasil dentro do contexto, nos anos 2000, encontrar-se-á a proposta do novo desenvolvimentismo com o discurso de comportar o crescimento econômico com equidade e sustentabilidade ambiental. Esse discurso afirma também uma posição anti-imperialista e direcionada ao desenvolvimento nacional. Mas, o que parece desmontar a histórica heteronomia da economia desses países periféricos com o capital estrangeiro se apresenta como mecanismos ideológicos justificadores dos ajustes econômicos.

Souza Filho e Gurgel (2016) afirma que os governos petistas, entre outras medidas, não alteraram o perfil da reforma administrativa implementada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso, continuaram a expandir a presença do capital privado na ordem econômica, e ampliaram as parcerias público-privadas a partir de concessões. “Na verdade, encontramos a manutenção da estrutura da dependência e, por consequência, a dinâmica de restrição dos recursos do fundo público para a inversão em políticas sociais” (SOUZA FILHO E GURGEL, 2016, p. 186).

Essa conjuntura tende a se agravar, a partir do impeachment da presidenta Dilma Rouseff, em 2016, com a intervenção do Governo Temer, em que se assistiu uma guinada neoliberal. Maria Inês Bravo *et al.* (2018) apontam que:

No governo Temer temos a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado através da coalizão Saúde que serão abordados a seguir.

Os desafios estão postos, sem a viabilização das políticas sociais não há a materialização dos direitos. Tais retrocessos não são aceitos passivamente pelo conjunto da sociedade. Maria Inês Bravo *et al.* (2018) também pontuam os mecanismos de luta, como os Fóruns de Saúde e a Frente Nacional contra a

privatização da saúde. No campo específico da humanização do parto, também há a resistência a partir da organização de profissionais, feministas e movimentos de mulheres que reafirmam os direitos sexuais e reprodutivos como estratégicos.

O que está colocado com essa reflexão é que, ao compreender as múltiplas determinações que materializam a violência obstétrica, é possível articular um conjunto de estratégias de enfrentamento. Apontam ainda que a direção é em uma perspectiva antissistêmica, ou seja, antirracista, antipatriarcal e anticapitalista, a superação das desigualdades só é possível em uma perspectiva interseccional.

O percurso empreendido até aqui objetivou apresentar e problematizar os determinantes da violência obstétrica apontados pelas sínteses reunidas nesta pesquisa, quais sejam, os determinantes estruturais ou sistêmicos (patriarcado, racismo e capitalismo), e conjunturais (medicalização do parto e mercantilização da saúde nas conjunturas brasileiras).

O esforço foi no sentido de compreender a violência obstétrica e fornecer a fundamentação teórica para a análise dos documentos das entidades profissionais envolvidas na assistência ao parto, que será realizada no capítulo que segue. A análise é em busca das evidências quanto à disputa empírica, teórica e política que o objeto conforma.



Harmonia Rosales, "The Birth of Oxum". 2017 - O nascimento de Oxum

*Moço, cuidado com ela!  
Há que se ter cautela com esta gente que menstrua...  
Imagine uma cachoeira às avessas:  
Cada ato que faz, o corpo confessa.  
Cuidado, moço  
Às vezes parece erva, parece hera  
Cuidado com essa gente que gera  
[Elisa Lucinda – Aviso da lua que menstrua]*

## 5 AS DISPUTAS IDEOPOLÍTICAS EM TORNO DO CONCEITO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

As contribuições teóricas que foram apresentadas nos capítulos anteriores ajudaram a pensar sobre a violência obstétrica, demonstrando que a sua materialidade expressa a interseccionalidade entre as relações desiguais de gênero, raça e classe social. Esses determinantes que conformam a violência são também constitutivos das disputas discursivas, são marcadores que definem quem pode falar e sobre o que se pode falar.

Contudo, os movimentos de mulheres ativistas e feministas posicionaram-se frente à violência obstétrica, denunciando e problematizando sobre ela. Conforme apontam Simone Diniz *et al.* (2015), desde a década de 1980 já abordavam a questão, porém, foi uma pauta negligenciada diante de outras, que volta a ser debatida largamente no começo desse século. Mas, segundo Lígia Sena (2016), o problema não era nomeado de violência obstétrica, esse termo é utilizado há menos de uma década. Antes se referia à violência institucional no parto ou várias outras denominações.

Outros sujeitos também denunciaram a violência obstétrica, eram profissionais, ativistas e instituições que acabaram por fundar a Rede de Humanização do Parto, em 1993. Como apontam Simone Diniz *et al.* (2015, p. 03), “a sua carta de fundação, parte do reconhecimento das ‘circunstâncias da violência e constrangimento em que se dá a assistência’”. Mas, apontam ainda que a instituição decidiu “não falar abertamente sobre violência, favorecendo termos como ‘humanização do parto’, ‘promoção de direitos das mulheres’, temendo uma reação hostil dos profissionais sob a acusação de violência”. E foi justamente o que aconteceu.

Inicialmente, de forma empírica, notava-se uma resistência de parte da categoria médica em relação ao termo violência obstétrica, questionava-se o termo “obstétrico”, e disputavam também as definições do que poderia ser caracterizado por violência obstétrica. A partir desse pressuposto, a análise documental que segue busca, a partir do discurso das entidades médicas sobre a violência obstétrica, responder a seguinte questão: *A violência obstétrica é um termo cunhado por ativistas e feministas que expressa um tipo específico de violência imposto às mulheres no âmbito da assistência a gestação e parto. Inaceitável para a maioria*

*dos/das médicos/as obstetras e reafirmado pelas mulheres: o que ocasiona essas disputas?*

Neste sentido, o objetivo geral deste trabalho é analisar as disputas em torno das definições sobre a violência obstétrica e a interseccionalidade de gênero, raça e classe que comporta. Dessa maneira, foram definidos como corpus da pesquisa, 07 documentos de 03 entidades médicas: Federação Brasileira de Ginecologia e Obstétrica (Febrasgo) e Federação Nacional dos Médicos (Fenam). Acrescentou-se o Conselho Federal de Medicina (CFM) e um documento da Rede de Humanização do Parto. Acrescentam-se também relatos de 04 casos de violência obstétrica comentados por ativistas e feministas em blogues da internet.

A análise busca ainda responder aos objetivos específicos do trabalho: 1) identificar as definições de violência obstétrica nos documentos dos órgãos representativos de classe dos profissionais da assistência ao parto; 2) sistematizar as concepções teóricas e ideopolíticas, presentes nos documentos que norteiam os posicionamentos dos movimentos de mulheres, feministas e ativistas contra a violência obstétrica; 3) e refletir sobre as concepções teóricas e ideopolíticas que fundamentam os posicionamentos acerca da violência obstétrica. A problematização teórica sobre essas questões foi realizada ao longo do trabalho e culmina com a sistematização e análise dos documentos no presente texto.

Diante dessa disputa em torno do termo e definições sobre a violência obstétrica, é necessário situar de qual perspectiva a análise será realizada. Do ponto de vista teórico e ético-político, essa narrativa traz a perspectiva dos feminismos, em especial do feminismo negro, que busca identificar as interseccionalidades como determinantes dos fenômenos que atingem as mulheres negras. Coerente com essa postura ética e teórica, a análise empreendida até aqui é de inspiração no método materialista dialético que busca desvendar as determinações, os significados, tendências e contradições do objeto de pesquisa. E, conforme Octávio Ianni (2011, p. 402), em relação à importância de se estudar as ideias e explicações sobre os fenômenos, “(...) a realidade histórica, os fatos não estão inocentes de interpretações, já estão impregnados de interpretações”.

Importante também situar que não se trata de uma análise sobre a intervenção de outra profissão e seu projeto profissional e, sim, de uma análise da assistência ao parto, da qual o assistente social pode ser parte integrante da equipe e pode atuar como pesquisador que reflete sobre essa assistência e a satisfação

das necessidades das mulheres. Não se trata de interferir ou adentrar nas atribuições privativas médicas, mas, sim, de questionar o modelo de assistência a partir do lugar dos feminismos e da crítica à medicalização do parto, que não o enxerga como ato médico.

## 5.1 CORPUS DE ANÁLISE

As disputas discursivas em torno da violência obstétrica são compostas pelo embate do discurso médico, que se coloca como discurso competente e o contradiscurso dos movimentos de mulheres, feministas, ativistas e profissionais pelo parto humanizado. Na busca de desvelar o discurso dito competente, o corpus da pesquisa se constituiu nos documentos produzidos pelas entidades médicas, uma vez que o foco da pesquisa é a crítica ao discurso ideológico sobre a violência obstétrica. Acrescentaram-se ainda 04 estudos de casos expressos em textos de blogs da internet, elaborados por intelectuais ativistas pelo parto humanizado, e intelectuais feministas militantes do feminismo negro.

A pesquisa documental visou responder as questões formuladas a partir dos objetivos específicos: 1) Quais as definições de violência obstétrica presente nos textos? 2) Quais as concepções teórico-políticas que fundamentam os posicionamentos? As perguntas foram destinadas aos documentos das entidades médicas que representam o discurso médico hegemônico, aqui analisado enquanto discurso “competente”.

O contradiscurso aparece na minha posição teórico-política, assim como nas falas que trago a partir dos 04 casos analisados. Trago em cada um dos casos a memória e a narrativa da mulher vitimada pela violência e da mulher que elabora teoricamente e politicamente sobre essa violência. Cada caso aqui apresentado foi exposto em blogs, configurando um ativismo cibernético que se utiliza das redes sociais para denunciar e problematizar violações de direitos e reivindicar enfrentamentos e políticas sociais.

Conforme já relatado, majoritariamente são as mulheres pobres e negras que são afetadas pela violência obstétrica, mas não só elas, as brancas também são, porém cada grupo de mulheres é alvo da violência de forma diferenciada. Há uma forte relação entre a violência obstétrica, notadamente da negligência, contra

mulheres negras que levam à mortalidade materna, e, conforme os dois casos aqui problematizados, a consequência desse tipo de violência para as mulheres negras é fatal.

No entanto, é do lugar da produção do conhecimento e da militância política que esse tema é problematizado, um lugar hegemonicamente branco e de classe média. As mulheres que problematizam a violência obstétrica, conforme Rosamaria Carneiro (2015), possuem este perfil, são ativistas da causa materna e nem sempre feministas. Destaco que é importante que este movimento incorpore as pautas das mulheres negras, a exemplo da diminuição da mortalidade materna.

Ainda no âmbito das disputas discursivas, situo que há duas frentes de disputas que se articulam: A primeira disputa é entre o movimento de mulheres ativistas do parto humanizado e movimento feminista, e a parcela da classe médica que defende o modelo intervencionista de atenção à gestação e ao parto. A outra disputa acontece no âmbito profissional, entre parte da categoria médica que se filia ao paradigma intervencionista de atenção ao parto e outra parte da classe médica que defende o paradigma da humanização do parto.

Assim, se apresentam como sujeitos da disputa as **Mulheres: usuárias, ativistas e feministas**: O conjunto heterogêneo de mulheres, que por meio das suas falas informam suas experiências de parto violento, ou que por meio da militância problematizam a violência obstétrica, colabora com a visibilidade e politização da mesma. É um conjunto diverso devido a marcadores de raça, classe, sexualidade, geração entre outras características, mas, também diante do tipo de organização que se encontram, conforme Rosamaria Carneiro (2015), ativistas e feministas, em relação às pautas da maternidade, vivenciam tensões. De um lado, um ativismo materno que não é necessariamente feminista, de outro, organizações feministas que muitas vezes não priorizam as pautas ligadas à maternidade. No entanto, os documentos que foram abordados demonstram o enfrentamento à violência obstétrica como uma pauta comum, e a defesa da autonomia da mulher e dos direitos sexuais e reprodutivos.

Dessa forma, foram escolhidos 04 casos que ganharam repercussão da mídia e fomentaram debates em torno da violência obstétrica, que aconteceram entre 2002 e 2016, sendo um na região Sul, outro na região Nordeste, e dois na região Sudeste. Desta forma, os documentos ficaram nomeados apresenta o Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Casos de violência obstétrica

Casos	Experiência e memória da violência obstétrica	Problematização da memória	Concepções Teóricas e Ideopolíticas
<b>Caso 01:</b> <b>Adelir Goes</b>	Em 2014, na cidade de Torres-RS, <b>foi obrigada pela justiça, a pedido de uma médica, a realizar cesariana sem o seu consentimento.</b>	O caso foi veiculado no blog da <b>Obstetra e ativista</b> <b>Melania Amorim</b> : “Estuda, <b>Melania estuda</b> ”.	Afirma a existência da violência obstétrica a partir dos argumentos da medicina baseada em evidências e dos direitos sexuais e reprodutivos.
<b>Caso 02:</b> Ísis (nome fictício)	Em 2014, na cidade de Natal – RN, uma mulher que não quis se identificar foi alvo de uma série de abusos, e após a partir da exposição pelo médico nas redes sociais, <b>teve a violência obstétrica reiterada pela mídia local.</b>	A <b>pesquisadora e ativista feminista Ligia Moreiras Sales</b> divulgou o relato da mulher em seu blog “Cientista que virou mãe”	Violência obstétrica como obstrução dos direitos da mulher e dos direitos sexuais e reprodutivos.
<b>Caso 03:</b> <b>Alyne Pimentel</b>	Em 2002, na cidade de Belfor Roxo-RJ, <b>mulher negra e periférica</b> , que por conta de <b>negligência no atendimento teve por causa morte materna.</b>	O caso foi problematizado pela <b>jornalista Juliana Gonçalves</b> no blog “Blogueiras negras”.	Análise interseccional da violência com foque na relação entre racismo, violência obstétrica e mortalidade materna.
<b>Caso 04:</b> <b>Rafaela Santos</b>	<b>Mulher negra, periférica e adolescente (15 anos)</b> , que em 2015, no Rio de Janeiro, assim como Alyne, <b>morreu por causa materna, em consequência da negligência.</b>	O caso foi problematizado pela <b>enfermeira e Doutora em saúde pública Emanuele Goes</b> , ao blog Geledes Instituto da Mulher Negra.	Análise interseccional da violência com foque na relação entre racismo institucional, violência obstétrica e mortalidade materna.

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

As entidades médicas também constituem os sujeitos dessa disputa, e assim, como estratégia de tentar evidenciar essa disputa, a partir dos questionamentos quanto a Violência Obstétrica, os documentos destas entidades formam o corpus de análise dessa pesquisa. Registro que, esses documentos, não

significam consenso da categoria, há dissensos, a exemplo dos profissionais que compõem a ReHuNa. Assim, foram definidas as entidades nacionais de medicina: Conselho Federal de Medicina (CFM) e Federação Nacional dos Médicos (FNM), e a instituição específica da classe das/os médicas/os obstetras: A Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

Dessa forma, foram levantados os documentos nos portais das entidades, buscando pelo descritor específico “violência obstétrica”, uma vez que a busca era sobre a crítica ao uso do termo “obstétrica”. Os portais apresentaram textos produzidos no período de 2012 a 2018 (tendo como contextualização para a escolha – o documento da Rede Parto do Princípio “Violência Obstétrica: Parirás com dor”, de 2012, por representar o primeiro documento ao utilizar o termo violência obstétrica), tendo sido utilizados todos aqueles encontrados.

Além dos documentos das entidades médicas, acrescentei um documento da Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) como contraponto a uma resolução do CFM sobre a cesariana eletiva. A ReHuNa é uma organização da sociedade civil, criada em 1993, que atua em rede de associadas/os em todo o Brasil. Tem como objetivo principal a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas. Possui um papel fundamental na estruturação do movimento de humanização do parto/nascimento.

A ReHuNa é composta por profissionais, ativistas e instituições que têm como missão apoiar, promover e reivindicar “a prática do atendimento humanizado ao parto/ nascimento em todas as suas etapas, a partir do protagonismo da mulher, da unidade MãeBebê e da medicina baseada em evidências científicas”.

A ReHuNa é uma parceira das ativistas e feministas no enfrentamento à violência obstétrica, e que também protagoniza uma disputa no interior da assistência ao parto, que é a disputa pelo modelo de atenção adequado.

O Quadro 2 a seguir apresenta a caracterização dos documentos analisados e as categorias que foram exploradas e interpretadas neste capítulo da tese.

Quadro 2 – Documentos analisados (continua)

Documento	Título do documento	Contexto	Conceitos de violência obstétrica e concepções teórico-políticas que fundamentam o documento
<b>Fenam 01 - Federação Nacional dos Médicos</b>	Conduta Obstétrica não pode ser confundida com violência (2014);	Contexto: Repercussão da Pesquisa Nascer no Brasil (2014), sobre o modelo de assistência ao parto no Brasil. Texto produzido e veiculado na página eletrônica da entidade com o objetivo de informar que a conduta obstétrica não poderia ser confundida com violência. Tem como interlocutor a sociedade.	Não reconhece a Violência obstétrica, reconhece uma Violência praticada pelo estado. Defende que o que vem sendo chamado de violência obstétrica por parte da atuação dos profissionais são, na verdade o uso de tecnologias. Perspectiva intervencionista.
<b>CFM 01 Conselho Federal de Medicina</b>	Recomendação do CFM sobre partos em ambiente hospitalar, em 2012;	Contexto: mobilizações de ativistas pelo parto humanizado. Texto é uma normativa endereçada aos profissionais médicos, pontuando os riscos do parto domiciliar.	Parto visto como um evento de risco. Mobilização das categorias autonomia e risco para justificar o posicionamento intervencionista, e do argumento de progresso da ciência e da tecnologia.
<b>CFM 02 Conselho Federal de Medicina</b>	A Carta ao Leitor – Revista Época (2015) em defesa dos médicos e rebatendo denúncia da reportagem Parto com Respeito (03/08/2015),	Contexto: denúncia através de reportagem da revista Época sobre violência obstétrica. Texto: objetiva defender a categoria médica e apontar a responsabilidade do Estado em relação a violência contra gestantes e recém-nascidos. Interlocutores: leitores da revista.	Nega a existência de uma Violência obstétrica. Defende que existe uma violência do estado e eventuais erros médicos.
<b>CFM 03 Conselho Federal de Medicina</b>	Resolução CFM Nº 2.144/2016 que garante a autonomia do médico e da gestante sobre a realização de parto cesariano	Texto: Normativa, direcionada aos profissionais médicos, que delimita a realização de cesariana eletiva somente a partir da 39ª semana de gestação. Contexto: a persistência de elevadas taxas de cesarianas no país desde 1985, segundo a OMS.	Utilização da categoria autonomia para justificar a realização de cesarianas eletivas. Apesar da postura intervencionista, estabelece um cuidado de assegurar até a 39ª para realização da cesariana.

Quadro 2 – Documentos analisados (continuação)

Documento	Título do documento	Contexto	Conceitos de violência obstétrica e concepções teórico-políticas que fundamentam o documento
<b>Febrasgo 01 Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia</b>	Contra a violência obstétrica (2017);	Texto: elaborado pela Comissão de Defesa e Valorização do Profissional, visando abordar as distorções a respeito do tema. Contexto: avanço da visibilidade e do debate da violência obstétrica na mídia e nas redes sociais.	Reconhece a violência obstétrica, com ênfase no papel do Estado para sua ocorrência, mas afirma que há distorções quanto a sua compreensão; Estratégia de silenciamento ao qualificar as ativistas pelo parto humanizado enquanto passionais e pouco racionais.
<b>Febrasgo 02 Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia</b>	Recomendações Febrasgo para temas controversos (2018).	TEXTO: traz recomendações sobre as práticas de assistência ao parto com o objetivo de evitar acusações de violência obstétrica. Interlocutor: profissionais de saúde. Contexto: Ampliação da visibilidade e do debate a cerca da violência obstétrica na mídia e nas redes sociais, bem como no interior das categorias que atuam na assistência ao parto.	Reconhecimento da violência obstétrica com proposta de enfrentamento.
<b>REHUNA 01: Rede pela Humanização do Parto e Nascimento</b>	Posicionamento do ReHuNa quanto às definições para o parto cesariano.	Texto: posicionamento em resposta a Resolução CFM Nº 2.144/2016. Com o objetivo de problematizar a cesariana eletiva. Contexto: A permanência de altas taxas de cesariana eletiva no Brasil.	Defesa da humanização do parto. Não intervencionista.

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

## 5.2 MEMÓRIAS E EXPERIÊNCIAS DE PARTO COMO AFIRMAÇÃO DA FALA DAS MULHERES SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica hoje é considerada uma questão de saúde pública. O caminho para o reconhecimento político do Estado sobre a questão foi tensionado

pelo movimento feminista desde a década de 1980, no Brasil, e conforme já enunciado nesta tese, o Ministério da Saúde empreendeu esforços de enfrentamento, mas no sentido da humanização do parto. Há também as iniciativas das operadoras do Direito ao promover audiências públicas, debates, campanhas, materiais informativos e projetos, a exemplo da cartilha “Humanização do Parto: Nasce o respeito”, do Ministério Público de Pernambuco, além das medidas que exigem o combate à violência obstétrica nos municípios e estados.

Porém, apesar de as raízes deste enfrentamento terem sido feministas, no início do século XX, por meio das redes sociais na internet, ativistas pelo parto humanizado, não necessariamente feministas, lideraram as lutas em torno desta pauta. Na verdade, a pauta da violência obstétrica vem acompanhada pela luta pela humanização do parto, e é conhecida como pauta do ativismo materno.

Rosamaria Carneiro (2011) afirma que a sua pesquisa demonstrou que as ativistas pelo parto humanizado se colocam em uma margem totalmente oposta às feministas. O que é bastante curioso, quando se percebe que é no lastro do reconhecimento social da violência contra a mulher, fruto do tensionamento das lutas feministas sobre o Estado, e também da luta pelos direitos sexuais e reprodutivos que a violência obstétrica ganha visibilidade. Na verdade, as tensões em relação às questões da maternidade giram em torno do essencialismo presente em alguns movimentos e posturas individuais e coletivas das ativistas pelo direito materno. Mas, não necessariamente, as ativistas se contrapõem radicalmente às feministas, há ativistas que também se reivindicam feministas.

Outra diferença crucial é que no ativismo materno violência obstétrica e humanização do parto **são as pautas** em torno das quais o movimento se organiza, enquanto que para as diversas entidades feministas a violência obstétrica, e não necessariamente a humanização do parto, **é uma pauta** entre tantas outras, mas que foi oportunizada pelas pautas centrais como enfrentamento à violência de gênero. O que é evidenciado na atuação da Rede Feminista de Saúde e no trabalho de ONGs como o Grupo Curumim<sup>30</sup>, que tem como objetivo o fortalecimento da cidadania das mulheres, ou seja, bem mais amplo do que a pauta do parto humanizado, mas que possui uma grande contribuição política para a causa.

---

<sup>30</sup> Disponível em: <http://www.grupocurumim.org.br/> Acessado em 23 de dezembro de 2018.

Contudo, ativistas e feministas se mobilizam para dar visibilidade e problematizar a violência obstétrica. Conforme expressam Lígia Sena e Charles Tesser (2017), há um ciberativismo de mulheres mães que expressam, por meio da rede, experiências de parto e socializam informações que são mobilizadas por outras mulheres na negociação com o profissional sobre o parto.

Essas falas de mulheres, sejam dos relatos das próprias experiências, sejam da problematização por parte das intelectuais sobre a violência obstétrica, contribuem para a memória coletiva sobre este fenômeno, ao mesmo tempo em que desafiam as rígidas concepções tecnicistas do modelo intervencionista. Ousar falar, partilhar e divulgar experiências individuais que quando analisadas em conjuntos constroem uma narrativa sobre as violências vivenciadas pelas mulheres a partir do ponto de vista da diversidade de mulheres. A preservação da memória significa a preservação de uma parte da história constantemente anulada, deslegitimada, demonstrando mais uma vez a marca da colonialidade.

María Lugones (2014, p.938), ao problematizar sobre esta colonialidade do poder, do saber e do ser, afirma que a transformação civilizatória promovida pelos dominadores europeus na América “justificava a colonização da memória e, conseqüentemente das noções de si das pessoas, da relação intersubjetiva (...)”. Assim, o apagamento da memória por meio da deslegitimação dos povos colonizados e das suas formas de ser (cultura, economia...), contribuíram com o próprio processo de colonização, ao apagar a memória, o que resta é uma cultura atribuída, formas de organização da sociedade atribuída, identidade atribuída.

A memória colabora com o processo coletivo de consciência sobre esse tipo de violência, ao passo que também demonstram a materialidade e a recorrência com o que acontece. Ao falar, se constroem conhecimentos sobre a violência obstétrica, conhecimentos produzidos pelas experiências individuais e coletivas. Quando a fala é ouvida, há um deslocamento do lugar de vítima imposto pela violência, para o lugar de sujeito que elabora interpretações sobre essa violência e contribui, assim, coletivamente para seu enfrentamento.

Diante disso, é importante afirmar que os casos trabalhados nessa tese, foram veiculados na mídia nacional, mas que nem sempre a versão das mulheres foi a que apareceu, como no caso de Ísis, estigmatizada como a “mulher comedora de placenta”, conforme a chamada do jornal. Foi justamente o blog de uma ativista pelo parto humanizado que veiculou a versão da mulher (que não quis se identificar).

Com este título *“Não. Ela não é uma “comedora de placenta”. Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila mulheres no Brasil”*, o relato da mulher foi exposto no blog Cientista que virou mãe. O relato de Ísis, ao mesmo tempo em que demonstra a sua consciência em relação à violência obstétrica, expõe a materialidade da violência e suas várias modalidades:

Quando meu pai chegou na sala de atendimento o obstetra foi logo dizendo que não ia me atender, que se precisasse fazer alguma coisa ele não ia fazer, porque estava sozinho, e assim, manifestamente e na presença de todos que comigo estavam, me violentou pela primeira vez, negando-me atendimento. Pedi a meu pai que fossemos embora, pois a coisa não ia funcionar daquele jeito. Mas ele não concordou, estava muito apreensivo, e cansado. Resolvi ficar. Não sabia que estava naquele momento assinando minha sentença de morte. Eu tinha ouvido que eu iria pro quarto. Pensei: tudo bem, eu vou parir no quarto, deve estar pertinho e eu só preciso de um quarto. Mas não tinha leito no Papi, e não me encaminharam para outro hospital. Eu deveria ficar ali mesmo, esperando. Foi então quando o doutor resolveu me examinar. Essa violência foi um pouco mais dolorosa. Ele fez um toque, rompeu minha membrana, gritei de dor. Sua mão saiu de dentro de mim lavada com meu sangue e um pouco da minha integridade, que aos poucos ele terminaria de arrancar de mim nas três horas e meia seguintes. Pedi para ficar nua, e me foi dito que eu não poderia ficar nua, pois naquele hospital eu deveria seguir os protocolos. Consegui ficar apenas com a bata cobrindo-me os peitos. Aceitei a analgesia. Não sabia eu que ali estava o ápice da dominação do meu ser, pois sem sentir as pernas eu não poderia me defender, sair andando, correndo, não poderia mais fugir do massacre, eu me tornaria um animal indefeso (CASO 02).

Importante observar que os blogs não são apenas repositórios dos relatos, as autoras tecem análises sobre os mesmos, recorrem a pesquisas para fundamentar o posicionamento. E são também espaços de fórum de discussão, no qual as mulheres debatem sobre o tema. Conforme a análise que Ligia Sales elaborou, ao veicular no blog Cientista que virou mãe, o relato de Ísis:

Eu, que estudo a violência obstétrica e as práticas que a constituem, somente lendo sua entrevista (e os prints de sua publicação na rede social), pude identificar o que aconteceu, a motivação, a luta dessa mulher contra a separação mãe-bebê, o preconceito, a desinformação, a má prática, a luta contra a medicalização e a violência institucional e muitos outros pontos que nos dão uma visão aproximada de algo que acontece, infelizmente, ainda muito pouco: a reivindicação explícita dos direitos das mulheres no parto e contra a violência obstétrica. Mas acontece que encontrar mulheres suficientemente empoderadas para tal é evento tão raro que, quando acontece, elas são ridicularizadas e expostas pela mídia como "surtadas", "comedoras de placenta" ou "irresponsáveis que colocam a vida dos filhos em risco e precisam de medidas legais que as

acuem e as obriguem a uma cesárea contra sua vontade", como aconteceu com Adelir Carmem Lemos de Góes, em abril deste ano (CASO 01).

A análise de Ligia Sales também revela o que as mulheres nomeiam de violência obstétrica, em geral, um conjunto de práticas e intervenções que são discriminatórias, abusivas, que negam os direitos sexuais e reprodutivos, e ferem a autonomia das mulheres, mediante sequestro da decisão sobre o seu corpo, sexualidade e sobre o evento do parto.

É importante, ainda, resgatar a memória do próprio movimento, como forma de legitimar essa caminhada política. Assim, a visibilidade da violência obstétrica nestes últimos anos é fruto das estratégias coletivas. Os movimentos foram pioneiros em busca de evidenciar e caracterizar o fenômeno. Reuniram depoimentos, construíram dossiês (Rede Parto do Princípio – Violência Obstetra “Parirás com dor”) e continuam a mapear, a exemplo da iniciativa da Artemis, de coletar os depoimentos das mulheres sobre suas experiências de parto, a partir do Mapa da violência obstétrica.

No entanto, as configurações atuais do enfrentamento à violência obstétrica parecem gravitar em torno da reivindicação do Parto Humanizado e não se constituem como uma luta exclusiva do movimento feminista, englobando outros sujeitos coletivos, como redes de profissionais, parteiras, pesquisadoras e mães (feministas ou não), a exemplo da ReHuNa, composta por profissionais e ONGs ligadas a grupos feministas autônomos – o Coletivo Feminista, de São Paulo, o Curumim e o Cais do Parto, de Recife – sendo que esses dois últimos já atuavam com parteiras tradicionais (CARMEN SUSANA TORNQUIST, 2004).

Compõem essa rede entidades como a Artemis, associação criada para combater a violência obstétrica, o Grupo Curumim, que se denomina “entidade civil feminista e antirracista, sem fins lucrativos ou econômicos, de âmbito nacional e duração ilimitada, com personalidade jurídica de direito privado”, e a Rede Parto do Princípio, que congrega mulheres usuárias do sistema de saúde, com foco nos direitos sexuais e reprodutivos e na maternidade consciente. Essas entidades e muitas outras que se organizam também por meio da blogosfera definem em suas pautas o tipo de maternidade que reivindicam: “Maternidade Voluntária, prazerosa e amparada”. E isso em nada colide com os feminismos.

A associação entre violência obstétrica e violação dos direitos sexuais e reprodutivos também aparece na leitura dos movimentos sobre a violência

institucional, como na análise de Melania Amorin, no blog “Estuda, Melania estuda”, ao problematizar o caso de Adelir, já se evidencia pelo título: *“Feminismo, direitos reprodutivos e evidências: reflexões sobre o caso da cesariana forçada de Adelir, em Torres-RS. CESARIANA CONTRA A VONTADE DA MULHER - O CRIME DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA”*.

Importante situar primeiro o acontecido. Adelir Goes foi ao hospital no início das contrações, estava decidida por um parto normal, era seu terceiro parto, e os anteriores foram cesarianas, realizados a partir de argumentos injustificáveis. Ela se apropriou do assunto e tinha o acompanhamento de uma doula. Mesmo assim, ouviu da médica do hospital que ela não poderia ter parto normal, e utilizou de argumentos questionáveis.

Diante do ocorrido, percebendo que iria ser submetida novamente a uma cesariana, Adelir assinou o termo de responsabilidade, e combinou com a enfermeira que esperaria as contrações em casa, para tentar reverter a indicação prematura da cesariana. Foi quando a médica acionou a justiça, com o argumento de risco para o bebê, e foi prontamente assistida. Adelir foi buscada pela polícia em sua casa e levada ao hospital. Dito isto, segue a análise de Melania:

Submeter uma gestante a uma cesariana à força, sob coerção do Estado, através de mandado judicial, é um absurdo: cadê o respeito à AUTONOMIA, um dos pilares da Bioética? Ainda que houvesse indicação absoluta de cesariana, só se admite submeter um indivíduo a um procedimento cirúrgico sem seu consentimento formal em condições de risco iminente de vida (ex.: uma cesariana por DPPNI com choque hemorrágico), o que não era o caso.

Segundo absurdo: não havia indicação absoluta de cesariana. Mulheres com duas ou mais cesáreas podem parir. Bebês em apresentação pélvica podem nascer por via vaginal. Não preciso me remeter a centenas de estudos, basta considerar os guidelines do ACOG, que consideram o parto vaginal uma opção razoável nesses casos, desde que esse seja o desejo da mulher. Além do que, não é obrigatória a interrupção da gravidez depois de 41 semanas, a própria revisão sistemática da Cochrane demonstra que sendo o risco absoluto de morte perinatal pequeno, a conduta expectante pode ser uma alternativa e as mulheres devem tomar a decisão depois de esclarecidas sobre riscos e benefícios.

Terceiro e não menor absurdo: a justificativa desse ato arbitrário foi "o direito do nascituro", o que juridicamente me pareceu um absurdo, porque a "expectativa de direito" do nascituro - que sequer se encontrava em risco iminente de vida - não pode se sobrepor ao direito da mulher de recusar um procedimento que pode trazer sérios riscos para sua saúde. Cesarianas, e sobretudo cesarianas repetidas, se associam a aumento do risco de hemorragia, infecção,

lesão de bexiga, lesão de intestino, hemotransfusão, histerectomia e morte materna (CASO 01).

A fala de Melania comporta ainda uma particularidade, além de feminista e se posicionar em defesa da autonomia da mulher, ela também detém o discurso técnico por ser obstetra. Ela confirma o saber de Adelir, que foi negado, desconsiderado até o extremo, com a entrada do Judiciário no caso. Um dos pilares centrais dos direitos sexuais e reprodutivos é a autonomia, o direito de decidir com liberdade e livre de violência sobre a sua sexualidade e reprodução. No entanto, o relato das mulheres na rede de internet, representado por esses dois relatos expressos, revelam o total desrespeito à escolha da mulher.

O que está em questão é a disputa pelo protagonismo no parto, mas é uma disputa em condições extremamente desiguais. Primeiramente pelos determinantes sexistas, raciais e classistas, que são acionados para estereotipar pessoas e desqualificar suas falas. E como se trata de uma relação, essa fala é descredibilizada em relação a uma fala legítima, e neste caso o discurso médico aciona o argumento do conhecimento técnico-científico para legitimar o seu discurso como o discurso competente.

Também por isso a violência obstétrica é um tipo de violência contra a mulher, se manifesta contra as mulheres pela sua condição de gênero feminino, na sociedade patriarcal. Conforme Pateman (1993), no patriarcado todos os homens se sentem donos de todas as mulheres, a menos que essa mulher tenha um dono específico, no âmbito privado.

Na esfera pública, todos se sentem donos das mulheres, o Estado, o Mercado, instituições religiosas, por exemplo. É o que legitima o fato de um profissional acionar forças repressivas para fazer impor a sua decisão, em detrimento da decisão da mulher sobre um processo que ocorre em seu próprio corpo. Ao negar a autonomia da mulher, nega-se a sua condição ética, de sujeito que em plenas faculdades mentais tem condições de decidir livremente por alternativas, ponderando os impactos com responsabilidade.

Assim, a violência obstétrica não só evidencia que o patriarcado permanece vivo, como também revela como funciona a colonização do outro, por meio da medicalização do parto e da medicalização social no geral. Coloniza-se o outro a partir de um olhar de fora, que estigmatiza, obstrui o acesso à cidadania, mobilizando os marcadores que identificam o sujeito ou sujeita, como nos casos de

Alyne e Rafaela, mulheres negras que apresentam o mesmo padrão de violência obstétrica, a negligência no cuidado e atenção, que caracteriza a violência por omissão, aquela que ao negar a assistência coloca o outro em risco. Este padrão revela o componente racista da violência obstétrica, conforme sintetiza Emanuelle Goes sobre o caso de Rafaela:

As mulheres sofrem violência tanto no parto, quanto na situação de abortamento. Mesmo as que dão “a luz” não estão salvas de serem violentadas institucionalmente. Porque na verdade o grande problema é o SER, mulher negra jovem de periferia, estas categorias sociais/identitárias definem ou ajudam muito na decisão do profissional de como serão tratadas as pessoas que acessam os serviços de saúde (CASO 04).

Nos casos de Rafaela e Alyne, destaco que, uma vez que a violência obstétrica atinge a diversidade de mulheres de forma diferente, as mulheres negras, nesse processo, têm como desfecho da violência a mortalidade materna, que começa com recorrentes formas de negligências, ou seja, a ausência do cuidado, a manifestação do racismo institucional contra essas mulheres. Não por acaso a mortalidade materna figura como uma das principais pautas de luta do feminismo negro no Brasil. Isso revela ainda a interseccionalidade dessas relações desiguais de gênero, raça e classe que comportam a violência.

Enquanto Adelir foi obrigada a passar por uma cesariana, com a justificativa de garantir a integridade do bebê, Rafaela Santos era uma adolescente, e não foi protegida com o discurso do cuidado à criança e à própria adolescente. Ela não foi ouvida quando disse sentir dores fortes de cabeça, passou 05 horas sem atendimento. Nesse caso, a negligência e a falta de cuidado tornaram a cesariana necessária, e, provavelmente, como se tratava de um corpo negro, isso não foi considerado. Morreu com quadro de eclampsia, que poderia ter sido evitado.

O caso de Alyne Pimentel é bem anterior a esses três casos, data de 2002, e rendeu ao Estado brasileiro uma condenação do Comitê CEDAW da ONU – Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, de indenizar a família de Alyne. A morte de Alyne tornou-se símbolo da violência obstétrica. Ela morreu de hemorragia interna, causada pela série de negligências às quais foi submetida. Procurou o hospital com dores e vômitos, sequer investigaram o seu caso, mandaram-na para casa. Ela carregava um bebê morto e a partir daí outras situações de negligências se sucederam.

A jornalista Juliana Gonçalves, na ocasião em que escreveu sobre o caso de Alyne para o blog das Blogueiras negras, estava grávida, e expôs a sua preocupação em relação ao seu parto, uma vez que tinha a mesma característica física de Alyne, uma mulher negra:

Negra, pobre e moradora de área periférica, a descrição de Alyne se encaixa perfeitamente com a minha. Sua imagem em preto e branco surgiu em minha mente dias depois de descobrir que estava grávida. O medo de um pré-natal no SUS, de não ter um atendimento respeitoso, de ter a minha saúde e a do meu bebê negligenciada fixou na minha mente o rosto daquela jovem de 28 anos como eu, grávida de seis meses como eu, negra, como eu (CASO 03)

Essa fala revela o medo em relação aos relatos de terror, que muitas vezes informam os relatos de parto. Esse clima de medo do parto “normal” é utilizado para vender a cesariana como parto seguro. Essa forma de persuasão também é uma forma de violência obstétrica. A fala de Juliana também indica que a violência obstétrica pode acontecer em toda a gestação e não só na cena do parto, o que justifica a adequação do termo “obstétrica” para nomear a violência, no lugar do uso do termo “institucional”.

Apresentada as principais falas aqui elencadas para materializar e justificar o uso do termo violência obstétrica, tão questionado pelo discurso médico, afirma-se que as mulheres não reagem de forma passiva à violência obstétrica, elas utilizam estratégias de dar visibilidade e enfretamento. Mas, quando as sujeitas se insurgem contra a violência obstétrica, estratégias de silenciamento são mobilizadas como que para guardar um segredo, nos dizeres de Grada Kilomba (2016).

### 5.3 SOBRE SEGREDOS E SILENCIAMENTOS

As disputas em torno do conceito ou do termo que nomeia a violência obstétrica, entre as ativistas e feministas e o discurso médico hegemônico, revelam condições desiguais para os interessados. Na sociedade patriarcal, a fala das mulheres e de outros grupos subalternizados não goza de credibilidade. Conforme o caso de Adelir, que se quer foi ouvida com relação à denúncia feita pela médica. Em contrapartida, a médica foi acatada de imediato, sem questionamentos, o que sugere um privilégio.

Pode-se ainda questionar, “mas, a médica é mulher e teve sua fala legitimada”, porém, em uma perspectiva de interseccionalidade, observa-se que se

associam características que conformam de variadas formas as desigualdades e violências. Assim, o gênero não é o único determinante, ele se associa à raça, classe e status social, no caso da médica. Significa dizer que ela teve seu pedido acatado pela justiça, não por ser a fala de uma mulher, mas, sim, por se tratar da fala de uma obstetra, alguém que é tida como especialista e que, portanto, tem o conhecimento válido.

Ao se questionar a fala das mulheres sobre a violência obstétrica pelo viés da deslegitimação, reitera-se a violência e seus determinantes patriarcais e coloniais voltam a operar. A tentativa de silenciamento guarda um segredo, mas, ao mesmo tempo, provoca-se: o que se quer esconder? Ou melhor, o que se quer preservar? Essa é uma disputa pelo poder exercido sobre o parto e sobre a produção do saber sobre ele. O silenciamento funciona como mordaza ou como “máscaras metafóricas”, conforme Grada Kilomba (2016, p. 12) “Nossas vozes são silenciadas ao proferir conhecimentos, posicionam de volta para as margens como conhecimento ‘desviado’ e desviante”.

Não significa que as mulheres não devem ser questionadas ou que suas formulações não podem ser alvo de disputas. O que significa é que essa disputa envolve interesses que precisam estar claros, mas que se encobrem na deslegitimação da fala do outro como passional (ou seja, não neutra) e irracional (sem conhecimento válido). Conforme essa argumentação:

Muito vem se falando sobre violência obstétrica, não raro com um viés equivocado, tendendo a distorções ao gosto deste ou daquele interlocutor. Daí a relevância de uma análise aprofundada da questão, levando em conta prioritariamente a qualidade e excelência da assistência às gestantes (FEBRASGO 01).

“Portanto, tem de ter critério, não se pode manifestar ideias irresponsáveis compradas, de um modo geral, por certas ativistas que muitas vezes agem de maneira passional e com pouca racionalidade para análise crítica dessas questões”, adverte César Eduardo Fernandes (FEBRASGO 01).

Apesar de a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) elaborar o documento “Recomendações Febrasgo para temas controversos (2018)”, constituindo um avanço no reconhecimento da violência obstétrica, a fala destacada acima foi publicada um ano antes (2017). O que sugere que há disputas internas em relação ao tema e que o debate vem avançando dentro dessa organização.

No entanto, a fala destacada é problemática, por colocar a disputa em um capô de reiteração da violência ao deslegitimar a fala das mulheres e apresentar ideias estereotipadas sobre as ativistas. O que a Febrasgo denomina como “distorções” ao gosto do interlocutor é o discurso dissonante, que representa outra perspectiva que não a oficial, e que, sim, é uma concepção comprometida com os interesses de um segmento: a quem interessa a denúncia da violência? Quem são as vozes que “muito vem se falando sobre violência obstétrica”? Se existem distorções, é porque há algo que deve ser conservado: a concepção hegemônica e legitimada sobre o tema, pairando abstratamente acima de interesses, em nome da ciência “pura”.

Os elementos presentes nesse discurso representam a colonialidade do saber e do poder, por apresentar uma concepção de ciência que se coloca como a única “válida”, a partir de uma racionalidade colonial/moderna que impõe como padrão uma noção de ciência que se diz neutra, objetiva e universal. Assim, o ponto de vista tecnicista e intervencionista se proclama como o “verdadeiro” conhecimento da violência. Quais seriam os critérios conclamados para poder falar sobre a violência obstétrica? Quem pode falar sobre violência? Nesta fala, temos a resposta para o nosso questionamento acima: Quem são as vozes que “muito vem se falando sobre violência obstétrica”? São as vozes das “ativistas que muitas vezes agem de maneira passional e com pouca racionalidade”.

Essa categorização da fala do outro como passional e irracional é uma tentativa de silenciamento e de desqualificar o discurso das ativistas. Essas afirmações repõem para as ativistas o lugar historicamente imposto às mulheres, o lugar fora da razão e da inteligibilidade. Promove a colonização do outro. Conforme Alice Puleo (2000), o patriarcado, enquanto sistema social e o seu discurso legitimador, tomará a forma cultural hegemônica de cada sociedade. Na sociedade brasileira, a **ciência** é o discurso hegemônico.

Assim, Marilena Chauí (2007, p. 19) define como discurso competente “aquele que pode ser proferido, ouvido e aceito como verdadeiro e autorizado”, se trata de um discurso instituído, que restringe sobre o quê se fala, quem fala, quando e onde. A fala competente se confunde com uma linguagem institucionalmente permitida ou autorizada, passa pelo reconhecimento prévio de quem pode falar, “em fim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizados segundo os cânones da esfera da sua própria competência” (MARILENA CHAUI, 2007, p. 19).

O discurso competente é o discurso científico, mas não é qualquer discurso científico, conforme a autora. Cabe ao discurso competente o papel de reprimir o pensamento e o discurso científico, por isso afirma “a ideologia contemporânea é cientificista” (MARILENA CHAUI, 2007, p. 19). Faz com que o discurso legitimado seja incontestável.

Dito isto, aparentemente se coloca uma polêmica, que na verdade é falsa, que é a interpretação dicotômica e simplista de que há uma disputa entre o saber médico instituído e legitimado (o saber competente sobre o parto), em contraposição ao irracionalismo e instinto feminino que advoga interferir no conhecimento técnico, sem base científica e hipoteticamente colocando o coletivo de mulheres em risco diante do exercício **supostamente** ilegal da profissão médica. Essa interpretação é falsa a partir de algumas premissas:

- 1) Conforme discutido no tópico três deste trabalho, o parto passou a ser um evento medicalizado, o que significa dizer que processos naturais e sociais passaram a ser tratados como doença ou risco de doença pelo conhecimento científico da saúde. Dessa forma, o evento do parto em condições normais exige o mínimo de intervenção possível, mas, por se tratar de uma atividade humana, envolve certo nível de técnica, que não se circunscreve exclusivamente no âmbito da ciência. Envolve, ainda, o desenvolvimento do saber de um segmento de mulheres parteiras, comadres e doulas sobre os corpos das mulheres e o trabalho de parto. Como se vê, um saber calcado na observação e na experiência e que é repassado por gerações;
- 2) O reconhecimento do parto como um evento que não é patológico não exclui o reconhecimento dele como passível a se tornar um eventual risco para a mulher e a criança. O risco de uma complicação no parto exige uma técnica complexa, que utilize o que há de mais avançado na medicina para garantir a vida e a saúde da mulher e da criança. Este seria o lugar exclusivo do médico obstetra e este não está em disputa. Nenhum movimento de mulheres e feminista reivindica o controle dos procedimentos cirúrgicos, mas, sim, o controle sobre seus próprios corpos, suas escolhas e o protagonismo em um evento que não é necessariamente patológico;

3) Há uma disputa em relação à assistência ao parto e esta não é dicotômica entre quem defende a violência e quem defende a humanização, pelo contrário, conforme aponta Diniz (2005), há muitos sentidos na humanização. A disputa é calcada na concepção do que seria um parto humanizado e ela se expressa nos posicionamentos da categoria médica e na sua prática profissional. Mas, uma concepção sobre a violência não anula a existência dela. Mesmo que um procedimento não seja considerado violento a partir de uma determinada concepção, é preciso definir parâmetros que caracterize o que é a violência, não cabendo relativismo.

Essas interpretações equivocadas quanto às reivindicações das mulheres passam pelo que Grada Kilomba (2016) problematiza: não é só quem pode falar que está em questão, é também quem pode ser ouvido. As mulheres falam por meio dos movimentos sociais, disputam políticas públicas que incorporam as suas reivindicações, mas que muitas vezes a materialização se dá de forma deturpada. As ativistas reivindicam um parto natural, os ruídos da comunicação informam que as ativistas querem o fim das cesarianas, quando, na verdade, se reivindica a autonomia de escolher pelo tipo de parto com informação e segurança.

Mas as disputas em torno da violência obstétrica não se dão apenas entre o que o discurso hegemônico coloca como conhecimento leigo em relação ao parto e o conhecimento técnico-científico médico. Ela também se expressa no âmbito da técnica e das profissões que compõem a cena do parto.

#### 5.4 DISPUTAS EM TORNO DO SABER/FAZER: MODELOS DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

No âmbito da disputa pelo modelo de assistência ao parto, ou seja, pela direção/condução dos ritos de trabalho, se revela outra disputa que não se relaciona com o conceito diretamente, que é a disputa pelo protagonismo profissional na cena do parto. Médicas/os, enfermeiras/os obstetras e obstetrizes ocupam lugares diferentes na assistência ao parto, a depender do modelo de atenção prevalecente.

Neste sentido, para o protagonismo da mulher no parto, o modelo humanizado é o que parece favorecer a sua autonomia, na medida em que

reorganiza a lógica do parto, colocando o/a obstetra apenas em casos cirúrgicos, e o/a enfermeiro/a obstetra e o/a obstetriz no apoio à condução do parto.

No entanto, são também desiguais essas disputas entre as profissões: medicina e enfermagem, pelo protagonismo na assistência ao parto. Conforme problematizado no capítulo anterior, trata-se da relação entre uma profissão consolidada e legitimada pelo processo de medicalização social, composta por profissionais liberais, e por ser uma profissão que demanda uma formação onerosa, é composta majoritariamente por pessoas brancas e de classe média alta. O outro polo da relação são as/os enfermeiras/os que têm o status de profissão do cuidado feminizado e por estas características subalternizadas.

Mesmo diante dessas assimetrias, na disputa em torno do modelo de assistência ao parto, o argumento de que o polo divergente não pode falar por não ter um conhecimento técnico-científico, não pode ser utilizado, uma vez que são também médica/os que advogam a humanização do parto e justificam a mudança do modelo acessando o argumento da medicina baseada em evidências.

Por sua vez, os profissionais ativistas da Humanização do Parto, nesta disputa, se colocam como aliados das mulheres nas estratégias de enfrentamento à violência, ao produzir conhecimentos sobre o parto e compartilhar com elas, além de oferecer a possibilidade de uma conformação da assistência em que a autonomia da mulher seja respeitada.

Essa disputa gravita em torno do modelo de atenção ao parto, comportando outras disputas em relação a noções interpretativas, como a noção de **risco** e **cuidado**, que os adeptos do modelo humanizado, assim como os adeptos do modelo interventivo, anunciam assegurar com as suas práticas.

Remete à análise de Simone Diniz (2005) sobre os muitos sentidos tomados pela polissemia do termo humanização englobando diferentes perspectivas que reivindicam a legitimidade do discurso. Uma dessas perspectivas se refere à humanização como legitimidade científica da medicina ou baseada na evidência. Para os adeptos da humanização, cuidado e diminuição do risco significam o mínimo de intervenção na cena do parto. Já na perspectiva interventiva, o uso máximo de todas as tecnologias disponíveis são sinais de avanço no sentido de diminuir riscos e evitar a dor, ou seja, se coloca como cuidado.

Esse paradoxo se assenta na concepção inicial de humanização cunhada no início do século XX, em que o parto é visto como **doloroso** e a mulher como **vítima**

desse evento, colocando para a obstetrícia o papel de prevenir o sofrimento por meio de procedimentos como a episiotomia, no caso do parto vaginal, e da cesariana preventiva, que é o modelo aplicado à maioria das pacientes do SUS no Brasil contemporâneo (SIMONE DINIZ, 2005). Podemos identificar essa perspectiva nas seguintes falas:

Não se pode confundir conduta obstétrica com violência. Todas os recursos técnicos e científicos que norteiam as ações médicas, visando garantir a vida e a integridade do feto e da mãe fazem parte da garantia dos direitos humanos. Renegar o progresso da ciência como fonte de diminuição da mortalidade materno infantil é desconhecer o avanço formidável nessa área.

É obrigação e dever, além de imperativo ético, o médico usar todos os recursos advindos do progresso, da ciência e da tecnologia, disponibilizando-os à saúde da gestante e do bebê (FENAN 01).

A justificativa do uso da tecnologia é, na verdade, a justificativa de um modelo interventivo, contrariando a chamada Medicina Baseada em Evidências (MBE), que preconiza que os cuidados médicos devem ser baseados em evidências empíricas de segurança e eficácia dos procedimentos. Assim, a avaliação científica demonstrou que a intervenção mínima é compatível com a segurança, constituindo, assim, um modelo de parto normal a ser seguido (SIMONE DINIZ; ALESSANDRA CHACHAN, 2006).

As autoras ainda apontam a resistência a esse modelo, os discursos aqui analisados classificam a crítica ao excesso de intervenção como sendo uma demonização de tais práticas:

O problema é que há hoje grupos que dão menor atenção a esses graves problemas, optando por demonizar alguns procedimentos obstétricos, taxando-os indiscriminadamente como uma forma de violência. É o caso do uso da ocitocina, uma substância que ajuda nas contrações durante o parto, para que seja normal e ocorra uma dilatação correta que não leve a parturiente para outra via como a cesárea (FEBRASGO 01)

Nessa fala também se percebe a presença de ruídos na comunicação. Não se trata de demonização ou extinção total de procedimentos, mas da consideração sobre o uso apropriado e não abusivo. A pesquisa *Nascer no Brasil* (2014) mostra um panorama de abuso desses tipos de procedimentos: episiotomias desnecessárias e cesarianas sem indicação são rotinas da prática da assistência no Brasil, denominadas por Simone Diniz e Alessandra Chacham (2006) como o corte por cima (cesariana) e o corte por baixo (episiotomia). E problematizam:

Não há justificativa para a episiotomia de rotina: ela não traz benefícios nem para a mãe e nem para o bebê, aumenta a necessidade de sutura no períneo e o risco de complicações no sétimo dia pós-parto, trazendo dor e desconforto desnecessários (SIMONE DINIZ; ALESSANDRA CHACHAM, 2006, p. 85).

No emblemático artigo científico “A vagina-escola”, Simone Diniz *et al.* (2016) mostram como a episiotomia de rotina é utilizada nas mulheres como treino para os residentes: “(...) em muitas escolas médicas, a episiotomia é a primeira oportunidade dos médicos, de qualquer especialidade, de praticar habilidades cirúrgicas, cortando e suturando a vagina das mulheres pobres” (SIMONE DINIZ *et al.*, 2016, p. 255). Atentamos que quando falamos pobre, sabemos que a maioria é de negras e pardas. Conforme a fala de uma das mulheres que participavam da roda de diálogo do projeto de extensão coordenado por mim, supracitado, quando questionada sobre o possível motivo da violência obstétrica: “Porque somos mulheres, pobres e negras”.

Assim, sobre os procedimentos desnecessários, também aponta Lígia Sena (2016), colocam as mulheres em risco. A medicalização do parto, ao lançar toda sorte de intervenção médica patologizante, contribuiu com o crescente aumento das iatrogêneses (ILLICH, 1975). Ou seja, imprime uma contradição: em nome do controle do risco utilizam-se tecnologias invasivas que expõem a mulher a riscos e a doenças próprias da intervenção médica, conforme Ilich (1975).

Segundo Simone Diniz e Alessandra Chacham (2006), estes procedimentos inadequados, desnecessários e por vezes perigosos, contrastam com a chamada Medicina Baseada em Evidências (MBE), que preconiza uma intervenção mínima e que esteja compatível com a segurança, na assistência ao parto é o modelo a se seguir no caso do parto normal, sendo interferido o processo natural do parto apenas em caso de complicações para a mulher ou para a criança.

Porém, apesar das evidências científicas e das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2014), no documento “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, e do Ministério da Saúde (Política de Humanização do Parto em 2002, por exemplo) que apontam quais práticas são vedadas e quais procedimentos são considerados boas práticas, A Nascir no Brasil (2014), conforme supracitado, mostra que a rotina da assistência tem negado tais parâmetros de humanização do parto.

Diante do exposto, as noções de risco e de cuidado assumem conotações bem diferentes a partir das perspectivas interventiva e humanitária, o que faz também com que se altere a noção do que é violência obstétrica a partir dessas noções.

Outro ponto também em disputa em relação à assistência ao parto diz respeito às escolhas quanto ao local do parto, que também está relacionada com a noção de risco aqui apresentada entre os dois modelos.

## 5.5 AUTONOMIA DA MULHER: LOCAL E TIPO DE PARTO COMO LIMITADORES

O local do parto informa também quem tem o protagonismo no parto. O hospital é o lugar da assistência técnico-científica em primazia, e foi também a partir da institucionalização dele que as mulheres perderam seu protagonismo. Assim, as propostas de criação de casas de partos, da inclusão de doulas e parteiras na cena e do parto domiciliar são estratégias de retomada do poder sobre este processo. E, diante disso, a grande resistência em relação à essas mudanças.

O parto domiciliar foi emblemático em relação a essas disputas aqui tratadas. As marchas pelo parto humanizado e a grande mobilização em 2012, contra a resolução do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro<sup>31</sup>:

A partir desta quinta-feira, dia 19, fica proibida a participação de médicos em partos domiciliares e na assistência perinatal que não seja realizada em maternidades. Está proibida também a ação de parteiras ou qualquer pessoa que não seja profissional de saúde no parto em ambientes hospitalares. As resoluções 265 e 266, publicadas no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro sob as atribuições do CREMERJ, tratam do caso.

As ativistas pela humanização do parto reagiram organizando uma marcha pelo parto domiciliar, cujo tema foi bastante discutido na mídia, e a resolução foi revertida por ordem da justiça. A ReHuNa se posicionou por meio de uma nota em que problematizou as violações de direitos presentes na resolução, além dos descumprimentos de leis e políticas públicas.

No entanto, o CFM, no mesmo ano, lançou o documento “Recomendação do CFM sobre partos em ambiente hospitalar”:

---

<sup>31</sup>Disponível

em: <http://www.cremerj.org.br/informes/exibe/1328;jsessionid=2C2389B8EA14C636148E1BCFD5335690>  
Acessado em 23 de dezembro de 2018

[...] “a realização do parto deve ocorrer em ambiente hospitalar de forma preferencial por ser mais segura”. No entendimento do CFM, há um “falso antagonismo” entre o parto domiciliar e o parto hospitalar que ofusca uma preocupação real: a preservação da vida e do bem estar da gestante e do recém-nascido (CFM 01).

A mesma linha de argumentação sobre a noção de risco é colocada para o parto domiciliar, ancorada nos pressupostos da medicalização, legitimada pelo Ato médico. Mais uma vez importa afirmar que não se trata de negar a existência de eventos que tragam complicações ao parto, mas, sim, da generalização que transforma todo parto em potencial risco para a mulher. A exceção se torna a regra nesse discurso. A criação de uma noção do parto natural como arriscado e dependente da assistência médica produz uma cultura do medo, e faz com que as mulheres optem pela cesariana por parecer mais segura.

Observa-se também que limitar a cena do parto às maternidades é uma forma de reafirmar a medicalização, bem como estratégia de barrar o avanço das pautas de humanização que foram incorporadas pelo Estado brasileiro, por meio das políticas e normativas, e se constitui como um nítido limitador da autonomia da mulher, restringindo suas escolhas.

No entanto, o argumento de respeito à autonomia da mulher aparece no discurso hegemônico, a exemplo da Resolução CFM Nº 2.144/2016, que afirma que “é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantindo a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio fetal”. A resolução, no entanto, estabelece o dever do médico em informar sobre os riscos e limita a realização da 39ª semana. Trata-se da cesariana eletiva.

Porém, diante do quadro de altas taxas de cesariana no País, e do evidente ativismo pelo parto natural e não a cesariana como demanda dos movimentos pela humanização, o que justificaria uma resolução que legitima a cesariana eletiva? Na rede privada, os partos cesarianos são mais bem pagos do que o parto normal, e quando agendados, demandam menos tempo e dedicação da/o obstetra.

É necessário apontar as mediações que conformam a escolha das mulheres pela cesária eletiva. Rosa Domingues *et al.* (2014, p. 102), a partir da pesquisa *Nascer no Brasil* (2014), apontam que a decisão da mulher pela via do parto é “influenciada por fatores culturais, socioeconômicos, obstétricos e, especialmente, pela forma de pagamento, pelo subsistema de saúde privado ou público”. O estudo

aponta que embora tenha um aumento da preferência pelo parto cesáreo, o parto vaginal foi o que apresentou maior preferência das mulheres.

Entre as que preferiram o parto cesáreo (maioria da rede privada), o fator mais citado foi o medo do parto vaginal. Essa correlação é coerente com a característica violenta do modelo hegemônico, interventivo e de violação aos direitos humanos, em especial os direitos sexuais e reprodutivos. O movimento de mulheres e feministas atentos a estas mediações denunciam: “Chega de parto violento para vender cesária”.

Quanto à resolução, a ReHuNa posiciona-se destacando os pontos considerados positivos, mas registra que “é preocupante que um órgão oficial de médicos legitime, em suas orientações, a cesárea eletiva, mesmo alegando a autonomia da mulher”, pois, como supracitado, o modelo obstétrico no Brasil é intervencionista, contrariando todas as indicações assentadas nas evidências científicas.

O que fica evidente é que o modelo medicalizado é incompatível com o respeito à autonomia da mulher, mesmo que figure discursivamente como elemento levado em consideração. A autonomia da mulher, em relação aos direitos sexuais e reprodutivos não se refere à concessão de um tipo ou outro de parto, se refere ao direito de escolha informada e consentida, se refere ao exercício da liberdade e da sexualidade sem violência.

A partir dessa concepção, o respeito à autonomia da mulher é central, entendido aqui como o direito da mulher se autodeterminar. Também se compreende que essa autonomia é sempre relativa diante dos impeditivos dos sistemas patriarcal, colonial e capitalista. A cada tentativa de se afirmar enquanto sujeito/sujeita, recebe uma reação violenta na tentativa do controle, exigindo que as mulheres busquem novas estratégias, em uma interação dialética em que a luta das mulheres determina e é determinada pelo desenvolvimento das relações sociais.

## 5.6 AS DISPUTAS DISCURSIVAS EM TORNO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica expressa uma disputa determinada pela medicalização do parto. As interpretações em relação ao que seria a violência obstétrica, quanto a sua natureza, se deslocam do significado dado pelos movimentos feministas e de ativistas pelo parto. As concepções de parto,

autonomia da mulher, de risco e cuidado, que foram tratadas até aqui, são também conformadas pelas perspectivas de assistência ao parto a que cada polo dessa disputa se filia.

Observa-se que ao questionar o uso do termo “obstetra” para qualificar esse tipo de violência, o discurso médico entende que se refere à violência praticada estritamente pela/o profissional obstetra. A classe se identifica com o próprio ramo da obstetrícia, que não é uma área de atuação restrita à profissão médica, engloba também a enfermagem obstétrica. Conforme se evidenciou, é a perspectiva intervencionista que estrutura o argumento de parte da classe médica. Desse ponto de vista, outros sujeitos são desconsiderados da assistência, como doulas e parteiras.

Esse entendimento é um reflexo da medicalização do parto, de compreender o parto como um ato médico. Esse é um nó difícil de desatar para um entendimento comum do que seria a violência obstétrica, por partir de perspectivas antagônicas.

No lugar do termo se advoga o uso de “violência institucional do parto”, no entanto, essa nomenclatura não dá conta da complexidade das manifestações da violência obstétrica, resumindo-a à violência estrutural do Estado e apagando a dimensão subjetiva e ético-política dos sujeitos que podem vir a cometer esse tipo de violência. Assim, o termo é utilizado para dar sentido a um tipo de violência contra a mulher que pode acontecer em todo o processo de gestação, no pré, pós e parto, e não estritamente na cena do parto e dentro de maternidades.

No entanto, essa compreensão sobre o termo assentada na lógica da medicalização social não é um consenso entre as entidades. A Febrasgo apresenta outra compreensão, ao deixar claro que existe uma diferença entre os termos:

Em primeiro lugar, é importante diferenciá-la da violência do obstetra. O primeiro termo engloba qualquer atitude, manobra, ou procedimento que possa trazer constrangimento, desconforto ou agravos à saúde da grávida, e pode ser cometido por qualquer um envolvido nessa relação, que vai do poder público à recepcionista de um hospital, incluindo nesse caminho o próprio médico (FEBRASGO 01, 2017).

O conceito de violência obstétrica foi alvo de constantes debates para a categoria, quando se colocava o descritor “violência obstétrica” na busca dos portais das entidades. Entre as referências encontradas, muitas eram notícias de eventos, seminários que abordavam o tema. Significa que nos últimos anos a profissão se aproximou do tema. Este tema, assim como o da humanização do parto, fez parte de

importantes debates na sociedade e nos eventos científicos das principais profissões envolvidas na assistência ao parto. E parece lograr alguns ganhos no sentido do seu reconhecimento social, a exemplo do recente documento da Febrasgo (2018), contendo recomendações para temas controversos:

É crucial, contudo, destacar que reconhecer a violência obstétrica como uma realidade, não significa culpabilizar nenhuma categoria profissional específica, posta que esta se consolida em termos estruturais. A violência obstétrica é uma expressão de violência durante a prestação de cuidados de saúde, que ocorre em um ambiente social e em sistemas de saúde cujos fundamentos políticos e econômicos fomentam o desenvolvimento de relações de poder. Assumir a violência obstétrica como uma realidade a ser enfrentada não enfraquece os obstetras como categoria profissional. Ao contrário, a fortalece, uma vez que os profissionais de saúde também estão expostos a prejuízos oriundos da mesma estrutura que sustenta a institucionalização de práticas violentas contra as mulheres (12) (FEBRASGO 02, 2018).

É uma importante iniciativa em direção ao enfrentamento e também pelo reconhecimento de que se trata de reprodução de relações de poder. No entanto, observa-se ainda que a tendência dos discursos das entidades médicas é a de não reconhecer que existe uma cultura de violência na atenção à gestação e ao parto. No lugar desse reconhecimento encontra-se a justificativa de que se trata de uma exceção, um caso isolado de erro médico. Porém, reconhecem que existe uma violência institucional no parto e que esta é produzida pelo estado, por meio da precarização dos serviços.

Também apresentam uma crítica aos movimentos feministas e às ativistas pelo uso do termo, como sendo uma violência investida contra a classe das/os obstetras. E que as críticas quanto aos abusos dos procedimentos são, na verdade, uma estigmatização da prática médica.

Dessa forma, os discursos das categorias médicas foram sistematizados, definindo três linhas de argumentação que não são excludentes, se articulam compondo um discurso que reifica a violência obstétrica. A primeira se refere à confusão entre os determinantes estruturais da violência com a própria violência; a segunda à ocultação dos determinantes sexistas e raciais, a partir da negação da violência obstétrica, tratada como um episódio de erro médico e não como prática rotineira de uma cultura colonial própria da sociedade brasileira e que se reproduz também na assistência ao parto; e a terceira, à inversão do alvo da violência, com a argumentação da estigmatização do obstetra.

A primeira linha de argumentação parte de um ponto aparentemente consensual: a precarização do Sistema Único de Saúde, em especial a situação das maternidades públicas. Esse aparente consenso encobre as diferentes concepções e projeto de sociedade que conformam a noção de saúde, conforme explicitado no tópico anterior. Há interesses privatistas, assim como há interesses na universalização do sistema.

E a partir desses interesses a crítica às condições do sistema toma conotações diversas, sendo utilizada para justificar privatizações ou para reivindicar a materialização dos seus princípios. A raiz dessa precarização pode ser atribuída ao gerenciamento dos serviços, segundo uma lógica neoliberal, que visa encobrir a real determinação da precarização das políticas sociais, em especial da política de saúde.

A precarização dos serviços é efeito do papel assumido pelo Estado brasileiro, no neoliberalismo, de atender às exigências do mercado internacional em detrimento das classes subalternas, como já aprofundado no tópico anterior. O fato é que essa precarização inflexiona no desenvolvimento da violência obstétrica. Mas, esta determinação não se dá de forma mecânica, nos exigindo apreender as mediações. O que não permite reduzir a violência obstétrica a uma de suas determinações, embora seja também uma determinação central.

Essa mediação se dá em dois níveis: no âmbito dos serviços, solapando a ambiência hospitalar, inviabilizando o acesso adequado da população, seja na precarização supracitada das maternidades públicas, seja na mercantilização da saúde nos órgãos suplementares; e no âmbito ideológico, valendo-se da ciência para legitimar a ordem estabelecida, necessitando, para tanto, imprimir uma pretensa neutralidade política, que esvazia as tensões de classe, raça, gênero e sexualidade, e propala uma dimensão tecnicista que permeia todas as atividades profissionais. Com a assistência ao parto não seria diferente.

O discurso hegemônico não considera essas mediações, não conseguindo, assim, realizar a autocrítica em relação ao tecnicismo da sua prática. Reduzindo a violência obstétrica a uma de suas determinações, conforme se observa:

A Federação Nacional dos Médicos (FENAM) esclarece que conduta obstétrica não pode ser confundida com violência. A violência obstétrica é causada pelo Estado, quando falha na oferta dos serviços de saúde. A falha na infraestrutura e disponibilização de serviços, essa, sim, é a verdadeira violência contra os direitos

humanos, e não o ato de intervenção do profissional médico com todos os recursos advindos do progresso da ciência e da tecnologia, usados para garantir a integridade e a saúde da gestante e do bebê (FENAM 01, 2014).

O CFM, por meio da carta em resposta à reportagem da Revista Época sobre a violência obstétrica, reafirma a mesma concepção, argumentando que a verdadeira violência obstétrica é a do Estado:

Desta forma, são motivos de grande preocupação situações de violência contra as gestantes, como resultado da omissão do Estado que não lhes garante leitos e condições de atendimento necessários à realização de um parto seguro.

(...)

A peregrinação por diferentes hospitais em busca de um leito ou a “internação” em cadeiras e outros locais inadequados são exemplos concretos da real violência obstétrica cometida contra mulher brasileira, a qual deve ser combatida pela mobilização da sociedade e pela cobrança de mais investimentos e de melhor gestão da saúde (CFM 02 – CARTA AO LEITOR, 2014).

Conforme é problematizado no discurso acima, a pesquisa *Nascer no Brasil* (2014) evidenciou as condições das maternidades, falta de medicamentos e equipamentos mínimos necessários para casos de emergência, tendo esse quadro variado em relação às regiões do País. Os Comitês de Enfrentamento à Mortalidade Materna realizam as fiscalizações às maternidades, a ambiência é um importante elemento na análise da violência. Portanto, o movimento dos sujeitos que denunciam a violência obstétrica considera a ambiência como um fator de risco, mas não exclusivamente determinante da violência. Esse é outro ponto de discordância com relação ao discurso hegemônico.

Neste sentido, o parto humanizado figura como estratégia de uma assistência ao parto que garanta a segurança das mulheres e resguarde os seus direitos humanos. Porém, não pode se configurar como a única estratégia de enfrentamento da violência obstétrica. O enfrentamento deve ser feito mirando as suas determinações, uma vez que o percurso empreendido até aqui nos mostrou que a Violência Obstétrica é, além de uma mostra da permanência do patriarcado, um reflexo da medicalização do parto, potencializada pelo racismo institucional e pela precarização e mercantilização da saúde. Isso exige estratégias mais amplas dos movimentos, para além da humanização do parto.

A segunda linha de análise aponta que o discurso hegemônico, mesmo diante dos resultados da pesquisa nacional, *Nascer no Brasil* (2014), aponta para

um padrão interventivo da assistência e caracterizado pela medicalização do parto. O posicionamento oficial das entidades é o de que se trata de um episódio de erro médico, conforme carta a seguir:

No entanto, a abordagem exige alguns esclarecimentos. Em primeiro lugar, o Conselho Federal de Medicina (CFM) ressalta que a imensa maioria dos 400 mil médicos brasileiros, mesmo em contextos absolutamente adversos, tem seguido as orientações contidas no Código de Ética Médica, tratando todos os seus pacientes, em especial gestantes e recém-nascidos, com dignidade, civilidade, respeito à autonomia e com o melhor de sua técnica (CFM 02).

Na verdade, as expressões da violência obstétrica são um conjunto de práticas rotineiras que reproduzem uma cultura colonial que recoloca as pessoas em lugares de subalternidade, tal como a apropriação dos corpos das pessoas como objeto de intervenção, a exemplo da episiotomia como forma de treinamento da formação dos profissionais, conforme Simone Diniz *et al.* (2016) chamam de a vagina escola.

Colabora com essa colonização do outro o argumento de que existe um conhecimento exclusivo e válido que pode definir o que é a violência obstétrica, e outro conhecimento que é deturpado e irracional, e que, portanto, não pode definir o que vem a ser a violência obstétrica, mesmo que esse discurso seja o discurso da parte mais interessada, das mulheres atingidas pela violência.

Dito isto, é importante também, demarcar que quando se direciona exclusivamente as causas da violência obstétrica como falhas do Estado e sem considerar o papel dos agentes, deixa-se de enfrentar a reprodução do racismo, machismo, homofobia e outras formas de discriminação nos serviços. A quem interessa ocultar o agente da violência? Ressalta-se que os agentes são diversos, dentro da instituição de saúde, **podendo** ser perpetrada desde a recepção até o responsável pela alta médica, são diferentes graus de formação e de responsabilidades, quanto mais conhecimento mais poder, quanto mais poder mais responsabilidade.

Não dá pra sustentar um argumento de que a violência obstétrica é eventual e fruto de um erro profissional, seja de qual categoria for. Uma vez que a violência obstétrica é legitimada socialmente, as frases de cunho moralistas são proferidas por sujeitos de quaisquer profissões, e são naturalizadas de tal forma que aparecem ora como “brincadeira”, ora como “advertência”, a exemplo desta: “ano que vem vocês está aqui de novo”, segundo o depoimento de uma entrevistada no

documentário “Violência Obstétrica: a voz das brasileiras” (2012). A frase não é solta ao vento, ela sai da boca de um interlocutor, não qualquer interlocutor, mas aquele no seu lugar de discurso competente, hierárquico e com a legitimação de tentar disciplinar as mulheres.

No entanto, o reconhecimento da determinação mais imediata das condições das maternidades para a violência obstétrica não pode servir para ocultar as determinações de raça e gênero/sexualidade que também estruturam essa violência. Conforme denuncia o documento assinado por 80 coletivos e instituições: *Em apoio à luta da família e de amigas/os; em honra à memória da feminista Mariska Ribeiro; pelo direito constitucional à Saúde; por justiça reprodutiva: Investigação e responsabilização pela morte de Rafaela já!* (2015):

Rafaela e Alyne eram jovens negras. Se o Brasil é campeão em taxa de mortalidade materna, o número dessas mortes – 90% evitáveis – é maior entre mulheres negras, em todas as faixas etárias. Os números chocam, e a tragédia afeta a vida de famílias com menos renda, menor grau de educação formal, e afrodescendentes. O Ministério da Saúde admite: há discriminação racial e de gênero no atendimento à Saúde. Até quando?

Para o discurso hegemônico, o reconhecimento do Ministério da Saúde é uma declaração racista. Em Nota à sociedade (2014), o CFM “repudia o tom racista da campanha lançada pelo Ministério da Saúde, que desconsidera os problemas estruturais de atendimento que afetam toda a população”. Aqui se localiza a terceira linha de análise, o discurso que inverte o lugar das vítimas da violência em promotoras da violência, mediante acusação da estigmatização do profissional.

A nota ainda acrescenta que “Na verdade, são essas as causas do mau atendimento para a população no SUS, não importando questões de gênero, classe social ou etnia”. Essa declaração é coerente com a ideologia da democracia racial que impera no País, a negação empírica do racismo.

De acordo com Antônio Guimarães (2005), o racismo no Brasil é um tabu. Infere-se que essa inversão que aparece no discurso significa que falar em racismo é interpretado enquanto o próprio racismo. Além da negativa do racismo, há a negativa das questões de gênero, expressa no silenciamento oficial das pautas que afetam a metade da população brasileira. Qualquer menção a atitudes discriminatórias reais, denunciadas pelas mulheres em pesquisas e em documentários supracitados, é interpretada como estereotipar o profissional.

Essa negação dos determinantes raciais e patriarcais, presentes na segunda linha da argumentação do discurso hegemônico, se articula à negação da violência obstétrica, tratada como um episódio de erro médico e não como rotina. E com a terceira linha de argumentação, a inversão do alvo da violência, da estigmatização do obstetra, a fala das mulheres é revertida contra elas, daí serem acusadas de estigmatizarem o profissional.

Como se vê, no discurso hegemônico, há uma reprodução dos esquemas patriarcais e coloniais de pensamento expressos na negação dos determinantes raciais e sexistas da violência obstétrica. A negação é uma estratégia de silenciamento, de apagamento das reivindicações dos movimentos e organizações em torno da defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, embora a visibilidade da violência obstétrica tenha sido cunhada pelos movimentos de mulheres e feministas e pela humanização do parto desde o final do século passado.

A análise em busca das respostas em relação ao que ocasiona a disputa em torno da violência obstétrica apresenta como síntese a disputa pelo poder em relação ao protagonismo do parto. A tese é a de que essa disputa discursiva revela nexos que expressam a estabelecida interseccionalidade entre gênero, raça e classe, revelando a oposição baseada no poder que ocupam – na sociedade em geral e no campo da saúde em particular – os antagonistas principais desse embate, que são os/as médicos/médicas e as mulheres.

*“Eu Sou um corpo  
um ser  
um corpo só  
tem cor  
tem corte  
E a história do meu lugar”*

*Um corpo no mundo - Luedji Luna*

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o início do século XXI, os movimentos de mulheres, feministas e pela humanização do parto vêm empreendendo estratégias no sentido de tentar garantir uma maternidade segura e que respeite a autonomia das mulheres. Estas reivindicações só existem porque a assistência ao parto no Brasil, tanto na rede pública quanto na rede privada, tem se constituído em um cenário de violações dos direitos humanos das mulheres, em especial dos direitos sexuais e reprodutivos, conforme grandes pesquisas nacionais e uma vasta bibliografia sobre humanização do parto e violência obstétrica.

Há um paradoxo, o Estado brasileiro, apesar de não definir em parâmetros legais o que seria a violência obstétrica, empreende políticas de saúde que preconizam a humanização do parto, sendo o mesmo observável em relação à Organização Mundial de Saúde (OMS), que elaborou recomendações para inibir a violência obstétrica, mas afirma não haver consenso e nem evidências suficientes para defini-la. Essa contradição assenta-se na disputa ideopolítica em torno do termo e das definições de violência obstétrica, a partir de diferentes interesses.

Trata-se das disputas em relação ao protagonismo na cena do parto, que se revelam em dois campos: uma disputa técnico-política e outra uma disputa ético-política no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, embora que na dimensão técnico-política a ética também esteja conformada. No campo da dimensão técnica, a disputa é em relação ao modelo de assistência ao parto, que implica na organização das profissões e no estabelecimento de protagonismos entre os profissionais da medicina e enfermagem. O modelo de humanização do parto elege a mulher como protagonista, e coloca a/o enfermeira/o obstetra ou a/o obstetrix como profissional de excelência no apoio e acompanhamento à mulher, ficando os partos com risco para a intervenção da/o médica/o obstetra.

No campo das disputas pelos direitos sexuais e reprodutivos, figura como central a autonomia da mulher com relação a sua sexualidade e seu corpo. O modelo intervencionista é extremamente medicalizado, o que significa dizer que as mulheres são expropriadas de seu saber e da sua autonomia em relação às decisões e condução do parto, como demonstra o caso analisado de Adeli Goes, que foi obrigada pelo Estado, por meio do poder médico e judicial, a se submeter a uma cesariana.

Dessa forma, esta pesquisa intentou responder a seguinte questão: *violência obstétrica é um termo cunhado por ativistas feministas que expressa um tipo específico de violência imposto às mulheres no âmbito da assistência à gestação e ao parto. Inaceitável para a maioria dos médicos/as obstetras e reafirmado pelas mulheres: o que ocasiona essas disputas?* Objetivou analisar as disputas em torno das definições sobre a violência obstétrica e a interseccionalidade de gênero, raça e classe que a comporta.

Para responder aos propósitos da pesquisa, foi investigado por meio da análise de documentos produzidos pelas entidades médicas, e de estudos de 04 casos de violência obstétrica com repercussão na mídia brasileira, o que o discurso médico informa sobre a violência obstétrica e essa disputa. Para tanto, exerceu-se uma aproximação do método do materialismo dialético e da perspectiva de interseccionalidade e contracolônia, que permitiram buscar as conexões entre os determinantes estruturais da violência e a forma como atinge a diversidade de mulheres, inclusive por meio da deslegitimação de suas pautas, conforme apresenta o discurso médico.

Assim, se cumpriram os objetivos específicos:

- 1) identificar as definições de violência obstétrica nos documentos dos órgãos representativos da classe médica da assistência ao parto. A análise demonstrou que a definição ou conceituação da violência obstétrica e até mesmo o seu reconhecimento partem da perspectiva de modelo de assistência ao parto e à gestação adotada pelo conjunto de profissionais. Esses modelos também expressam relações interseccionais de gênero, raça e classe social que conformam as perspectivas.
- 2) sistematizar as concepções teóricas e ideológicas presentes nos documentos e organização política que norteiam os posicionamentos dos movimentos de mulheres, feministas e ativistas contra a violência obstétrica. Os capítulos teóricos deste trabalho abordaram as concepções feministas sobre os direitos sexuais e reprodutivos enquanto estratégia discursiva e de enfrentamento à violência obstétrica, com destaque para o dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da violência contra as mulheres, em 2012, intitulado *Violência Obstétrica “Parirás com dor”*, compila as denúncias, perspectivas e

definições que o movimento feminista internacional e nacional cunharam sobre o fenômeno.

- 3) refletir sobre as concepções teóricas e ideopolíticas que fundamentam os posicionamentos acerca da violência obstétrica. Primeiro, foram tratados teoricamente os determinantes estruturais e conjunturais da violência, bem como o desenvolvimento e a lógica destas perspectivas, quais sejam, a medicalização, a humanização e dos direitos sexuais e reprodutivos, que no capítulo 5 foram evidenciados na conformação do discurso sobre a violência obstétrica.

No decorrer da reflexão crítica aqui empreendida, apresentam-se alguns achados, relacionados à própria configuração da violência e ao discurso produzido sobre ela. A interseccionalidade de gênero, raça e classe figuram como determinantes da violência obstétrica enquanto violência de gênero potencializada e potencializadora de racismo institucional. Ao passo que esses mesmos determinantes de desigualdades e discriminações conformam a legitimidade dos discursos, definem quem pode falar e sobre o que se pode falar.

O julgamento sobre a fala, que é verdadeira, revela também que um dos entraves para o reconhecimento da violência obstétrica por parte da sociedade em geral, e em particular de profissionais da assistência ao parto, é que ela é colocada como questão subjetiva, mesmo diante das evidências de sua materialidade.

Isso implica na reificação da violência, primeiro por reiterar um lugar de subordinação do qual o sujeito rompeu ao falar, e, posteriormente, por dificultar o enfrentamento real do problema. O silenciamento colabora com a manutenção de uma estrutura de poder colonial no capitalismo, o que significa dizer, da atualidade das opressões sexuais e raciais que se imbricam as desigualdades de classe, intensificando a produção por meio de processos de exploração e expropriação, e se legitimando a partir de ideologias que naturalizam as desigualdades.

A identificação dessas relações foi possível a partir dos estudos contracoloniais e do feminismo negro, bem como dos demais feminismos com a contribuição teórica e política, produzida na experiência individual e coletiva. A memória e a reflexão crítica articuladas exercem importante papel na denúncia e problematização da violência, a partir da crítica à medicalização do parto e dos corpos das mulheres e do racismo institucional.

A violência obstétrica é evidenciada pela violação dos direitos humanos, mas oculta de imediato os processos que a compõem material e ideologicamente, ou seja, o processo de medicalização do parto. No processo de medicalização, eventos fisiológicos e sociais são interpretados como patológicos, e, portanto, objetos de intervenção exclusivamente médica. Assim, os sujeitos são expropriados dos seus saberes sobre saúde/doença, vida/morte, como no caso das parteiras, primeiras conhecedoras do corpo feminino e dos processos de parto. Na medicalização, há a separação entre o sujeito que trata e o objeto que é curado. Dessa forma, grávidas são tratadas como objetos de intervenção, e isso parece justificar os procedimentos que são realizados à revelia da decisão da mulher.

A medicalização é criticada pelos movimentos que reivindicam a humanização do parto, no seu lugar é proposta uma intervenção mínima possível, baseada em evidências científicas, além do respeito à autonomia das mulheres. Porém, como supracitado, os estudos demonstram que a assistência ao parto hegemônica no Brasil é intervencionista, e tem colocado as mulheres em risco.

Por meio da análise dos documentos produzidos pelas entidades médicas: Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, em busca do discurso médico hegemônico, que se coloca como o discurso competente em relação à assistência ao parto e, conseqüentemente, em relação à violência obstétrica, e de um documento da Rede de Humanização do Parto como contraponto, foram encontradas as seguintes sínteses a seguir apresentadas.

Não há um consenso total entre essas entidades, há pontos de divergências. Mas, no geral, encontram-se três linhas de argumentação sobre a violência obstétrica: a primeira é assentada na crítica à precarização da ambiência hospitalar, que nas maternidades públicas se evidenciam pelas precárias condições e na rede suplementar pelos plantões com poucos médicos e pelos baixos valores repassados aos médicos pelos procedimentos. Assim, a violência obstétrica estaria restrita à precariedade da ambiência e à mercantilização da saúde.

A segunda diz respeito ao “erro médico”, cujos casos denunciados de violência obstétrica são tratados como exceções e não como rotinas, e apontados como erros médicos isolados, embora os dados das pesquisas nacionais supracitadas apontem para uma generalização de procedimentos intervencionistas. Isso significa uma resistência a mudanças necessárias na assistência ao parto, a

começar pela mudança na formação das/os médicas/os e enfermeiras/os obstetras, que deve considerar os direitos humanos, em especial os sexuais e reprodutivos.

E a terceira argumentação está ligada ao questionamento do termo “obstétrico”, se entendendo que se trata da violência exclusiva do próprio obstetra. Esse entendimento é um reflexo da própria medicalização, que trata o parto como ato médico, ou seja, considera o obstetra o sujeito principal do processo, e exclusivo, daí a identificação do profissional obstetra com a própria obstetrícia. Assim, argumenta-se que a violência obstétrica é, na verdade, uma violência contra os médicos obstetras, contra a imagem da profissão, com o intuito de encobrir a violência estrutural do Estado, e de limitar a autonomia dos médicos e o avanço de tecnologias que evitariam o risco para a mãe e o bebê.

Os pressupostos ideopolíticos envolvidos na disputa pelas definições são divergentes e se assentam na concepção de parto e de assistência obstétrica: o discurso médico hegemônico compreende que o uso de tecnologias, como a cesariana (incluindo-se as eletivas), são instrumentos para o alívio da dor e para evitar o risco intrínseco ao parto, uma vez que nesta concepção o parto é um ato médico. Em contraposição, e evidenciando a perda de consenso do discurso hegemônico, localiza-se o posicionamento contra hegemônico assentado na humanização do parto.

Ao se instituir como o discurso competente, o discurso hegemônico se coloca como universal, neutro e verdadeiramente científico, colocando o contraditório como um discurso passional e pouco racional, conforme material analisado. No entanto, essa posição demonstra justamente seu caráter político. O discurso médico evidencia que a definição da violência obstétrica é disputada, empírica, acadêmica e politicamente.

Essa disputa, longe de ser uma dicotomia entre o discurso competente (que seria o discurso médico científico) e o discurso do senso comum do movimento de mulheres e feministas, é mais complexa, se configurando como uma disputa por dentro da ciência em dois patamares: no primeiro, a disputa gravita em torno da técnica entre segmentos médicos que defendem a humanização do parto a partir da medicina baseada em evidências. Em outro patamar, entre o discurso competente e o saber/poder das mulheres, também por dentro da ciência (e da crítica à ciência), uma vez que o feminismo é um movimento político e acadêmico, mas abordando o significado social da violência obstétrica.

O discurso competente reproduz esquemas patriarcais e coloniais de pensamento que cumprem o papel de silenciar os saberes dissonantes e invisibilizar as pautas dos movimentos que denunciam as hierarquias sociais. Destaca-se, assim, que a pesquisa demonstrou que a narrativa das mulheres ativistas e feministas sobre a violência obstétrica é uma fala subalternizada e, por isso, negada, questionada, configurando a disputa política e teórica em torno do conceito.

Por fim, destaca-se como tese que a disputa discursiva em torno da violência obstétrica revela nexos que expressam a estabelecida interseccionalidade entre gênero, raça e classe, revelando a oposição baseada no poder que ocupam – na sociedade em geral e no campo da saúde em particular – os antagonistas principais desse embate, que são a maioria dos/das médicos/médicas e as mulheres (feministas e/ou não).

Essa contestação evidencia que a violência obstétrica é uma mostra da permanência do patriarcado e da colonialidade mediante os silenciamentos que impõe e as variadas manifestações sobre esse corpo feminino. Ou seja, representam o controle (ou tentativa dele) sobre os corpos, a sexualidade e o saber/fazer das mulheres. No patriarcado, as mulheres são identificadas com o próprio corpo, e mais precisamente resumidas ao útero. A ideologia que define as mulheres como irracionais e ligadas ao furor uterino se reatualiza por meio da ciência e do discurso competente.

Os desafios que são postos ao enfrentamento à violência obstétrica passam pelo seu reconhecimento e nomeação. Nomear com o termo violência obstétrica é uma estratégia de politizar e dar visibilidade, de expressar o seu real significado que é a crueldade a que uma mulher pode ser submetida nos processos de gestação, parto e puerpério, além das situações de abortamento. Essa resistência por parte do uso do termo, que foi expressa nos documentos aqui analisados, aparece mais definida em um parecer (nº 32/2018) do CFM, lançado, em outubro de 2018, após a realização da minha pesquisa documental para a análise. O parecer concluía que o uso da expressão “violência obstétrica” era uma agressão contra a medicina e a especialidade da ginecologia e obstetrícia.

No entanto, essa expressão é utilizada pelos ministérios públicos, tanto o federal quanto os estaduais, a exemplo do Ministério Público de São Paulo e de Pernambuco, que realizaram campanhas e seminários de enfrentamento à violência obstétrica. Porém, nos momentos finais de conclusão desta tese, o Ministério da

Saúde pública, em 03 de maio de 2019, um Despacho que afirmava a impropriedade da expressão “violência obstétrica”, alegando que nenhum profissional de saúde tem a intencionalidade de prejudicar ou causar danos.

Esse posicionamento provocou o protesto das e dos profissionais, ativistas, movimentos de mulheres e feministas e das operadoras e operadores do direito quanto à legitimidade do termo. O Ministério Público Federal, então, recomenda ao Ministério da Saúde que esclareça por meio de nota que o termo é uma expressão consagrada em documentos científicos e legais, e que o MS se abstenha de realizar ações contra o uso do termo. Diante desta recomendação o MS edita a nota. Esses acontecimentos demonstram que há muitos desafios neste processo de reconhecimento e enfrentamento à violência obstétrica, exigindo da coletividade estratégias diversas. Considero que a primeira delas é romper com o silêncio instituído.

Espero com este trabalho ter contribuído com a reflexão crítica sobre a violência obstétrica, embora reconhecendo que deixo lacunas. Acredito que é necessário identificar e compreender os discursos dissonantes para avançar no acolhimento dessa pauta. O meu intuito também é o de reafirmar a fala das mulheres que experienciam todas as formas de violência de gênero, uma vez que cada corpo narra uma história singular, porém o corpo feminino enquanto território das mulheres é constantemente invadido, sendo a violência obstétrica mais uma manifestação devastadora dessa invasão. Esse corpo tem cor e tem corte, quanto mais cor, mais corte e mais dor. Mas, há também a luta, e os projetos de mudança, acerca dos quais se tecerão novas narrativas.

*A noite não adormecerá  
jamais nos olhos das fêmeas  
pois do nosso sangue-mulher  
de nosso líquido lembradiço  
em cada gota que jorra  
um fio invisível e tônico  
pacientemente cose a rede  
de nossa milenar resistência.  
[Conceição Evaristo]*

## REFERÊNCIAS

- ABRAMIDES, Maria Beatriz; DURIGUETTO, Lúcia Maria (Orgs.). *Movimentos Sociais e Serviço Social: uma relação necessária*. São Paulo: Cortez, 2014.
- AMORIM, Melania. Da MBE à pesquisa translacional: refletindo sobre paradigmas. Blog Estuda, Melania, Estuda. 05/08/2014. <http://estudamelania.blogspot.com/2014/?view=classic> Acesso em 26 de novembro de 2017.
- ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento, *et al.* Fatores associados a violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife – Pernambuco. *Rer. Bras. Saúde Materna e infantil*. Recife, 16 (1): 29-37. Jan/mar. 2016.
- AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência Institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. In: *Interface: comunicação, saúde e educação*. v.15. n.36, p.79-91, jan/mar, 2011.
- AGUIAR, Janaína Marques. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. (Tese de doutorado). São Paulo, Faculdade de Medicina da Faculdade de São Paulo, 2010.
- ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2003.
- BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Tradução de Waltensir Dutra. — Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BAIROS, Luiza. *Nossos Feminismos Revisitados*. Estudos Feministas, n.2, 1995.
- BALLESTRIN, Luciana Maria de Aragão. Feminismos Subalternos. *Revista Estudos Feministas*, setembro – dezembro, 2017.
- BALOGH, Giovanna. Meu parto foi 'roubado', afirma mãe forçada a fazer cesárea no RS. *Folha Uol*. São Paulo, 03/04/2014. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1435071-meu-parto-foi-roubado-afirma-mae-forcada-a-fazer-cesarea-no-rs.shtml> Acesso em 26 de novembro de 2017.
- BARROCO, Maria Lúcia Silva. *Ética: fundamentos sócio-históricos*. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2009. (Biblioteca Básica do Serviço Social; v.4).
- BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003;
- BEAUVOIR, Simone. *O segundo sexo*. Lisboa, Portugal. QUETZAL, 2009. V. 1.
- BIROLI, Flávia; MIGUEL, Luís Felipe. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. Dossiê Desigualdades e Interseccionalidades. *Mediações*, Londrina, v.20. n.2. jul-dez, 2015.

BIROLI, Flávia; MIGUEL, Luis Felipe. *Feminismo e política: uma introdução*. São Paulo: Boitempo, 2014.

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade de atenção ao parto e nascimento. *Cadernos de Saúde Pública*: Rio de Janeiro, 2014.30 suplemento.

BONACHI, Gabriella; GROPPI, Ângela. (org). *O Dilema da cidadania: direitos e deveres das mulheres*. Tradução de Álvaro Lorencine - São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1995. – (Biblioteca Básica).

BRAVO, Maria Inês Souza, *et al.* As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argum.* Vitória, v.10, 1. Jan/abr, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Câmara Federal. *PL 7633/2014* (do Sr. Jean Wyllys). Brasília: Câmara Federal, 2014. Disponível em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>. Acessado em: 29 out.2014.

BRENES, Anayansi Correa. História da Parturição no Brasil, Século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, 7 (2): 135-149, abr/jun, 1991.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado*. (Tese de doutorado). Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2011.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. *Cenas de parto e políticas do corpo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

CARNEIRO, Sueli. "Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero". In: ASHOKA EMPREENDIMENTOS SOCIAIS; TAKANO CIDADANIA (Orgs.). *Racismos contemporâneos*. Rio de Janeiro: Takano Editora, 2003. p. 49-58.

CARNEIRO, Sueli. *Mulheres em movimento*. GELEDÉS – Instituto da Mulher Negra: São Paulo, 2003.

CARNEIRO, Sueli. *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil*. Consciência e Debate. Selo Negro, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *CFM repudia campanha do governo sobre preconceito no SUS*. 2014. <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25221:cfm-repudia-campanha-do-governo-sobre-o-racismo&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25221:cfm-repudia-campanha-do-governo-sobre-o-racismo&catid=3)> acesso em 11/07/2017.

CHAUÍ, Marilena de Souza. *Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas*. 12ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CHIZZOTTI, Antônio. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*, 2ª ed. São Paulo – SP: Cortez, 1998.

CISNE, Mirla. *Gênero, divisão sexual do trabalho e Serviço Social*. 1ª ed. São Paulo: Outras Expressões, 2012.

CORRÊA, Sônia. "Saúde reprodutiva", gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, K e COSTA, SH. (Orgs). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

COSTA, Tonia *et al.* Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.20, p.363-80, jul/dez 2006.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos feministas*. 1º semestre, 2002.

CURIEL, OCHY. *Los aportes de las mujeres afros: de la identidad a la imbricación de opresiones*. Un análisis decolonial. GLEFAS, Buenos Aires, 2009.

CURIEL, Ochy. *Descolonizando el Feminismo: una perspectiva desde America Latina y El Caribe*. Bogotá, 2014.

DAVIS, Ângela. *Mulheres, raça e classe*. 1ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. *Comitê apontou principais problemas em maternidades do estado*. 2014. Disponível em: [http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/vida-urbana/2014/05/27/interna\\_vidaurbana,506510/comite-apontou-principais-problemas-em-maternidades-publicas-do-estado.shtml](http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/vida-urbana/2014/05/27/interna_vidaurbana,506510/comite-apontou-principais-problemas-em-maternidades-publicas-do-estado.shtml) > Acessado em 29 out 2014.

DÍAZ, Margarita; *et al.*. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C.; CAMPUS, M.T.A. (ed.). *Afinal, que paz queremos?* Lavras: Editora UFLA, 2004.

DINIZ, Carmen Simone GRILLO. *Assistência ao parto e relações de gênero: Elementos para uma releitura médico-social*. (Dissertação de mestrado). São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1996.

DINIZ, Carmen Simone Grillo. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. (Tese de doutorado). São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2001.

DINIZ, Carmen Simone Grillo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2005.

DINIZ, Carmen Simone Grillo; CHACHAM, Alessandra Sampaio. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Rev. Questões de Saúde Reprodutiva*, 2006.

DINIZ, Carmen Simone Grillo *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e

proposta para sua prevenção. *Journal of human Growth and Development*. 2015; 25 (3): 377-376.

DINIZ, Carmen Simone Grillo. *et al.* A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Rev. Interface: comunicação, saúde e educação*. 2016.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública*: Rio de Janeiro, 2014. 30 suplemento.

D'ORSI, Eleonora, *et al.* Desigualdade sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*: Rio de Janeiro, 2014. 30 suplemento.

FARIA, Nalu. *Sexualidade e Gênero: uma abordagem feminista*. SOF Sempre Viva Organização Feminista. São Paulo: SOF, 1998.

FEDERICI, Silvia. *Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. Coletivo Sycorax, 2004.

FOLHAPE. *Venda casada e falta de leitos em partos normais*. 2017. <<http://www.folhape.com.br/noticias/noticias/cotidiano/2017/06/29/NWS,32731,70,449,NOTICIAS,2190-VENDA-CASADA-FALTA-LEITOS-PARTOS-NORMAIS.aspx>> acesso em 09/07/2017.

FOLHAPE. Parto normal, artigo de luxo em Pernambuco. 2017. <<http://www.folhape.com.br/noticias/noticias/cotidiano/2017/06/29/NWS,32730,70,449,NOTICIAS,2190-PARTO-NORMAL-ARTIGO-LUXO-PERNAMBUCO.aspx>> acesso em 09/07/2017.

GELEDÉS. *O que é Interseccionalidade?* Carla Batista, no Folha Pe, 08/09/2018. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/o-que-e-interseccionalidade/> Acesso em 26 de novembro de 2018.

GELEDÉS. *Violência obstétrica e o viés racial*. Emanuelle Goes. Cientistas Feministas, 08/09/2016. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/violencia-obstetrica-e-o-vies-racial/> Acesso em 26 de novembro de 2017.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do Nascimento. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. In: *Saúde e Debate*. Rio de Janeiro, v.37. n.99,p.571-579, out/dez 2013.

GONÇALVES, Juliana. “Gravida, pobre e negra” – quando a violência e omissão obstétrica matam e parir vira uma questão de coragem. *Blog Blogueiras Negras*. 14/04/2014. Disponível em: <http://blogueirasnegras.org/2014/04/24/gravida-pobre-e-negra-quando-a-violencia-e-omissao-obstetrica-matam-e-parir-vira-uma-questao-de-coragem/> Acesso em 26 de novembro de 2018.

GONZALES, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs*, 1984.

GONZALES, Lélia. *Por um feminismo Afro-latino-americano*, 1988.

GRAMSCI, Antonio. *Cadernos do Cárcere*. Edição e Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Volume 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014. 7ª ed.

GUERRA, Yolanda. *Direitos Sociais e Sociedade de Classes: o Discurso do Direito a Ter Direitos*. In: FORTI, Valéria. GUERRA, Yolanda. (Orgs.). *Ética e direitos*. Rio de Janeiro: Lumenjuris, 2013. 4º ed.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. A. Racismo e antirracismo no Brasil. In: *Novos Estudos*, n.43, novembro, 1995.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. How to work with “race” in sociology. In: *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.29. n.1. jan-jul, 2003.

GUILLAUMIN, Colette. Prática do poder e ideia de natureza. In: FERREIRA, Verônica; ÁVILA, Maria Betânia; FALQUET, Jules; ABREU, Maria. *O patriarcado desvendado: teorias de três feministas materialistas: Collete Guillaumin, Paola Tabet e Nicole Claude Mathieu*. Recife: SOS Corpo, 2014.

HARDING, Sandra. A instabilidade das categorias analíticas da teoria feminista. In: *Estudos Feministas*, N.1, 1993.

HARVEY. David. *A condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 2010, 19º Ed.

HOTMSKY, Sonia Nussenzweig; AGUIAR, Janaina Marques; VENTURI, Gustavo. Violência Institucional no parto em maternidades brasileiras. In: *Mulheres Brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública / Gustavo Venturi e Tatau Godinho (Orgs.)* São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo: Edições Sesc SP, 2013;

HOTMSKY, Sonia Nussenzweig . *A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto*. São Paulo, Faculdade de Medicina de São Paulo, 2007.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; SCHRAIBER, Lilia Blima. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 639-649, Sept. 2005 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300020&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 July 2017.

HOLMSTROM, Nancy. Como Karl Marx pode contribuir para a compreensão de Gênero? In: *O Gênero nas Ciências Sociais: releituras críticas de Max Weber a Bruno Latour*. (Org) Rychter, Denielle Chabaud [et al.]. São Paulo: Editora Unesp; Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 2014.

HOOKS, Bell. Intelectuais negras. *Revista Estudos Feministas*, ano 3. 2º semestre – 1995.

HOOKS, Bell. Mulheres Negras: moldando a teoria feminista. *Revista Brasileira de Ciência Política*. Brasília: janeiro – abril de 2015.

IANNI, Octavio. A construção da categoria. *Revista HISTEDBR On-line*, Campinas, número especial. Abril, 2011.

ILHA, Flávio. Mãe obrigada a fazer cesariana tem alta e promete processar hospital. *O Globo*. São Paulo, 03/04/2014. Disponível em:

<https://oglobo.globo.com/brasil/mae-obrigada-fazer-cesariana-tem-alta-promete-processar-hospital-12082074> Acesso em 26 de novembro de 2017.

ILLICH, Ivan. A expropriação da saúde. Rio de Janeiro: Editora Naova Fronteira, 1975.

KALCKMANN, Suzana *et al.*. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Soc.* São Paulo, v.16, n.2, p.146-155, 2007

KERGOAT, Danièle. A Relação Social de Sexo: Da reprodução das relações sociais à sua subversão. In: *Pro-Posições* – vol.13, N. 1 (37) – Jan/abr. 2002.

KERGOAT, Danièle. Dinâmica e Consustancialidade das relações sociais. In: *Novos Estudos.* 86. Março. 2010.

KILOMBA, Grada. A Máscara. In: *Plantation Memories: Episodes of Everyday Racism.* Tradução: Jessica Oliveira. Münster: Unrast Verlag. 2 ed, 2010.

KILOMBA, Grada. “Descolonizando o conhecimento”: Uma Palestra – Performance de Grada Kilomba. Tradução: Jessica Oliveira. 2016.

KONDER, Leandro. O que é dialética. São Paulo: Editora brasiliense, 1998. Coleção Primeiros Passos. N.23.

KOSÍK, Karel. *Dialética do concreto.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

KRIPKA, Rosana Maria Luvezute; SCHELLER, Morgana; BONOTTO, Danusa Lara. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Revista de investigaciones UNAD Bogotá - Colombia* No. 14, julio-diciembre, 2015.

LEAL, Maria do Carmo, *et al.*. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. In: *Rev. Saúde Pública*, 2005.

LEAL. Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública:* Rio de Janeiro, 2014. 30 suplemento.

LEAL. Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Sumário Executivo Temático da Pesquisa Nascer no Brasil. FIOCRUZ, 2012.

LEAL. Maria do Carmo. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública:* Rio de Janeiro, 2017. 33 suplemento.

LEFEBVRE, Henri. *Lógica Formal. Lógica Dialética.* 3ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.

LIMA, Tatiane Michele Melo de. *A prostituição feminina no Brasil: da “questão de polícia” à conquista de direitos.* (Dissertação de Mestrado). Recife: UFPE, 2011.

LUCENA, Maria de Fátima Gomes de. *Saúde, Gênero e violência: um estudo comparativo Brasil/ França sobre a saúde da mulher negra.* Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

LUGONES, Maria. *Rumo a um feminismo descolonial.* Estudos Feministas: Floreianópolis, (22), set-dez, 2014.

MAIA, Mônica Bara. *Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

MARX, Karl. *Para a questão judaica*. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MARX, Karl.. *Contribuição à crítica da economia política*. Tradução de Maria Helena Barreiro Alves. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. (Coleção Clássicos).

MARTINS, Ana Paula Vosne. História da Maternidade no Brasil: arquivos, fontes e possibilidades de análise. *Anais...* ANPUH – XXIII Simpósio Nacional de História – Londrina, 2005.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *A obstetrícia e a ginecologia no Brasil*. In: *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp. 139-170. História e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-451-4. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

MATOS, Maurílio Castro. *Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional*. São Paulo: Cortez, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência e Saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. In: *História, Ciências, Saúde*. v. IV. Nov 1997 – Fev 1998.

MIGNOLO, Walter D. Desobediência epistêmica: a opção descolonial e o significado de identidade em política. *Cadernos de Letras da UFF – Dossiê: Literatura, língua e identidade*, 34, 2008.

LIMA, Telma Cristiane; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. In: *Revista Katálises*. Florianópolis, 2007. v.10, n.esp..p.37-45.

MOTA, Alizabete; AMARAL, Ângela Santana do; PERUZZO, Juliane Felix. O novo desenvolvimentismo e as políticas na América Latina. In: MOTA, Ana Elizabete. *et al.*. *Desenvolvimentismo e construção de Hegemonia. Crescimento econômico e reprodução da desigualdade*. São Paulo: Cortez, 2012.

MOTA, Ana Elizabete. Serviço Social brasileiro: profissão e área do conhecimento. In: *Revista Katálises*. Florianópolis, 2013. v.16, n.esp..p.17-27.

MOTA, Ana Elizabete. Crise Contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social e Associação Brasileira de Pesquisa em serviço Social).

MUNANGA, Kabengele. *Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia*. 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em:<<http://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Uma-abordagem-conceitual-das-noco-es-de-raca-racismo-identidade-e-etnia.pdf>>. Acesso em 09/07/2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: Autor. (2014). Acesso em 26 de novembro de 2017, disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf)

OYÈWÙMÍ, Oyèrónké. *Conceituando o Gênero: os fundamentos eurocêntricos dos conceitos feministas e os desafios das epistemologias africanas*. Tradução: Juliana Araújo Lopes. CODESRIA Gender Series. V.1. Dakar, 2004.

PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini. Análise de conteúdo, análise de discurso: questões teórico-metodológicas. In: *Revista de Educação PUC – Campinas*, n.03, p. 21-30, novembro 2002.

PARTO DO PRINCÍPIO MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA. *Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”*. Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, Brasília, 2012.

PATEMAN, Carole. *O contrato sexual*. Tradução Marta Avancini. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

PERROT, Michelle. *Minha história das mulheres*. São Paulo: Contexto, 2012. 2ª ed.

PINHEIRO, Herika Dantas Modesto. *Do domicílio ao parto: avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife – PE*. Dissertação. Universidade Federal de Pernambuco. Recife: UFPE, 2014.

PISCITELLI, Adriana. *Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras*. In: *Sociedade e Cultura*. V.11. N.2. Jul/dez. 2008.

POLANYI, Karl. *A grande transformação. As origens da nossa época*. Rio de Janeiro: Campus, 2000. 2. Ed.

PORTELLA, Ana Paula. Novas e velhas questões sobre o corpo, sexualidade e reprodução. In: *Textos e imagens do feminismo: mulheres construindo a igualdade*. ÁVILA, Maria Betânia et al.. Recife: SOS CORPO, 2001.

PULEO, Alice Helda. De la legitimación a la contestación. In: *Filosofía, Género y Pensamiento Crítico*. Servicio de Publicaciones de Universidad de Valladolid, 2000.

PULEO, Alice Helda. Filosofía y género. In: *Filosofía, Género y Pensamiento Crítico*. Servicio de Publicaciones de Universidad de Valladolid, 2000.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidad y modernidad-racionalidad. In: H. Bonilla (Ed.), *Los Conquistados*. 1492 y la población indígena de las Américas. Bogotá: Tercer mundo editores, 1992.

QUIJANO, ANÍBAL. *Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina*. CLACSO, Buenos Aires, 2005.

REIS, Zilma Silveira Nogueira; REIS, Fernando Marcos dos. Ginecologia e obstetrícia baseada em evidências científicas. Minas Gerais, 2016. In *Book: Ginecologia Ambulatorial Baseada em Evidências Científicas*, Edition: 3, Publisher: Coopmed, Editors: Aroldo Fernando Camargos, pp.1287-1294. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/298070293\\_Ginecologia\\_e\\_obstetricia\\_bas\\_eada\\_em\\_evidencias\\_cientificas](https://www.researchgate.net/publication/298070293_Ginecologia_e_obstetricia_bas_eada_em_evidencias_cientificas)

RIBEIRO, Djamila. *O que é lugar de fala?* Belo Horizonte – MG: Letramento: Justificando, 2017. (Feminismos Plurais)

ROCHA, Lucianna Gomes de Sá Quirino; SILVA, Márcia Roberta Cavalcanti; LIMA, Tatiane Michele Melo de. *A violência contra a mulher em Pernambuco: um estudo sobre o perfil dos feminicidas*. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2008.

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

ROLAND, Edna. *Direitos reprodutivos e racismo no Brasil*. Estudos Feministas. Ano 03. 2º semestre, 1995.

RUIZ, Jefferson Lee de Souza. *Direitos Humanos e Concepções Contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2014.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2004. – (Coleção Brasil Urgente).

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. *Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero*. Campinas-SP: Ver. Cadernos Pagu, 2001. n.16.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. O Estatuto Teórico da Violência de Gênero. In: *Violências em Tempo de Globalização*. TAVARES-DOS-SANTOS, José-Vicente (Org.) 1ª. ed. São Paulo: Hucitec Ltda, 1999. 558 p.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. *O Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de Gênero e a violência masculina contra mulheres masculina contra mulheres*. Série Estudos e Ensaios / Ciências Sociais / FLACSO-Brasil - junho /2009

SÃO PAULO. *Você sabe o que é violência obstétrica?* 2013. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/Violencia%20Obstetrica.pdf> > Acessado em 29 out 2014.

SANTOS, Heliane Fernandes; ARAÚJO, Marlei Monteiro. Políticas de Humanização ao pré-natal e parto: uma revisão da literatura. *Revista Científica FacMais*, v. VI, Número 2. Ano 2016/1º Semestre. ISSN 2238-8427.

SANTOS, Vivian Maria dos. Notas desobedientes: Decolonialidade e a contribuição para a crítica feminista à ciência. *Psicologia & Sociedade*, 30. 2018

SCHWARCZ, Lilia Moritz. *O espetáculo das raças*. Cia das Letras, 1993.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. *Espectáculo da miscigenação*. Estudos Avançados, (20), 1994.

SCOTT, Joan. *Gênero: Uma categoria útil para análise histórica*. Tradução: Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Recife: SOS Corpo, 1989.

SEGATO, Rita Laura. Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial, *E-cadernos CES*, 18, 2012.

SENA, Ligia Moreiras. Mulher surtada come placenta, agride médico e corre nua em hospital de Natal. Blog Cientista que Virou Mãe. 09/07/2014. <https://www.cientistaqueviroumae.com.br/blog/textos/nao-ela-nao-e-uma-comedora-de-placenta-ela-e-mais-uma-vitima-da-violencia-obstetrica-que-mutila-mulheres-no-brasil> Acesso em 26 de novembro de 2018.

SENA, Ligia Moreiras. Ameaçada e sem voz, como num capô de concentração. A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. (Tese de doutorado) Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Revista Interface*. 2016

SIMESPE. *Maternidade Professor Barros Lima num dia de caos. Até quando senhores gestores da rede materno-infantil?* 2017. Disponível em: < <http://www.simepe.com.br/novo/?p=39216>> Acesso em 09/07/2017.

SIMIONATTO, Ivete. *GRAMSCI: sua teoria e incidência no Brasil, influência no Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2011. 4ª ed.

SOUZA, JESSÉ. *A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato*. Rio De Janeiro: Leya, 2017.

SOUZA FILHO, Rodrigo de. GURGEL, Cláudio. *Gestão democrática e Serviço Social: princípios e propostas para a intervenção crítica*. São Paulo: Cortez, 2016. (Coleção biblioteca básica de Serviço Social; v.7).

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização Social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno da saúde. In: *Interface – comunic, saúde, educ*, v.9, n.18, p. 61-76, jan/jun, 2016.

TOLEDO, Cecília. *Mulheres: o gênero nos une a classe nos divide*. São Paulo – SP: Ed. Xamã, 2001.

TONET, Ivo. *Democracia ou Liberdade?* Maceió: EDUFAL, 1997.

TORNQUIST, Carmen Susana. *Armadilhas da nova era: Natureza e maternidade no ideário da Humanização do parto*. In: *Revista Estudos Feministas*. 2002.

TORNQUIST, Carmen Susana. *Parto e Poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese de Doutorado. Florianópolis: UFSC, 2004.

ÚLTIMO SEGUNDO. Defensores de parto domiciliar fazem passeata em 11 capitais. iG @ São Paulo, 17/06/2012. Disponível em: <https://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2012-06-17/defensores-de-parto-domiciliar-fazem-passeata-em-11-capitais.html> Acesso em 26 de novembro de 2017.

VASCONCELOS, Maurício Teixeira Leite de. *et al.. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento*. *Cadernos de Saúde Pública*: Rio de Janeiro, 2014. 30 suplemento.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

VIEIRA, Maria Clara. Protestos contra a violência obstétrica acontecem nesta sexta (11) pelo país. *Revista Crescer Online*. 11/04/2014. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Parto/noticia/2014/04/protestos-sobre-violencia-obstetrica-acontecem-hoje-pelo-pais.html> Acesso em 26 de novembro de 2017.

WERNEK, Jurema. *Nossos passos vêm de longe! Movimentos de Mulheres Negras e estratégias políticas contra o sexismo e racismo*. Graduate Institute Publications, 2009.

WERNEK, Jurema. *Racismo Institucional e saúde da população negra*. *Saúde Soc. São Paulo*. V.25. n.3. 2016.

WERNEK, Jurema. *Racismo Institucional, uma abordagem conceitual*. Geledés – Instituto da Mulher Negra, 2013.

WOOD, Ellen. *A origem do Capitalismo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2001.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; NADAL, Ana Hertzog Ramos de; HABIGZANG, Luísa Fernanda. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. In: *Psicologia & Sociedade*, 29. 2017.

## ANEXO A – FENAM 01: CONDUTA OBSTÉTRICA NÃO PODE SER CONFUNDIDA COM VIOLÊNCIA (2014)

11/01/2019 FENAM | Conduta obstétrica não pode ser confundida com violência

PRINCIPAL A+ A- Imprensa: Selecione Publicações: Selecione Sindicatos: Selecione Projetos políticos: Selecione Parceiros: Selecione

Institucional: Selecione

NAVEGUE POR BANDEIRAS DE LUTA DESPRECARIZAÇÃO DIREITOS HUMANOS EBSERH EMERGÊNCIAS

**IMPrensa FENAM** 61 3042 3706 / [imprensa@fenam.org.br](mailto:imprensa@fenam.org.br)

VOCÊ ESTÁ AQUI: PRINCIPAL > IMPrensa FENAM > DIREITOS HUMANOS > NOTÍCIAS

Não era o que estava procurando? Pesquise aqui:  BUSCA

**Direitos humanos**

**Conduta obstétrica não pode ser confundida com violência**

*Esta notícia foi visualizada 4761 vezes.*

Compartilhe:



Foto: Internet

**01/10/2014**

A Federação Nacional dos Médicos (FENAM) esclarece que conduta obstétrica não pode ser confundida com violência. A violência obstétrica é causada pelo Estado, quando falha na oferta dos serviços de saúde. A falha na infra-estrutura e disponibilização de serviços, essa, sim, é a verdadeira violência contra os direitos humanos, e não o ato de intervenção do profissional médico com todos os recursos advindos do progresso da ciência e da tecnologia, usados para garantir a integridade e a saúde da gestante e do bebê.

O inaceitável é a gestante fazer nove meses de pré-natal e chegar no parto sem ter a garantia do leito na maternidade. Percorrer várias unidades em busca de internamento, ficar com seu filho na

**NOSSAS NOTÍCIAS POR E-MAIL**

>

**IMPrensa FENAM**

AGORA  
CONTATO  
GALERIA FENAM  
FENAM TV  
NOTÍCIAS  
RÁDIO FENAM

**ÚLTIMAS NOTÍCIAS**



**CREMEGO**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Troca de plantões exige alguns cuidados dos médicos** +

**MAIS LIDAS**

**ÚLTIMOS VÍDEOS** +

11/01/2019

FENAM | Conduta obstétrica não pode ser confundida com violência

mesma maca, ou cadeira. Não usar os recursos técnicos disponíveis, permitindo lacerações e hemorragias que comprometerão a saúde da mulher. É fazer parto sem analgesia ou anestesia, transformando o ato do nascimento num mar de gritos e choro, num retrocesso à era pré-industrial.

A violência ocorre, quando a gestante chega em uma unidade de saúde e não tem um pediatra ou neonatologista para acompanhar o nascimento do seu filho, quando o bebê nasce e precisa de uma UTI e não encontra nenhuma vaga na unidade em que ele nasceu.

O assunto pode gerar confusão entre conduta e violência obstétrica, nociva à segurança da gestante. A luta pelos direitos humanos exige cobranças para ter instalações adequadas, privacidade, presença de acompanhante, sala de parto bem equipada, pronto internamento, leite, berçários adequados, UTIs neonatal disponíveis, analgesia e anestesia e procedimentos técnicos desenvolvidos para garantir a segurança do parto.

Não se pode confundir conduta obstétrica com violência. Todas os recursos técnicos e científicos que norteiam as ações médicas, visando garantir a vida e a integridade do feto e da mãe fazem parte da garantia dos direitos humanos. Renegar o progresso da ciência como fonte de diminuição da mortalidade materno infantil é desconhecer o avanço formidável nessa área.

É obrigação e dever, além de imperativo ético, o médico usar todos os recursos advindos do progresso, da ciência e da tecnologia, disponibilizando-os à saúde da gestante e do bebê.

Fonte: FENAM



#### DEIXE SEU COMENTÁRIO



Não tenho Facebook

22 comentários

Classificar por Mais antigos



Adicione um comentário...



**Félix Nascimento**

Deixa eu ver se entendi: parir obrigatoriamente de barriga pra cima com as pernas elevadas, tomar episiotomia, kristeller, ficar de jejum, ter soro com ocitocina na veia ou acesso venoso de rotina, falar pra mulher que se gritar o bebê sobe ou ela vai ficar com dor de garganta, mandar fazer força de cocô, isso agora se chama conduta obstétrica, ah tá.

Curtir · Responder · 28 · 4 a



**Raquel Pedruzzi**

Eu entendi errado ou médico é que é o profissional perfeito mesmo? Não tem conduta errada? Não diz palavras inadequadas? Até quando vcs vão chamar toda a sociedade de mentirosa e ignorante só pra defender os interesses FINANCEIROS E DE STATUS da classe de vocês ?

Curtir · Responder · 19 · 4 a



**Amanda Santa Helena**

Isso é ridículo, vocês deveriam se envergonhar de agir dessa forma, o texto de vocês mostra apenas a pontinha do iceberg ou vocês realmente acreditam que a conduta obstétrica VÁRIAS VEZES não comete violência? E as enfermeiras que mandam a mãe calar a boca quando sente dor? E o fato de não respeitar a vontade da mãe (como por exemplo em esperar o cordão umbilical parar de pulsar para depois fazer o corte)? Então vão me dizer que a manobra de kristeller não é violência? Por favor, o Estado tem sim responsabilidade pela violência obstétrica, mas os médicos e médicas também! Assim como todos os profissionais da saúde. Vocês se esquecem que no momento do parto

## ANEXO B – CFM 01: RECOMENDAÇÃO DO CFM SOBRE PARTOS EM AMBIENTE HOSPITALAR, EM 2012



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

### RECOMENDAÇÃO 1/2012

**EMENTA:** Recomenda-se que o a realização do parto ocorra em ambiente hospitalar de forma preferencial por ser mais segura.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterado pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

**CONSIDERANDO** que a autonomia do médico e da mulher deve ser respeitada no âmbito da relação médico-paciente;

**CONSIDERANDO** que a legitimidade da autonomia materna não pode desconsiderar a viabilidade e a vitalidade do seu filho (feto ou recém-nascido), bem como sua própria integridade física e psíquica;

**CONSIDERANDO** que o trabalho de parto é um ato biológico, no qual um ser humano de flexibilidades desiguais percorre trajeto curvo e acotovelado fazendo movimentos (rotações, flexões e deflexões) necessários ao seu trânsito pela pelve;

**CONSIDERANDO** que o trabalho de parto constitui processo natural e independente, o que sugere a desnecessidade de intervenções, salvo em condições especiais;

**CONSIDERANDO** que no trajeto até o nascimento os movimentos necessários (rotações, flexões e deflexões) podem não ocorrer, em momento oportuno, o que é clinicamente conhecido como distócia;

**CONSIDERANDO** que a distócia precisa de correção clínica ou cirúrgica, o que é ato médico exclusivo, conforme previsto no Decreto Número 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que regula e fiscaliza o exercício das profissões de parteira e enfermeira, entre outras, no Brasil;

**CONSIDERANDO** que a ocorrência da distócia pode levar a outro fenômeno conhecido como sofrimento fetal, que se constitui de riscos inicialmente respiratórios,



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

podendo evoluir para complicações metabólicas, levando a transtornos neurológicos e até a morte do feto ou do recém-nascido;

**CONSIDERANDO** que a mortalidade e morbidade materna e perinatal decorrem de uma série de fatores (combinados ou não), tais como: doença hipertensiva específica da gestação (DHES), toxemia (pressão alta na gravidez), hemorragia por doenças obstétricas não diagnosticadas no pré-natal (como gravidez tubária e placenta prévia) ou não evitada na maternidade (descolamento prematuro de placenta e laceração no canal do parto); e por infecção, como a causada por procedimentos realizados sob condições sépticas;

**CONSIDERANDO** que estudos científicos comprovam que partos realizados em ambiente hospitalar tem menor risco de gerar complicações, o que representa menores taxas de mortalidade e de morbidade para mães, fetos e recém-nascidos;

**CONSIDERANDO** que por meio da evolução do conhecimento, da tecnologia e da atitude assistencial, o ambiente hospitalar se tornou mais seguro, propiciando ao médico as condições ideais para corrigir os casos de distócia que, porventura, ocorram.

**RECOMENDA-SE:**

Levando em consideração todos os pontos acima destacados, a realização do parto ocorra em ambiente hospitalar de forma preferencial por ser mais segura.

Brasília, 09 de agosto de 2012.

**ROBERTO LUIZ D'AVILA**  
Presidente

**HENRIQUE BATISTA E SILVA**  
Secretário-geral

## ANEXO C – CFM 02: CARTA AO LEITOR – REVISTA ÉPOCA (2015) EM DEFESA DOS MÉDICOS E REBATENDO DENÚNCIA DA REPORTAGEM PARTO COM RESPEITO (03/08/2015)

10/12/2018 Violença Obstétrica: CFM envia carta à Revista Época defendendo médicos

Rede dos Conselhos de Medicina Selecione o Conselho que deseja acessar:



# CFM

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Sobre o CFM | Conselheiros | Transparência | Normas CFM | Legislação/Processos | Serviços | Cidadão | Educação | Comunicação | Fale Conosco

Violença Obstétrica: CFM envia carta à Revista Época defendendo médicos

**Qui, 06 de Agosto de 2015 14:42**

O Conselho Federal de Medicina (CFM) encaminhou nesta terça-feira (4) carta à Revista Época na qual defende os médicos e aponta a responsabilidade do Estado na violência contra gestantes e recém-nascidos. A nota comenta a reportagem Parto com Respeito (edição de 03/08/2015) e esclarece que a chamada violência obstétrica, em suas diferentes nuances, já tem sido tratada no âmbito da Comissão de Ginecologia e Obstetria do CFM em busca de propostas para corrigir possíveis distorções.

Segundo o CFM, "a imensa maioria dos 400 mil médicos brasileiros tem tratado todos os seus pacientes, em especial gestantes e recém-nascidos, com dignidade, civilidade, respeito à autonomia e com o melhor de sua técnica". A carta, assinada pelo presidente do CFM, Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, ainda destaca que são motivos de grande preocupação as situações de violência contra as gestantes decorrentes da omissão do Estado.

Confira abaixo a íntegra da "Carta ao leitor enviada à Revista Época":



**CARTA AO LEITOR – Revista Época**

Brasília, 4 de agosto de 2015.

Com a reportagem **Parto com Respeito** (edição de 03/08/2015), Época cumpre seu papel de colocar questões de interesse social em debate, na perspectiva de aperfeiçoamento dos serviços oferecidos à sociedade na área da saúde. No entanto, a abordagem exige alguns esclarecimentos.

Em primeiro lugar, o Conselho Federal de Medicina (CFM) ressalta que a imensa maioria dos 400 mil médicos brasileiros, mesmo em contextos absolutamente adversos, tem seguido as orientações contidas no Código de Ética Médica, tratando todos os seus pacientes, em especial gestantes e recém-nascidos, com dignidade, civilidade, respeito à autonomia e com o melhor de sua técnica.

O descumprimento desses compromissos pode ser denunciado, ficando a responsabilidade pela apuração a cargo dos Conselhos de Medicina. Sublinhe-se ainda que a chamada violência obstétrica, em suas diferentes nuances, tem sido tratada no âmbito da Comissão de Ginecologia e Obstetria do CFM, em busca de propostas para corrigir possíveis distorções.

Desta forma, são motivos de grande preocupação situações de violência contra as gestantes, como resultado da omissão do Estado que não lhes garante leitos e condições de atendimento necessários à realização de um parto seguro. Há inúmeras denúncias da imprensa e de órgãos de fiscalização e controle, como o Ministério Público, que apontam graves deficiências em hospitais e maternidades públicos. Todavia, esse problema não se limita ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A cobertura insuficiente também já compromete a qualidade da assistência prestada pelos planos privados, que por falta de leitos faz com que milhares de mulheres sejam atendidas em maternidades públicas, com posterior ressarcimento ao SUS. Assim, na hora do parto, essas pacientes de planos de saúde são confrontadas com o predomínio da cultura do lucro à custa do infortúnio e do desconforto alheios.

A peregrinação por diferentes hospitais em busca de um leito ou a "internação" em cadeiras e outros locais inadequados são exemplos concretos da real violência obstétrica cometida contra mulher brasileira, a qual deve ser combatida pela mobilização da sociedade e pela cobrança de mais investimentos e de melhor gestão da saúde.

Assim, a erradicação dessa realidade deveria ser o mote de uma campanha permanente de todos contra a doença e em favor da vida.

**Carlos Vital Tavares Corrêa Lima**  
Presidente do CFM

Compartilhe: [Twitter](#) [Facebook](#) [Google+](#)

pesquisar...

**ELEIÇÕES NOS CRM's**

**EVENTOS**

**PUBLICAÇÕES CFM**

**BIOÉTICA**

**AGENDA PARLAMENTAR**

**Humanos**

**DECISÕES DA JUSTIÇA**

**DEMOGRAFIA MÉDICA 2016**

**PERFIL DO MÉDICO BRASILEIRO**

**Portal DIREITO E SAÚDE DO MPDFT**

**Informe Jurídico**

**REVISÃO DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA**

**Código de Processo Ético Profissional**

**PROTÓCOLO SOBRE RELAÇÕES ENTRE O MÉDICO E A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA**

https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\_content&view=article&id=25649:2015-08-06-17-43-31&catid=3 1/2

**ANEXO D – CFM 03: RESOLUÇÃO CFM Nº 2.144/2016 QUE GARANTE A  
AUTONOMIA DO MÉDICO E DA GESTANTE SOBRE A REALIZAÇÃO DE PARTO  
CESARIANO**



**RECOMENDAÇÃO 1/2012**

**EMENTA:** Recomenda-se que o a realização do parto ocorra em ambiente hospitalar de forma preferencial por ser mais segura.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterado pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

**CONSIDERANDO** que a autonomia do médico e da mulher deve ser respeitada no âmbito da relação médico-paciente;

**CONSIDERANDO** que a legitimidade da autonomia materna não pode desconsiderar a viabilidade e a vitalidade do seu filho (feto ou recém-nascido), bem como sua própria integridade física e psíquica;

**CONSIDERANDO** que o trabalho de parto é um ato biológico, no qual um ser humano de flexibilidades desiguais percorre trajeto curvo e acotovelado fazendo movimentos (rotações, flexões e deflexões) necessários ao seu trânsito pela pelve;

**CONSIDERANDO** que o trabalho de parto constitui processo natural e independente, o que sugere a desnecessidade de intervenções, salvo em condições especiais;

**CONSIDERANDO** que no trajeto até o nascimento os movimentos necessários (rotações, flexões e deflexões) podem não ocorrer, em momento oportuno, o que é clinicamente conhecido como distócia;

**CONSIDERANDO** que a distócia precisa de correção clínica ou cirúrgica, o que é ato médico exclusivo, conforme previsto no Decreto Número 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que regula e fiscaliza o exercício das profissões de parteira e enfermeira, entre outras, no Brasil;

**CONSIDERANDO** que a ocorrência da distócia pode levar a outro fenômeno conhecido como sofrimento fetal, que se constitui de riscos inicialmente respiratórios,

**RESOLVE:**

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

**Parágrafo único.** A decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante.

**Art. 2º** Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário.

**Art. 3º** É ético o médico realizar a cesariana a pedido, e se houver discordância entre a decisão médica e a vontade da gestante, o médico poderá alegar o seu direito de autonomia profissional e, nesses casos, referenciar a gestante a outro profissional.

**Art. 4º** Esta resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Brasília, 17 de março de 2016.

**CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA**

Presidente

**HENRIQUE BATISTA E SILVA**

Secretário-geral

## ANEXO E – FEBRASGO 01: CONTRA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA (2017)

10/12/2018

Contra a violência obstétrica

 (<https://www.febrasgo.org.br/pt>)  (<https://www.febrasgo.org.br/es>)

 (<https://www.febrasgo.org.br/en>)

**febrasgo**  
 Federação Brasileira das  
 Associações de Ginecologia e Obstetrícia

(<https://www.febrasgo.org.br/>)

 LOGIN ([HTTPS://WWW.FEBRASGO.ORG.BR/LOGIN](https://www.febrasgo.org.br/login))

Buscar no site



< Voltar

 NOTÍCIAS (/PT/NOTÍCIAS)

### Contra a violência obstétrica

Terça, 25 Julho 2017 15:53



(/media/k2/items/cache/56dab2b3675237b0ba79395c67ee9ae4\_XL.jpg)

Muito vem se falando sobre violência obstétrica, não raro com um viés equivocado, tendendo a distorções ao gosto deste ou daquele interlocutor. Daí a relevância de uma

<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/170-contra-a-violencia-obstetrica>

1/7

10/12/2018

Contra a violência obstétrica

análise aprofundada da questão, levando em conta prioritariamente a qualidade e excelência da assistência às gestantes.

Em primeiro lugar, é importante diferenciá-la da violência do obstetra. O primeiro termo engloba qualquer atitude, manobra, ou procedimento que possa trazer constrangimento, desconforto ou agravos à saúde da grávida, e pode ser cometido por qualquer um envolvido nessa relação, que vai do poder público à recepcionista de um hospital, incluindo nesse caminho o próprio médico.

“Existem diversos tipos de desrespeitos, truculências, violências, e a maioria delas lamentavelmente é inerente ao próprio sistema de saúde, à falta de políticas públicas competentes, ao descompromisso social e incapacidade de gestores em todos os níveis. Por exemplo, se uma grávida perambula de maternidade em maternidade para conseguir uma vaga para sua internação, isso é uma violência obstétrica que o sistema de saúde promove. Se a maternidade não tem ambiência apropriada para o acompanhamento do parto e se transforma em casa de cesárea, impossibilitando condições a ter um parto normal, é uma violência da instituição. E assim por diante”, pontua o dr. César Eduardo Fernandes, presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). “Qualquer modalidade de violência obstétrica é, por nós, abominada, não aceita em hipótese alguma”.

O problema é que há hoje grupos que dão menor atenção a esses graves problemas, optando por demonizar alguns procedimentos obstétricos, taxando-os indiscriminadamente como uma forma de violência. É o caso do uso da ocitocina, uma substância que ajuda nas contrações durante o parto, para que seja normal e ocorra uma dilatação correta que não leve a parturiente para outra via como a cesárea.

“Essa prática só seria violência obstétrica se não fosse indicada corretamente, com o propósito de acelerar o parto ou coisas desse tipo, que não tem resguardo nas indicações médicas elencadas em diretrizes tanto nacionais quanto internacionais. Então, usar ocitocina em si não significa violência obstétrica. Algumas ativistas colocam de maneira irresponsável que seu uso seja uma violência, mas às vezes não é. Pode até ser, quando indicada incorretamente”, alerta dr. Fernandes.

Outro procedimento que dá margem à polêmica é a episiotomia, o corte que o médico faz no períneo para alargar o canal de parto quando ele é angustiado o suficiente para impedir o parto normal. Se não for feito, pode haver danos tanto para o feto quanto para a mãe. Segundo o presidente da FEBRASGO, ainda hoje essa intervenção deve ser feita em 10 a 15% dos casos, e se o obstetra fizer isso indiscriminadamente, sem selecionar e ajuizar os casos necessários, aí sim estará cometendo violência obstétrica.

“O que quero dizer com esses dois exemplos: nem tudo o que parece é. O que precisa é ter profissionais de saúde competentes, que saibam ajuizar os procedimentos corretos em benefício da saúde das pacientes e dos futuros recém-nascidos. Portanto, tem de ter critério, não se pode manifestar ideias irresponsáveis compradas, de um modo geral, por certas ativistas que muitas vezes agem de maneira passional e com pouca racionalidade para análise crítica dessas questões”, adverte César Eduardo Fernandes.

Para o presidente da FEBRASGO, o que deve ser feito é mudar o modelo atual, com a

10/12/2018

Contra a violência obstétrica

maternidade voltando a ser um ambiente propício ao parto normal, com profissionais de saúde melhor formados e com a assistência às grávidas reformulada com enfermeiras trabalhando em associação com os médicos. "Sou contra casas de parto distantes das maternidades", afirma dr. Fernandes. "Para mim, a palavra correta é parto seguro, para a mãe e para o recém-nascido. Nada justifica perder uma mãe ou um recém-nascido que estavam sendo assistidos num parto domiciliar distante do hospital, em que não houve tempo hábil para se prestar o atendimento. Parto inseguro é violência obstétrica. Se eu faço cem partos domiciliares e 99 foram bem, não quer dizer que o parto domiciliar é seguro, porque se um morrer, e existe a possibilidade de um morrer, aquilo é um ato inseguro."

A violência obstétrica também é uma questão do poder público, já que a carência de leitos e de maternidades e a falta de incentivo para hospitais privados investirem nessa área só agrava o problema. "Leito de maternidade dá prejuízo. Então, o poder público e o gestor de saúde têm de ter a maternidade como alvo de importância na saúde pública e, portanto, têm de remunerar adequadamente. Eu acho que o obstetra é um profissional de difícil formação, de aprendizado longo e, nos dias de hoje, não temos incentivo para formar novos obstetras. Ninguém quer ficar fazendo parto, é de alto risco, mal remunerado e com possibilidade de ser acionado por questões várias. O jovem médico não quer esse ambiente inóspito. Nós não vamos mais ter obstetras no Brasil, é isso o que está acontecendo", finaliza dr. Fernandes.

#Comissão de Defesa e Valorização do Profissional (/pt/noticias/itemlist/tag/comissao-de-defesa-e-valorizacao-do-profissional)

## Deixe um comentário

Nome

E-mail

Digite seu comentário

Enviar comentário

## ANEXO F – FEBRASGO 02: RECOMENDAÇÕES FEBRASGO PARA TEMAS CONTROVERSOS (2018)

10/12/2018

Recomendações Febrasgo para temas controversos

 (<https://www.febrasgo.org.br/pt>)  (<https://www.febrasgo.org.br/es>)

 (<https://www.febrasgo.org.br/en>)

**febrasgo**  
 Federação Brasileira das  
 Associações de Ginecologia e Obstetria

(<https://www.febrasgo.org.br/>)

 LOGIN ([HTTPS://WWW.FEBRASGO.ORG.BR/LOGIN](https://www.febrasgo.org.br/login))

Search site



< Voltar



## Recomendações Febrasgo para temas controversos

Friday, 09 November 2018 16:10



(/media/k2/items/cache/eebad02b9c5415f9ba153e4096437663\_XL.jpg)

durante o parto, falta de empatia do provedor e falta de informação, discussão e consentimento da mulher para as intervenções obstétricas que podem ser necessárias durante a assistência (1, 3-8).

É crucial, contudo, destacar que reconhecer a violência obstétrica como uma realidade, não significa culpabilizar nenhuma categoria profissional específica, posta que esta se consolida em termos estruturais (11). A violência obstétrica é uma expressão de violência durante a prestação de cuidados de saúde, que ocorre em um ambiente social e em sistemas de saúde cujos fundamentos políticos e econômicos fomentam o desenvolvimento de relações de poder (1, 12). Assumir a violência obstétrica como uma realidade a ser enfrentada não enfraquece os obstetras como categoria profissional. Ao contrário, a fortalece, uma vez que os profissionais de saúde também estão expostos a prejuízos oriundos da mesma estrutura que sustenta a institucionalização de práticas violentas contra as mulheres (12).

Deste modo, a busca constante por uma assistência materno-infantil de qualidade passa pelo enfrentamento da violência obstétrica (1,2) e reconhecer que a estrutura dos serviços é violenta contra os profissionais reforça a necessidade de enfrentamento à violência obstétrica, sendo também a recíproca verdadeira (12).

Como médicos Obstetras temos uma grande oportunidade em mostrar as mulheres que estamos ao lado delas na busca por uma assistência obstétrica de qualidade, que respeite sempre e acima de tudo cada gestante na sua individualidade e nos seus desejos para o seu parto.

#### RECOMENDAÇÕES SOBRE AS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO PARA EVITARMOS A ACUSAÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Ressalta-se que a questão central para não promover ações violentas na assistência ao Parto é o respeito a autonomia da mulher, assegurando também a beneficência e a não-maleficência nesse processo.

Nesse sentido, a comunicação clara, o diálogo e o vínculo entre parturiente, família e equipe de assistência ao nascimento é o caminho natural e mais seguro para que se evitem situações percebidas como violentas, lembrando que algumas ações passam a ser entendidas como Violência Obstétrica quando utilizadas inadvertidamente, de forma imposta ou ferindo às evidências, desconsiderando a condição de sujeito da parturiente.

São recomendadas pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), pela Organização Mundial da Saúde (13), pela Comissão Nacional de Incorporação das Tecnologias no SUS (14) como boas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto:

Individualidade: converse e oriente as parturientes chamando-a pelo seu nome. Jamais utilize de apelidos ou abreviações, exceto quando solicitado pela paciente.

Momento de internação na maternidade - Sempre que possível, internar a gestante para assistência ao parto quando esta estiver na fase ativa de trabalho de parto;

Acompanhantes – Estimule e facilite a presença do/a acompanhante, de livre escolha da parturiente, no ambiente de assistência ao trabalho de parto e parto, sem restrição de trânsito. Quando possível, deixe que a família da gestante frequente o local em que a gestante está em trabalho de parto. Além disso, inclua os acompanhantes na discussão e informação do que está sendo feito na assistência.

## ANEXO G – REHUNA 01: POSICIONAMENTO DA REHUNA PELO QUANTO AS DEFINIÇÕES DO CFM PARA O PARTO CESARIANO (2016)

12/01/2019

ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - Início



### POSICIONAMENTO DA REHUNA QUANTO AS DEFINIÇÕES DO CFM PARA O PARTO CESARIANO

Em relação às novas recomendações do Conselho Federal de Medicina sobre a cesárea eletiva, constantes na publicação no site do Conselho Federal de Medicina "CFM define critérios para realização de parto cesariano", o posicionamento da ReHuNa é: Editar

1- é extremamente importante aguardar que a gestante entre em trabalho de parto, mais do que estipular alguma idade gestacional para o parto acontecer. Cada bebê tem sua época de amadurecimento;

2- por outro lado, se mais obstetras e gestantes forem esperar até as 39 semanas, é mais provável que elas entrem em trabalho de parto, o que é positivo;

3- também é positivo que, com essa medida, menos bebês correrão o risco de apresentar prematuridade iatrogênica ao nascer;

4- mas é preocupante que um órgão oficial de médicos legitime, em suas orientações, a cesárea eletiva, mesmo alegando a autonomia da mulher.

Para maiores informações, segue link para debate com o membro do Colegiado da ReHuNa, Bráulio Zorzella, na TV Jovem Pan.



### FORUM - TIPOS DE PARTO NO BRASIL (15/08/16)

Há um consenso no imaginário do brasileiro: o parto normal é menos arriscado para a mãe e para o bebê. Mas o Brasil ainda é o país que realiza o maior número de cesáreas no mundo. Uma das convidadas do Fórum, Daphne Rattner, presidente da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento, explica que a cesárea só deveria ser recomendada diante de complicações. Leia a íntegra da sinopse <https://is.gd/06KZKf> Editar

Clique no link abaixo para assistir o vídeo



## ANEXO H – CASO 01: ADELIR GOES

12/01/2019 Feminismo, direitos reprodutivos e evidências: reflexões sobre o caso da cesariana forçada de Adelir, em Torres - RS | ESTUDA, ...

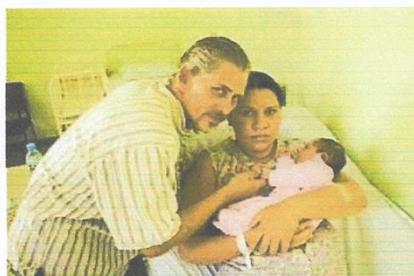
8th April 2014 Feminismo, direitos reprodutivos e evidências: reflexões sobre o caso da cesariana forçada de Adelir, em Torres - RS

### CESARIANA CONTRA A VONTADE DA MULHER - O CRIME DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

No dia primeiro de abril de 2014, em plena madrugada, uma mulher de Torres - RS que se encontrava em trabalho de parto foi coagida e retirada de sua casa à força após mandado judicial, por policiais armados e sob ameaça de prisão, sendo levada sob custódia para um hospital público conforme determinado por uma Juíza para que fosse submetida a uma cesariana que ela não queria. Essa mulher se chama Adelir Carmen Lemos de Góes e o caso foi fartamente divulgado na imprensa e discutido nas redes sociais.

A decisão judicial se fundamentou no parecer de uma única médica, sem direito ao contraditório, sem que a mulher tenha sido ouvida, sem que fossem apresentadas provas, sob o pretexto de se proteger a vida do nascituro, alegando-se que esse estaria em risco de vida porque a mãe tinha duas cesáreas anteriores e o bebê estava em apresentação pélvica. Também se alegou que a gestação era prolongada, mas depois foi apresentada a ultrassonografia demonstrando gravidez de 40 semanas.

Ao chegar ao hospital, que não teve direito de escolher, Adelir já se encontrava com 9cm de dilatação e mesmo assim foi realizada a cesariana, SEM QUE FOSSE PERMITIDA A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE, desrespeitando-se assim a Lei 11.108 de 7 de abril de 2005, que garante esse direito durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.



[[http://4.bp.blogspot.com/-](http://4.bp.blogspot.com/-VeEh7eQ6R54/U0NgWeWkBDI/AAAAAAAAABDo/umk7fpY6tks/s1600/adelir+em+Torres.jpg)

[VeEh7eQ6R54/U0NgWeWkBDI/AAAAAAAAABDo/umk7fpY6tks/s1600/adelir+em+Torres.jpg](http://4.bp.blogspot.com/-VeEh7eQ6R54/U0NgWeWkBDI/AAAAAAAAABDo/umk7fpY6tks/s1600/adelir+em+Torres.jpg)]

Desde que tomei conhecimento do caso, posicionei-me francamente contra essa arbitrariedade que defini como um conluio médico-judicial contra a AUTONOMIA feminina, tendo em vista que nenhuma das condições apresentadas por Adelir era indicação absoluta de cesariana e em nenhum momento se caracterizou "risco iminente de vida" para ela ou para o bebê.

Submeter uma gestante a uma cesariana à força, sob coerção do Estado, através de mandado judicial, é um absurdo: cadê o respeito à AUTONOMIA, um dos pilares da Bioética? Ainda que houvesse indicação absoluta de cesariana, só se admite submeter um indivíduo a um procedimento cirúrgico sem seu consentimento formal em condições de risco iminente de vida (ex.: uma cesariana por DPPNI com choque hemorrágico), o que não era o caso.

12/01/2019

Feminismo, direitos reprodutivos e evidências: reflexões sobre o caso da cesariana forçada de Adelig, em Torres - RS | ESTUDA, ...

Segundo absurdo: não havia indicação absoluta de cesariana. Mulheres com duas ou mais cesáreas podem parir. Bebês em apresentação pélvica podem nascer por via vaginal. Não preciso me remeter a centenas de estudos, basta considerar os guidelines do ACOG, que consideram o parto vaginal uma opção razoável nesses casos, desde que esse seja o desejo da mulher. Além do que, não é obrigatória a interrupção da gravidez depois de 41 semanas, a própria revisão sistemática da Cochrane demonstra que sendo o risco absoluto de morte perinatal pequeno, a conduta expectante pode ser uma alternativa e as mulheres devem tomar a decisão depois de esclarecidas sobre riscos e benefícios.

Terceiro e não menor absurdo: a justificativa desse ato arbitrário foi "o direito do nascituro", o que juridicamente me pareceu um absurdo, porque a "expectativa de direito" do nascituro - que sequer se encontrava em risco iminente de vida - não pode se sobrepor ao direito da mulher de recusar um procedimento que pode trazer sérios riscos para sua saúde. Cesarianas, e sobretudo cesarianas repetidas, se associam a aumento do risco de hemorragia, infecção, lesão de bexiga, lesão de intestino, hemotransfusão, histerectomia e morte materna.

Não questiono o direito dos médicos de se recusarem a acompanhar o trabalho de parto, sobretudo se não tinham experiência em partejar mulheres com cesárea anterior e, sobretudo, com parto pélvico. É possível mesmo que, diante dessas características da equipe, a cesariana fosse a opção mais segura, porém diante da recusa da parturiente, aparentemente faltou o diálogo franco, honesto, o que talvez a tivesse feito mudar de opinião, e faltou sobretudo o respeito à sua decisão final. Ela assinou um termo de consentimento e foi para casa, esperar a evolução do trabalho de parto, esperando chegar em estágio mais avançado e assim evitar a cesariana. Isso bastava, do ponto de vista ético. Apelar para o Ministério Público para coagi-la a uma cesariana está muito além do aceitável, considerando-se os preceitos da bioética.

Em sua coluna da Folha de São Paulo, Hélio Schwartzman define bem essa medida como "empáfia hipocrática", como se pode conferir no link abaixo:

EMPÁFIA HIPOCRÁTICA [\[http://www1.folha.uol.com.br/colunas/helioschwartzman/2014/04/1435575-empafia-hipocratica.shtml\]](http://www1.folha.uol.com.br/colunas/helioschwartzman/2014/04/1435575-empafia-hipocratica.shtml)



[\[http://1.bp.blogspot.com/-2b9iSq9U77U/U0NkBF38tII/AAAAAAAAABD0/XWd3i9wdHCU/s1600/HELIO+SCHWARTSMAN.jpg\]](http://1.bp.blogspot.com/-2b9iSq9U77U/U0NkBF38tII/AAAAAAAAABD0/XWd3i9wdHCU/s1600/HELIO+SCHWARTSMAN.jpg)

Hélio Schwartzman

Depois de tornar pública minha posição, concedendo entrevistas para diversos jornais (veja os links abaixo), começaram a chover ataques em minha direção.

Foi um desrespeito 'a mulher, diz médica sobre cesárea forçada [\[http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1435054-foi-um-desrespeito-a-mulher-diz-medica-sobre-cesarea-forcada.shtml\]](http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1435054-foi-um-desrespeito-a-mulher-diz-medica-sobre-cesarea-forcada.shtml)

Polêmica no RS: a cesárea era mesmo a única opção? [\[http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2014/04/140404\\_cesarea\\_debate\\_pai\\_rb.shtml\]](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2014/04/140404_cesarea_debate_pai_rb.shtml)

De início, relativamente educados, como o colega que me acusou de priorizar o feminismo em detrimento de questões técnicas, diante do que me posicionei, via Facebook, com o seguinte texto:

### **FEMINISTA, SIM. E TÉCNICA!**

Eu sou feminista, sim, e com orgulho. Os ideais feministas eu compartilho desde muito cedo, antes de ser apresentada ao fascinante universo da Humanização do Parto. Antes de conhecer a Medicina Baseada em Evidências e antes mesmo de entrar na Faculdade de Medicina. Só que não há nenhuma incompatibilidade entre feminismo e evidências científicas, entre feminismo e minhas opiniões técnicas, até porque, no caso Torres:

a) As evidências não justificam uma indicação absoluta de cesárea;

b) A Medicina Baseada em Evidências **NÃO** se resume às evidências, mas consiste da integração harmoniosa da experiência clínica com as melhores evidências científicas correntemente disponíveis E com as **CARACTERÍSTICAS E EXPECTATIVAS DOS PACIENTES**; esse último item inclui o respeito à **AUTONOMIA**, aliás um dos preceitos fundamentais da Bioética;

É fundamental entender que não há boas práticas sem que a tomada de decisão seja centrada no paciente. Isso é boa Medicina, isso é boa Assistência. O melhor cirurgião do mundo não tem o direito de tirar a minha vesícula sem o meu consentimento, até porque se ele o faz deixa de ser o melhor cirurgião do mundo.

Um médico que não respeita a autonomia dos seus pacientes está agindo de forma antiética. Por exemplo, por mais defensora que eu seja do parto normal, eu **JAMAIS** obrigaria uma mulher a parir se ela deseja, de fato, uma cesariana. No ISEA, temos tido alguns casos em que há indicação de interrupção da gravidez e a gestante recusa a indução. Nunca me ocorreu obter um mandado judicial para obrigá-las a aceitar o uso do misoprostol, por exemplo. Elas assinam o termo de consentimento e se realiza a cesariana.

Eu sou contra cesarianas eletivas sem indicação médica definida. Mas no pré-natal, oriento, esclareço, explico, apresento todas as evidências e mesmo assim já me aconteceu de algumas gestantes, uma delas inclusive com insuficiência istmocervical, me dizerem que tinham agendado cesarianas eletivas com 37, 38 semanas com outros colegas. Falei dos riscos, sugeri alternativas, PEDI até que ao menos esperassem 39 semanas (redução de danos), mas nunca fui ao Ministério Público solicitar ordem judicial para trancá-las em um quarto e obrigá-las a aguardar o trabalho de parto e daí interná-las compulsoriamente até o nascimento vaginal.

Salvo condições com risco iminente de morte, jamais me ocorreu tomar decisões médicas sem ouvir e esclarecer meus pacientes.

Isso não é feminismo, é uma boa prática médica, respaldada nos alicerces da Bioética: **AUTONOMIA, JUSTIÇA, BENEFICÊNCIA E NÃO MALEFICÊNCIA.**

Porém, como feminista, o que me revolta é a absoluta falta de respeito aos nossos corpos, é a violência de que somos vítimas diuturnamente, o que inclui não apenas a violência obstétrica mas outras formas de violência institucional e diversas práticas que amiudamente são perpetradas contra a mulher. Não é à toa que as cirurgias mais realizadas no mundo, cesarianas e histerectomias, sejam

12/01/2019 Feminismo, direitos reprodutivos e evidências: reflexões sobre o caso da cesariana forçada de Adeliir, em Torres - RS | ESTUDA, ...  
intervenções sobre o corpo feminino, esse corpo que é considerado, na visão machista que durante muito tempo o modelo hegemônico da Medicina incorporou, essencialmente defectivo e dependente da intervenção médica para "funcionar". Esse corpo que é tão perigoso que até requer controle estatal, esse corpo que não é livre.

Estamos tratando de direitos reprodutivos. Do direito de decidir SE, QUANDO, COMO, ONDE e COM QUEM vamos ter nossos filhos.

E isso sim é feminismo, mas de forma alguma é incompatível com as boas práticas e a boa técnica.

Continuo reiterando que submeter uma gestante a uma cesariana à força é uma violência e uma violação. Um flagrante desrespeito aos direitos humanos. Reconhecer isso não é somente feminismo, é humanismo, é correto, é justo e é ético.

---

A partir daí, foi o caos. Começaram as ofensas pessoais, muitas, terríveis. As ameaças. Além de me chamarem de xiita oportunista, hipócrita, canalha, incompetente, ter silicone no cérebro, ameaçaram invadir o meu perfil com posts caluniosos e me denunciar à justiça! E tudo isso feito por pretensos "colegas" que decerto desconhecem os preceitos fundamentais da Bioética, além de não terem um mínimo de educação e postura.

Por outro lado, recebi o apoio do meu querido e ÚNICO Orientador (mestrado, doutorado e pós-doutorado), o maior cientista da Ginecologia e Obstetrícia do Brasil vivo, incansável ativista pelos direitos reprodutivos, o pesquisador e médico que mais respeito no Planeta, o Prof. Aníbal Faúndes, por e-mail:

"Prezada Melania:

Não há dúvida que neste caso houve falha ética em não aceitar a decisão da mulher, que além do mais estava apoiada por seu esposo. Acho que a médica que adotou essa conduta extrema estava muito mal orientada, como aliás, infelizmente estão um grande número de nossos colegas.

O Helio Schwartzman, cuja coluna na página 2 da Folha de São Paulo eu sempre leio, disse hoje basicamente o mesmo que você, agregando sua condenação da conduta da Justiça.

Certamente eu estou com vocês.

Um grande abraço,

Aníbal"

Para quem andou destilando argumentos de poder e alegando ter toda a autoridade para falar do assunto por ser estudante de Medicina, médico, obstetra, ter XX anos de formado etc. segue o fabuloso Currículo Lattes do Prof. Faúndes, o obstetra mais citado do País:

CV Lattes Aníbal Faúndes [<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?metodo=apresentar&id=K4768016D2>]  
(447 artigos publicados e índice H de 30!)

(Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Reprodução Humana, atuando principalmente

## ANEXO I – CASO 02: ÍSIS

12/01/2019

Cientista que virou mãe | Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila m...

[SOBRE](#)
[COMO APOIAR](#)
[LOJA](#)
[ASSINE](#)
[FINANCIE](#)
[ENTRAR](#)


[ESCRITORAS](#)
[ARTIGOS](#)
[EVENTOS](#)

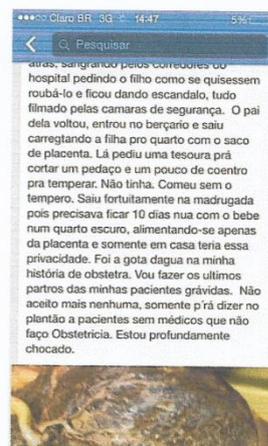
Você acabou em hospitais de Zona Leste na quarta-feira (2).  
Médico falou que não sabia da prática, que se espalha pelos EUA.

## Fonte

Foi assim que a experiência traumática de parto de uma mulher (uma das mais traumáticas que já li ou ouvi) foi relatada e divulgada pela mídia. Uma mulher reduzida a "*surtada comedora de placenta*". O relato e divulgação do caso, nesses termos, no entanto, somente aconteceram após o médico que a atendeu, laperi Araújo, ter se referido de maneira degradante, humilhante e ridicularizante à parturiente em sua página na rede social. Você deve ter ouvido falar sobre esse caso. Aconteceu em Natal, no dia 02 de julho, mas a mídia somente começou seu freak show após a postagem do obstetra. Ex-obstetra, corrijo-me. Porque ele decidiu parar de praticar a obstetrícia. Pois bem.

Em uma das matérias que menciono acima, há uma entrevista com ele, que conta, sob seu viés, o que considera ter acontecido. Eu, que estudo a violência obstétrica e as práticas que a constituem, somente lendo sua entrevista (e os prints de sua publicação na rede social), pude identificar o que aconteceu, a motivação, a luta dessa mulher contra a separação mãe-bebê, o preconceito, a desinformação, a má prática, a luta contra a medicalização e a violência institucional e muitos outros pontos que nos dão uma visão aproximada de algo que acontece, infelizmente, ainda muito pouco: a reivindicação explícita dos direitos das mulheres no parto e contra a violência obstétrica. Mas acontece que encontrar mulheres suficientemente empoderadas para tal é evento tão raro que, quando acontece, elas são ridicularizadas e expostas pela mídia como "surtadas", "comedoras de placenta" ou "irresponsáveis que colocam a vida dos filhos em risco e precisam de medidas legais que as acuem e as obriguem a uma cesárea contra sua vontade", [como aconteceu com Adelir Carmem Lemos de Góes](#), em abril deste ano.

Como a mim não interessa outra voz além da dessas mulheres - entre as quais também me incluo - abaixo você vai ler o relato da própria parturiente. Hoje uma mulher vivendo um puerpério extremamente difícil, vítima de bullying, ridicularizada e perseguida em sua própria cidade, cruelmente exposta por uma equipe de saúde e por uma mídia sensacionalista barata.



12/01/2019

Cientista que virou mãe | Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila m...

[SOBRE](#) [COMO APOIAR](#) [LOJA](#) [ASSINE](#) [FINANCIE](#)[ENTRAR](#)  [ESCRITORAS](#) [ARTIGOS](#) [EVENTOS](#)

Esse é o relato dela.  
Absolutamente chocante.  
E vai continuar acontecendo. Todos os dias. Com centenas de mulheres.  
Até que tenhamos medidas concretas para coibir e punir a má prática que faz,  
todos os dias, novas vítimas.  
Olhe para seu país. Olhe para suas mulheres.  
Há violência, mutilação e horror aqui mesmo.  
E encarada como normal, ou rotina.

"Sou um animal ferido, que volta destroçado e ensanguentado para o seu  
ninho, após sobreviver a uma tentativa quase eficaz de abate. Sou um  
mamífero em apuros, com sua cria no colo, chorando pelo pouco leite que sai  
das tetas de sua genitora. Eu. Que assustada me escondo de tudo e de todos,  
pois apesar de ter sobrevivido ao abate, sou agora açoitada e perseguida por  
meus iguais, mamíferos de mesma ordem, agora robotizados e produzidos por  
algum processo estranho e sintético, alheio ao processo natural de  
continuação da espécie, não conhecem o amor, nem o nascimento, nem a  
maternidade.

[...]

É incrível como na minha cabeça o desenrolar dos fatos e das emoções está  
cada vez mais claro, nítido, e é cada vez mais surreal a ideia de conseguir  
escrevê-lo.

[...]

Os flashes não me permitem dormir. O cansaço é infinito, as dores no corpo  
também são. Meus músculos que aos pouco se recuperam dos últimos dois  
dias sem dormir, juntamente com o cansaço provocado pelos momentos de  
tortura no hospital, meus músculos doem, doem tanto que parece que jamais  
vão sarar. Mas o que me dói mesmo é um canto do meu ser que não sei onde  
fica, não sei o que é. Sinto apenas uma sensação de vazio na existência. Uma  
espécie de "rombo" no meu existir, no meu ser, e que me anula por completo,  
me derruba como nem os meus torturadores conseguiram durante aquelas  
três horas e meia na sala de parto do Hospital Papi. Penso que o abate moral é  
um limiar entre eu me suicidar e continuar existindo, me rastejando. Fui  
abatida? Será que morri? Mataram-me e continuei viva, **pelo meu filho que  
precisava ouvir as batidas do meu coração e foi arrancado violentamente de  
mim pelas mãos de quem desdenhava de um animal ferido cujo  
sangue jorrava aos montes, preso a uma mesa da qual não podia sair, pois  
estavam-lhe arrancando o resto de parto, de vida, que havia nela, sua  
placenta, tracionada e arrancada brutalmente pelas mãos do obstetra que**

12/01/2019

Cientista que virou mãe | Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila m...

[SOBRE](#) [COMO APOIAR](#) [LOJA](#) [ASSINE](#) [FINANCIE](#)[ENTRAR](#)[ESCRITORAS](#) [ARTIGOS](#) [EVENTOS](#)

Finalmente, exatamente dez dias após o nascimento do meu filhote, estou cá, sentada de frente ao computador, decidida a relatar o que me aconteceu. Foram dez dias de repouso e fortalecimento, mesmo com todas as críticas, com todos os comentários atrozés e as reportagens na mídia me deplorando. Fui chamada de louca, psicopata, disseram que deveriam tirar meu filho de mim (e então ter-me-iam arrancado tudo que restava, e de mim nada mais haveria além de um bolo de carne com um coração pulsante, quando então já não haveria mais o limiar do abate moral, eu já estaria morta). Foram dez dias também de intensificação de todo o sofrimento que me açoita, pois agora eu tenho de lidar com inúmeros telefonemas, mensagens, pessoas perguntando umas às outras se o absurdo da mulher que teria comido placenta, agredido médico e corrido nua por aí tinha sido eu. Infelizmente não comi minha placenta, ainda, pois ainda não tive coragem para encará-la, pegar nela, senti-la, tão cheia de mim, da minha cria, e das emoções que vivenciamos durante nove meses, e nos últimos momentos do meu bebê dentro de mim. Infelizmente também não corri nua, precisei perder alguns minutos me vestindo com roupas sujas e ensanguentadas, **pois até panos limpos me foram negados**. Pensando bem, eu estava com muito frio, a hemorragia incontida me enfraquecia cada vez mais, acho que foi instintivo parar para me aquecer com aquelas roupas, ainda que sujas e ensanguentadas, aliás, sangue não faria diferença, **pois depois que levaram meu filho de mim injustificadamente e manifestamente contra minha vontade para o berçário para lavá-lo com sabão, tirar o vernix protetivo e embrulha-lo com fraldas descartáveis e aquecê-lo artificialmente, desdenhando de meu clamor para tê-lo em meus braços, depois disso eu devo ter lavado com meu sangue o rol da frente do berçário**. Perdoe-me quem estiver lendo, os fatos vão e vem, não sei se consigo seguir uma ordem cronológica muito precisa. E por fim, infelizmente **não agredi o obstetra**. E sequer posso mencionar publicamente o que se passa na minha mente, nesse sentido, por dois motivos: primeiro, eu seria processada, julgada e condenada muito facilmente por algum tipo penal como ameaça, por exemplo. O judiciário não tem pena de foder com quem já está fodido. Segundo, não tenho energias para gastar com isso, preciso me concentrar no meu filhote, que precisa de mim. **Se minhas tentativas de afirmar minha autonomia e meu direito de escolha que foram sistematicamente tolhidos e aniquilados durante todo o meu atendimento naquele dia 02 de julho de 2014, se foram agressões, talvez eu o tenha agredido. E ainda assim digo isso em tom de ironia. Imagino que se as minhas tentativas de sobreviver ao massacre foram agressões, o que foi o massacre que me ocorreu naquela sala de parto? Será que um médico famoso de Natal, professor da universidade federal do RN, conhecedor de muitos juízes,**

12/01/2019

Cientista que virou mãe | Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila m...

[SOBRE](#) [COMO APOIAR](#) [LOJA](#) [ASSINE](#) [FINANCIE](#)[ENTRAR](#)[ESCRITORAS](#) [ARTIGOS](#) [EVENTOS](#)

**nesse projeto de civilidade que se nos impõe, rouba de nós mulheres a autonomia, a força, o parto, o nascimento e a maternidade. Uma mulher que pari e sabe a força animal que tem em si é uma grande ameaça a esse sistema, não é mesmo?**

[...]

Cheguei no hospital por volta das 20h30... Eu estava a mais de 36 horas em trabalho de parto ativo, bolsa íntegra. Quando subi para o atendimento, ouvi um velho grosseiro me gritando: "**Por que não fez pré-natal??**". Eu respondi: "**Primeiro, eu fiz pré-natal, mas não trouxe nada comigo, e segundo, o senhor não precisa falar assim comigo, viu?**". Ele respondeu que estava falando em tom normal, que não tinha nada a ver, e saiu sorrindo. Eu havia feito todos os exames de sangue, ultrassons, inclusive no dia 01 de julho eu havia feito uma ultra cujo diagnóstico foi excelente, meu líquido estava bom, o bebê encaixado, saudável, maduro. Quando meu pai chegou na sala de atendimento o obstetra foi logo dizendo que não ia me atender, que se precisasse fazer alguma coisa ele não ia fazer, porque estava sozinho, e assim, manifestamente e na presença de todos que comigo estavam, **me violentou pela primeira vez, negando-me atendimento**. Pedi a meu pai que fossemos embora, pois a coisa não ia funcionar daquele jeito. Mas ele não concordou, estava muito apreensivo, e cansado. Resolvi ficar. Não sabia que estava naquele momento assinando minha sentença de morte. Eu tinha ouvido que eu iria pro quarto. Pensei: tudo bem, eu vou parir no quarto, deve estar pertinho e eu só preciso de um quarto. **Mas não tinha leito no Papi, e não me encaminharam para outro hospital**. Eu deveria ficar ali mesmo, esperando. Foi então quando o doutor resolveu me examinar. **Essa violência foi um pouco mais dolorosa. Ele fez um toque, rompeu minha membrana, gritei de dor**. Sua mão saiu de dentro de mim lavada com meu sangue e um pouco da minha integridade, que aos poucos ele terminaria de arrancar de mim nas três horas e meia seguintes. Pedi para ficar nua, e me foi dito que eu não poderia ficar nua, **pois naquele hospital eu deveria seguir os protocolos**. Consegui ficar apenas com a bata cobrindo-me os peitos. Aceitei a analgesia. Não sabia eu que ali estava o ápice da dominação do meu ser, pois sem sentir as pernas eu não poderia me defender, sair andando, correndo, não poderia mais fugir do massacre, eu me tornaria um animal indefeso. Foram chamar o anestesista. Entre uma

contração e outra, que já estavam vindo de minuto em minuto e cada vez mais forte, gritei: "Cadê o filha da puta do anestesista?". No meu tempo ele já estava demorando muito, eu já estava desesperada, e aquilo era meu grito de socorro. Então, ironizando e debochando de mim, o doutor gritou: "Chamem aí o filha da puta

12/01/2019

Cientista que virou mãe | Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila m...

[SOBRE](#) [COMO APOIAR](#) [LOJA](#) [ASSINE](#) [FINANCIE](#)[ENTRAR](#)  [ESCRITORAS](#) [ARTIGOS](#) [EVENTOS](#)

comprimento, por uns 70cm de largura. Imagino que se eu fosse mais larga eu teria me espremido entre os ferros. O anestesista me disse para sentar com os ombros curvados, pedi então que ele aproveitasse entre uma contração e outra, pois eu não conseguiria ficar parada naquela posição durante uma contração. Eu pedia para ele ir logo, **mas ele estava muito ocupado falando ao celular.**

Depois disso eu tive que deitar em posição de exame ginecológico, a posição da dominação. Eu

estava completamente dominada. Perguntei se poderia ficar em outra posição, de quatro, por

exemplo, ou de lado, pois me aliviava a dor, e isso me foi de pronto rebatido com "NÃO" por

todos os lados. Eu deveria ficar quieta, segurando em dois ferrinhos que tem do lado das pernas na cadeira de parto. Eu não podia sequer por as mãos nas minhas pernas, aliás, minhas tentativas foram todas frustradas, eu teria repetidamente minhas mãos encaminhadas de volta aos ferros da cadeira.

Estavam comigo meu pai e Daniel, um amigo clínico geral que havia ido conosco ao hospital. Me diziam para fazer força, **empurravam minha barriga**, eu fazia força até sentir que ia vomitar. A orientação era essa: **quando você achar que não vai aguentar e vai vomitar, pare. O anestesista pressionava meu estômago com seu polegar, era fatal.** Vomitei não sei nem quantas vezes, após cada contração, após ter meu estômago pressionado repetidamente. Eu não tinha vomitado ainda, antes de ir pro hospital. Vomitei deitada,

quase morri engasgada com meu próprio vômito e ninguém sequer me ajudava a me limpar. **Até meu pai e Daniel cederam às ordens autoritárias do obstetra e empurraram minha barriga.** Segundo o anestesista, todos deveriam obedecer ao obstetra, pois ele era professor de todos. **Eu sofria com a dor dos empurrões e da mão do obstetra dentro da minha vagina. Me senti estuprada.**

Diziam que era assim mesmo, e que se eu não me concentrasse ia matar meu bebê, que daquele jeito estava difícil, que eu não ia conseguir. Ouvi isso repetidamente durante as três horas e meia em que estive lá. Lembro que eu mantinha em mente sempre que eu não poderia apagar, então controlava a força até um pouco antes do meu limite, com medo de ficar inconsciente e do que poderia vir a me acontecer. Eu estava apavorada, e disposta a tudo para parir meu filho. Eu não iria pra faca, de modo algum eu me submeteria a uma cesárea, ainda com toda aquela oferta. **Vi gente entrando e deixando bolsa pessoal na sala de parto, com celular tocando, vi gente entrando com walk-talking ligado.** Eu reclamava que tinha muita gente e muito barulho, e que as pessoas não estavam me ajudando. **A pediatra, Lívia, disse que aquele parto era uma loucura, que eu era louca, e que tinha que ter aquela equipe toda**

12/01/2019

Cientista que virou mãe | Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila m...

[SOBRE](#) [COMO APOIAR](#) [LOJA](#) [ASSINE](#) [FINANCIE](#)[ENTRAR](#)[ESCRITORAS](#) [ARTIGOS](#) [EVENTOS](#)

minha vagina aberta e exposta um souvenir de apreciação. **Eu implorava, aos prantos, para o obstetra tirar as mãos de dentro de mim, pois ele estava me machucando, me invadindo, e ele repetidamente se negou a me atender, disse-me que se eu tivesse procurado um ginecologista eu não estaria ali atrapalhando a vida dele, disse-me que não estava ali para prestar serviço algum para mim, e que minha vida pouco lhe importava, ele só se importava com o bebê.** Quando o bebê nasceu eu percebi que na verdade nem com ele o cara estava preocupado. Ele queria, assim como toda aquela equipe estúpida, que aquilo acabasse logo. Eu chorava, olhava pro meu pai e pedia ajuda, dizia que estava foda pra mim, e ele então pedia ao médico que calasse a boca, pedia a tal da Lívia que se calasse também. Eu disse que não queria que cortassem o cordão umbilical do meu filho, e o obstetra perguntou com base em quê eu dizia aquilo. Respondi que tudo que eu queria estava no meu **plano de parto**, que estava lá, que ele deveria ver, e **que eu dizia aquilo com base na minha autonomia e no meu direito de escolha.** Ele respondeu sagazmente que não aceitava plano de parto, e que nunca tinha ouvido falar naquelas coisas não, que lá aquilo não existia. A pediatra Lívia então começou a gritar comigo dizendo que tinha que examinar o bebê, medir, pesar, fazer testes, levar pro berçário, e eu disse que não deixava, ela me gritando e chamando de louca disse que eu não tinha autoridade pra decidir nada sobre o meu filho, eu respondi que o filho era meu e que ninguém o tiraria de mim. Tudo isso entre uma contração e outra. Às vezes a contração passava enquanto eu tentava me defender de toda aquela escoriação moral. Pedi então ao meu pai para que me ajudasse pois eu precisava me focar no trabalho de parto, meu filho estava prestes a nascer. Ele pediu a ela que colaborasse, que não tinha pra que discutir aquelas coisas comigo naquele momento. Ela respondeu que não se calaria, que tinha que falar e que eu tinha que ouvir mesmo. É incrível como eu me impressiono quando lembro do horror que vivi naquela sala. Lembro que quando o doutor fez o toque eu estava com 8 cm de dilatação, ainda não tinha começado o expulsivo. Pouquíssimo tempo depois minha tortura começara, e desde a primeira contração o médico dizia: na próxima ele sai, faça força que ele vai sair, **ô Márcio, empurra aí a barriga dela.** Dizia: olhe, eu sou muito bom em fórceps, pena que meu equipamento não está aqui. Eu reclamava que ele estava me machucando, que tava doendo, e ele dizia: **se você quisesse um parto sem dor faria uma cesárea, quer? Você não quer uma cesárea, ta vendo? Ta reclamando de que?** Eu reclamava da luz, do barulho e ele respondia: **eu já fiz parto humanizado, com baixa luminosidade, poucas pessoas na sala, mas aqui eu não tenho tempo**

12/01/2019

Cientista que virou mãe | Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila m...

[SOBRE](#) [COMO APOIAR](#) [LOJA](#) [ASSINE](#) [FINANCIE](#)[ENTRAR](#)[ESCRITORAS](#) [ARTIGOS](#) [EVENTOS](#)

médico ouviu o coração do bebê, estava 130 bpm. O líquido estava límpido. **Mas eu ouvia que o bebê estava em sofrimento.** Imagino que presenciando toda aquela tortura, todo aquele tratamento desumano e degradante, meu bebê realmente estivesse sofrendo, **mas em sofrimento fetal ele não estava.** Eu sabia que estava tudo bem com ele. Eis que então o líquido começou a se apresentar meconioso, mas de toda forma, para que se comprovasse o sofrimento fetal ele deveria ao menos ouvir novamente o coração do bebê, mas quando indagado sobre tal, o obstetra respondeu que não iria mais ouvir, já tinha ouvido uma vez (antes da rutura da bolsa). Quando o líquido mudou de cor toda a pressão psicológica se intensificou. E então, **coagida a aceitar, sob pena de "matar meu bebê",** cedi a uma **episiotomia, que segundo o médico seria só um cortezinho pequenininho.** Meu pai disse que **ele cortou com a tesoura e terminou de rasgar com a mão.** Há uns dois dias tive coragem de me ver, e **descobri uma episiotomia que me rasgou até o anus,** e que me dói para sentar, para andar, dói muito na hora de ir no banheiro, mas a dor maior que eu sinto é na alma. Nem sei se um dia vou ter coragem de abrir as pernas de novo.

Meu bebê então nasceu, veio para o meu colo, todo lindo, roxinho, cheio de mecônio, respirando bem e chorando bravamente!!!! Viva! Eu havia conseguido!!! Eu e ele havíamos conseguido! Nosso pesadelo acabaria! Enquanto eu tentava dizer a todo mundo que ele tava bem, tava respirando, tava chorando, e que precisava ficar comigo. Disseram o obstetra e a pediatra que tinham de cortar o cordão senão o sangue voltaria e o bebê perderia sangue. Meu pai então recebeu das mãos do obstetra uma tesoura e cortou o cordão. Enquanto isso a pediatra Lívia estribuchava **querendo arrancá-lo de mim,** pois precisava examiná-lo, ver o que era aquela bossa na cabeça dele **(por certo ela não sabe nada de parto normal, de bebês que de fato nascem, em vez de serem arrancados de suas mãos pela barriga, por certo ela não sabe que bossa é comum e não é problema algum, por certo ela também não sabe que não precisa aspirar o bebê, mesmo com presença de mecônio, desde que o bebê esteja respirando bem, e mais certo ainda que ela não sabe do meu direito de decidir sobre isso).** Mas ninguém me ouviu. Sob tal terror dessa médica inescrupulosa, meu pai me olhou e disse: "Entregue o bebê senão eu vou embora". Daniel, com cara de apavorado, corroborou a fala do meu pai. Nessa hora tive medo de ficar sozinha e ser por fim trucidada e aniquilada, e aos prantos entreguei meu bebê para que fosse examinado na sala de parto. **Pegaram ele que nem uma trouxa de panos e o aspiraram.** De nada adiantou o pacto com meu pai, pois ele ainda

12/01/2019

Cientista que virou mãe | Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila m...

[SOBRE](#) [COMO APOIAR](#) [LOJA](#) [ASSINE](#) [FINANCIE](#)[ENTRAR](#)[ESCRITORAS](#) [ARTIGOS](#) [EVENTOS](#)

havia confiado a Daniel a tarefa de não deixar levá-lo, mas ele também cedeu. Essa talvez seja a parte que mais me dói. Quando minha placenta saiu eu gritei: "A placenta é minha!". O médico ia jogá-la no lixo. Ele ainda ironizou querendo me apresentar à minha placenta, mas nessa hora eu só pensava em ir buscar meu filho. Pedi panos limpos, e me negaram. Pedi uma escada para descer da mesa. Negaram-me. O anestesista olhou pra mim e disse: "Mas você não pode andar, não sente suas pernas". Bati com força na minha panturrilha, dei vários tapas, com força, queria sentir o sangue circular, bati nas pernas dizendo que podia sim andar, e que se não me dessem uma escada eu ia pular dali, sangrando como estava, jorrando sangue.

Eu era um animal ferido, mutilado, ensanguentado, que teve sua cria tomada. Eu estava transtornada. Queria sair dali e me recolher, eu precisava me proteger, eu iria morrer sangrando ali, ninguém me daria meu filho para que ele pudesse mamar e estancar a hemorragia. Tentaram me impedir de sair da sala de parto, pois eu estava nua. Foi então que me deram meus trapos sujos de sangue, vesti ali no corredor mesmo, e fiquei gritando na frente do berçário, de portas trancadas, gritando que queria meu filho comigo. Foi o ápice do espetáculo. Um ser abatido, lutando para ter sua cria de volta, e uma plateia imensa e inerte assistindo, me dizendo para tomar banho, me limpar, e então eu poderia ver meu filho, pois eu estava desequilibrada e **ele não era propriedade minha**. Eu não vou nem mencionar o quanto eu queria exterminar cada uma daquelas pessoas que se interpunham entre mim e meu filho, mas eu estava muito fraca, perdendo muito sangue. Foi então que meu pai, que havia saído, voltou e me ouviu gritando, desesperada. Quando ele chegou à porta do berçário gritou dizendo que queria o bebê, e como resposta teve apenas o desdém de todos. Foi preciso ele ameaçar arrombar a porta para que resolvessem sensatamente entregar meu filho (a ele). Finalmente pude ter meu filho nos braços. O que me foi arrancado jamais terei de volta. Foi o dia mais pavoroso da minha vida. Espero um dia poder fechar os olhos para dormir em paz, sem que os ecos dessa tortura me atormentem.

[...]

Não consigo mais remoer os fatos, escrever esse relato me trouxe à exaustão".

## ANEXO J – CASO 03 ALYNE PIMENTEL

## “Grávida, pobre e negra” – quando a violência e omissão obstétrica matam e parir vira uma questão de coragem

[blogueirasnegras.org](http://blogueirasnegras.org)

*“Reparação simbólica e reconhecimento da sua morte evitável. Pela melhoria da qualidade do atendimento à saúde das mulheres”. Esses são os dizeres da placa que nomeia o espaço de convivência do Hospital Estadual da Mãe, no município de Mesquita, no Rio de Janeiro. Acima, se lê “Alyne da Silva Pimentel”.*

 Alyne-Pimentel (1)

Alyne Pimentel

Alyne já devia se sentir mãe de seu bebê de seis meses, quando foi apenas medicada e encaminhada para casa apesar das fortes dores abdominais, náusea e vômito. Imagino a preocupação e medo que sentiu. Dois dias depois, voltou à Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória de Belford Roxo (RJ) onde foi constatado que ela carregava um bebê morto. Não operaram Alyne. Induziram seu parto e só 14 horas depois de dar à luz a uma criança morta, Alyne foi operada para retirada da placenta. Já era tarde, a jovem já tinha hemorragia e vomitava sangue. Tentaram transferi-la para outra unidade médica. Mas Alyne teve que esperar oito horas pela ambulância e chegou ao Hospital Geral de Nova Iguaçu já em coma. A moça morreu cinco dias depois de buscar ajuda hospitalar pela primeira vez. O laudo médico assinala a morte por hemorragia interna. Lendo isso parece que a morte da moça foi quase natural. Mas Alyne não morreu, ela foi morta

em 2002, graças a uma sucessão de erros e descaso no atendimento obstétrico.

Os requintes de crueldade do caso Alyne chocaram a população e, em 2011, o estado brasileiro foi condenado pelo Comitê para Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Cedaw) das Nações Unidas a cumprir uma série de recomendações em relação ao caso, como indenizar a família da paciente e garantir o direito das mulheres à maternidade segura e ao acesso adequado a procedimentos obstétricos.

Em março deste ano, a família de Alyne recebeu a reparação financeira (R\$ 131 mil reais). *“Não quero que aconteça com ninguém o que aconteceu com a minha filha”*, afirmou a mãe Maria de Lurdes Pimentel.

A moça negra, pobre e moradora da Baixada Fluminense tornou-se símbolo da luta contra a violência obstétrica. Violência marcada não pela falta de acesso, mas sim, pela falta de qualidade e humanização do atendimento.

Negra, pobre e moradora de área periférica, a descrição de Alyne se encaixa perfeitamente com a minha. Sua imagem em preto em branco surgiu na minha mente dias depois de descobrir que estava grávida. O medo de um pré-natal no SUS, de não ter um atendimento respeitoso, de ter a minha saúde e a do meu bebê negligenciada fixou na minha mente o rosto daquela jovem de 28 anos como eu, grávida de seis meses como eu, negra, como eu.

Infelizmente, esse medo também está embasado em números desumanos. Dados da pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010), revelou que 25% das mulheres relataram algum tipo de violência durante o atendimento ao parto. Aqui estão incluídos xingamentos, realização de procedimentos dolorosos sem aviso e/ou consentimento, gritos, impedimento da presença do companheiro/a, entre outros. Ao falarmos apenas da rede pública, a violência obstétrica é citada por 74% das mulheres.

O Ministério da Saúde afirma que hoje a mortalidade materna fica na razão de 78 a cada 100 mil partos. Diferente do que pode parecer, esse número não é baixo. Prova disso foi a afirmação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de que o Brasil ainda é responsável por cerca de 20% das mortes de grávidas que ocorrem todos os anos na América Latina e no Caribe.

Até mesmo o Ministério da Saúde já assumiu que essas mortes de mulheres são evitáveis em 92% dos casos, e que mulheres negras possuem mais chances de morrer por causas relacionadas à gravidez, parto ou pós-parto. A mortalidade materna de mulheres negras está 65% acima da de mulheres brancas[1]. Ou seja, o racismo institucional hierarquiza a vida dessas mulheres e reproduz na área da saúde as desigualdades tão profundamente enraizadas que atingem diretamente a qualidade do atendimento recebido. Além das negras, esse cenário fica cada vez mais hostil para mulheres solteiras, indígenas e que vivem em regiões pobres.

## SUS, parto normal e violência

 mae\_negra (1)

A extrema dimensão da violência levou a vida da Alyne e do seu bebê. Não raro ouvimos histórias de mulheres que sobreviveram, mas nem por isso deixam de trazer em seus corpos marcas de um parto violento. O temor justificado de sofrer nesse momento que deveria ser sublime ou da criança correr algum risco induz cada vez mais mulheres a procurarem um convênio médico ou clínica particular para dar à luz.

Quando parentes e amigos ouviam que eu estava grávida e não tinha convênio médico, as sobrancelhas de espanto e preocupação já se levantavam. Logo percebi que há uma associação direta na cabeça das pessoas entre realizar o parto no SUS e sofrer algum tipo de violência obstétrica.

## ANEXO L – CASO 04 RAFAELA SANTOS



### Violência obstétrica e o viés racial

As mulheres sofrem violência tanto no parto, quanto na situação de abortamento. Mesmo as que dão “a luz” não estão salvas de serem violentadas institucionalmente. Porque na verdade o grande problema é o SER, mulher negra jovem de periferia, estas categorias sociais/identitárias definem ou ajudam muito na decisão do profissional de como serão tratadas as pessoas que acessam os serviços de saúde.

Por Emanuelle Goes Do [Cientistas Feministas](https://cientistasfeministas.wordpress.com/2016/08/17/violencia-obstetrica-e-o-vies-racial/)  
(<https://cientistasfeministas.wordpress.com/2016/08/17/violencia-obstetrica-e-o-vies-racial/>)

A violência obstétrica caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda de autonomia e a capacidade de decidir sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. Essa e a definição dada pelos Estados da Venezuela e da Argentina, onde a Violência Obstétrica é tipificada. (Defensoria do Estado SP).

Segundo o Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres os atos caracterizadores da [violência obstétrica](https://www.geledes.org.br/?s=viol%C3%Aancia+obst%C3%A9trica) (<https://www.geledes.org.br/?s=viol%C3%Aancia+obst%C3%A9trica>), *são todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis.*

A Pesquisa Nascer no Brasil, realizada em 2014, apresenta dados interessantes sobre as intervenções durante o parto em mulheres de risco obstétrico habitual e boas práticas e o que o estudo mostra é que a infusão de ocitocina e ruptura artificial da membrana amniótica foi uma técnica muito utilizada para provocar a aceleração do trabalho de parto. Ambas ocorreram em cerca de 40% das mulheres de risco habitual, sendo mais frequente nas mulheres do setor público, de mais baixa escolaridade.

São as mulheres negras que mais sofrem [violência](https://www.geledes.org.br/?s=viol%C3%Aancia) (<https://www.geledes.org.br/?s=viol%C3%Aancia>), obstétrica, pois são as que mais peregrinam na hora do parto, ficaram mais tempo em espera para serem atendidas, tem menos tempo de consulta, estão submetidas a procedimentos dolorosos sem analgesia, estão em maior risco de morte materna. Cerca de 60% das mulheres que morrem de morte materna são negras. É importante ressaltar que a morte materna é considerada uma morte prevenível e que em 90% dos casos poderia ser evitada se as mulheres tivessem atendimento adequado.

Sobre a morte materna, enquanto não enfrentamos o [racismo](https://www.geledes.org.br/?s=racismo) (<https://www.geledes.org.br/?s=racismo>) institucional nos serviços de saúde e garantir a equidade entre [mulheres negras](https://www.geledes.org.br/?s=mulheres+negras) (<https://www.geledes.org.br/?s=mulheres+negras>) e brancas o Brasil continuará a ter a alta taxa de mortalidade (63,9/100 mil nascidos vivos – 2013), neste sentido é importante destacar que o Brasil não alcançou a meta do Objetivo do Desenvolvimento do Milênio sobre saúde materna, que deveria chegar no máximo de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015, mas, se por acaso o Brasil fosse de [mulheres brancas](https://www.geledes.org.br/?s=mulheres+brancas) (<https://www.geledes.org.br/?s=mulheres+brancas>) (35,6/100 mil nascidos vivos – 2013); (mulheres negras foram de 62,8/100 mil nascidos vivos) a meta teria sido alcançada.

*Violência obstétrica, racismo institucional e morte: Caso Rafaela Santos*

Rafaela Cristina Souza dos Santos tinha 15 anos, morreu de morte materna após dar à luz em

cabeça, houve insistência no parto normal, quando apresentou quadro de eclampsia, fizeram a cesárea tardiamente e Rafaela foi a óbito.

O Dossiê revela que a eclâmpsia, pré-eclâmpsia e os distúrbios hipertensivos afetam muito mais a população negra, sendo as maiores causas da mortalidade materna da [população negra](https://www.geledes.org.br/?s=popula%C3%A7%C3%A3o+negra) (<https://www.geledes.org.br/?s=popula%C3%A7%C3%A3o+negra>). Apesar disso, o médico não poupou seu diagnóstico com base em preconceito racial e socioeconômico. O racismo dos profissionais de saúde atrasa a decisão da mulher de buscar assistência, dificulta o acesso da mulher ao serviço de saúde, dificulta o acesso da mulher ao tratamento adequado.

*"Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga!"* fala atribuída ao anestesista que foi chamado durante a madrugada (plantão de sobreaviso) para atender a uma cesárea de emergência de uma gestante adolescente com eclampsia cujo parceiro estava preso por tráfico de drogas. Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES (Fragmentos do Dossiê).

A violação dos Direitos Sexuais e Reprodutivos corresponde à limitação de oportunidades na vida das mulheres, tanto na esfera pública como na esfera privada – e também podem culminar, muitas vezes, na morte e na aquisição de agravos que poderiam ser evitadas.

A violência institucional, e neste caso tipificada pela violência obstétrica, prejudica o acesso das mulheres aos serviços de saúde, o que pode levar a morbimortalidade materna.

O espaço do cuidado e da assistência à saúde, assim como os seus profissionais, deveriam garantir minimamente que as mulheres tivessem os seus riscos de adoecer e morrer reduzidos, no entanto por conta de uma estrutura de sociedade opressora, desigual e preconceituosa coloca a vida das mulheres em risco a cada momento que elas entram nos serviços de saúde.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública [online]. 2014,vol.30, suppl.1

Parto do Princípio Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor". Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, Brasília, 2012.

0 Comments

Sort by



Add a comment...

Facebook Comments Plugin

## ANEXO M – INVESTIGAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO PELA MORTE DE RAFAELA JÁ!

*Em apoio à luta da família e de amigas/os; em honra à memória da feminista Mariska Ribeiro;  
pelo direito constitucional à Saúde; por Justiça Reprodutiva:*

### INVESTIGAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO PELA MORTE DE RAFAELA JÁ!

*Às autoridades municipais, estaduais e federais presentes ao Fórum Perinatal da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro,*

Nós, abaixo-assinadas/os, reivindicamos imediata investigação sobre as circunstâncias que levaram à morte da adolescente Rafaela Cristina de Souza Santos, após parir no Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, em Bangu, e ser transferida para o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, em Acari, ambos do município do Rio de Janeiro. As responsabilidades precisam ser apontadas. A família exige seus direitos e a sociedade clama por Justiça!

O relato da família de Rafaela é de que na sexta-feira, 24 de abril de 2015, a adolescente de 15 anos deu entrada no Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, na Zona Oeste da cidade, em trabalho de parto e com sinais claros de complicação e alto risco (pré-eclâmpsia e pressão 18x12). Mesmo assim houve demora até que fosse atendida, quando se optou pela indução do parto por meio de fármacos. Rafaela teria sido encaminhada, inconsciente, para uma cesárea, após entrar em convulsão. A família denuncia que não havia médicos nem anestesistas para atendê-la e que o procedimento cirúrgico foi feito por profissionais não habilitados. A criança nasceu e sobreviveu, mas Rafaela, histerectomizada após alegada ruptura de útero e em estado grave, foi transferida, entubada, para o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, na Zona Norte, onde necessitaria de drenagem no pulmão por ter aspirado o próprio vômito. Ali faleceu no dia seguinte. Em sua Certidão de Óbito consta morte por “hemorragia Interna”. Não muito longe dali, no município de Belford Roxo, da Baixada Fluminense, há 13 anos um caso semelhante atingiu outra família.

Alyne Pimentel, de 28 anos, sentiu náuseas aos seis meses de gravidez e foi consultada na Casa de Saúde N. S. da Glória, conveniada do SUS. Com sinais evidentes de gravidez de alto risco Alyne foi liberada com remédios para náuseas, creme vaginal e vitaminas, e orientada a retornar para outros exames. O retorno se deu dois dias depois: debilitada e com vômitos. Pela ultrassonografia feita o feto estava morto. O parto foi induzido e cinco horas depois veio à luz o natimorto. Somente 14 horas após o parto foi feita a curetagem para retirada de restos de placenta. Alyne tinha hemorragia extrema, vomitava sangue, estava com pressão baixa, desorientada, com fraqueza física aguda e incapacidade de ingerir. Mas aguardou por cuidados adequados por oito horas, até que uma ambulância a levasse ao Hospital Geral de Nova Iguaçu (da Posse), para a necessária transfusão de sangue, indisponível no N. S. da Glória. Foi encaminhada sem a ficha médica e permaneceu na emergência da Posse, que não dispunha de leito. Alyne entrou em coma e morreu 21 horas depois. Deixou uma filha de seis anos.

Rafaela e Alyne eram jovens negras. Se o Brasil é campeão em taxa de mortalidade materna, o número dessas mortes – 90% evitáveis – é maior entre mulheres negras, em todas as faixas etárias. Os números chocam, e a tragédia afeta a vida de famílias com menos renda, menor grau de educação formal, e afrodescendentes. O Ministério da Saúde admite: há discriminação racial e de gênero no atendimento à Saúde. Até quando?

O caso de Alyne foi denunciado e julgado pelo Comitê para Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra Mulheres (CEDAW/ONU). O Estado brasileiro foi condenado. Quem visitar a Maternidade Mariana Bulhões do Hospital Geral de Nova Iguaçu verá, à porta da UTI, uma placa com o nome de Alyne e um texto, no qual o Estado assume simbolicamente sua responsabilidade.

Queremos enfrentamento ao racismo institucional em toda a Rede de Saúde, nos estabelecimentos públicos e privados, nos termos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, aprovada em 2006. Queremos investigação e reparação para o caso de Rafaela já! Queremos reparação completa do caso de Alyne e tantos outros! Não basta termos ilhas de excelência: queremos atendimento qualificado integral, universal e equânime e o direito à maternidade segura para todas!

Rio de Janeiro, 12 de maio de 2015