

Mulheres, médicos, ativismo e Estado: a produção da violência obstétrica

Women, doctors, activism and the State: the production of obstetric violence

Jaqueline Ferreira

Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Stephania Klujza

Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMO

O objetivo deste artigo visa abordar o modo como se dá a produção de um conceito que tem sido alvo de controvérsias que revelam os conflitos entre os campos médico, político, jurídico e das ativistas dos movimentos sociais em prol dos direitos reprodutivos das mulheres. Abordaremos essas controvérsias especificamente entre entidades médicas e ativistas do parto humanizado. O contexto histórico e político é o da gestão do presidente Jair Bolsonaro (2019-2022), no qual os direitos humanos, entre eles o das mulheres e o dos direitos reprodutivos, foram seriamente abalados. Os dados apresentados aqui referem-se a entrevistas, observações de sessões clínicas e análise de documentos sobre o assunto que revelam os diferentes interesses desses campos, onde há uma disputa pela legitimidade dos atores diretamente envolvidos – obstetras e parturientes – como vítimas. Nossa compreensão é que a violência obstétrica, de difícil consenso entre entidades médicas e vítimas, deve ser amplamente discutida entre as partes de forma não competitiva e que as gestantes e parturientes conheçam e lutem por seus direitos. Da mesma forma, o Estado deve propiciar condições e infraestrutura adequada para o trabalho de obstetras para que a assistência ao parto se concretize de forma digna.

Palavras-chave: Violência obstétrica, Obstetras, Parturientes, Vítimas.

Recebido em 11 de novembro de 2022.
Avaliador A: 17 de janeiro de 2023.
Avalador B: 06 de fevereiro de 2023.
Aceito em 12 de março de 2023.



ABSTRACT

This article addresses how the concept of obstetric violence is produced, which has been the subject of controversies that reveal the conflicts between medical, political, legal and social movement activists in favor of women's reproductive rights fields. We will address these controversies specifically among medical entities and humanized childbirth activists. The historical and political context is that of the administration of President Jair Bolsonaro (2019-2022), in which human rights, including women's and reproductive rights, were seriously undermined. The data presented here refer to interviews, observations of clinical sessions and analysis of documents on the subject that reveal the different interests in these fields, where there is a dispute over the legitimacy of the actors directly involved – obstetricians and parturients – as victims. Our understanding is that obstetric violence, which is difficult to reach a consensus between medical entities and victims, must be widely discussed between the parties in a non-competitive way and that pregnant women and women in labor know and fight for their rights. Likewise, the State must provide adequate conditions and infrastructure for the work of obstetricians so that childbirth assistance can be carried out in a dignified manner.

Keywords: Obstetric violence, Obstetricians, Parturients, Victims.

INTRODUÇÃO

A expressão “violência obstétrica” está atrelada à violência de gênero e é fruto dos movimentos de ativismo feminista em prol da humanização do parto. Neste artigo abordaremos as controvérsias do conceito e a produção da violência obstétrica, tendo em vista sobretudo os conflitos envolvidos entre entidades médicas e ativistas do parto humanizado.

Na literatura acadêmica, pode ser definida como violência contra mulheres nas instituições de saúde. No geral, são apontados quatro tipos de violência: negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencionais), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro). Outros autores definem a violência obstétrica como violência psicológica, caracterizada por ironias, ameaças e coerção, e também como violência física, resultante da manipulação e da exposição desnecessária do corpo da mulher, o que dificulta e torna o momento do parto traumático. A prática inclui condutas como mentir para a paciente

quanto à sua condição de saúde para induzir cesariana eletiva ou não informar à paciente de sua situação de saúde e procedimentos necessários (D'Oliveira; Diniz; Schraiber, 2020; Parto do Princípio, 2012; Badim Marques, 2020). Não menos importante é a banalização das intervenções em prol do ensino, exposição a que as mulheres são submetidas de forma indiscriminada. É o caso da jovem estudante negra Mary Dias (Diniz, 2016), que recebeu duas episiotomias no mesmo parto em um hospital-escola. Mary conta que ouviu um profissional dizer: “Você corta à direita, e o outro, à esquerda”, para que os dois estudantes tivessem a oportunidade de treinar a incisão e a sutura da episiotomia. Segundo a autora, é preciso “desnaturalizar a concepção de que os profissionais de saúde têm o direito de acessar livremente o corpo das mulheres” (Diniz, 2016, p. 256), sobretudo de mulheres pobres e negras do Sistema Único de Saúde (SUS), apropriando-se de seus processos reprodutivos através de uma atenção mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada do parto.

Essas práticas podem ter consequências adversas para a mãe e para o bebê, principalmente por se tratar de um momento de grande vulnerabilidade para a mulher. Porém, apesar da disseminação dessas experiências, a OMS ressalta que:

[...] atualmente não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos. Essa dificuldade de definição e de mensurar a sua prevalência e impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres torna difícil punir e sobretudo elaborar formas de prevenção e eliminação dessas condutas (OMS, 2014a).

O fato é que falta consenso sobre o termo, o que culmina em conflitos entre as entidades médicas e o ativismo feminista. A palavra “violência” por si só, é suficientemente forte para nos indicar a ideia de alguém que sofre e alguém que perpetua o sofrimento. Essa é uma das razões dos embates entre o campo médico e o das ativistas do parto humanizado. Afinal, os médicos não querem ser chamados de violentos, afirmando que isso os criminaliza, prejudica sua imagem e os vínculos de confiança com seus pacientes. As ativistas, por sua vez, reivindicam o uso desse termo, pois só assim, segundo elas, as mulheres serão conscientizadas e leis que possibilitem a condenação judicial dos perpetradores de tais atos serão desenvolvidas. Um exemplo claro disso foi uma manifestação do Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução nº 32/2018:

A expressão “violência obstétrica” é uma agressão contra a medicina e à especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficácia de uma boa prática assistencial e ética (CFM, 2018, p. 13).

Ou seja, a expressão “violência” termina por entrar em um jogo de acusações e de

disputas ligadas a quem perpetua a “agressão” (os médicos ou as ativistas) e a quem é a vítima (os médicos ou as parturientes).

No dia 3 de maio de 2019, o Ministério da Saúde, por sua vez, pronunciou-se por meio de um despacho, propondo a abolição do termo “violência obstétrica” por considerá-lo “inapropriado” (Brasil, 2019). Isso causou estranheza e reações de organizações em prol da humanização do parto e movimentos feministas orientados à saúde da mulher, uma vez que o termo é consagrado, empregado na literatura nacional e internacional e reconhecido pela Organização Mundial da Saúde como um tipo de violência contra a mulher (OMS, 2014b).

Segundo as ativistas, o que incomoda a categoria e as entidades médicas é que o termo foi impulsionado pelos movimentos feministas, pois até então as situações de violência que ocorriam no parto era uma “sensação sem lugar”. Para elas, negar que ela existe não nos ajuda. Negar a violência é uma violência reiterada. Para as organizações que estudam e combatem a violência obstétrica (Artemis, Saber Nascer e Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, entre outras), a normativa pode deixar mulheres mais vulneráveis: “Essa discussão fez muitos médicos repensarem procedimentos para não serem processados. Agora, pode ser que esses profissionais pensem que não haverá punição por violência obstétrica” (Brandalise, 2019). Além disso, a postura do Ministério da Saúde pode criar um obstáculo para processos em andamento, possivelmente dificultando a identificação de crimes associados aos procedimentos abusivos ligados ao parto.

QUESTÕES DE MÉTODO

Os dados utilizados neste trabalho dizem respeito à “produção de dados” no sentido dado por Sardan (1995): o método se serve de diferentes fontes para dar conta do rigor qualitativo e da plausibilidade e legitimidade das informações. Assim, nossa análise repousa na observação de um evento médico, na análise de documentos de órgãos oficiais do governo, de organismos internacionais, de entidades médicas brasileiras e de entrevistas com médicos obstetras e mulheres que sofreram violência obstétrica. Os nomes usados para denominá-los são fictícios.

Um dos eventos foi promovido pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj) e realizado na sede do conselho nos dias 29 e 30 de março de 2019. Os eventos médicos e sessões clínicas são um espaço privilegiado para avaliar representações médicas. É ali que os médicos interagem, trocando informações sobre seu cotidiano de trabalho

e ressaltando suas habilidades e conhecimentos na apresentação de casos clínicos. Nesse raciocínio, Latour e Woolgar (1988) ressaltam que a produção da ciência deve comportar não só o entendimento das práticas realizadas nos laboratórios, mas também os processos interacionais de interlocução das problemáticas onde os conhecimentos são transmitidos e atualizados entre os atores. Assim, ali é possível apreender suas representações sociais sobre corpo, saúde e doença, bem como a construção e a transmissão do conhecimento e da ciência. Essa produção, além de envolver fatores técnicos, também diz respeito a representações de caráter simbólicos e sociais.

No que se refere às entrevistas com os médicos, foram entrevistados seis obstetras, três homens e três mulheres na faixa etária de 45 a 69 anos, todos formados há mais de 20 anos. Todos trabalhavam em consultório privado, mas quatro deles atuavam também em hospitais públicos. Embora os obstetras venham de diversos contextos sociais, culturais e educacionais, deve-se notar que eles podem ser definidos como um único grupo cultural, pois o seu papel clínico é no tratamento e cuidado das suas pacientes, em um compartilhamento constante de significados na interação com seus pares. Essas entrevistas foram realizadas no período pandêmico, e a técnica de recrutamento foi a bola de neve, em que os entrevistados são indicados uns pelos outros sucessivamente. O contato foi feito por e-mail e, no caso de aceite, as entrevistas eram realizadas pela plataforma Google Meet. Houve pouco retorno dos entrevistados, o que é compreensível. Sabe-se que profissionais de saúde, sobretudo obstetras, são muito atarefados. Por outro lado, sabe-se igualmente que as pessoas geralmente resistem a participar de pesquisas. Esse cenário é intensificado por médicos obstetras diante desse tema sensível, que implica acusações constantes e sua responsabilização de condutas inapropriadas como as cesáreas sem necessidade. Houve, portanto, respostas ausentes e algumas recusas à participação das entrevistas, diante do temor de responder questões delicadas e a desconfiança do uso de seus dados, mesmo que a pesquisadora os tranquilizasse a respeito disso, assumindo que todos os critérios éticos de pesquisa seriam seguidos. Tal fato já reflete um dado, que, por fugir ao escopo de nosso tema, não será analisado aqui. Mas ele reflete os percalços de muitas pesquisas qualitativas já abordados por outros autores (Ribeiro; Coelho; Lourenço, 2015; Sionek; Meneguel Assis; Lucas Freitas, 2020; Zenobi, 2010).

Já as entrevistas com mulheres aconteceram em dois momentos diferentes. No primeiro momento, foram entrevistadas oito mulheres que se compreendiam como vítimas de violência obstétrica, com idade entre 25 e 40 anos, e tiveram seus bebês de partos normais ou cesáreas, com atenção humanizada ou não, em hospitais públicos e privados da cidade do Rio de Janeiro. O contato com essas mulheres foi estabelecido de diferentes maneiras: ou a pesquisadora era

procurada por elas por saberem que se tratava de uma pesquisa sobre violência obstétrica, ou eram indicadas por pessoas ou grupos virtuais sobre a humanização do nascimento. No segundo grupo, foram entrevistadas quatro mulheres com idade entre 50 e 80 anos que tiveram seus filhos de parto normal, em instituições públicas e privadas da cidade do Rio de Janeiro. O tema da pesquisa foi colocado para o segundo grupo de forma diferente: a pesquisadora se apresentava como uma estudiosa em parto, pois não desejávamos que essas mulheres pensassem que queríamos qualificar a experiência de parto delas, tampouco classificá-la como violência obstétrica ou não.

A intenção de entrevistar mulheres diferentes que passaram por situações de parto semelhantes buscou identificar como e em que momento elas qualificavam essas situações como violência obstétrica. As mulheres mais jovens já se identificavam como vítimas de violência obstétrica e procuravam a pesquisadora com a intenção de falar sobre o tema. Apesar da dor e do sofrimento vivenciados, muitas delas só passaram a se identificar como vítimas de violência obstétrica após entrar em contato com argumentos ativistas e apreendê-los. As mais velhas no geral não se identificaram como vítimas, compreendendo que a dor e sofrimento do parto eram “parte do processo”, processo que por muito tempo esteve atrelado aos argumentos religiosos “de que a mulher deve parir com dor” (Rohden, 2001). Essas diferenças de autoidentificação como vítimas podem ser explicadas pelo processo histórico de lutas e por reivindicações por um parto humanizado, que tiveram início há 20 anos e não foram vivenciados pelas mulheres com mais idade. Isso reforça a ideia de que as experiências são ressignificadas de acordo com o contexto histórico e social, como será retomado mais adiante nesse artigo.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: AS CONTROVÉRSIAS POLÍTICAS DE UM CONCEITO

Tudo que acontece na sala de parto é culpa do médico, então falar em “violência obstétrica” é uma acusação ao médico. (Médico, 62 anos, obstetra)

Esse estudo é contextualizado historicamente no período da gestão do presidente Jair Bolsonaro (2019-2022). Identificado como de extrema direita, ele assumiu pautas neoconservadoras baseadas em valores religiosos, opondo-se aos direitos à igualdade de gênero, à diversidade sexual e aos direitos reprodutivos. Dessa forma, o debate sobre o parto normal e a cesárea tornou-se a expressão de diferenças ideológicas entre liberais e conservadores.

O Brasil, desde o golpe de 2016 – que destituiu a primeira presidenta mulher eleita do país, Dilma Rouseff, acusada de corrupção –, passou por transformações neoliberais que diminuíram cada vez mais a responsabilidade do Estado pelo tratamento dos problemas sociais. Conseqüentemente, houve uma redução de investimentos no setor público, e o bem-estar da população foi delegado às organizações privadas. O desemprego e a pobreza aumentaram enormemente, os direitos sociais historicamente adquiridos foram perdidos e os sindicatos e os movimentos sociais se desmobilizaram.

A mídia, alinhada fortemente com os interesses das elites, demonizou os movimentos e partidos de esquerdas que possuíam pautas progressistas e eram defensores dos direitos humanos. O país atravessou um período em que as intolerâncias resultaram em aversão às diferenças e às minorias, manifestadas em discursos hostis. As pautas progressistas foram acusadas de “ideológicas”, uma vez que estavam frequentemente associadas aos estados totalitários críticos e intensos do capitalismo. Nessas “intolerâncias” observamos que o termo “ideologia” é carregado de significados depreciativos.

Jair Bolsonaro e sua família defenderam abertamente a limitação do aborto e criticaram os movimentos pela humanização do parto. E foram seguidos por entidades médicas importantes como o Conselho Federal de Medicina e o Cremerj. O conselheiro representante da área de ginecologia e obstetrícia da entidade médica Cremerj, naquele momento, era Raphael Câmara Parente, que assumiu, em uma entrevista à BBC News Brasil, que a nova diretoria “foi eleita assumidamente com uma pauta mais conservadora”. Segundo ele, “a maioria das pessoas é de direita. Então, ideologicamente, estamos mais para o lado do Bolsonaro”, afirma o ginecologista, acrescentando ter votado e feito campanha para o candidato (Alvim, 2019). Por outro lado, ele acusa as ativistas de uma competição com os médicos (“Enfermeiras e doulas querem esse filão”), ilustrando as competições históricas de gênero e de categorias profissionais em torno da medicalização do parto. O debate em torno da violência obstétrica, portanto, tornou-se a expressão de diferenças ideológicas entre liberais e conservadores e entre médicos e ativistas. Neste texto vamos nos concentrar no conflito entre médicos e ativistas.

A epígrafe desse tópico aponta como a culpabilização dos médicos está implícita nesse conceito – embora na sua definição seja explicitado que qualquer profissional de saúde pode ser o agente da violência. Esse também é o entendimento do Conselho Federal de Medicina na Resolução nº 32/2018, apresentada anteriormente, na qual questiona o uso do termo “violência obstétrica” por considerá-lo ao mesmo tempo “inapropriado” e injusto em relação à categoria médica.

Da mesma maneira, o Ministério da Saúde esperava desvincular o termo “violência”

de qualquer documento do governo, pois associaria claramente a intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido. Assim, o argumento era a “intencionalidade” que caracterizaria o emprego do termo “violência”, a partir do pressuposto de que o médico não tem intenção de gerar dano ao seu paciente e que, portanto, a expressão “não agrega valor”. A reação das ativistas foi imediata. Segundo Raquel Marques, diretora da ONG feminista Artemis: “Há intencionalidade sim. Quando há negligência, omissão, compactuação com práticas eminentemente violentas” (Xeque Mate, 2015). As ativistas também defenderam que o termo é utilizado tanto academicamente quanto pelos movimentos sociais e pela OMS. De fato, se os médicos são os principais acusados de cometer violência obstétrica, como eles concordariam com essa prática? Nomear é um discurso pedagógico pois impele à transformação. Os perpetuadores de violência evidentemente não vão concordar com isso (Nogueira, 2021).

O despacho gerou reações em vários âmbitos. Outra acusação das ativistas é que o documento foi feito por técnicos nos gabinetes, baseados somente no discurso dos profissionais de saúde, sem dar voz à sociedade civil, mais especificamente às mulheres. O Ministério Público Federal, por sua vez, emitiu um parecer em 7 de maio de 2014 recomendando que o Ministério da Saúde se abstinhasse de realizar ações voltadas a abolir o uso da expressão “violência obstétrica” e que firmasse um compromisso para evitar toda e quaisquer práticas agressivas contra a mulher durante o parto.

Diante de todas essas críticas, o Ministério da Saúde atendeu o “apelo das entidades médicas”, referindo que o despacho era somente uma “orientação” para que o termo não fosse usado de maneira indiscriminada, principalmente quando associado a procedimentos técnicos indispensáveis no parto (Brandalise, 2019).

DOR E SOFRIMENTO NO PARTO: A PRODUÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Pretendemos abordar a questão da experiência de sofrimento no parto a partir de considerações sobre a própria construção social da violência obstétrica e suas implicações para o desenho de políticas de saúde, sobretudo para a humanização do parto. Pretende-se ressaltar que os significados de dor e sofrimento no parto foram historicamente naturalizados e que a compreensão como violência respondeu a uma sensibilização gradativa recortada por uma concepção de gênero pelas ativistas feministas (Nogueira, 2021). O reconhecimento de um ato

como violento pressupõe considerar a mulher vítima da excessiva medicalização do parto e da desconsideração de sua autonomia e de seus desejos sobre o seu corpo e os médicos como os perpetradores da violência.

De fato, por muito tempo parturientes e profissionais de saúde não associavam maus-tratos na assistência ao parto a formas de violência. Segundo pesquisas, as gestantes e os profissionais de saúde consideram esses acontecimentos práticas rotineiras ou respostas ao esgotamento das equipes diante das mulheres “queixosas”. Para as gestantes, a falta de informação e o medo de perguntar sobre os processos realizados na evolução do trabalho de parto pode levá-las a se conformarem com a exploração de seus corpos por diferentes pessoas, aceitando diversas situações incômodas sem reclamar. Também a violência obstétrica é ainda difícil de ser reconhecida pelas usuárias, que se sentem agradecidas pelo nascimento de um bebê saudável, “o que compensaria os maus tratos recebidos” (Almeida; Medeiros; Roverly de Souza, 2012, p. 244).

Na mesma perspectiva, para as médicas entrevistadas, a violência está relacionada com uma agressão física ou sexual, mas não com suas práticas diárias ou sua experiência na sala de parto, o que configura a naturalização ou a banalização de suas práticas como violência. O relato de uma médica, Helena, é ilustrativo nesse sentido:

Helena: Lá no meu plantão, uma mãe não estava conseguindo relaxar para o parto. O meu colega obstetra falou para ela: “Estou vendo que você não é uma boa mãe. Então vamos fazer cesárea, já que você não consegue fazer o parto normal. Vamos te levar agora”. Depois disso, ela veio para a sala e eu fiz o parto normal... Olha só... [médica fala sorrindo].

Pesquisadora: Mas é uma violência isso, não é? Uma violência psicológica.

Médica: Sim, tem vários tipos de violência, você vê de tudo [surpresa com o comentário].

Helena, 66 anos, plantonista de hospitais públicos, de forma alguma pode ser considerada desrespeitosa com seus pacientes. Pelo relato de sua trajetória profissional, pode-se perceber que ela é defensora do parto normal, das práticas humanizadoras na medicina. Esse episódio inclusive foi relatado para mostrar a sua preocupação com o “psicológico” da paciente e da sua importância para a boa condução do parto. A acusação voltada à paciente, de que era uma má mãe, e a cesárea como punição do colega da entrevistada não foram interpretadas por ela como uma violência, o que ficou evidenciado diante da surpresa da intervenção da pesquisadora. Essa naturalização da violência obstétrica está muito relacionada às questões históricas de desigualdades de gênero, religiosas e culturais. Expressões como “ser mãe é padecer no paraíso” ou “as mulheres são mais tolerantes à dor do que os homens” figuram no senso comum como

maneiras de justificar a dor e o sofrimento durante o parto.

Nesse sentido, a violência obstétrica também se relaciona com o excessivo número de cesáreas desnecessárias no país, sobretudo devido às “cesáreas a pedido”, que configuram o que a OMS define como uma “epidemia de cesáreas” (Batista Malaquias; Rissin, 2018). A cesárea a pedido, isto é, a escolha das mulheres pela cesárea, tem sido ligada sobretudo ao medo da dor e à tentativa de manter intacta a musculatura vaginal (Faúndes; Cecatti, 1991). Dessa forma, a mulher pode se tornar um objeto de manipulações sem consentimento ou sem informação suficiente sobre os processos a serem realizados (Rocha; Ferreira, 2020).

O fato é que a dor circunda o parto. Até mesmo no tempo que o antecede: o medo da dor no parto normal é o principal motivo pelas mulheres que demandam a cesárea (Oliveira; Penna, 2018). O parto então se tornou amedrontador para as mulheres e asséptico para os profissionais de saúde. Pesquisas mostram que nas falas de algumas entrevistadas o parto normal é um evento incontrollável, sangrento, doloroso, arriscado. Ao mesmo tempo, muitas dizem não se sentirem capazes de parir naturalmente por restrições corporais, como força física, intolerância à dor, altura ou tamanho do quadril como determinantes para a escolha do tipo de parto (Nakano; Bonan; Teixeira, 2016). Logo, a cesárea surge como a solução desses problemas, naturalizando-se como a via mais “segura” de parir, enquanto muitas vezes o risco da própria cirurgia é ignorado e desconhecido.

O relato de Ivana, professora de 32 anos, é exemplar. Quando Ivana estava em trabalho de parto e não suportava mais a dor das contrações, implorou por uma cesárea. A médica lhe respondeu que isso só seria possível se o bebê entrasse em sofrimento. “Que entre em sofrimento”, respondeu a parturiente. E aí ela reflete com a sua entrevistadora: “É muito ruim desejar que seu filho sofra para você sair daquela posição”. Esse tipo de episódio é previsto pelas ativistas e conhecido como a “hora da covardia”, em que a mulher atinge o máximo de exaustão e dor, o que a faz aceitar e solicitar o máximo de intervenções tecnológicas, como a cesárea. Segundo Mendonça (2021), em um parto humanizado é importante a presença da equipe de apoio à parturiente, como o companheiro/a e/ou doulas, que servem de “guardiões do parto”, apoiando-a para que aconteça um parto com o mínimo de intervenções. Segundo a autora, trata-se de uma fronteira fisiológica com a experiência vivida que depende de uma negociação delicada entre razão e emoção.

Para explorarmos como a dor e sofrimento se relaciona com a violência obstétrica e a configuração do parto humanizado, é também necessário entender os componentes culturais dessa experiência. Marcel Mauss (1950), em seus trabalhos “A expressão obrigatória dos sentimentos”, “O efeito físico no indivíduo da morte sugerida pela coletividade”, em *As técnicas*

do corpo dá primazia à ideia de que as práticas sociais conformam as subjetividades. Trata-se de uma tensão constante ligada ao tanto que uma sensação subjetiva comporta de social. Melhor dizendo, trata-se do construto social que uma sensação subjetiva comporta, de forma que ela possa ser compreendida e compartilhada entre os membros que a constituem (Kouri, 1999).

Os sentidos que podemos atribuir ao evento doloroso dependem da maneira que o indivíduo pode falar dela, da capacidade que ele tem de percebê-la e de a identificar de acordo com o seu registro cultural. A maneira de integrar a dor é uma função de situações pessoais, familiares, de atitudes em relação a si mesmo e da doença e da relação com os profissionais de saúde.

A dor, na nossa cultura ocidental, geralmente é associada ao sofrimento, expresso por gritos, uivos, gemidos, lágrimas e soluços. Seguidamente essas formas de expressão perturbam os profissionais de saúde durante o parto e são a razão mais conhecida que os leva a cometer a violência obstétrica. É daí que vêm as acusações que as parturientes fazem aos médicos, diante das falas dos profissionais: “Não chora, não, na hora de fazer não chorou”; “Se gritar, eu paro agora o que estou fazendo, não vou atender”; “Se gritar, seu neném vai nascer surdo”. Essas frases recorrentes se convertem em parte do discurso institucional, relacionando a dor com o preço que devem pagar pelo prazer do ato sexual. Isso leva a uma banalização dos atos desrespeitosos e à invisibilidade da violência (Aguiar, 2010).

As narrativas de dor e sofrimento tem a ver com o estabelecimento de determinadas relações em determinados espaços e por certo período através da seleção de eventos significados como sofridos e dolorosos. O relato de Alice sobre seu parto é ilustrativo: “Chorei copiosamente nos dois dias seguintes (e ainda choro quando penso nesse parto). Sei que o parto deveria ser um momento de confiança e amor – o meu foi bem diferente disso”. Alice teve conhecimento do parto humanizado e, desde o início de sua gestação, programou-se para isso. Quando entrou em trabalho de parto, procurou uma maternidade pública no Rio de Janeiro, referência de parto humanizado. Lá chegando, conta que demorou tempo demais para ser atendida. Assim, acionou a médica particular do pré-natal, e decidiram procurar outro hospital no centro da cidade. Lá passou por todos os procedimentos contrários ao que aprendera sobre o “parto humanizado”: foram realizadas uma episiotomia e manobra de Kristeller e Alice foi obrigada a ficar na posição ginecológica. Na hora da episiotomia, diante dos protestos dela, lhe disseram: “Mas se não fizermos, vai rasgar”, ao que ela respondeu: “Deixa rasgar”. Mesmo assim a fizeram: “Perdi toda a autonomia”, diz ela. E continua: “Por fim, os médicos foram saindo da sala de cirurgia, e fiquei por ali só, um tempão, enquanto levava pontos em um corte que não deveria ter existido. E nesse ambiente frustrante e estressante nasceu minha filha”.

Quando uma experiência de dor, por muito tempo admitida como “parte do evento do parto”, passa a ser associada a um ato de violência? O que a antropologia nos mostra é que os indivíduos só significam suas sensações (como a dor e o sofrimento) mediante referências coletivas. Há determinada interação no contexto da violência onde relações hierárquicas e de poder se inserem nas interações. A dor deixa de ser sintoma e passa a ser relacionada a um ato violento e, portanto, ao sofrimento (Ferreira, 2022). Mobilizações de meios de comunicação, do movimento feminista, de profissionais e pesquisadores fizeram com que algumas mulheres ressignificassem as suas experiências negativas de parto como uma forma de violência. Tanto que entrevistas com mulheres mais idosas, cujos partos ocorreram antes dessas mobilizações e do movimento do parto humanizado, não reconhecem essas experiências negativas como tais. Por exemplo, o relato de uma moradora da Zona Norte do Rio de Janeiro de 50 anos e com baixa renda revela que seu parto foi muito doloroso, devido à episiotomia realizada sem anestesia. Segundo ela, o médico disse: “Respira fundo” e cortou. Na hora da sutura, a anestesia também “não pegou”, e ela sentiu tudo. Mas ela acredita que foi necessário, pois, conforme lhe explicaram, sem a episiotomia, o bebê de 2,7 kg não teria nascido. Ela não traz nenhuma marca de violência obstétrica; as intervenções pelas quais ela passou – todas sem seu consentimento e sem nenhuma explicação para a “impossibilidade” do nascimento de um bebê pequeno (2,7 kg) sem episiotomia – foram compreendidas como naturais e necessárias, apesar dos desconfortos.

Relatos como esses nos fazem perceber que tais procedimentos foram tolerados por décadas e assumidos pelas parturientes como procedimentos “brutos”, mas eram encarados como uma consequência natural de decisões rápidas que médicos e enfermeiros deviam tomar em momentos difíceis e urgentes o máximo de repúdio que tais práticas poderia resultar é que o “profissional não era competente o suficiente”. Esses recortes geracionais nos fazem perceber como as sensibilidades para a violência obstétrica foram construídas em um tempo recente e em um contexto histórico específico que é fruto dos movimentos das mulheres (Diniz, 2005).

Há algumas décadas, o uso da anestesia peridural pela mulher no parto era malvisto. Uma das razões médicas era que a anestesia não era totalmente inofensiva ao bebê. Para além de razões médicas e científicas, no entanto, o que realmente estava em questão eram preceitos morais, religiosos e até mesmo político-ideológicos. As razões que poderiam ser citadas incluem desde representações religiosas, como o “parirás com dor”, a concepção de que toda intervenção médica pressupõe suportar as dores e sofrimentos de forma “paciente” ou ainda que o nascimento de um bebê saudável compensa todos os desconfortos. Essa representação da dor no parto como parte desse evento a levou a ser banalizada e internalizada pelas mulheres e não foi compreendida como ofensa aos seus direitos (Rede Parto do Princípio, 2012). Poderíamos

igualmente analisar esses aspectos pelo prisma de Pierre Bourdieu (1992), recorrendo ao conceito “violência simbólica”, observada quando indivíduos internalizam e aceitam como legítimos os mecanismos de sua dominação por grupos mais favorecidos.

O artigo clássico das intervenções sobre a dor no parto é o da antropóloga Tania Salem (1983), que trata do “ideário do parto sem dor”. No artigo, a autora discute como as técnicas que surgiram na época para abolir a dor no parto pressupunham os constrangimentos socioculturais responsáveis pela relação entre feminilidade, passividade e dor. Tendo isto em vista, essas técnicas de parto sem dor buscavam a reeducação física e psíquica da gestante, por meio de um treinamento centrado em técnicas de respiração e informações sobre a fisiologia feminina, a gravidez e o parto. O objetivo era influenciar a percepção da dor e a capacidade da mulher de alterar a sua intensidade e qualidade.

O médico inglês Grantly Dick-Read (1933) defendia que a tríade “medo-tensão-dor” era prejudicial, pois interferia nos fatores emocionais ao parto (2004). Dick-Read foi um dos precursores do movimento internacional da revisão do parto e do nascimento que anos mais tarde culminaria na “humanização do parto”. Vale destacar que esse movimento sempre foi carregado de filiação política. É o que nos aponta Moulin (2008), quando menciona que o método de parto sem dor de Lamaze, , médico francês igualmente defensor do parto sem dor, passou por uma polarização política: “[...] sofria-se mais ou menos conforme se votasse na direita ou na esquerda” (Moulin, 2008, p. 49).

Com a progressiva medicalização do parto, o tema tem se tornado recorrente tanto na área biomédica, antropológica e política como no âmbito dos movimentos sociais, revelando diferentes conflitos e posicionamentos. No Brasil, a crítica às consequências perniciosas desse processo se constituiu, desde então, como um movimento forte de ativistas feministas.

O parto humanizado foi amplamente difundido no país a partir da década de 90, em meio a críticas à prática obstétrica vigente e à defesa da ideia de respeitar o “processo fisiológico do parto”, restringindo as intervenções consideradas “desnecessárias” e atuando somente com o consentimento informado para todos os procedimentos (Carneiro, 2015). O parto humanizado trouxe um novo valor à vivência do parto, questionando a experiência da dor como sofrimento e até mesmo os procedimentos para evitá-la.

Na década de 2000, esforços institucionais foram empreendidos pelo Ministério da Saúde no sentido de melhorar a assistência obstétrica e neonatal em todo o país, assim como melhorar as condições de vida das mulheres através da incorporação da perspectiva de gênero nas análises epidemiológicas e no planejamento das ações em saúde. Foram propostas uma série de programas e políticas em saúde, entre elas: o Programa de Humanização do Parto e

Nascimento (2002), a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS (2003), a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), entre outros. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde à época, as maternidades deviam: garantir vaga às gestantes; garantir o direito a acompanhante de livre escolha; adotar as boas práticas de atenção segundo as recomendações da OMS; garantir a privacidade da mulher no trabalho de parto; reduzir os índices de cesariana, de episiotomia e do uso indiscriminado de ocitocina; promover o parto e o nascimento humanizados; promover a participação do pai no momento do nascimento e o contato entre mãe e bebê imediatamente após o nascimento; garantir livre permanência da mãe e do pai juntos ao recém-nascido durante todo o tempo de internação na UTI; estimular a amamentação na primeira hora de vida; manter atuante uma comissão de investigação do óbito materno, fetal e infantil; manter ativos mecanismos de participação dos usuários e garantir gestão participativa e democrática, valorizando o trabalho e o trabalhador da saúde (BRASIL, 2010).

O que o discurso feminista hoje refuta em relação à violência obstétrica é que não há razão biológica que a justifique. Não se nega a dor no parto, mas não são as dores das contrações e da expulsão que transformam o rito de parir em um momento violento – a violência é causada pelo abuso do poder médico e pela alienação das mulheres do processo decisório.

MÉDICOS: PERPETRADORES OU VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA?

Diante dos fatores citados, os médicos obstetras argumentam que “violência obstétrica” não é o termo correto, e sim “violência institucional”. Sens e Stamm (2019), a partir de uma pesquisa realizada com 23 médicos da Região Sul do Brasil atuantes em uma maternidade pública, humanizada e de ensino, compreenderam que o termo “violência obstétrica” poderia gerar “recusa epistemológica” e desconforto entre os médicos, e é por isso que as autoras optaram por utilizar o termo “violência institucional”. Segundo o artigo, a maioria dos médicos entrevistados considera a denominação “violência obstétrica” e “violência institucional” ruins ou péssimas, sendo que a rejeição se relacionava essencialmente a três situações: o termo induz polêmica, culpabiliza o obstetra ou questiona a “bondade do médico” (Sens e Stamm, 2019, p.7).

Decerto a expressão “bondade do médico” nos parece interessante, pois fala de uma construção da imagem desse profissional como um ser sempre nobre e generoso, em sua

essência altruísta e benevolente. Essa representação do médico contribui para a sua autoridade e para o não questionamento dos pacientes, tendo em vista que é médico o detentor do saber-poder (Foucault, 1993).

Em contrapartida, conselhos de representação e movimentos médicos apontam que as reais necessidades na assistência ao parto são melhorar as condições do trabalho médico e equipar melhor as maternidades e hospitais, de forma a possibilitar um atendimento adequado à gestante. De fato, esse ponto não deve ser negligenciado, pois há sucateamento de materiais básicos, infraestrutura precária e superlotação. Não há como negar que esses fatores também são responsáveis para o estabelecimento de vínculos precários entre obstetras e pacientes. Há ainda carência de profissionais para dividir a assistência, remuneração precária e falta de tempo para treinar profissionais ou exigir o cumprimento de protocolos. Ainda em Sens e Stamm (2019) fica claro que as condições de trabalho inadequadas nas instituições de saúde, que configuram a precarização do trabalho, são fatores que predispõem a violência obstétrica. São citados como exemplos a falta de privacidade, de vagas e de rotina de analgesia, a sobrecarga de demanda, as situações com o acompanhante, as regras e rotinas das instituições e as questões relacionadas a estrutura, recursos humanos e materiais.

Com relação à questão da anestesia/analgesia, em 2016, no Simpósio Periparto, que aconteceu no Centro de Convenções da Sul América, o diretor de um hospital público da Baixada Fluminense no Rio de Janeiro fez uma fala que chamou atenção: segundo ele, observava um problema na atenção ao parto dentro de seu hospital. Por ser um hospital grande, com muitas cirurgias diárias agendadas, ele não dispunha de analgesia para todas as parturientes que a solicitavam, pois não havia médicos anestesiológicos suficientes. Essa é uma das grandes queixas das mulheres, quando se trata de violência obstétrica, tanto em relação ao momento do parto quanto aos momentos de suturas de episiotomias e lacerações. Todas as normas e recomendações à assistência ao parto reafirmam o direito da mulher de receber anestesia/analgesia de parto, caso seja o seu desejo, e que qualquer procedimento invasivo deve ser realizado com a mulher devidamente anestesiada.

Segundo a Resolução nº 1.363/93 do Conselho Federal de Medicina (CFM): “[...] [é] ato atentatório contra a ética médica a realização de anestésias simultâneas em pacientes distintos pelo mesmo profissional, ainda que seja no mesmo ambiente cirúrgico” (CFM, 1993, artigo IV). Isso significa que o anestesista é proibido eticamente pelo seu conselho de realizar mais de uma anestesia ao mesmo tempo, devendo permanecer ao lado de seu paciente durante o procedimento. Diante de nosso cenário atual de saúde, apesar de ser um direito legítimo, parece ser inviável a oferta de anestésias para todas as parturientes que assim a desejarem.

Buscando entender as razões mais generalizantes dos atos identificados como violências em hospitais e maternidades relacionadas ao processo de trabalho médico, podemos atribuir como uma das causas da violência obstétrica também a crise atual da medicina liberal. Ela diz respeito à pressão das novas tecnologias, que empurram o médico para o trabalho assalariado em instituições que terão as posses e os meios de condição de trabalho. Mesmo que os médicos continuem com a autonomia técnica, perdem o controle sobre o fluxo dos clientes (Azeredo; Schraiber, 2017). É o caso de muitos obstetras que trabalham em instituições hospitalares públicas – onde são mais relatados casos de violência obstétrica. As pacientes ali atendidas serão aquelas que surgem durante o seu período de trabalho para uma ou duas consultas. Restará ao médico tratá-las somente em relação ao contexto específico do parto. Nesse caso, acentua-se a lógica de tratar o evento médico, não a paciente. Isso resulta na chamada “crise dos vínculos de confiança”, que leva os profissionais a criar uma série de atitudes defensivas. Dessa forma, assegurados por certo controle dos recursos tecnológicos e pelo próprio domínio dos serviços de saúde, procuram impor suas razões, em vez de dialogar com a paciente. Segundo Aguiar, D’Oliveira e Schraiber (2013), na saúde o poder é exercido em uma relação hierárquica: a relação entre profissional e paciente; a fonte do poder médico está na legitimidade científica e na dependência dos indivíduos aos conhecimentos técnicos-científicos. É isso que ocasiona a obediência voluntária dos pacientes perante a confiança suscitada pela legitimidade da autoridade médica. É desse modo que o parto medicalizado busca adequar corpos e subjetividades a uma rotina de protocolos, burocracias e tecnologias, ignorando os desejos e saberes das mulheres, bem como suas próprias experiências e singularidades.

Para Sens e Stamm (2019), os médicos entrevistados, quando questionados sobre a autonomia da mulher, compreendem que opinar sobre e escolher as interferências no seu corpo durante o trabalho de parto é direito das pacientes, compreendido como uma obrigação ética do profissional da saúde. Entretanto fica claro que essa autonomia tem limites, quando surgem questionamentos, recusas e contestações da autoridade médica, pois, segundo eles, “as explicações que recebem devem ser convincentes para tranquilizá-la”. Ou seja, nas situações em que a autoridade médica é questionada, o profissional não consegue sustentar o respeito à autonomia, conceito, portanto, manipulável e limitado.

É em nome dessa autoridade que maus-tratos e desrespeitos são banalizados, como nos descrevem Aguiar, D’Oliveira e Schraiber (2013). Segundo os autores, as parturientes que “dão mais trabalho” e são classificadas como “não colaborativas” ou “escandalosas”; nesses casos são naturalizadas e legitimadas as ameaças de abandono (ainda que os entrevistados afirmem que não há intenção real de cumprir a ameaça), as falas em tom de voz mais alto e condutas

mais ríspidas com a parturiente, no intuito de corrigir um comportamento “inadequado” e fazê-la “colaborar”, tendo em vista que a obediência é uma qualidade esperada da paciente. Segundo os autores, porém, o que se alcança não é a colaboração, e sim a submissão da mulher por medo.

É interessante ressaltar que o médico é a figura que concentra a responsabilidade com a saúde dos pacientes – quando algo não sai como esperado, o médico encarna a representação da má assistência. Nesse contexto, a obstetrícia é uma das especialidades médicas que mais acarretam ações judiciais por erro médico no país (embora a violência obstétrica não caracterize um erro médico). Percebe-se, por esse contexto, que há um grande receio por parte dos médicos das ações judiciais, de perder o direito de trabalhar e dos casos de agressão aos médicos nas salas de parto.

É em razão disso que muitos médicos obstetras preferem o termo “violência institucional”, que expõe não só as mulheres, mas também os próprios médicos. Eles apontam a organização dos hospitais como um dos principais fatores responsáveis pelo sofrimento dos profissionais, pois não asseguram boas condições de trabalho, deixando os médicos expostos aos riscos e implicando consequências nefastas para as pacientes. Não admitem ser responsabilizados pela violência obstétrica. Segundo um obstetra:

[...] a violência obstétrica é uma violência de gênero contra uma mulher grávida, praticada por qualquer profissional, pode ser médico, enfermeiro, mas pode ser cometida pelo porteiro do hospital, por exemplo. O nome não está sugerindo necessariamente que é o médico quem comete essa violência. [É necessário] que as organizações entendam que não se está dizendo que é o médico que comete violência obstétrica, mas sim que é a mulher que sofre a violência cometida por alguém (Lisauskas, 2019, p. 1).

Os médicos se ressentem do uso do termo porque, como estão na linha de frente, são responsáveis pelos plantões, por tudo que acontece durante o parto. A acusação de violência é, portanto, particularmente endereçada a eles, que reivindicam não serem os protagonistas nesse contexto, afirmando que nenhum médico deseja fazer mal para seu paciente. Isso é interpretado como uma desvalorização e uma criminalização de seu trabalho.

Os representantes do Cremerj têm reagido com a denúncia da “violência AO obstetra”. Segundo eles, o número de médicos agredidos somente no Rio de Janeiro é assustador. Esse tema surgiu fortemente no simpósio Parto e Aborto (CREMERJ, 2019). Em determinado momento, houve um espaço para relatos dos obstetras sobre agressões físicas que têm sofrido em plantões, quando as medidas não saem a contento da paciente ou de seus familiares. O fato de o número de obstetras estar em declínio é relacionado a esses eventos, fenômeno causado também pela sobrecarga de horas trabalhadas e por impactos na vida familiar e pessoal (Vasconcelos Barbosa,

2016).

Quanto aos relatos de agressões, à linha de frente dos hospitais e às urgências que são consideradas “áreas de risco”, o CFM e os conselhos regionais lançaram uma campanha institucional focada nos médicos, orientando-os sobre como proceder, caso sejam vítimas de agressões no ambiente de trabalho. Por uma série de informes e vídeos, os profissionais recebem o passo-a-passo para denunciar os abusos. O lema é: “Onde se cuida da Saúde, deve haver respeito e paz” (CFM, 2019).

Deparamos, então, com ambos os polos – parturientes e médicos – reivindicando a posição de vítima. Diante desses dados, cabe a pergunta: quem pode ser considerado vítima? Qual é o potencial político da vitimização? Autores abordam a construção social da vítima pela articulação da dor e do sofrimento com elementos de mobilização e luta política (Arosi, 2013), vulnerabilidade e sujeição à vontade do outro (Fassin; Rechtman, 2007), por exemplo. Para Cynthia Sarti (2011), a produção da vítima articula as esferas do direito e da saúde. E um dos modos de construir a vítima é através das referências ao sofrimento físico e psíquico. É através do corpo que a dor e o sofrimento se expressam.

Por outro lado, Pulhez (2013) afirma que a violência obstétrica pode ser entendida como uma violação dos direitos humanos e que estes possuem um discurso que favorece uma fluidez na classificação das vítimas e dos perpetradores de violência:

Isso depende da maneira como em cada contexto se fará uso das categorias de humanidade que buscam ser universais – dignidade, respeito, liberdade, justiça, valor da pessoa humana, igualdade de direitos etc., estará refletida nas próprias políticas públicas voltadas a atender mulheres, crianças, negros, idosos, homossexuais etc. (Pulhez, 2013, p. 557).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste artigo, buscamos evidenciar que não há consenso sobre o conceito de violência obstétrica. Porém, como menciona o antropólogo Didier Fassin (1996, p. 78), “as palavras têm força e elas orientam as políticas” e/ou a falta delas. A violência obstétrica não está definida em termos legais, devido à falta de instâncias específicas que penalizem os maus-tratos e processos desnecessários aos quais grande parte das mulheres brasileiras é submetida. Dessa forma, seus direitos e sua autonomia são minimizados, e a violência não pode ser denunciada ou mesmo criminalizada.

Para que essas mudanças aconteçam, é importante que haja a demarcação do conceito de violência obstétrica, de forma a esclarecer o assunto à população, para que seja possível reconhecer o fenômeno e denunciá-lo. Destaca-se a necessidade de uma legislação federal que defina e criminalize a prática, já que o Brasil não conta com marcos legais que a delimitem e facilitem a proposição de ações para o enfrentamento dessas situações.

Além disso, é preciso reforçar as recomendações já divulgadas pelas OMS (2014b) quanto à necessidade de produzir pesquisas e dados sobre as práticas desrespeitosas, assim como sobre as boas práticas na assistência à saúde nesse âmbito. A coleta, a documentação e publicação desses dados são essenciais para melhoria de práticas, de modo a tornar os sistemas de saúde responsáveis pela forma como as mulheres são tratadas. São igualmente necessárias para desenvolver e implementar políticas claras quanto aos direitos e às normas éticas envolvidas nesse cuidado, além da ampla divulgação de práticas respeitadas a serem seguidas. Segundo a OMS, os governos devem proporcionar maior apoio para pesquisas que visem a definir e mensurar os problemas nas instituições de saúde – públicas e privadas –, para também compreender o impacto dessas experiências nas escolhas das mulheres em relação à sua saúde e gerar evidências sobre a implementação e a efetividade de intervenções, no intuito de oferecer orientações técnicas aos profissionais de saúde e melhorar a qualidade da assistência (OMS, 2014).

Não se trata, aqui, de defender uma ou outra posição, seja a dos médicos, seja a de entidades médicas, seja a de ativistas, seja a de parturientes. Como antropólogas, devemos testemunhar as desigualdades, a violação dos direitos que muitos sofrem em sua vida cotidiana. Devemos lutar para que nossos resultados – os que envolvem o tratamento violento dado às mulheres nos seus partos e os que envolvem as péssimas condições de trabalho e da formação médica e influem na dificuldade do estabelecimento de vínculo entre médicos e pacientes – tenha a atenção dos meios políticos e dos decisores. Isso inclui um enorme desafio, sobretudo nos tempos de crise. Além disso, cabe a nós criticar argumentos de políticos ou biotécnicos que afirmam que a tecnologia pura e simples será a solução para as populações dos países em desenvolvimento. Não se trata, tampouco, de negar o valor das tecnologias (como a cesariana ou os medicamentos indutores de parto) – é preciso avaliar o excesso dessa medicalização. Também deve ser nosso objeto de estudo o modo como as populações apoiam ativamente o uso dessas tecnologias (caso das cesáreas a pedido). É preciso empreender pesquisas etnográficas, de forma a entender a compreensão das mulheres dos conhecimentos, a compreensão que têm sobre o saber médico e as crenças sobre as consequências dessas técnicas. Da mesma forma, devemos documentar como os profissionais de saúde questionam e modificam continuamente

as fronteiras entre o normal e o anormal, o técnico e o humanizado.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, Janaina Marques. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva), Programa de Pós-graduação em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010
2. AGUIAR, Janaina Marques; D'OLIVEIRA, Ana Flavia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2.287-2.296, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BHJvS6SwS6DJkY6XFTk3fs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 nov. 2023.
3. ALMEIDA, Nilza Alves Marques; MEDEIROS, Marcelo; ROVERY DE SOUZA, Marta. Sentidos da dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do sistema único de saúde. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 241-250, 2012. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/riserver/api/core/bitstreams/6c682b31-9489-47a9-bec7-de816b72e05a/content>. Acesso em: 21 nov. 2023.
4. ALVIM, Mariana. Como as disputas ideológicas no país chegaram no parto. **BBC**, São Paulo, 17 jan. 2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-46643198>. Acesso em: 18 mar. 2023.
5. AROSI, Ana Paula. Os usos da categoria vítima: o caso dos movimentos de familiares de vítimas de violência no Rio Grande do Sul e no Rio de Janeiro. **Interseções**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 356-373, 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intersecoes/article/view/9510/7362>. Acesso em: 21 nov. 2023.
6. AZEREDO, Yuri Nishijima; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3.013-3.022, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VFFLLgpXPYfcVDQz6VgMxsZ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 nov. 2023.
7. BADIM MARQUES, Silvia. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 97-119, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>. Acesso em: 21 nov. 2023.
8. BATISTA, Malaquias; RISSIN, Anete. WHO and the epidemic of cesarians. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 18, n. 1, p. 3-4, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/7DhKbXd9M4VKnzVWnWRP6Jg/?lang=pt#>. Acesso em: 21 nov. 2023.
9. BRANDALISE, Camila. Ministério da Saúde extingue termo violência obstétrica; entidades repudiam. **Geledés.org**, São Paulo, 7 maio 2019. Disponível em: <https://www>.

- geledes.org.br/ministerio-da-saude-extingue-termo-violencia-obstetrica-entidades-repudiam/. Acesso em: 4 out. 2022.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Despacho/Ofício nº 017/19** – JUR/SEC, de 3 de maio de 2019. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>. Acesso em: 3 nov. 2022.
 11. BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 8 out. 2022.
 12. BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1992.
 13. CARNEIRO, Rosa. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015.
 14. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Violência Obstétrica**. Parecer CFM nº 32/2018. Brasília: CFM, 2018. Disponível em:
 15. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/32>. Acesso em: 10 out. 2022.
 16. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.363/93. Brasília: CFM, 1993. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1993/1363_1993.pdf. Acesso em 21 nov. 2023.
 17. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Violência contra médicos. Conselhos lançam campanha estimulando profissionais a denunciarem abusos. **YouTube**, 10 abr. 2019. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=nMqhi1_p28E. Acesso em: 23 set. 2022.
 18. CREMERJ - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Ministério da Saúde se posiciona contra o termo Violência Obstétrica. **Cremerj**, Rio de Janeiro, 7/05/2019. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/informes/exibe/4270> Acesso em: 14 set. 2022.
 19. DICK-READ, Grantly, **Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth**. London: Pinter & Martin, 2004.
 20. DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/>. Acesso em: 21 nov. 2023.
 21. DINIZ, Carmen Simone Grilo; NIY, Denise Yoshie; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque; SALGADO, Heloisa de Oliveira. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20 (56), 253-259, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/>

Tw8sGwjMqQFft7wgcR9mPq/#. Acesso em: 21 nov. 2023.

22. D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Carmen Simone Grilo ; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women in health care institutions: an emerging problem. **Lancet**, Reino Unido, v. 59, n. 11, p. 1.681-1.685, 2002.
23. FASSIN, Didier. Clandestins ou “exclus”? Quand les mots font des politiques. **Politix**, Paris, v. 34, n. 2, p. 77-86, 1996.
24. FASSIN, Didier; RECHTMAN, Richard. **The empire of trauma**. An inquiry into the condition of victimhood. Paris: Flammarion, 2007.
25. FAÚNDES, Anibal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991.
26. FERREIRA, Jaqueline. **O corpo sígnico**. Abordagens antropológicas do corpo, sintomas e sinais. Curitiba: CRV, 2022.
27. FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1993.
28. KOURI, Mauro. A dor como objeto de pesquisa social. **Ilha**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 73-83, 1999.
29. LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. **A vida de laboratório**: a produção dos fatos científicos. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1988.
30. LISAIUSKAS, Rita. **O médico que está ao lado das evidências científicas combate a violência obstétrica**. O Estado de S. Paulo, São Paulo, 29 maio 2019. Disponível em: <https://emails.estadao.com.br/blogs/ser-mae/o-medico-que-esta-ao-lado-das-evidencias-cientificas-combate-a-violencia-obstetrica-garante-obstetra-humanizado/>. Acesso em: 23 set. 2022.
31. MAUSS, Marcel. Les techniques du corps. *In*: MARCEL, Mauss. **Sociologie et anthropologie**. Paris: PUF, 1950. p. 363-386.
32. MENDONÇA, Sara. Entre riscos fisiológicos e emocionais: a humanização do parto em uma maternidade pública carioca. **Teoria e Cultura**, Juiz de Fora, v. 16, n. 1, p. 153-166, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/TeoriaeCultura/article/view/30815>. Acesso em: 21 nov. 2023.
33. MOULIN, Anne-Marie. O corpo diante da medicina. *In*: COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (org.). **História do corpo 3. As mutações do olhar**: o século XX. Petrópolis: Ed. Vozes, 2008. p. 15-82.
34. NAKANO, Andrezza; BONAN, Claudia.; TEIXEIRA, Luis Antonio. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. **História, Ciências, Saúde.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 155-172, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/iciict/26038/>

- Artigo%209.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 21 nov. 2023.
35. NOGUEIRA, Natália Viana. O reconhecimento da violência obstétrica no Brasil e sua repercussão sociolegislativa por intermédio do movimento feminista. **InSURgência: Revista de Direitos e Movimentos Sociais**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 261-286, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/220-245>. Acesso em: 21 nov. 2023.
 36. OLIVEIRA, Virginia Junqueira; PENNA, Claudia Maria Matos. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1.228-1.236, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/8bjVWVQyjMc5wcy4xHXr9CD/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 21 nov. 2023.
 37. OMS - Organização Mundial da Saúde. Violência contra as mulheres. **OPAS**, 2014a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>. Acesso em: 23 set. 2022.
 38. OMS - Organização Mundial da Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. **WHO**, Genebra, 2014b. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 23 set. 2022.
 39. PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê da Violência Obstétrica. Parirás com dor para a CPMI da Violência Contra Mulheres**. Brasília: Parto do Princípio, 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.
 40. PULHEZ, Mariana Marques. “Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de “violência” e “vítima” nas experiências de parto. **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, João Pessoa, v. 12, n. 35, p. 544-564, 2013. Disponível em: <https://www.cchla.ufpb.br/rbse/PulhezArt%20Copy.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2023.
 41. RIBEIRO, Pricila Correa; SANCHEZ, Maria Angélica; COELHO, Débora Moraes; LOURENÇO, Roberto Alves. Motivo de recusas em pesquisa: um estudo qualitativo no seguimento do Estudo Fragilidade em Idosos Brasileiros – FIBRA-RJ. **Revista HIE**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 6-12, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/20065>. Acesso em: 21 nov. 2023.
 42. ROCHA, Nathalia Fernanda Fernandes; FERREIRA, Jaqueline. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 556-568, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gv6DSVLwCqFZvxVDLCKTxl/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 21 nov. 2023.
 43. ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.
 44. SALEM, Tania. O ideário do parto sem dor: uma leitura antropológica. **Boletim do Museu Nacional**, Rio de Janeiro, n. 40, p. 1-15, 1983.

45. SARDAN, Jean-Pierre Olivier. La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. **Enquête**, Marseille, n. 1, p. 71-109, 1995.
46. SARTI, Cinthya. Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 89-103, 2009.
47. SENS, Maristela Muller. STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, p.1-16, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/yMPTcmQQDRzbxYVvLvPRnKM/#>. Acesso em: 21 nov. 2023.
48. SIONEK, Luiza; ASSIS, Dafne Thaissa Mineguel; FREITAS, Joanneliese de Lucas. “Se eu soubesse, não teria vindo”: implicações e desafios da entrevista qualitativa. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 25, p. 1-25, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/88csRhmNGynh6X63TgKp9mD/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 21 nov. 2023.
49. VASCONCELOS BARBOSA, Jéssika Sonally. **O trabalhar como médico obstetra**. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Programa de Pós-Graduação de Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/8538?locale=pt_BR. Acesso em: 21 nov. 2023.
50. XEQUE MATE. **Violência Obstétrica**. São Judas Mídia Center. São Paulo, 27 de maio de 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fWgO2qEnpQI>. Acesso em: 21 de nov. de 2023.
51. ZENOBI, Diogo. O antropólogo como “espião”: das acusações públicas à construção das perspectivas nativas. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p 471-499, 2010.

Jaqueline Ferreira

Professora Associada de Ciências Sociais e Humanas do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Antropologia Social pela École des Hautes Études en Sciences Sociales. ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7662-1773>. Contribuição: Pesquisa bibliográfica, Pesquisa empírica, Análise de dados, Redação. E-mail: jaquetf@gmail.com

Stephania Klujza

Pós-doutoranda pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal Fluminense. ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6377-5434>. Contribuição: Pesquisa bibliográfica, Pesquisa empírica, Análise de dados, Redação. E-mail: stephania.klujza@gmail.com