

Singoalla Mesquita Lagerblad Pessoa de Oliveira

Por um recorte genealógico da categoria violência obstétrica.

Rio de Janeiro

2019

Singoalla Mesquita Lagerblad Pessoa de Oliveira

Por um recorte genealógico da categoria violência obstétrica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Violência e Saúde.

Orientadora: Prof.Dra. Suely Deslandes

Coorientadora: Prof.Dra.Liane Maria Braga Da Silveira

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

O48r Oliveira, Singoalla Mesquita Lagerblad Pessoa de.
 Por um recorte genealógico da categoria violência obstétrica/
 Singoalla Mesquita Lagerblad Pessoa de Oliveira. – 2019.
 237 f.; il. color.

 Orientadoras: Suely Deslandes e Liane Maria Braga da Silveira.
 Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
 Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

 1. Parto Obstétrico. 2. Violência contra a Mulher. 3. Maternidades.
 4. Violência. 5. Humanização da Assistência. 6. Feminismo.
 7. Genealogia e Heráldica. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.83

Singoalla Mesquita Lagerblad Pessoa de Oliveira

Por um recorte genealógico da categoria violência obstétrica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial pra obtenção do título de Mestre em Saúde Pública Área de concentração: Violência e Saúde.

Aprovada em 24 de Abril de 2019.

Banca Examinadora

Dra. Jane Araujo Russo

IMS/UERJ

Dr. Marcos Augustos Bastos Dias

IFF/FIOCRUZ

Prof.Dra. Suely Deslandes (Orientadora)

IFF/FIOCRUZ

Prof.Dra.Liane Maria Braga Da Silveira (Coorientadora)

ENSP/FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2019

Dedico este trabalho às mulheres fortalezas da minha vida, minhas avós Teté e Kaj, minha mãe Maria Teresa e minhas filhas, minhas flores Lily e Dahlia.

AGRADECIMENTOS

A minha família pelo suporte e paciência com as horas dedicadas a “essa tal de pesquisa” como diz Dada.

Ao meu parceiro Lucas por sempre me lembrar que eu sou capaz.

As minhas orientadoras Suely e Liane pelo voto de confiança e o cuidado e carinho nas correções e apontamentos.

A minha amiga Diana Junqueira pela parceria nesse baile acadêmico.

A minha amiga Sol Ahumada pelos cafés e conversas sobre esses nossos “problemas de gênero” e por acreditar que eu posso ter algo a falar sobre essas experiências.

As minhas amigas, colegas, parceiras de leituras e engajamentos Nanda Gallas Duarte e Verônica Araújo.

A minha amiga Tay Nascimento pela coragem de falar por muitas, sem medo de provocar os desabamentos necessários para que espaços mais vivos possam surgir.

A minha amiga Adriana Azevedo pela generosidade no compartilhamento dos saberes nos nossos encontros de leituras feministas interseccionais e o prazer de ler Haraway coletivamente e conjurar muitas possibilidades.

A minha amiga Clarissa Ribeiro pelo encontro e a oportunidade de me lançar em outros caminhos e pesquisas no mundo das artes e daquilo que nos cura.

À Aline Miranda, Fernanda Vaz, Gabriela Sad, Maria Isabel Iório junto com Clarissa, Dri, Mari Cavalcanti e Maria Bogado pela convocação a invadir e ancorar os pés e os sapatos que não cabem em espaços onde não existem medidas de segurança.

Sobre a Construção de Obras Duradouras

Quanto tempo
Duram as obras? Tanto
Quanto o preciso pra ficarem prontas.
Pois enquanto dão que fazer
Não ruem.

Convidando ao esforço
Compensando a participação
A sua essência é duradoura enquanto
Convidam e compensam.

As úteis
Pedem homens
As artísticas
Têm lugar pra a arte
As sábias
Pedem sabedoria
As destinadas à perfeição
Mostram lacunas
As que duram muito
Estão sempre pra cair
As planeadas verdadeiramente em grande
Estão por acabar.

Incompletas ainda
Como o muro à espera da hera
(Esse esteve um dia inacabado
Há muito tempo, antes de vir a hera, nu!)
Insustentável ainda
Como a máquina que se usa
Embora já não chegue
Mas promete outra melhor.
Assim terá de construir-se
A obra pra durar como
A máquina cheia de defeitos.

Bertold Brecht

In Lendas, Parábolas, Crônicas, Sátiras e outros Poemas
Tradução: Paulo Quintela

RESUMO

O debate sobre a violência na assistência ao parto e nascimento e a crítica ao parto medicalizado não são recentes. No Brasil, o tema da violência na assistência à saúde da mulher aparece como questionamento feminista desde o início da década de oitenta, mas é o movimento pela humanização do parto, atrelado ao movimento internacional da Medicina Baseada em Evidências que ganha destaque e torna-se inclusive uma política pública do Sistema Único de Saúde pautada nos princípios da humanização do acolhimento e protagonismo da mulher. No entanto, nas últimas décadas, o termo “violência obstétrica” tem sido cada vez mais usado para denunciar os abusos e maus tratos que ocorrem na assistência à saúde da mulher. Em 2014, a Organização Mundial da Saúde publica uma declaração sobre a “*Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*” indicando que este é um fenômeno de alcance internacional. A idéia de um recorte genealógico sobre a categoria violência obstétrica partiu da proposta foucaultiana de provocar uma “insurreição dos saberes locais”. Assim esta pesquisa não procurou avaliar o fenômeno da violência no parto em si, mas se verteu sobre as ordens discursivas que conformam a categoria para lançar luz sobre as lutas e discontinuidades discursivas entre as ordens do direito, dos movimentos sociais, os feminismos e as ordens hegemônicas e contra-hegemônicas da saúde. Além da genealogia como estratégia metodológica, esta pesquisa se respaldou na epistemologia feminista proposta por Donna Haraway de uma ciência pautada em uma objetividade corporificada, das perspectivas parciais, isto é, de uma ciência que possa se responsabilizar pelas práticas que constrói.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Obstétrica, Violência Institucional, Humanização, Feminismo, Genealogia.

ABSTRACT

The debate over violence in labor and childbirth care and the critique of the medicalization of birth isn't recent. In Brazil, since the eighties, women's movements have been questioning violence in the healthcare assistance of Brazilian women, but it's been the humanized childbirth care movement, in association with the international Evidence-Based Medicine that has been emphasized and that has even become a public health policy in Brazilian Public Health System based on the guidelines of humanization with a focus on woman-centered care. Nonetheless, in the last decades, the term "obstetric violence" has been increasingly used to describe the mistreatment and abuses that occur in the healthcare assistance of women. In 2014, the World Health Organization published a statement for "*The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*" indicating that this is a worldwide phenomenon. The idea behind a genealogical framing on the category obstetric violence arises from Foucault's proposal of an "insurrection of subjugated knowledges". Therefore, this research didn't try to assess the phenomenon of violence during labor care in itself, but has instead focused on the orders of discourses that shape this category in order to shed light on the discursive disputes and discontinuities between the orders of the law, social movements, feminisms and the orders of hegemonic and counter hegemonic health discourses. Besides the strategy of the genealogic methodology, this research has also relied on the feminist epistemology proposed by Donna Haraway of an embodied objectivity and partial perspectives, that is to say, of a science that can be held accountable for the practices it creates.

KEYWORDS: Obstetric Violence. Institutional Violence, Humanization, Feminism, Genealogy.

LISTA DE FIGURA:

Figura 1. Projeto 1:4-Retratos da Violência Obstétrica.	131
Figura 2. Projeto 1:4-Retratos da Violência Obstétrica.	131
Figura 3. Mapa da Violência Obstétrica. Ong Artemis	133
Figura 4. Propaganda eleitoral da Deputada Thais Ferreira.	146
Figura 5. Manifestação do movimento negro estadunidense pedindo a remoção da estátua do Dr. John Marion Sims.	149
Figura 6. Roupa usada para anestesia com escopolamina e morfina durante o parto inconsciente para evitar que a mulher se machucasse.	168
Figura 7. Simulador de episiotomia e suturas.	182
Figura 8. Modelo Teórico para a avaliação da satisfação com o parto.	186
Figura 9. Artigo "Violência Obstétrica e Violência contra o Obstetra.	202
Figura 10. Diretrizes das recomendações do “ <i>Intrapartum Care for a positive childbirth experience</i> ” da OMS de 2018.	215
Figura 11 Diretrizes das recomendações do “ <i>Intrapartum Care for a positive childbirth experience</i> ” da OMS de 2018.	216
Figura 12. Ala "Parir sem Violência, Plano de Parto é direito”, Greve de Mulheres/8M, Rio de Janeiro.	223

LISTA DE ABREVIACÕES:

ABENFO- Associação Brasileira de Obstetrizas e Enfermeiras Obstetras.

CEDAW-(sigla em inglês) Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Convenção para a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres.

CFM- Conselho Federal de Medicina.

CP- Casas de Parto.

CPMI- Comissão Parlamentar Mista de Inquérito.

CREMERJ- Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

DEM- Partido Democratas.

DVA- Declaração de Vontade Antecipada.

FEBRASGO- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

LOSDMVLV- Lei Orgânica Sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência.

MBE- Medicina Baseada em Evidências.

MESECVI- Mecanismo de seguimento da Convenção de Belém do Pará.

OEA- Organização dos Estados Americanos.

ONU- Organização das Nações Unidas.

PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

PCdoB- Partido Comunista do Brasil.

PSOL- Partido Socialismo e Liberdade.

PT- Partido dos Trabalhadores.

ReHuNa- Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento.

SOGEMIG- Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais

SUS- Sistema Único de Saúde.

UNFPA- (sigla em inglês) United Nations Population Fund/Fundo de População das Nações Unidas.

ANEXOS:

Anexo1. Infográfico sobre do MESECVI sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos:
Violência Obstétrica.

Anexo2. Cartilha do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde: Direitos das Mulheres
no Parto, conversando com os profissionais da saúde e do direito.

Anexo3. Cartilha da Defensoria Pública do Estado de São Paulo e da ONG Artemis:
Conversando sobre a Violência Obstétrica.

SUMÁRIO

Introdução.....	13
O Caso Alyne Pimentel	14
O Caso Adelir Carmen Lemos de Goes	16
Parte I.A construção de uma genealogia sobre a violência obstétrica.....	25
1.Marco	Teórico
.....	25
1.1.Breve contexto histórico sobre a assistência e medicalização do parto.....	25
1.2.O movimento feminista brasileiro e as políticas de combate à violência de gênero.	31
1.2. A categoria da violência obstétrica como objeto de análise discursiva.	40
1.4.A Violência obstétrica e as ordens discursivas	48
1.5. Os efeitos de verdade e poder e a categoria da Violência obstétrica.	50
1.6. Violência obstétrica, apenas uma questão de gênero?	54
1.7. Violência Obstétrica, gênero e a construção da categoria mulher.	57
1.8. Que mulher pode falar de violência obstétrica?.....	60
2.Pressupostos	e
.....	Metodologia
.....	65
Parte II. Resultados.....	81
3. Descortinando o campo discursivo da Lei Orgânica sobre o Direito da Mulher a uma Vida Livre de Violência.....	87
3.1. Violência Obstétrica uma categoria latino americana.....	87
3.2. A definição da violência obstétrica como estratégia de revelação da dominação patriarcal	104

3.3. Patologização, processos naturais e autonomia na construção da categoria mulher na lei venezuelana.	111
4.A Violência no parto: do <i>advocacy</i> feminista ao feminismo negro brasileiro, construindo perspectivas de gênero.....	121
4.1 Dos movimentos autônomos da década de 80 para o <i>advocacy</i> feminista brasileiro.	121
4.2. Somos todas Adelir e Alyne?.....	130
4.3. A violência obstétrica e mortalidade materna de mulheres negras: uma bio/necropolítica brasileira e uma luta política do feminismo negro.	140
4.4. Do parto humanizado para a violência obstétrica: uma mudança discursiva na relação do feminismo com a maternidade e o parto.....	154
4.5. Parto, Violência obstétrica e tecnologias de si.....	160
5. Mal-estar na obstetrícia.	164
5.1. O parto sem dor e medicalizado: uma luta feminista do início do século XX?.....	165
5.2. O Discurso da Humanização e seus atravessamentos no contexto brasileiro.....	171
5.3. A perspectiva feminista da saúde e as políticas de humanização.	189
5.4. “Violência obstétrica ou violência <i>contra</i> o obstetra”: a reação da hegemonia médica à perspectiva feminista da saúde e humanização.	199
Considerações Finais.....	224
Referências bibliográficas.	229

Introdução.

Preâmbulo

Talvez fosse mais interessante chamar este preâmbulo de uma “máscara daquelas que não podem falar”. Esta é uma tradução proposta por Djamila Ribeiro para a expressão “*The Mask of the Speechless*” cunhada pela artista e escritora Grada Kilomba para descrever as experiências de luta e resistência da Diáspora africana à escravidão, o colonialismo e o racismo (RIBEIRO, 2017a, p. 76). Kilomba faz referência à imagem da Escrava Anastácia, personagem do imaginário religioso brasileiro que conta a história de uma escrava que por se recusar a deitar com o seu senhor foi castigada com o uso de uma máscara de ferro. Através da máscara, ela conseguia enxergar e respirar, mas não podia se alimentar. Para Kilomba, a máscara é a imagem tanto do projeto de dominação colonial que procura silenciar oprimidos, como também da resistência dos sujeitos que apesar de oprimidos conseguem vazar suas vozes e histórias pelos orifícios da máscara. No momento conturbado da história brasileira em que esta pesquisa se realizou, e em que o candidato a presidente eleito pronunciou um discurso muito claro afirmando que “as minorias tem que se curvar às majorias” (GUERRA, 2018) tornou-se uma demanda ética para esta pesquisa revelar como este “se curvar a” se traduz nos corpos e existências de mulheres brasileiras, sobretudo para as mulheres brasileiras em lugares de subalternidade. Com este intuito escolhi anunciar o conteúdo desta pesquisa trazendo dois casos emblemáticos que contêm diversos elementos cruciais para a compreensão das lutas discursivas que ocorrem quando se trata da categoria violência obstétrica. Como descreve Kilomba “às vezes a gente fala com tanta potência que a máscara é estilhaçada” (RIBEIRO, 2017a, p. 76)

O Caso Alyne Pimentel¹

Alyne Pimentel, mulher negra de 28 anos que residia na Baixada Fluminense, mãe de uma menina de cinco anos e grávida de seis meses sentiu náuseas e forte dores abdominais no dia 11 de novembro de 2002 quando procurou assistência na Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória em Belford Roxo, unidade de saúde mais próxima de sua casa e conveniada com o SUS. Apesar de apresentar sinais de uma possível gravidez de alto risco, Alyne foi mandada de volta para a casa com uma receita de vitamina B12, um tratamento para uma infecção vaginal e remédios para o alívio das náuseas (sem que fossem feitos exames laboratoriais ou ultrassonografia para investigar a causa das fortes dores e desconforto anormal dos quais a mãe de segunda viagem se queixava) e um encaminhamento para a realização de um exame de sangue dois dias depois. Ao retornar para casa, as dores abdominais aumentaram muito e no dia 13 de novembro de 2002, Alyne, acompanhada de sua mãe retornou à Casa de Saúde antes mesmo do horário do exame esperando um tratamento imediato para os sintomas atípicos que a afligiam. Ao ser examinada, o médico ali presente constatou o estado crítico da paciente e Alyne foi internada às 8h25 do mesmo dia. Na enfermaria da maternidade, o exame físico realizado por outro médico revelou a ausência de batimentos cardíacos do feto o que sugeria morte fetal. Após quase três horas de espera e da notícia da morte do feto, Alyne foi finalmente submetida a uma ultrassonografia para confirmar o resultado do primeiro exame e encaminhar a paciente para um parto induzido para a retirada do feto morto. Apesar de se saber que o feto já estava morto há pelo menos umas 5 horas dentro do corpo da mãe, os procedimentos para a indução do parto só foram iniciados às 14h da tarde e o parto induzido do natimorto aconteceu às 19h55. Houve complicações durante o parto e o corpo de Alyne não conseguiu expelir naturalmente os restos de placenta e partes do natimorto que ficaram em seu interior. Alyne só foi submetida à cirurgia de curetagem que era necessária 14 horas após a realização do parto. Neste ínterim, o quadro de Alyne foi piorando drasticamente, Alyne vomitava sangue e apresentava

¹ As informações usadas para relatar este caso foram retiradas dos comunicados da CEDAW referentes ao caso Alyne Pimentel e das informações contidas na página da ONG, Center for Reproductive Rights (CENTRO DE DERECHO REPRODUTIVO, 2014).

hemorragia severa. Apesar destes sintomas graves, a Casa de Saúde informou à família que tudo corria bem e dispensou a visita dos familiares. No dia 15 de novembro, a equipe médica fez uma punção abdominal para investigar a causa da hemorragia sem sucesso. Os médicos receitaram antibióticos e oxigenação. A mãe de Alyne foi informada que os sintomas da paciente eram de alguém que nunca havia recebido cuidados no pré-natal e que ela precisava de uma transfusão de sangue. A equipe concluiu que não tinham mais condições de tratar do caso gravíssimo de Alyne e procuraram outros hospitais da rede pública e privada que tivessem estrutura adequada para receber o caso. O Hospital Geral de Nova Iguaçu foi o único hospital mais especializado que podia atender o caso, no entanto o hospital não possuía ambulâncias suficientes para disponibilizar para o resgate de Alyne. Como a família não possuía renda para custear uma ambulância particular, Alyne teve que esperar a disponibilidade de uma ambulância da rede pública. Foram oito horas de espera e durante as últimas duas horas Alyne já apresentava sinais de coma. Ao chegar ao hospital junto com dois médicos da Casa de Saúde e o seu marido, foi constatado hipotermia, dificuldade respiratória e quadro de sintomas compatíveis com uma coagulação intravascular disseminada. Alyne precisou ser ressuscitada na maca no corredor da emergência enquanto aguardava já que não havia leito disponível. Apesar dos médicos da Casa de Saúde terem acompanhado a paciente, o prontuário e registros sobre o atendimento não foram enviados, contentando-se estes com um breve relato dos sintomas da paciente durante a internação anterior onde informações primordiais foram omitidas. O fato central, por exemplo, de que Alyne estava grávida e que seu quadro clínico havia se desencadeado após o parto adiado de um natimorto foi excluído deste relato. No dia 16 novembro, a mãe de Alyne a visitou e constatou o grave estado da filha que estava pálida e com a boca e roupas manchadas de sangue. A equipe do hospital pediu à mãe que fosse a Casa de Saúde recuperar o prontuário e registros fundamentais para a investigação urgente do caso. A Casa de Saúde questionou o pedido da mãe e demonstrou resistência para entregar o prontuário. Alyne Pimentel morreu às 19h do dia 16 de novembro enquanto a sua mãe esperava a entrega do seu prontuário. A autópsia determinou que o falecimento de Alyne era decorrente de uma hemorragia digestiva e no seu atestado de morte não constava nenhuma informação sobre o parto complicado de um natimorto, informação relevante e que caracterizaria este evento trágico como uma morte materna. Três

meses após a morte de Alyne, o marido desta entrou com uma ação indenizatória em seu nome e nome de sua filha por danos morais e materiais contra o Estado do Rio de Janeiro. A família teve que esperar três anos e 10 meses para que o judiciário escolhesse um médico especialista para dar um parecer. A primeira decisão sobre o caso foi proferida 11 anos depois da morte de Alyne em 2013. Durante este tempo, inconformada com a demora e descaso do Estado, a mãe de Alyne, a Sra Maria de Lourdes da Silva Pimentel procurou a ajuda de organizações não governamentais nacionais e internacionais, no caso a Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos e a Center for Reproductive Rights que a auxiliaram a prestar uma denúncia contra o Estado Brasileiro junto ao Comitê sobre a Eliminação de Discriminação contra a Mulher (CEDAW). Em 2011, a CEDAW reconheceu que a morte de Alyne havia decorrido de complicações obstétricas e a falta de garantia e acesso a serviços de saúde adequados e condenou o Estado Brasileiro como responsável pela morte desta e concluiu que Alyne havia sido discriminada não somente em razão de seu sexo, mas também “com base na sua condição enquanto mulher negra e de seu status socioeconômico” (CENTRO DE DERECHO REPRODUTIVO, 2014)

O Caso Adelir Carmen Lemos de Goes²

Adelir Carmen Lemos de Goes, 29 anos, moradora de etnia cigana da zona rural de Torres, no Rio Grande do Sul, casada e mãe de duas crianças de 7 e 2 anos, ambos nascidos de cirurgias cesarianas, se encontrava nas últimas semanas de sua terceira gravidez quando sentiu dores abdominais e foi convencida no dia 31 de março de 2014 pelas enfermeiras do posto de saúde aonde fazia o pré-natal a se dirigir imediatamente ao hospital local Nossa Senhora dos Navegantes. Adelir planejava ter seu parto via vaginal e de forma humanizada já que na sua última gravidez havia sido informada sobre os riscos de uma terceira cesárea. Adelir estava sendo acompanhada pela doula Stephany Hendz e temia ir ao hospital local e ter o seu trabalho de parto

² Este caso foi construído a partir dos dados coletados nas entrevistas, artigos de jornais e em plataformas feministas sobre este caso (BALOGH, 2014; MANFRINI, 2017; MOREIRAS, 2014a).

adiantado e o seu tempo não respeitado, mas as enfermeiras do posto garantiram que ela iria apenas para realizar os exames necessários para descartar riscos. Após a realização de exames e uma ecografia, foi constatado que sua pressão os batimentos cardíacos do bebê estavam normais, no entanto a médica aconselhou uma cesárea alegando que o bebê se encontrava em posição pélvica. Desconfiados do resultado do exame ao qual não tiveram acesso e que estranharam já que os batimentos cardíacos do bebê podiam ser ouvidos onde a médica alegava estarem as pernas da criança e temendo uma pressão dos médicos a forçarem uma cesárea por terem demonstrado uma posição crítica ao parto normal, Adelir e seu marido pediram uma segunda opinião e se recusaram a ficar no hospital e seguir com os procedimentos aconselhados pela médica. A médica exigiu que Adelir assinasse um termo de responsabilidade e disse que esta estava saindo como “fugitiva” já que ela não estava autorizando a sua alta. Adelir voltou para casa onde planejava continuar com o trabalho de parto para então se dirigir a uma instituição de saúde em Araranguá conhecida por realizar partos humanizados e partos pélvicos. No entanto, o diretor técnico do Hospital Nossa Senhora dos Navegantes acionou o Ministério Público para garantir o nascimento da filha de Adelir via cesárea afirmando existir risco de morte para a mãe e o bebê devido à posição pélvica do bebê. A juíza Liniane Mog da Silva foi a responsável pela ordem judicial que levou um oficial de justiça e seis policiais militares até a casa de Adelir um dia depois da sua ida ao hospital. Adelir estava em pleno trabalho de parto e quando os policiais e a ambulância chegaram. Os oficiais ameaçaram prender o marido caso ela se recusasse a cumprir a ordem. Apesar da doula e Adelir tentarem convencer eles a levá-la até a instituição de sua confiança em Araranguá, Adelir foi levada contra a sua vontade e sob os protestos do marido até o hospital em Torres onde foi submetida a uma cesárea forçada. Além da falta de transparência na comunicação dos resultados da ecografia, houve divergências em relação a idade gestacional de Adelir, apesar da médica afirmar que Adelir já estava com mais de 42 semanas, o exame elaborado no hospital afirmava ser uma gestação compatível com 40 semanas. Após o nascimento de sua filha Yuga Kali, Adelir afirmou que iria processar o hospital e declarou para uma entrevista ao jornal G1 do Rio Grande do Sul no dia 04 de abril de 2014, que “sem querer, levantei bandeira e agora vou ajudar a crescer esses grupos de parto humanizado. Sempre dei razão a eles, agora mais ainda. Eles agem muito com amor, amor à saúde e à mulher. Eu não

era ativista, mas agora estou pensando em ser, pelo que eu passei”(TRUDA, 2014). No mesmo ano, a Associação Artemis protocolou na Secretaria-Geral da Presidência da República uma denúncia de violência obstétrica e violência de direitos humanos sobre a decisão judicial proferida pela juíza Liniane Mog da Silva. O caso de Adelir repercutiu muito na imprensa e gerou uma série de protestos por parte dos movimentos de mulheres, movimentos em defesa do parto humanizado, inclusive um movimento virtual de apoio internacional #somostodasadelir(COLETIVO SOMOSTODXSADELIR, 2014) e exigiu uma resposta dos Conselhos de Medicina e do Ministério da Saúde.

Esta pesquisa propõe se pautar na proposta foucaultiana de utilizar o método arqueológico na análise dos discursos e na epistemologia feminista de Haraway (HARAWAY, 1995) dos saberes localizados para produzir um recorte genealógico da categoria violência obstétrica. Início e justifico esta pesquisa partindo daquilo que constrói a minha perspectiva como pesquisadora. Localizo esta perspectiva na minha própria experiência como mulher e, sobretudo, como mulher que já se viu neste lugar de gestante e parturiente duas vezes. Um lugar que é sem dúvida atravessado por um recorte de gênero, raça e classe específico que me confere uma série de privilégios como mulher branca, acadêmica, de classe média em uma sociedade marcada por desigualdades de gênero, racista e classista como a brasileira. Descreveria a experiência subjetiva deste lugar a partir da minha relação de estranhamento com o saber médico obstétrico e todo o aparato tecnológico hospitalar que encerra o processo de parto no mundo de hoje. Não vejo a necessidade de trazer aqui uma longa narrativa/testemunho da minha experiência de parto. Contentar-me-ei em descrever brevemente a minha primeira experiência como um parto nos moldes da medicina obstétrica tradicional da saúde particular brasileira que resultou em uma cesárea. Oito anos depois tive o meu segundo parto, um parto normal hospitalar, descrito como um Vaginal Birth After Cesarean, VBAC³, e que só foi possível porque procurei por um médico obstetra particular na linha do parto humanizado e me dispus a pagar uma quantia razoável para ter a garantia de um “parto humanizado”. Se eu tivesse que avaliar ambas as experiências e julgar se sofri uma violência obstétrica, eu admito que talvez fosse confuso e difícil chegar a uma conclusão clara e objetiva. Porém eu caracterizaria ambas as experiências a partir de uma percepção subjetiva de desamparo e choque com a ordem médica ali representada pelos obstetras que me atenderam e que demonstravam arrogância na hora de responder as minhas dúvidas e tratavam com desdém os meus questionamentos. A impressão que eu tive no decorrer

³ VBAC: Parto vaginal após uma cesárea.

dos dois partos é que a minha presença como sujeito mulher que se colocava ativamente no processo do parto questionando e demandando certos procedimentos e não outros era motivo de mal-estar para os profissionais que me atendiam e as respostas que estes me davam eram marcadas por uma mistura de ambivalência e paternalismo. Diria, portanto, que não me senti violentada, mas também não me senti respeitada e nem acolhida em um momento tão particular e atravessado por tantas incertezas, ansiedades, medos e expectativas. A partir daqui acho interessante pontuar uma segunda localização para minha perspectiva, o meu lugar e a minha visão como psicóloga e principalmente como psicóloga que se situa em dois campos, de um lado a psicanálise como recurso teórico e ético, que sustenta a minha escuta e do outro a saúde pública, como projeto político no qual eu me inscrevo. Esta localização da minha visão como pesquisadora me faz atentar para dois temas, de um lado a questão do sujeito e dos processos subjetivos e suas narrativas e do outro, a questão dos discursos, os discursos do Outro⁴, como se diz na psicanálise. Acredito que a maior dificuldade não reside no tipo de parto ou procedimentos adotados, mas na dificuldade dos profissionais da saúde, pautados no paradigma da universalidade e neutralidade científica, em acolherem a ordem subjetiva que invariavelmente vai atravessar a relação do sujeito mulher com a assistência obstétrica. Esta questão do abismo entre a dimensão subjetiva e o discurso científico é um tema que já atravessou o meu percurso profissional. Durante uma residência multiprofissional em saúde do idoso, tive a oportunidade, a partir de uma experiência clínica de atendimento para os pacientes do Núcleo de Atendimento ao Idoso, de trabalhar a questão do tratamento do sujeito idoso pelo discurso médico e científico e o meu lugar e função como psicóloga atravessada pela psicanálise, de reintroduzir a dimensão subjetiva no acolhimento destes sujeitos no âmbito do ambulatório. Esta pesquisa se justifica nesta minha tentativa pessoal de aprofundar a minha compreensão da relação entre os discursos da biomedicina e a constituição subjetiva, desta vez a partir do sujeito mulher grávida e os discursos que a circundam.

⁴ O discurso do Outro é um conceito cunhado pelo psicanalista francês Jacques Lacan para referir-se ao outro da ordem simbólica que vai constituir o sujeito em um laço social que se trava a partir da linguagem e, portanto, de discursos.

Para além desta justificativa pessoal, acredito que uma pesquisa sobre a construção do sujeito mulher nos campos discursivos que conformam a violência obstétrica pode contribuir para uma reflexão mais justa sobre as necessidades e perspectivas de diferentes grupos de mulheres ao questionar a construção de discursos sobre a mulher e o seu corpo. Uma genealogia desta categoria realça a necessidade política cada vez mais urgente de situar a mulher como sujeito do discurso de maneira a produzir deslocamentos discursivos que sirvam como estratégias de luta e mudança social. Em seu ensaio “*Are Mothers Persons?*” que trata dos discursos sobre o aborto e direitos reprodutivos, Susan Bordo destaca que o que fica obscurecido nos campos discursivos da luta pelo direito ao aborto é:

O fato que não são somente os direitos reprodutivos das mulheres que estão sendo questionados, mas também o seu estatuto como *sujeito*, dentro de um sistema-que para melhor ou pior- a proteção “do sujeito” continua sendo uma questão central. O que também pode estar sendo obscurecido são os entrelaçamentos e as corroborações recíprocas dos apagamentos subjetivos que estão em jogo quando a mulher é também percebida como racialmente ou economicamente “outra”. (BORDO, 2013, p. 93)⁵

Esta pesquisa se insere, portanto, nesta tentativa de colaborar para a problematização dos discursos nos campos da saúde, dos direitos reprodutivos da mulher e do conhecimento científico de maneira a permitir uma desnaturalização da categoria mulher, não desconsiderando a complexidade e atravessamentos inescapáveis das questões de gênero, raça e classe, promovendo assim discursos dos quais sujeitos mulheres possam se apossar na construção de suas narrativas e na defesa de seus direitos e autonomia. Ao fomentar e ampliar a discussão sobre este tema espero estar subsidiando a implementação de práticas e discursos no campo da saúde que promovam um olhar mais atento para os atravessamentos de gênero, raça,

⁵ Tradução da pesquisadora. No original: “what gets obscured [...] is the fact that it is not only women’s reproductive rights that are currently challenged but women’s status as subjects, within a system in which- for better or worse- the protection of “the subject” remains a central value. What also may get obscured are the interlocking and mutually supportive effacements of subjectivity that are involved when the woman is perceived as a racial or economic “other” as well” (BORDO, 2013, p. 93)

etnia e classe que podem distinguir a experiência das mulheres brasileiras nos seus processos de parto, no atendimento à sua saúde e no respeito aos seus direitos e suas subjetividades.

Apesar da violência durante o parto ser um fenômeno que vem ganhando destaque na mídia e nas plataformas virtuais⁶, este ainda é um tema ainda incipiente no campo da pesquisa em saúde no Brasil⁷. Uma pesquisa que se verte sobre a sua construção discursiva é, portanto academicamente relevante porque ela promove um olhar para como esta categoria é abarcada pelo campo de saúde e permite uma reflexão crítica sobre os discursos e práticas que incidem na saúde e subjetividade das mulheres brasileiras. Esta pesquisa se justifica no âmbito da saúde coletiva como projeto de construção de uma ciência pós-colonial que “se constitui através da crítica sistemática do universalismo naturalista do saber médico” (BIRMAN, 1991, p. 12). Ela se insere no projeto político de emancipação social de uma objetividade científica que não se assente no paradigma da neutralidade científica já que, como defende Boaventura de Sousa Santos, precisamos desta:

Objetividade, porque possuímos metodologias próprias das ciências sociais para ter um conhecimento que queremos que seja rigoroso e que nos defenda de dogmatismos; e ao mesmo tempo, vivemos em sociedades muito injustas, em relação às quais não podemos ser neutros. (SANTOS, 2007, p. 23)

De outro lado, Haraway também reforça a crítica ao paradigma da universalidade e neutralidade científica e defende que: “Precisamos do poder das teorias críticas modernas sobre como significados e corpos são construídos, não para

⁶ Nos primeiros meses da pesquisa do projeto achamos diversas matérias recentes de jornais e publicações não científicas que tratavam do tema da violência obstétrica, assim como diversas comunidades virtuais e páginas na internet com este tema.

⁷⁷ Em uma primeira pesquisa na plataforma Scielo, por exemplo, achei apenas 29 artigos relevantes sobre o tema da violência obstétrica (uma pesquisa sobre parto humanizado devolveu 156 artigos).

negar significados e corpos, mas para viver em significados e corpos que tenham a possibilidade de um futuro”(HARAWAY, 1995, p. 16). O pensamento de Foucault sobre o sujeito como resultado de uma construção histórica de poder e a sua crítica da visão do “sujeito constituinte”, sujeito do conhecimento pode ser contrastado à crítica que Haraway estabelece do olhar universal das ciências, esse olhar supostamente neutro e que tem como necessidade o ofuscamento de quem produz este olhar. Esta pesquisa parte, portanto deste entendimento que toda perspectiva é uma construção e que como reforça Haraway “a visão é sempre uma questão do poder de ver - e talvez da violência implícita em nossas práticas de visualização.”(HARAWAY, 1995a, p. 25). Assim, parafraseando a autora, poderia se dizer que o recorte genealógico proposto por esta pesquisa é necessário para que se possa construir e implementar uma assistência obstétrica pautada em significados para experiência do parto que não neguem e não ameacem a vida dos sujeitos mulheres e conscientizada da possível violência implícita que as práticas de visualização da práxis obstétrica moderna podem significar para estes sujeitos.

A proliferação de discursos sobre violência obstétrica produz o que se entende como violência bem como sobre a categoria mulher e sua corporalidade dentro de um sistema de relações sociais e de poder. Cabe ressaltar que isto não é o mesmo que dizer que a violência obstétrica não exista, mas que o que se diz sobre ela produz o que se entende como violência, e que, considerando que o campo discursivo se dá em uma trama de poder-saber-técnicas de ser, os discursos vigentes sobre a violência obstétrica produzem não somente a visibilidade de um certo tipo de atos e relações de poder como uma violência de gênero, mas também produzem um discurso sobre gênero, diferença sexual e vão moldando e deslocando a própria categoria “mulher”. Abordar a violência obstétrica como produção discursiva inserida nessa trama de poder-saber-produção de si permite entender a violência obstétrica como produção sócio-histórica, assim como abre espaço para se abordar o que é construído e ao mesmo tempo invisibilizado por esta produção. Assim, ao analisar a produção discursiva sobre violência obstétrica e os seus desdobramentos como, por exemplo, a produção discursiva sobre o parto humanizado, podemos nos indagar que sujeito se entrevê nestes discursos? Sobre que corpos este discurso incide? Que corpos e sujeitos são apagados e silenciados por este discurso?

Uma última justificativa para esta pesquisa se situa na localização do momento e contexto sócio-histórico em que proponho este projeto, isto é, um horizonte político recente de grandes instabilidades, crescente e radical perda de direitos sociais e crise do projeto político de um Estado do bem-estar social no Brasil. Acredito que propor uma genealogia que se versa sobre um tema que diz respeito aos direitos da mulher neste atual contexto político pode fortalecer e servir de estratégia de luta e defesa não somente dos direitos da mulher como também a defesa de uma produção científica pautada na riqueza de uma pluralidade de perspectivas em um momento crítico onde assistimos os direitos mais básicos sendo ameaçados e a promessa de cortes substanciais na produção científica brasileira.

Parte I.A construção de uma genealogia sobre a violência obstétrica

1. Marco Teórico

1.1. Breve contexto histórico sobre a assistência e medicalização do parto.

Não há como se iniciar uma pesquisa sobre a violência obstétrica sem abordar um pouco da história do parto e do processo já amplamente conhecido e descrito da medicalização do parto e da luta de saberes e domínios que se deu com o nascer da medicina moderna e o controle dos processos reprodutivos. Diversos estudos demonstram como ao longo do século XIX para o século XX, o parto deixa de ser um evento que se dá na comunidade assistido por parteiras para ser um evento hospitalar dirigido pela figura do médico obstetra. A própria obstetrícia como especialidade médica surge no século XIX, quando se observa um esforço ativo por parte dos médicos obstetras e da produção científica em deslegitimar o trabalho das parteiras tradicionais e de tornar o parto um evento controlado e hospitalar (CARNEIRO, 2015; DIAS, 2015; EHRENREICH; ENGLISH, 1973; MAIA, 2010; VIEIRA, 2002). Os historiadores observam que o processo de hospitalização do parto não foi sem percalços, a epidemia de febre puerperal que surgiu com o início dos primeiros partos hospitalares causava pânico e resistência por parte das mulheres grávidas. Alguns autores apontam que a dificuldade médica em perceber a ligação entre a febre puerperal e as práticas médicas hospitalares se devia à própria construção ideológica da medicina obstétrica. Maia descreve como “a relutância dos médicos em reconhecer o potencial iatrogênico de sua prática atrasou o combate à infecção em mais de cem anos” (MAIA, 2010, p. 32). Dias comenta como “a resistência dos médicos em reconhecerem sua participação nas infecções puerperais tenha suas raízes nas ideologias religiosas, que defendiam ser o sofrimento uma ordenação divina relativa às mulheres em seus partos” (DIAS, 2015, p. 96). Estas análises permitem entrever a estreita relação entre a construção da medicina obstétrica, a assistência ao parto e as questões de gênero, relação esta que pretendemos explorar a partir desta pesquisa sobre violência obstétrica. Com a superação da epidemia de febre puerperal e a legitimação do saber obstétrico o parto se torna um evento hospitalar centrado na figura hierárquica do médico a partir do século XX (BASTOS, 2006; MAIA, 2010; VIEIRA, 2002). Cabe ressaltar que este processo de medicalização do parto não

ocorreu da mesma maneira e na mesma extensão ao redor do mundo, e cada país apresenta um contexto específico que reflete lutas e entraves particulares. Françoise Thébaut em seu artigo “A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre as duas guerras” descreve como a medicalização do parto durante este período associava-se aos movimentos pela natalidade e a ideia de “salvar a raça”(THÉBAUD, 2002). Muitos autores descrevem criticamente a medicalização do parto e apontam como o seu surgimento se assenta no modelo tecnocrático onde o corpo da mulher é visto como uma máquina e o parto um evento que deve seguir uma linha de produção na imagem do processo industrializado assujeitando a mulher a uma falta de autonomia e controle do processo e da experiência do parto (MAIA, 2010, p. 35).

Esta discussão sobre o parto e a sua medicalização tem o seu início na década de 70. Neste período, o avanço dos movimentos feministas que reivindicam o controle do próprio corpo como na luta pelo direito ao aborto destaca a saúde da mulher e as questões reprodutivas como uma pauta central na luta pela igualdade de gênero. Nesta mesma época surge uma visão crítica do parto hospitalar como excessivamente medicalizado, assinalada no trabalho do obstetra francês Frederick Leboyer, considerado um dos pais do parto humanizado, que na sua obra de 1975 “*Birth without violence*”(LEBOYER, 1980) apresenta poeticamente o trauma do nascimento para o bebê e defende uma série de procedimentos que seriam menos violentos e mais acolhedores para o recém-nascido. Cabe ressaltar que temos nesta conjuntura duas pautas e sujeitos distintos, de um lado uma luta feminista pela autonomia e saúde das mulheres e do outro o direito do recém-nascido a um nascimento menos traumático⁸. Na década de 90, a Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento de 1994 e a IV Conferência da Mulher de 1995 em Beijing são marcos importantes na

⁸Esta distinção torna-se importante para um entendimento mais crítico da relação entre as categorias violência obstétrica e parto humanizado e os sujeitos e direitos que cada categoria alavanca historicamente como pretendemos analisar ao longo desta pesquisa.

legitimação dos direitos reprodutivos e da saúde reprodutiva e sexual da mulher como uma questão de direitos humanos. O tema da violência contra mulher é uma das agendas fomentadas pela conferência de Beijing e que permite o surgimento de uma discussão sobre a violência durante o parto que mulheres sofrem no âmbito da assistência à sua saúde reprodutiva. Paralelamente, observa-se um movimento crescente em defesa da humanização do parto e de uma nova lógica na assistência à saúde baseada em evidências científicas. Em 1989, o *Grupo de Colaboração Cochrane de Gravidez e Parto* reúne mais de quatrocentos pesquisadores que publicam uma ampla revisão de diversas práticas e procedimentos usados durante o parto e assistência perinatal avaliando a efetividade e segurança destas práticas (DIAS, 2015, p. 99). As pautas levantadas pelas Conferências de Beijing e Cairo, assim com os debates promovidos pelas teóricas do gênero, movimentos feministas e as próprias discussões do campo da saúde sobre a medicalização e humanização da assistência promovem a construção de um novo olhar para as mediações que acontecem no processo do parto e é neste contexto que surge uma sensibilidade para a questão do fenômeno da violência durante o parto.

A partir dos anos 90, diversas pesquisas e discussões internacionais vão se voltar para o tema da violência na assistência obstétrica que vai ser inclusive objeto de projetos de lei que visam a sua criminalização como a *Lei Orgânica Venezuelana sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência*, onde a sua definição é consolidada como sendo:

“a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, que se expressa em um tratamento desumanizado, em um abuso da medicalização e patologização de processos naturais, trazendo com isto a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre o seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres”. (VENEZUELA, 2007a, p. artigo 13, n.13)

A Organização Mundial da Saúde publica em 1996 um guia de boas práticas na condução do parto normal baseadas em evidências científicas e na revisão crítica internacional de diversas práticas comuns na assistência ao parto. Quase duas décadas

depois, a OMS vai publicar o documento intitulado *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeitos e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014a), onde a organização reconhece os abusos, maus-tratos, negligência e desrespeito durante o parto como uma violação dos direitos humanos fundamentais da mulher e urge a tomada de medidas por parte dos governos internacionais no combate a este tipo de violência contra a mulher. Apesar de não conter uma definição de violência obstétrica, o texto descreve uma série de eventos associados à sua definição e que configuram o quadro de abuso e maus-tratos durante o parto como a violência física, humilhação verbal, recusa de tratamento ou tratamento coercivo, quebra de confidencialidade.

No Brasil, o surgimento das políticas públicas voltadas para a saúde da mulher ocorre no início do século XX com desenvolvimento de políticas governamentais que visam à proteção da saúde materno-infantil e enfoque na puericultura, proposta que se alinha ao projeto ideológico de construção de um estado nação brasileiro e à visão da necessidade de se combater a mortalidade infantil para "garantir braços fortes para a nação" (NAGAHAMA; SANTIAGO; OTHERS, 2005). Na década de 80, as políticas voltadas para a mulher acompanham o processo de redemocratização do país e da reforma sanitária. O processo de luta que constituiu e caracterizou a reforma sanitária abriu uma fenda na construção da políticas voltadas para pautas até então contra-hegemônicas, como as pautas dos movimentos organizados de mulheres que reivindicavam a atenção a saúde reprodutiva das mulheres como uma questão de direitos básicos. Neste contexto surge o *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher* (PAISM) em 1983, um dos marcos deste período que defende o direito de assistência à saúde reprodutivas das mulheres na lógica da atenção integral. O Programa elaborado por um grupo de sanitaristas, psicólogos, sociólogos, demógrafos e representantes dos movimentos de mulheres apresenta uma perspectiva diferente de outros programas de atenção à saúde materno-infantil que tinham como enfoque o binômio mãe-bebê e a intervenção na saúde da mulher em benefício da saúde do recém-nascido e respondendo a lógica da construção de uma força populacional saudável. O PAISM, assim como outras políticas públicas desenvolvidas a partir da constituição de 1988, defende a atenção integral à saúde da mulher a partir da lógica de garantia de um direito da mulher. Ao mesmo tempo, surge uma preocupação

internacional com o crescimento populacional e a questão do controle da natalidade, sobretudo para países de Terceiro Mundo. Nagahama e Santiago descrevem:

O surgimento do PAISM em meio a três forças: as pressões internacionais para que os países em desenvolvimento controlassem o crescimento populacional; as pressões internas dos movimentos sociais por mudanças na política de saúde, e as pressões dos movimentos de mulheres no sentido de que elas fossem tratadas como cidadãs, na plenitude de seus direitos, o que incluía a atenção à saúde como um todo, e não apenas como mães em potencial (NAGAHAMA; SANTIAGO; OTHERS, 2005, p. 654)

O paradigma da humanização da assistência em saúde torna-se um princípio norteador das políticas públicas no âmbito da saúde a partir da constituição do SUS. Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o *Programa de Humanização no Parto Pré-Natal* (PHPN) que preconiza a humanização da assistência obstétrica e responde às críticas crescentes sobre o alto número de cesáreas e mortalidade materna e as recomendações da OMS que preconiza uma prática de assistência à saúde baseada em evidências científicas. Em 2011, o Ministério da Saúde implementa a Rede Cegonha como estratégia que “tem a finalidade de estruturar a atenção à saúde materno-infantil”(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a). Assim, percebemos que no Brasil no âmbito da saúde o enfoque é dado à categoria do parto humanizado e da atenção integral centrado no binômio mãe-bebê e que a categoria da violência obstétrica parece surgir tangenciando esta discussão, porém não como categoria central nas ordens discursivas do campo da saúde. Em janeiro de 2017, o projeto de lei apresentado em 2013 pela ex-deputada Angela Albino, que defendia a criação de mecanismos legais no combate a violência obstétrica foi sancionado pelo governador de Santa Catarina na lei estadual n. 17.097/2017. A redação deste projeto de lei se pautou no Dossiê sobre violência obstétrica “Parirás com Dor” elaborado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra as Mulheres. No Brasil, esta lei é um dos primeiros documentos legais e normativos a ter a categoria da violência obstétrica definida. Além destes marcos jurídicos, observa-se desde a década de 90 a expansão da ideia da humanização do parto com o surgimento de organizações como a ReHuNa-Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, uma organização da sociedade civil que tem

uma atuação muito forte no movimento pela humanização do parto. Este breve percurso histórico permitiu identificar pelo menos três campos discursivos distintos pelos quais a categoria violência obstétrica e as discussões sobre a assistência ao parto circulam: o campo discursivo da saúde, o campo discursivo do direito e o campo discursivo dos movimentos sociais. Cabe aqui uma reflexão sobre esta categoria da violência obstétrica e os seus efeitos e potencialidades conforme o campo em que ela aparece e a maneira como ela é definida. Apesar do campo da saúde interagir com o campo jurídico e dos movimentos sociais, estes são campos discursivos e de práticas que possuem racionalidades distintas e, portanto, não é sem consequências a maneira como a categoria da violência obstétrica é empregada nesses espaços e o enfoque que é dado a esta.

A definição da violência obstétrica é, portanto ampla e complexa já que ela abarca tanto procedimentos físicos como a questão da qualidade do acolhimento dado à gestante e compreende da gestação ao abortamento⁹. A categoria violência obstétrica parece deslizar e se transformar de maneira significativa conforme os agentes e autores. Assim, percebemos enfoques e perspectivas diferentes quando a categoria surge nos campos discursivos sobre o parto e assistência humanizada no âmbito da saúde materno-infantil e quando ela surge nos campos discursivos em torno dos movimentos de mulheres, por exemplo. Torna-se, portanto, interessante indagar e questionar esta categoria e a sua construção conforme estes diferentes campos discursivos e os possíveis efeitos deste deslizamento entre estes campos que não são idênticos, mas que se atravessam e convergem em alguns aspectos.

Na tentativa de indagar a construção da categoria violência obstétrica nos diversos campos discursivos em que ela surge, esta pesquisa teve como principais objetivos:

- Analisar e identificar as produções discursivas e os contextos sociopolíticos em que a categoria violência obstétrica aparece e investigar como estas

⁹ Vale ressaltar que o aborto ainda é um tema incipiente na discussão da violência obstétrica e que muitos dos textos que definem violência obstétrica não incluem o tema do aborto na sua discussão.

produções encadeiam uma visão de gênero e corpo e como surge ou é apagada a intersecção de gênero, raça, etnia e classe nestas produções.

- Analisar o embate entre diferentes ordens discursivas na moldagem da categoria violência obstétrica e como a categoria é incorporada na saúde e quais adaptações ocorrem neste processo.
- Analisar como a categoria é usada como dispositivo de luta por movimentos sociais e os discursos feministas.

1.2.O movimento feminista brasileiro e as políticas de combate à violência de gênero.

Os movimentos de mulheres e os tratados e acordos internacionais assinados durante a década de 90 foram responsáveis por colocarem o problema da violência de gênero em foco e imbuírem a redação de diversos textos legais latino americanos de uma perspectiva feminista centrada no conceito de gênero. Ao olhar para as legislações latino americanas produzidas em torno do tema da violência contra mulher a partir dos anos 2000, salta aos olhos o fato de que na mesma época em que na Venezuela e Argentina criam-se projetos de leis que visam a prevenção e erradicação da violência contra a mulher em todas as suas diferentes expressões e âmbitos respaldando a ideia de que a violência contra a mulher é uma violência estrutural que vai dos espaços públicos aos privados e que decorre de uma cultura machista, no Brasil, as mobilizações e lutas dos movimentos de mulheres brasileiras têm como resultado mais pragmático e de sucesso a redação da Lei Maria da Penha em 2006, que visa criar mecanismos para o combate e prevenção da violência doméstica e familiar¹⁰(BRASIL, 2006)

¹⁰ Vale ressaltar que a Lei Maria da Penha é o resultado da luta da cearense Maria da Penha, vítima de violência doméstica e da intensa mobilização dos movimentos feministas e articulações feministas que denunciaram o caso junto à OEA que condenou o Brasil por omissão: “A Lei é oriunda da iniciativa de seis organizações do movimento feminista (CFEMEA, ADVOCACI, CEPIA, AGENDE, THEMIS e CLADEM) e juristas feministas que em 2002 formaram o *Consórcio de ONGs*

Esta evidência oferece uma primeira pista para compreender como ocorreram as lutas dos movimentos de mulheres brasileiras e feministas em torno dos temas da violência contra a mulher e direitos reprodutivos e sugere que nos contextos institucionais brasileiros houve uma resistência à leitura mais progressista promovida pelo texto da convenção de Belém do Pará que entende a violência contra a mulher como uma opressão de gênero, isto é, uma violência que decorre de uma ordem de gênero desigual e que ocorre do âmbito público ao privado, que apresenta diversas expressões que vão muito além da violência doméstica e cujo combate exige, portanto, uma maior responsabilização das instâncias governamentais e institucionais e comprometimento com um projeto de mudança cultural mais radical. Proponho olhar brevemente para o percurso histórico dos movimentos feministas brasileiros a partir do processo de democratização para entender um pouco mais sobre o que esta resposta oficial centrada essencialmente no combate à violência doméstica revela das lutas discursivas no contexto brasileiro e as estratégias que foram utilizadas pelos movimentos de mulheres feministas brasileiras para provocar as ordens normativas. Estas lutas discursivas estão intrinsecamente ligadas a como a categoria violência obstétrica vai sendo produzida no campo discursivo brasileiro. Olhar para esta história é especialmente importante para entender alguns apagamentos que vão ocorrer, sobretudo no campo da saúde que tende a promover e apreender a violência obstétrica como uma questão de mudança e atualização das práticas obsoletas da assistência obstétrica brasileira para uma prática baseada em evidências.

O exercício de olhar para a categoria violência obstétrica a partir do movimento de mulheres evidenciou a variedade cada vez mais expansiva de articulações e ações dos movimentos de mulheres latino americanos e a retroalimentação entre os campos discursivos feministas e os movimentos e práticas feministas. Em seu artigo “Para Além da sociedade civil: reflexões sobre

o campo feminista”, Sonia Alvarez propõe entender os movimentos feministas como um campo discursivo de ação. Este conceito de campo discursivo de ação permite compreender as “redes político-comunicativas –ou melhor, teias ou malhas- reticuladas”(ALVAREZ, 2014a, p. 18) que constituem o que denominamos de movimentos feministas. O conceito abarca a importância tanto da pluralidade discursiva das perspectivas feministas como das mobilizações e atuações dos movimentos nas diversas esferas da sociedade. Além do mais, o conceito de campo discursivo de ação explicita a retroalimentação constante entre os discursos e perspectivas feministas e as ações e mobilizações dos movimentos de mulheres¹¹. A análise da categoria violência obstétrica a partir dos movimentos de mulheres evidencia este amplo campo discursivo de ação que é “heterogêneo, policêntrico, multifacético e polifônico”(ALVAREZ, 1998, p. 1). Assim, a categoria violência obstétrica se caracteriza por uma interdiscursividade e intertextualidade das produções discursivas feministas sobre a violência contra mulher, maternidade, gestação e parto e das mobilizações e ações políticas nas áreas do direito, da saúde, das políticas públicas e das mobilizações e conscientizações de mulheres.

A resistência a uma leitura feminista mais progressista sobre a questão da violência contra a mulher no contexto institucional brasileiro decorre do processo político brasileiro que ocorreu a partir da década de 80 com a redemocratização e a maneira como ocorreram as lutas dos movimentos sociais contra a ditadura militar. No texto *“Violência contra a mulher: estratégias e respostas do*

¹¹ Dizer que há uma retroalimentação entre o campo discursivo e as mobilizações dos movimentos não equivale a dizer que há uma conformidade entre as teorias feministas e os movimentos de mulheres. A maternidade, por exemplo, é um tema que vai gerar pontos de confluência e desconexão entre os movimentos de mulheres e as perspectivas feministas. A análise produzida por esta pesquisa sugere, por exemplo, que no Brasil, a construção da categoria violência obstétrica junto com a categoria parto humanizado por movimento de mulheres que se denominam feministas resulta de uma mudança discursiva dentro do feminismo em relação à maternidade. A análise desta pesquisa apontou pontos de convergência e divergência entre os movimentos de mulheres pela humanização do parto e nascimento e os feminismos.

movimento feminista no Brasil (1980-2005)”, Simone G. Diniz faz um comentário que aponta para uma das particularidades deste contexto brasileiro:

Quem estamos chamando “o movimento feminista”? Os grupos auto-denominados do movimento feminista, sem dúvidas. Porém no Brasil, diferentemente dos outros países, há uma circulação de mulheres feministas “auto-definidas” e de suas ideias, no Estado, parlamento, academia, sindicatos e instituições públicas que trabalham direta ou indiretamente com os direitos das mulheres, que não são ou não estão no movimento autônomo.(DINIZ, 2006, p. 15)

Esta fala de Diniz já aponta para certo conflito entre o feminismo que consegue penetrar no âmbito institucional brasileiro e o feminismo dos movimentos autônomos. Para entender este contexto específico, Sonia Alvarez propõe uma análise esquemática da trajetória do campo feminista brasileiro em três momentos: um primeiro momento marcado pelo centramento da perspectiva feminista no singular a partir da década de setenta, um segundo momento a partir do processo de democratização brasileira que se caracteriza por um ‘*mainstreaming*’¹² da perspectiva de gênero e pluralização dos feminismos e um momento atual, que ela descreve como ‘*sidestreaming*’¹³ quando se observa uma multiplicação das perspectivas plurais dentro do campo feminista (ALVAREZ, 2014b). Este “aparelho interpretativo” lança luz sobre esta diferença apontada por Diniz entre a circulação de mulheres feministas autodefinidas nos espaços de poder e na sociedade civil e que não são do movimento feminista autônomo, mas que ajudam a disseminar e legitimar uma perspectiva de gênero. Este primeiro momento, que ela descreve como centramento do campo e a configuração do “feminismo no singular” na década de 70 até início de 80, caracteriza-se pelo atravessamento das

¹² Alvarez descreve o processo de *mainstreaming* como um fluxo vertical onde se observa uma institucionalização e penetração da perspectiva feminista de gênero nas políticas de estado, globalização e multiplicação das perspectivas feministas na década de 90.

¹³ Alvarez descreve o processo de *sidestreaming* como um fluxo horizontal onde se observa uma multiplicação das perspectivas feministas plurais.

lutas feministas com as lutas dos movimentos de resistência à ditadura. Alvarez aponta neste período um conflito constitutivo do campo feminista brasileiro que girava entre a necessidade do movimento de se definir autonomamente em contraste com as lutas de esquerda e, ao mesmo tempo, a profunda ligação do campo de lutas feministas com a luta contra a ditadura militar. Grosso modo, este conflito se traduz na tentativa do movimento autônomo de se definir como feminista procurando priorizar as questões das mulheres e a percepção das “outras” militâncias de mulheres que não são consideradas feministas por priorizarem a luta política mais geral (ALVAREZ, 2014a, p. 22–23). Alvarez aponta que esta necessidade de delimitação do movimento feminista tende a ofuscar a pluralidade e heterogeneidade do campo desde seus primórdios¹⁴. O segundo momento assinalado por Alvarez, corresponde à década de noventa quando as conferências da ONU promovem a transnacionalização da perspectiva de gênero e a institucionalização de políticas de gênero em todo o campo latino americano. Alvarez usa o termo “ONGização” dos movimento feministas brasileiros e latino americanos para descrever não somente o aumento significativo de ONGs feministas financiadas pelo governo e agências multilaterais e estrangeiras, mas, sobretudo para descrever “a promoção ativa e o sancionamento oficial pelo neoliberalismo nacional e global de determinados formatos e práticas organizativas entre organizações feministas e outros setores da sociedade civil” (ALVAREZ, 2014a, p. 27). Se por um lado a institucionalização do gênero promove o que foi percebido por muitas feministas como uma despolitização e desmobilização do movimento já que esta oficialização discursiva exigiu um apagamento de uma perspectiva mais radical e gerou “práticas mais retoricamente contidas, politicamente colaborativas e tecnicamente

¹⁴ Alvarez comenta as lutas interpretativas que aparecem no movimento a partir dos Encontros Feministas Latino-americanos e do Caribe na década de 80: “desde o início, os Encontros foram marcados por confrontos acirrados entre “feministas” e “políticas” e disputas homéricas sobre se as mulheres populares, negras, lésbicas, e “outras” podiam ou deviam ser consideradas “verdadeiras” feministas. Mas a dobradinha “luta específica- militância autônoma” ganhou clara hegemonia na disputa constitutiva do campo feminista naquele primeiro momento” (ALVAREZ, 2014a, p. 22)

proficientes”(ALVAREZ, 2014a, p. 27), pelo outro, a institucionalização da perspectiva de gênero e ONGização do movimento permitiu uma articulação e participação de diversas atoras feministas em diferentes instâncias da sociedade. Alvarez aponta um terceiro momento mais atual na sua análise dos movimentos de mulheres latino americanos onde ela observa um aumento das mobilizações de rua, a ascensão de uma perspectiva mais crítica ao modelo neoliberal e uma multiplicação dos campos feministas e de perspectivas mais interseccionais.

No Brasil, as vitórias legais que tratam da violência contra a mulher, como a Lei Maria da Penha, foram resultado sobretudo das lutas travadas por mulheres brasileiras e ONGS feministas e de direitos humanos que procuraram articulações com as instâncias internacionais para pressionar o Estado Brasileiro e forçar mudanças concretas no legislativo e políticas públicas. Em seu livro “Gênero e Desigualdades, limites da democracia no Brasil”, Flavia Biroli faz uma análise compreensiva da atuação política das feministas brasileiras no processo constituinte brasileiro e os impasses e restrições que foram impostos as suas amplas, diversas e muitas vezes radicais demandas durante a década de 80 para 90(BIROLI, 2018a, p. 171–204). Ao comentar o percurso e importantíssima atuação do Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres (CNDM)¹⁵ na inserção

¹⁵ O Conselho foi uma proposta de grupos feministas durante o VII Encontro Nacional Feminista em 1985. Ele era vinculado ao Ministério da Justiça, mas respondia à Presidência. O conselho tinha como objetivo a formulação de políticas para a eliminação da discriminação contra a mulher que assegurassem a sua liberdade e igualdades de direito e contou com a participação de feministas de diversos setores. O CNDM teve uma atuação muito importante na implementação das demandas da “Carta das mulheres aos constituintes” e redação de um arcabouço legal que contemplasse a igualdade de direitos das mulheres brasileiras. No entanto, as demandas mais radicais não somente foram alvos de muita resistência que resultaram no desmanche do Conselho. Biroli aponta como aconteceu o desmonte do Conselho no final da década de 80 e início da década de 90, com o início do governo Collor, a implementação de políticas neoliberais e a ascensão de um conservadorismo em relação as questões de gênero e raça. Biroli demonstra como só foi em 2003, com o governo Lula e a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM) que as pautas e perspectivas feministas retornaram ao âmbito federal (BIROLI, 2018a, p. 189).

dos temas e demandas feministas dentro das políticas de Estado, Biroli deixa claro como foi não somente a questão do aborto, mas também os temas da violência contra a mulher e do racismo e o embate que estas causaram no âmbito estatal que ajudaram a causar o desmonte do Conselho no final da década de 80. Biroli sugere que dois eventos em particular, um sobre a questão da violência contra a mulher no campo e o outro sobre a discriminação da mulher negra, dois eventos que traziam uma perspectiva mais radical sobre o tema da violência contra a mulher e discriminação foram alvos de uma retaliação por parte do Ministro da Justiça em 1989 que resultou na desarticulação do conselho. Biroli cita a fala de Jaqueline Pitanguy (presidente do CNDM de 1986 a 1989) sobre a reação do Ministro da Justiça ao evento sobre racismo e discriminação da mulher negra para caracterizar a posição conservadora das instâncias de poder “ele dizia que o CNDM era subversivo porque, se no Brasil não existia discriminação racial, como um órgão de governo ia criar um tribunal fictício para tratar dessas questões”(PITANGUY apud BIROLI, 2018, p. 188). Sobre o tema da violência contra a mulher no campo, Biroli comenta:

Ressalto que a temática da violência aparecia, aqui, associada à exploração do trabalho e à da propriedade da terra, o que a tornava menos palatável do que a luta contra agressões e assassinatos no âmbito doméstico e conjugal. Embora tenham existido, e existam ainda, enormes dificuldades para transformar em resultados efetivos a luta contra a violência que atinge as mulheres, sua inclusão no debate público e em normas de âmbito nacional e transnacional atesta o sucesso dos movimentos feministas em pautar a violência dentro de certos enquadramentos e limites (BIROLI, 2018a, p. 188)

Assim, apesar da vitória indiscutível que a Lei Maria da Penha representa, esta resposta brasileira oficial focada e centrada na violência doméstica revela não somente uma dificuldade de penetração de uma perspectiva feminista mais radical nos espaços de poder e legislativo, mas, sobretudo, demonstra uma obvia

resistência histórica do Estado e das instâncias normativas da sociedade Brasileira em enxergar e enfrentar o fenômeno da violência de gênero e o racismo como questões estruturais. Isto é, a violência de gênero e o racismo como elementos que estruturam e edificam a ordem social, que percorrem os espaços públicos e privados e cujo combate exige a construção de estratégias e políticas públicas específicas pautadas na compreensão histórica de como o gênero, o racismo e a classe vão instalar e naturalizar as desigualdades sociais no Brasil. Ao explicar as diferenças entre os conceitos de racismo individual, institucional e estrutural, Silvio Almeida comenta:

Em uma sociedade em que o racismo está presente na vida cotidiana, as instituições que não tratam de maneira ativa e como um problema a desigualdade racial irão facilmente reproduzir as práticas racistas já tidas como “normais” em toda a sociedade. É o que geralmente acontece nos governos, empresas e escolas em que não há espaços ou mecanismos institucionais para tratar de conflitos raciais e de gênero (ALMEIDA, 2018, p. 37).

A história de luta dos movimentos feministas brasileiros contra a violência de gênero que se revela ao analisar a categoria violência obstétrica é marcada pelos momentos de abertura institucional às pautas dos movimentos sociais e ao mesmo tempo cerceamento de uma perspectiva mais progressista pelas instâncias de poder mais conservadoras que resistem no contexto brasileiro e que procuram ativamente limitar os efeitos que as mudanças nas políticas públicas e sociais promovem no tecido social. A maneira como o debate sobre a violência contra a mulher toma corpo no contexto brasileiro com o enfoque na violência doméstica e familiar acaba promovendo a leitura da violência de gênero como um problema apenas do âmbito privado e privilegia assim a responsabilização do indivíduo no fenômeno da violência e isenção do estado e das instâncias normativas na manutenção das desigualdades e opressões de gênero que provocam as violências de gênero. Proponho olhar um pouco mais para algumas das ações e mobilizações promovidas pelos movimentos de mulheres de forma a entender o contexto e a maneira como a categoria violência obstétrica começa a ser usada pelos movimentos feministas brasileiros para denunciar os problemas da assistência

obstétrica brasileira como uma forma de violência de gênero e, portanto uma violência estrutural.

No início da década de 80, casos emblemáticos como a absolvição de Doca Street pelo assassinato confesso de Angela Diniz e o assassinato de Christel Arvid Johnston¹⁶ e Eliane de Grammont¹⁷, geraram grandes comoções e mobilizações das feministas brasileiras que se uniram em torno de lemas como “quem ama não mata” e o “silencio é cúmplice da violência” Pautadas nos exemplos das estratégias dos movimentos feministas europeus com a criação de casas de abrigo para receber vítimas de violência doméstica, as brasileiras criaram propostas similares como a do SOS Mulher, São Paulo em 1980(BRAZÃO; OLIVEIRA, 2010). A entidade tinha como proposta atender as vítimas de violência doméstica através do trabalho voluntário de psicólogas e advogadas com uma perspectiva feminista de conscientização. Em “Violência contra a mulher: estratégias e respostas do movimento feminista no Brasil (1980-2005)”, Carmen Simone Grilo Diniz comenta as falas das integrantes sobre as expectativas e propostas do movimento na época:

As mulheres do SOS naquela ocasião – ainda se vivia o contexto da ditadura militar- acreditavam que as próprias feministas deveriam atender, e sobretudo propor uma reflexão sobre a condição feminina, que facilitasse que estas mulheres desse um salto de consciência e superassem seu lugar de submissão(DINIZ, 2006, p. 18)

Diniz observa duas estratégias utilizadas pelos movimentos feministas nessa época, a primeira que consistia na ação direta como na proposta de plantões de atendimentos para as vítimas de abuso e a segunda que consistia nas mobilizações e demandas por políticas públicas que enfrentassem o problema da violência

¹⁶ Christel Arvid Johnson fazia parte da comissão antiviolença do Coletivo de Mulheres no rio de janeiro e foi assassinada pelo companheiro em 1981.

¹⁷ Eliane Grammond era compositora de samba que foi assassinada pelo ex-marido que não aceitava a separação em 1981.

doméstica e garantissem os direitos sociais da mulher. Inclusive, para muitas feministas o grande acerto dos movimentos nesta época foi ter colocado em evidência o tema da violência contra a mulher na agenda política. Este breve percurso histórico sobre as políticas de humanização do parto e as lutas dos movimentos de mulheres brasileiras contra a violência de gênero proporciona um panorama geral sobre a conjuntura histórica das lutas discursivas que vão moldar a categoria violência obstétrica no contexto brasileiro.

1.2. A categoria da violência obstétrica como objeto de análise discursiva.

Ao propor uma pesquisa sobre a categoria da violência obstétrica é necessário antes de tudo refletir sobre o que pode se constituir como objeto de investigação. Em outras palavras, o que estamos propondo analisar ao dizer que pretendemos pesquisar a violência obstétrica? Podemos iniciar constatando que a construção de um objeto científico não corresponde a uma apreensão concreta do objeto real. Em *O Ofício do Sociólogo* os autores descrevem a investigação científica que “se organiza de fato em torno de objetos construídos que não tem nada em comum com aquelas unidades delimitadas pela percepção ingênua.” (BOURDIEU; CHAMBOREDON; PASSERON, 2002, p. 52). Os autores opõem o objeto “real” do senso comum, onde este aparece como real sem as evidências de sua pré-construção, ao objeto científico onde o objeto é o resultado de um sistema de relações explicitamente construído. O imperativo para o pesquisador é a desconstrução de uma visão preestabelecida sobre o objeto, sobretudo quando este objeto é um dado real da vivência do investigador. Este processo não corresponde a uma visão do real, mas a uma construção de uma perspectiva para o real. O objeto da sociologia não tem um status ontológico. Assim, por exemplo, apreender a violência obstétrica como objeto sociológico não equivale ao projeto de dizer a verdade sobre a natureza da violência obstétrica, mas de construir um olhar para esta categoria.

Ao olhar para os campos discursivos onde aparece a categoria violência obstétrica, nos deparamos com uma amplitude significativa na sua acepção. Por vezes, a sua definição é claramente estabelecida, como no caso da lei venezuelana (citada na introdução) onde podemos entrever uma visão bastante crítica do modelo biomédico e da sua relação com o corpo da mulher quando a lei aborda a

desumanização da mulher em termos de “medicalização e patologização de *processos naturais*”¹⁸(VENEZUELA, 2007b). Outras vezes, a categoria é conformada de maneira tangente como, por exemplo, dentro das discussões sobre o parto humanizado no campo da saúde que apontam para a defesa de práticas humanizadas e baseadas em evidências, e que, apesar de incluírem uma crítica ao modelo médico hegemônico ainda se inserem no campo do discurso científico normativo. A própria declaração da OMS de 2014 descreve que “apesar das evidências sugerirem que as experiências de desrespeito e maus-tratos das mulheres durante a assistência ao parto são amplamente disseminadas atualmente não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014b). Ao olhar para os termos usados no sumário do volume quatro dos Cadernos HumanizaSUS sobre a Humanização do parto e do Nascimento¹⁹, por exemplo, é possível ver a repetição de termos como “boas práticas, humanização, cuidado, atenção” e uma menção à violência institucional, porém, o termo violência obstétrica não aparece (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 4,5). O termo ‘violência obstétrica’ surge claramente no Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra as Mulheres de 2012 e na página da web do Parto do Princípio que se define como “uma rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela promoção da autonomia das mulheres” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2010). Nesta página vemos o termo violência obstétrica definido como sinônimo de violência institucional e caracterizado como sendo a “violência cometida contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, pós-parto, cesárea e abortamento” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Este dossiê é o documento que serve de base para a elaboração da Lei 17.097/2017 e que define a violência obstétrica

¹⁸ Destacamos o termo “processos naturais” como um conceito que pretendemos problematizar ao olhar para estes discursos a partir de uma visão crítica da construção histórica da mulher associada à natureza, sobretudo nos discursos científicos e como esta construção é resignificada ao longo do tempo e dos diferentes campos discursivos.

¹⁹ documento produzido pelo Ministério da Saúde como aporte metodológico para a Política Nacional de Humanização (PNH) lançada em 2003 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

como “todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período do puerpério”(ALBINO, 2017). Esta breve exposição das definições do termo e de sua circulação parece indicar a primeira vista que, pelo menos no Brasil, esta categoria emerge dos campos jurídicos e de militância e que no campo da atenção à saúde esta categoria aparece tangenciando os discursos da humanização e se alicerça nos argumentos da evidência médica quanto às “boas práticas”.

Ao nos depararmos com estas diferentes perspectivas e definições para a categoria violência obstétrica cabe indagar se esta amplitude constitui uma mera variação no sentido dado ao conceito ou se estas variações respondem a embates políticos próprios de contextos específicos. Em outras palavras, podemos concluir que estas variações revelam um grau de disputa entre discursos e saberes e que a polifonia de sentidos dado à categoria violência obstétrica responde a um deslizamento entre pautas e atores específicos que imputam às mulheres certo significado de si e do processo de parto. A partir deste pressuposto, propomos uma análise da categoria violência obstétrica a partir da lente da genealogia defendida por Michel Foucault. .Ao propor uma genealogia desta categoria, esta pesquisa procura investigar e construir um olhar histórico e situado para este tema reconstituindo o campo de lutas e a polifonia de saberes em que este tema emerge e que a conformam.

Ao definir o objeto desta pesquisa como sendo a construção discursiva da categoria “violência obstétrica” partindo de uma lente genealógica tenho como proposta jogar luz sobre o campo de luta de saberes por onde esta categoria se constitui e os seus deslizamentos, demarcando os atores e suas pautas, assim como os acidentes e os combates que correm o risco de serem apagados no processo de normatização e legalização, por assim dizer, da categoria violência obstétrica. Em seu curso no Collège de France ministrado em 1976, Foucault descreve o propósito de uma genealogia:

“Trata-se da insurreição dos saberes. Não tanto contra os conteúdos, os métodos ou os conceitos de uma ciência, mas de uma insurreição, sobretudo e acima de tudo contra os efeitos centralizadores de poder que

são vinculados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa.” (FOUCAULT, 1999a, p. 14).

A genealogia é mais que a busca pela proveniência, isto é, a localização de um saber. A genealogia tem como objetivo procurar a intertextualidade de um objeto lançando luz sobre a história de lutas e hierarquização dos saberes em que uma categoria transita. Para além de tudo, Foucault estabelece uma função estratégica para a genealogia quando ele defende que o exercício de acoplamento de saberes dominantes e saberes “sujeitados”, saberes locais como propõe a genealogia permite não somente estabelecer um olhar histórico para estes embates que são apagados pelos registros normativos, mas também “a utilização desse saber nas táticas atuais”(FOUCAULT, 1999, p. 13). A genealogia tem para Foucault uma justificativa ética e política muito clara. Ele defende que a genealogia tem como propósito trazer à tona os saberes sujeitos, os saberes locais como forma de combate aos efeitos de poder do discurso científico hegemônico. Foucault não mede as palavras ao dizer que as genealogias são uma anticiência já que estas visam romper com a ordem do discurso centralizador da ciência.

Em seu texto “Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial”, Donna Haraway traz uma complexa reflexão sobre a questão da objetividade nas ciências e cita o conceito de saberes localizados para defender uma epistemologia feminista das ciências pautada em uma perspectiva parcial (HARAWAY, 1995). Apesar de Haraway não citar claramente o pensamento de Foucault, não há como não perceber no seu apelo para a perspectiva parcial dos saberes localizados uma referência à pauta Foucaultiana. A autora insiste na necessidade da construção de um novo paradigma científico regulado “na diferença irreduzível e na multiplicidade radical dos conhecimentos locais”(HARAWAY, 1995, p. 16). Haraway ao analisar a questão da objetividade científica e a perspectiva feminista parte de uma crítica às leituras feministas que ficam presas entre dois pólos, de um lado um construtivismo radical e do outro o empirismo crítico marxista. Assim, ela defende a transformação do conhecimento científico a partir da prática de uma objetividade posicionada. Para a autora, a prática de uma objetividade posicionada

que não parta da idéia de uma visão universal é uma questão ética já que somente um saber situado tem como se responsabilizar pela visão e pelo conhecimento que este constrói que afeta e molda a realidade em que vivemos (HARAWAY, 1995a, p. 27)²⁰.

O projeto de ciência defendido por Haraway a partir das perspectivas parciais é justamente o projeto de uma objetividade que assume as diferenças, as parcialidades do olhar e que permite abrir o campo das perspectivas e significações explodindo a idéia de uma perspectiva única e não localizada em uma rede de atravessamentos:

Muito raramente a teoria feminista juntou analiticamente raça, sexo/gênero e classe — apesar das melhores intenções, das palavras de ordem dos autores e das observações nos prefácios dos livros. Além disso, as feministas têm tanta razão em argumentar a favor de um sistema de raça/gênero quanto no argumento de um sistema de sexo/gênero, e os dois não são mesmo *tipo* de movimento analítico. E o que aconteceu com a classe? Cresce a evidência da necessidade de uma teoria da "diferença" cuja geometria, paradigmas e lógica escapem aos binarismos, à dialética, aos modelos natureza/cultura de todo tipo. Do contrário, três serão sempre reduzidos a dois que logo se tornam um solitário um na vanguarda. E ninguém aprende a contar até quatro. Essas coisas têm importância política. (HARAWAY, 1994,p.206-207)

Por exemplo, minha localização como pesquisadora brasileira, branca, de classe média, que passou por duas gestações atendidas no sistema de saúde particular brasileiro e que usou a internet como recurso para se informar e se educar sobre o parto e se aproximou assim dos movimentos do parto humanizado, do parto “natural” uma primeira vez em 2002 e uma segunda em 2010, esta é uma localização essencial para a compreensão da perspectiva e dos questionamentos que trago nesta pesquisa quando abordo as diferentes ordens discursivas. Esta localização é um ponto chave para compreender, por exemplo, a minha entrada e abordagem no campo discursivo

²⁰ Podemos notar que a proposta de Haraway é em defesa de uma ciência das perspectivas parciais e se difere da proposta mais radical de Foucault na genealogia que propõe com esta a subversão do saber hegemônico da ciência, uma anti-ciência.

do movimento de mulheres, campo, que como pesquisadora da saúde atravessada pelos paradigmas da saúde pública e da perspectiva feminista, eu me identifico. Ao invés de me respaldar em uma suposta neutralidade do olhar, que apenas serviria para esconder estas perspectivas que constroem e moldam o meu olhar como pesquisadora, aquilo que consigo e não consigo enxergar, escolho assumir e partir da localização do meu olhar de forma a poder me responsabilizar pelos resultados parciais que encontrei nesta pesquisa. Esta escolha metodológica e ética permite que haja espaço para a construção de uma pluralidade de outras perspectivas que possam responder de maneira mais ética e justa às necessidades e vidas das mulheres no campo da saúde pública brasileira combatendo a máxima perversa de que “as minorias devem se curvar à maioria”.

Assim, a localização temporal das minhas duas gestações com quase uma década de diferença e o fato de ser uma mulher branca acadêmica de classe média que procurou os movimentos do parto humanizado através da internet e das mídias sociais é um elemento central na minha percepção de uma mudança discursiva nos movimentos de mulheres em torno do parto e da minha aproximação da categoria violência obstétrica. Esta minha me permitiu perceber uma mudança discursiva que ocorreu entre os anos 2000 e atualmente, uma mudança de um discurso muito centrado na categoria do parto normal, humanizado ligado aos ideários da nova era²¹ de um retorno “ao natural” para um discurso mais recente onde a utilização da categoria violência obstétrica parece se atrelar a uma perspectiva mais política, militante e feminista. Esta minha localização também me revelou o lugar central das tecnologias e do discurso da internet, do discurso em rede na construção da categoria e nos seus efeitos de deslocamento. Apontar o lugar das tecnologias, da internet, das redes na construção da categoria não se resume a dizer apenas que o discurso se propaga pelas redes, através das tecnologias, mas que as tecnologias e as redes são

²¹ No artigo “Armadilhas da Nova Era: Natureza e maternidade no ideário da humanização do parto”, Thornquist traz uma reflexão sobre os discursos dos movimentos do parto humanizado no Brasil que vão se sustentar na construção da categoria mulher a partir de uma essencialização do feminino ligada à natureza. (TORNQUIST, 2002a)

intrínsecas à construção dos discursos. Por exemplo, a lógica dos compartilhamentos, *hashtags*²² e dos projetos financiados colaborativamente, o *crowdfunding*²³ marca a produção discursiva dos movimentos de mulheres (e outros movimentos sociais) que se desenvolve a partir do surgimento de redes sociais como o facebook²⁴, twitter²⁵ e youtube²⁶ e da expansão do uso de celulares que democratiza o acesso à redes²⁷.

Estas novas tecnologias e plataformas promovem um ciberativismo diferente do ativismo das redes do início do ano 2000, um ativismo que se centrava na criação de blogs e que para se ter acesso era preciso ter um computador, por exemplo. Estas mudanças apontam para um umbral de transformações discursivas onde se percebe uma fusão mais intensa dos discursos com as tecnologias e o funcionamento em rede. Esta fusão transforma não somente a maneira como se produz saber, como se faz política, mas também afeta a produção de subjetividade e abre o campo de possibilidades e deslocamentos discursivos.

Na esteira desta análise, trago o ensaio de Haraway “O Manifesto Ciborgue-Ciência, tecnologia e feminismo socialista no final do século XX” e a sua defesa da metáfora do ciborgue para se pensar as políticas de subjetivação. Como provoca

²² “hashtags são compostas pela palavra-chave do assunto antecedida pelo símbolo cerquilha(#). As hashtags viram hiperlinks dentro da rede, indexáveis pelos mecanismos de busca”(WIKIPÉDIA, 2018a)

²³ “o financiamento coletivo, também conhecido como crowdfunding, consiste na obtenção de capital para iniciativas de interesse coletivo através da agregação de múltiplas fontes de financiamento, em geral pessoas físicas interessadas na iniciativa”(WIKIPÉDIA, 2018)

²⁴ O facebook foi lançado no seu formato original “facemash”em 2003, e se expandiu como rede social para universitários e só é a partir de 2010 que ele começa a funcionar como uma rede social aberta a todo tipo de usuário(WIKIPÉDIA, 2018).

²⁵ O twitter foi lançado em 2006.

²⁶ O youtube foi criado em 2005.

²⁷ A expansão e barateamento do custo smartphone possibilita a inclusão digital das classes B e C. Segundo a pesquisa realizada pelo IBOPE media em 2013 mais de um terço dos donos de smartphones são da classe C(COUTINHO, 2014).

Haraway “o conceito de biopolítica de Michel Foucault não passa de uma débil premonição da política-ciborgue- uma política que nos permite vislumbrar um campo mais aberto.”(HARAWAY et al., 2013, p. 37) A figura do ciborgue proposta por Haraway, criatura híbrida de máquina e organismo é uma potente ferramenta de análise para se entender as políticas de subjetivação porque é uma metáfora que da conta da relação cada vez mais amalgamada da tecnologia, da ciência e da informática com a produção da nossa realidade e, sobretudo, porque ela rompe com as dicotomias do pensamento ocidental clássico:

- Realidade/ficção
- Mente/corpo
- Natureza/cultura
- Feminino/masculino
- Organismo/máquina

Essas dicotomias tradicionais não somente sustentaram a produção de saber hegemônico ocidental como também justificaram a política de dominação das categorias hierarquicamente subordinadas, a mulher, a natureza, o primitivo e todos os “outros” do sujeito do conhecimento ocidental. Assim, Haraway escreve “o ciborgue é nossa ontologia; ele determina nossa política”(HARAWAY et al., 2013, p. 37). Para a autora, a potência do ciborgue e das “políticas do ciborgue” jaz justamente no seu estatuto fronteiro que desloca e desnatura as categorias rígidas e possibilita reconfigurações que alteram as relações de gênero, raça e classe. Ao propor a figura do ciborgue, Haraway está propondo uma nova política para as lutas feministas, uma política que não se aprisione na construção de identidades fixas e rígidas e que assuma o lugar fronteiro, o lugar da diferença e a potência produtiva dos deslocamentos que aparecem com o hibridismo da nossa realidade tecnocientífica. Haraway descreve como:

Os movimentos internacionais de mulheres têm construído aquilo que se pode chamar de “experiências das mulheres”. Essa experiência é tanto uma ficção quanto um fato do tipo mais crucial, mais político. A libertação depende da construção da consciência da opressão, depende de sua imaginativa apreensão e, portanto, da consciência e da apreensão da

possibilidade. O ciborgue é uma matéria de ficção e também de experiência vivida- uma experiência que muda aquilo que conta como experiência feminina no final do século XX. Trata-se de uma luta de vida e morte, mas a fronteira entre a ficção científica e a realidade social é uma ilusão ótica(HARAWAY et al., 2013, p. 36)

Sugiro que a metáfora do ciborgue proposta por Haraway é útil para abordar a construção da categoria violência obstétrica pelo movimento de mulheres justamente porque ela é uma categoria desse “meio técnico-científico-informacional”(SANTOS, 2008) como descreveu Milton Santos, uma categoria das redes e em rede. Assinalar este lugar da categoria sublinha o seu potencial de produzir deslocamentos discursivos. Os apontamentos que trago aqui produzem uma série de questões que escapam ao escopo desta pesquisa, mas que são relevantes para se pensar nas produções discursivas no mundo de hoje. Por exemplo, qual será o efeito das tecnologias e das redes nas formações discursivas? Retornando a estratégia genealógica proposta por Foucault de uma “insurreição de saberes”, será que esse nosso meio técnico-científico-informacional da internet, das redes não está promovendo exatamente isto? Uma insurreição constante dos saberes que segue a lógica e o tempo dos compartilhamentos, dos hashtags, e a produção ininterrupta das redes? Será que podemos falar de um “tecnodiscurso” ou de categorias ciborgues? Propomos com esta pesquisa sobre a categoria da violência obstétrica trabalhar fazendo uma ponte entre estas duas proposições radicais, a de Foucault, de um lado, com o seu apelo para uma anticiência das genealogias que procura deslocar a centralidade do discurso científico a partir de uma exploração dos saberes locais e sujeitados , e a de Haraway , do outro, que defende um novo paradigma científico feminista das perspectivas parciais partindo dos saberes localizados e na defesa de políticas e estratégias que rompam com as hegemonias discursivas e a suposta neutralidade do olhar universal.

1.4.A Violência obstétrica e as ordens discursivas

“Suponho que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada, e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e

perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade.” (FOUCAULT, 2009, p. 9)

Em sua aula inaugural de dezembro de 1970 no Collège de France intitulada a *Ordem do Discurso*, Foucault inicia estabelecendo os procedimentos de controle e exclusão dos discursos (FOUCAULT, 2009). Ele determina três grandes sistemas externos de exclusão do discurso: a interdição da palavra, a segregação do discurso, como na segregação do discurso do louco e a vontade de verdade, que ele descreve como sendo o sistema mais forte e profundo na sociedade ocidental. Foucault observa que na sociedade ocidental existe uma pressão, uma coerção para que os discursos respondam a essa vontade da verdade, que se expressa, por exemplo, na necessidade dos discursos jurídicos se apoiarem nos saberes da psiquiatria, ou na necessidade de respaldar-se em discursos científicos para que um discurso seja validado (FOUCAULT, 2009, p. 18). O autor vai trabalhar uma série de princípios que vão delimitar e controlar os discursos. Foucault traça uma diferença entre os discursos criadores, como os discursos religiosos, jurídicos, científicos e os discursos que se repetem, o comentário. Para o autor esta distinção entre os discursos fundamentais e os comentários não é absoluta e nem estável, porém o deslocamento entre os discursos fundamentais e a sua repetição é inerente à ordem discursiva, onde um discurso se estabelece como aquele que detém a vontade de verdade e a sua repetição no comentário tem a dupla função de abrir espaço para outros discursos, mas também, e sobretudo de reiterar o primeiro discurso. Foucault também trabalha o conceito do autor como princípio que limita de diferentes formas os discursos. Ele trabalha, por exemplo, a diferença do papel do autor em um discurso literário moderno que é aquele que dá a unidade coerente de um texto, enquanto no discurso científico moderno o autor só serve para emprestar seu nome para uma descoberta científica, por exemplo. Foucault descreve as disciplinas como um terceiro princípio de limitação dos discursos. Ele escreve:

“uma disciplina se define por um domínio de objetos, um conjunto de métodos, um corpus de proposições consideradas verdadeiras, um jogo de regras e de definições, de técnicas e instrumentos: tudo isto constitui uma espécie de sistema anônimo à disposição de quem quer ou pode servir-se

dele, sem que seu sentido ou sua validade estejam ligados a quem sucedeu ser seu inventor”(FOUCAULT, 2009, p. 30)

Assim para que uma proposição seja aceita como verdadeira dentro de uma disciplina ela precisa seguir as técnicas, instrumentos conceituais e horizonte teórico daquela disciplina. Estas exigências para definir uma proposição verdadeira de uma falsa dentro de uma disciplina não são fixas e sofrem modificações ao longo do tempo e história. Para Foucault “a disciplina é um princípio de controle da produção discursiva”(2009, p. 36). Um outro procedimento de controle dos discursos se dá no fato de que nem todos os sujeitos terão acesso a todos os discursos, isto é, não há uma comunicação universal dos discursos. O acesso ao discurso é restringido pelo ritual que define o conjunto de signos que o determina e estabelece propriedades singulares e papéis para o sujeito que fala. Para Foucault é claro que o acesso livre aos discursos não se dá de maneira universal. Os discursos não circulam livremente. A própria educação constitui-se como um sistema de sujeição do discurso, assim como o sistema judiciário, o sistema institucional da medicina e, inclusive, as práticas de militância dos movimentos sociais e contra-hegemônicos.

1.5. Os efeitos de verdade e poder e a categoria da Violência obstétrica.

Entre as mais famosas de suas genealogias, destacamos a “*História da Sexualidade*” que Foucault inicia em 1976 com três tomos que são publicados até a sua morte e que contaria com mais outros volumes que não foram publicados. Nesta obra Foucault aborda o tema da sexualidade a partir do método genealógico e desenvolve a sua teoria do poder como algo que se exerce e essencialmente como algo que produz a sexualidade refutando a idéia mais clássica de que o poder se exerceria na repressão da sexualidade. Assim, através da análise dos discursos sobre a sexualidade, Foucault demonstra como, para além de reprimir, o poder se exerce produzindo efeitos de verdade. Foucault pretende iluminar as relações entre o saber e o poder ao propor uma análise do poder que não parta da idéia de uma centralidade deste, mas que considere o poder na sua capilaridade, olhando para as práticas e formas locais em que este é exercido. A proposta genealógica da “*Historia da Sexualidade*” trata de entender como se produz um discurso com efeitos de verdade e poder sobre a sexualidade. O autor questiona:

“Por que se falou da sexualidade, e o que se disse? Quais os efeitos de poder induzidos pelo que se dizia? Quais as relações entre os discursos, esses efeitos de poder e os prazeres nos quais se investiam? Que saber se formava a partir daí? Em suma, trata-se de determinar, em seu funcionamento e em suas razões de ser, o regime de poder-saber-prazer que sustenta, entre nós, o discurso sobre a sexualidade humana”(FOUCAULT, 1988, p. 17)

Assim, Foucault rejeita a hipótese do poder como mera força repressiva e propõe analisar o poder como força produtiva. A verdade é sempre produto de uma trama de coerções que tem efeitos de poder porque produz subjetividade, contrariando a premissa mais difundida de que o poder reprimiria a sexualidade e as subjetividades. Cada sociedade tem o que Foucault descreve como regime de verdade. Na sociedade capitalista, Foucault descreve cinco características do regime de verdade:

1. Centrado no discurso científico e nas instituições que produzem este discurso.
2. Submetido à incitação econômica e política.
3. Objeto de imensa difusão e consumo.
4. Produzido sob o controle dominante de alguns aparelhos políticos econômicos.
5. Objeto de debate político e confronto social. (FOUCAULT, 2012, p. 52)

A genealogia se propõe fazer uma análise do regime discursivo que estabelece algo como verdade científica e que, portanto tem efeitos de poder e subjetivação. Foucault descreve a genealogia como

“uma forma de história que dê conta da constituição dos saberes, dos discursos, dos domínios de objeto etc., sem ter que se referir a um sujeito, seja ele transcendente com relação ao campo de acontecimentos, seja perseguindo sua identidade vazia ao longo da história”(FOUCAULT, 2012, p. 43)

A genealogia como metodologia tem como alvo desencavar o regime ou os regimes de verdade que sustentam um discurso. Assim, por exemplo, ao propor uma genealogia da violência obstétrica, esta pesquisa não busca desvendar uma verdade sobre este fenômeno, mas entender os regimes de verdade e, portanto as relações de poder e saber que sustentam essa categoria e os efeitos produtivos desta relação. Nesta pesquisa proponho examinar os discursos legais, os discursos dos movimentos de mulheres e os discursos da saúde que conformam a categoria violência obstétrica e as incitações políticas e sociais que controlam tais produções, assim como os outros campos discursivos que se apresentam como confronto e resistência à ordem hegemônica e o uso que estas fazem da mesma categoria, apontando e problematizando as transformações que a categoria vai sofrendo conforme o campo em que ela surge ou é apropriada. Um dos pressupostos desta pesquisa é que nesta relação de poder-saber dos regimes discursivos por trás da categoria violência obstétrica, o que se produz é a construção de uma verdade sobre o parto e como pretendemos observar sobre o sujeito mulher (ou talvez sobre o apagamento deste sujeito nos discursos que conformam esta categoria) ²⁸. Para Foucault o poder não é uma propriedade, mas uma relação, uma rede de dispositivos, mecanismos. Ele desenvolve uma análise do poder na sua positividade, isto é na sua eficácia produtiva e por isto o corpo individual surge como lócus primordial de adestramento e aprimoramento no que tange ao poder disciplinar e a população, o corpo como massa, na sua análise do biopoder²⁹.

A análise de Foucault sobre o poder surge dentro da sua pesquisa sobre a história da penalidade e a questão do poder disciplinar que incide nos corpos dos sujeitos enclausurados e as tecnologias de controle tanto dentro do espaço carcerário

²⁸ O conceito de gênero e sujeito mulher serão explicitados mais adiante.

²⁹ Foucault descreve como biopolítica o fenômeno que se observa no século XVIII com o surgimento de uma medicina que se verte sobre os problemas da população (natalidade, mortalidade) e tem função de controle da população e da higiene pública. O exercício de poder que se estabelece a partir dos saberes médicos, científicos no controle das populações é o que Foucault descreve como biopoder. (FOUCAULT, 1999a, p. 297)

como no hospital, na escola, na fábrica (FOUCAULT, 2012, p. 23). Foucault descreve o surgimento do poder disciplinar com as técnicas e práticas de organização dos corpos do século XVII até o XVIII. Todo um sistema de racionalização e práticas de poder centrados na vigilância dos corpos individuais se estabelece junto com práticas discursivas e a construção de um saber. A este poder caracterizado pela disciplina soma-se uma nova tecnologia de poder que Foucault identifica com as práticas discursivas e tecnologias científicas do século XVIII, o biopoder que, como ele deixa claro, não suprime o anterior, mas se acopla já que ele age em outra “escala, tem outra superfície de suporte e é auxiliada por instrumentos totalmente diferentes”(FOUCAULT, 1999, p. 289). Em sua última aula do seu curso “Em defesa da sociedade” no Collège de France, Foucault descreve o surgimento de uma nova medicina centrada nessa ideia do controle populacional e das massas e que tem como função a higiene pública e que na sua medicalização da população tem a reprodução, a natalidade e morbidade como problemáticas centrais(FOUCAULT, 1999, p. 291). É justamente neste momento histórico que surge a obstetrícia como especialidade médica. A análise que Foucault faz do biopoder é, portanto, de suma importância para o entendimento da obstetrícia como campo de saber que surge nesta lógica cujos mecanismos têm como propósito agir no nível dos fenômenos globais controlando as morbidades, estimulando a natalidade, promovendo a vida. Um elemento central e radical da análise foucaultiana do biopoder se dá no seu entendimento da relação com a vida e a morte em comparação com a relação do poder soberano sobre a vida e morte dos seus súditos. Foucault partindo da sua análise dos suplícios aponta como o soberano tem o poder de fazer morrer e deixar viver. Em uma astuta inversão desta máxima, Foucault descreve como os mecanismos do biopoder têm o poder de fazer viver e deixar morrer. Esta análise de Foucault permite a ele compreender o racismo como elemento intrínseco aos mecanismos do biopoder. Para Foucault, o racismo é o elemento central que permite o exercício do antigo poder do soberano de fazer morrer num sistema político centrado no biopoder que tem como máxima contraditória o fazer viver. O racismo vai dizer que corpos iremos deixar morrer ou fazer morrer. Foucault descreve:

“O que inseriu o racismo nos mecanismos do Estado foi mesmo a emergência desse biopoder. Foi nesse momento que o racismo se inseriu

como mecanismo fundamental do poder, tal como se exerce nos Estados modernos, e que faz com que quase não haja funcionamento moderno do Estado que, em certo momento, em certo limite e em certas condições, não passe pelo racismo.”(FOUCAULT, 1999b, p. 304)

A compreensão de Foucault sobre o lugar essencial do racismo nos mecanismos estabelecidos pelo biopoder permite uma apreensão importante sobre as tecnologias que incidem sobre os corpos: estas tecnologias e mecanismos de poder não incidem sobre todos os corpos da mesma maneira. Uma consideração e uma crítica importante à teoria de Foucault apresentada por algumas teóricas feministas como Lauretis(LAURETIS DE, 1994) é o fato deste não ter considerado a questão de gênero e da diferença sexual nas suas análises sobre o poder e sexualidade.

1.6. Violência obstétrica, apenas uma questão de gênero?

Não será apenas na direção de domínio da medicina para e sobre a condição feminina que se dá o processo medicalizador. Também o movimento dialético em direção oposta lhe pertence e o qualifica: o quanto o corpo feminino e a condição de ser mulher, por ter sido dos primeiros e historicamente original objetos de interesse e manipulação daquele poder, é substrato para seu próprio entendimento, enquanto prática que desqualifica atos, conhecimentos e sujeitos, mas ao mesmo tempo qualifica outros atos, conhecimentos e sujeitos. (VIEIRA, 2002, p. 13)

Foucault estabelece a norma como conceito paradigmático para o funcionamento das práticas do biopoder. A norma é o elemento que circula entre o poder disciplinar e o biopoder já que é esta que permite se aplicar uma tecnologia e um saber sobre um corpo individual ou uma população(FOUCAULT, 1999b, p. 302). A norma é o elemento que vai gerenciar a produção das subjetividades no regime de verdade capitalista. É preciso, portanto, olhar para a medicina e a sua produção de saber dentro da lógica de verdade e poder que produz maneiras de se subjetivar conforme uma norma. No que diz respeito à medicina obstétrica e à ginecologia podemos dizer que estas produções discursivas científicas fundamentais ao regime de verdade capitalista normatizam um saber sobre a mulher e o seu corpo. O saber da obstetrícia é atravessado desde seu nascimento por um olhar específico sobre gênero,

raça e classe. Poderíamos citar como exemplo paradigmático e que substancia a análise de Foucault sobre o lugar fundamental do racismo nas tecnologias do biopoder, a questão do racismo no surgimento das técnicas obstétricas e a experimentação no corpo de mulheres escravas. Em um artigo publicado no *Journal of Urology*, sobre John Marion Sims, um pioneiro da obstetrícia americana e considerado um dos pais da obstetrícia moderna, os autores descrevem como as experimentações eram praticadas nos corpos de mulheres escravas sem o uso de qualquer anestesia enquanto a prática dos mesmos procedimentos era realizada com o uso de anestesia em mulheres de classes mais abastadas pautadas no entendimento que as mulheres negras escravizadas não sentiam dor como as mulheres brancas de classe altas mais frágeis (SPETTEL; WHITE, 2011). Este exemplo histórico do surgimento e descoberta das práticas obstétricas deixa claro, não somente que as tecnologias do biopoder não incidem sobre todos os corpos da mesma maneira, mas, para, além disto, estas tecnologias geram uma verdade muito específica sobre gênero, raça e corporalidade. Este regime de verdade das tecnologias e saberes do biopoder é claramente marcado desde seu nascimento por uma visão de gênero, raça e classe que cria categorias de exclusão e claras diferenças nos dispositivos de subjetivação.

A teoria de Foucault é um recurso valioso no entendimento de como sujeitos são produtos das relações de poder e saber, porém, o fato de Foucault não ter abordado a questão de gênero suficientemente é apontado como um limite³⁰ de sua

³⁰ O projeto de Foucault em “*A História da Sexualidade*” era de escrever seis volumes, infelizmente devido a sua morte prematura existem apenas três volumes nos quais não é abordado a história da reprodução e a questão específica do disciplinamento, e o que talvez possa ser definido como opressão e repressão do corpo da mulher e da construção do sujeito feminino. Em sua entrevista com Henri-Lévi em “Não ao Sexo Rei”, Foucault comenta sobre seu projeto para “*A História da Sexualidade*”: “Quando eu abordar, nos volumes seguintes, os estudos concretos- a respeito das mulheres, das crianças, dos perversos-, tentarei analisar as formas e as condições de miséria. Mas no momento, trata de fixar o método. O problema é saber se essa miséria deve ser explicada negativamente por uma proibição fundamental ou por um interdito relativo a uma situação econômica (“trabalhem, não façam amor”); ou se ela é o efeito de procedimentos muito mais complexos e muito mais positivos.” (FOUCAULT, 2012, p. 347)

obra por algumas teóricas feministas. Teresa de Lauretis parte da reflexão de Foucault sobre as tecnologias do poder e a produção de subjetividade para pensar o gênero como uma construção destas tecnologias de poder. Lauretis afirma em seu texto sobre a Tecnologia de gênero:

“devemos dizer desde o início, e daí o título deste artigo, que, ao pensar o gênero como produto e processo de um certo número de tecnologias sociais ou aparatos biomédicos, já está indo além de Foucault, cuja compreensão crítica da tecnologia sexual não levou em consideração os apelos diferenciados de sujeitos masculinos e femininos, e cuja teoria, ao ignorar os investimentos conflitantes de homens e mulheres nos discursos e nas práticas da sexualidade, de fato exclui, embora não inviabilize, a consideração sobre gênero.”(LAURETIS DE, 1994, p. 209)

A leitura conceitual de gênero proposta por Lauretis descola gênero da simples diferença sexual e permite uma abordagem que entende a produção de subjetividade que emerge destas tecnologias a partir de uma multiplicidade de atravessamentos que vão além de um binarismo homem/mulher. Ao descolar gênero de diferença sexual biológica, Lauretis e as autoras dos estudos de gênero criam um conceito que permite abordar as diferenças na própria constituição das mulheres atravessadas por suas especificidades, em oposição a um sujeito mulher universal.

No que diz respeito à análise genealógica da violência obstétrica como este projeto se propõe, este conceito de gênero é extremamente útil já que ele permite articular minimamente os atravessamentos de raça, etnia³¹ e classe na compreensão desta categoria quando ela aparece nos diferentes campos discursivos, tanto nas ordens hegemônicas como nos campos de luta e resistência. Lauretis descreve como

³¹ Vale ressaltar que as categorias raça e etnia são compreendidas como categorias sociológicas (e não biológicas) diferenciadas que não se equivalem. Como aponta e explica o sociólogo Carlos Medeiros, a tentativa de substituir a o conceito de raça por etnia, além de implicar em uma série de complicações, acaba operando o que o sociólogo francês Pierre-André Taguieff chama de “eugenia lexical negativa” quando se tenta acabar com um fenômeno eliminando a palavra(CAFÉ FILOSÓFICO CPFL, 2016)

estas tecnologias produzem espaços, discursos, verdades sobre o sujeito, um sujeito que não é universal, mas: “um sujeito “engendrado” não só na experiência de relações de sexo, mas também nas de raça, e classe: um sujeito, portanto, múltiplo em vez de único, e contraditório em vez de simplesmente dividido” (LAURETIS DE, 1994, p. 208). Assim, o parto e todos os processos que o acompanham, pode ser tomado como acontecimento sobre o qual se produz uma verdade situada numa relação de poderes “gêndradas” (“gendered”) que gera toda uma tecnologia que age sobre o corpo do sexo feminino e que produz um sujeito, que “engendra” um sujeito, sujeito este, que é produzido, no mínimo, pelos atravessamentos de sexo, raça e classe. Em outras palavras, poderíamos dizer que a medicina obstétrica como saber e prática, que como sublinha Vieira (VIEIRA, 2002) é intervencionista, é também uma tecnologia de gênero. O corpo é um local privilegiado das práticas de poder (FOUCAULT, 2012). O parto como evento primordial em que o corpo da mulher está em jogo apresenta-se como evento nodal para se entender as relações de poder produzidas por uma variedade de saberes que incidem sobre o corpo da mulher e que engendram o feminino e sua corporalidade.

1.7. Violência Obstétrica, gênero e a construção da categoria mulher.

Ao descrever a medicina obstétrica como uma tecnologia de gênero, isto é um saber que produz uma verdade sobre o que se entende por gênero, torna-se imperativo definir o conceito de gênero e entender como esta categoria de análise pode nos ser útil em uma análise dos discursos que versam sobre a violência obstétrica. Joan W. Scott apresenta em seu clássico texto de 1986 “Gênero, *Uma categoria Útil para análise histórica*” (SCOTT, 2016)³² uma das mais ricas definições da categoria gênero e de sua aplicabilidade como ferramenta de análise. A teoria pós-estruturalista de Scott entende o gênero como um elemento constitutivo das relações sociais pautadas

³² Scott escreve um primeiro texto em 86 que rapidamente se torna um clássico. Em 2010, ela escreve um segundo texto onde ela revê criticamente a sua proposta original. Devido as diferentes edições o texto de 1986 aparece com a referência de 2016 e o segundo texto aparece com a referência de 2010.

na diferença percebida entre os sexos³³. Influenciada por Foucault, a autora define o gênero como um elemento fundamental na construção de significado nas relações de poder (SCOTT, 2016, p. 21). Ela escreve nesse artigo de 1986:

precisamos substituir a noção de que o poder social é unificado, coerente e centralizado por alguma coisa que esteja próxima do conceito foucaultiano de poder, entendido como constelações dispersas de relações desiguais constituídas pelo discurso nos “campos de forças” (SCOTT, 2016, p. 20)

A construção do gênero torna-se assim o elemento primário na construção das relações de poder em uma sociedade porque este constitui as relações sociais “baseado nas diferenças percebidas entre os sexos” (SCOTT, 2016, p. 21). Scott define quatro elementos centrais e inter-relacionados na construção do gênero. O primeiro elemento na constituição do gênero são as representações simbólicas e culturais a disposição de uma época. Os conceitos normativos são o segundo elemento da construção de gênero. Estes conceitos normativos são expressos nas doutrinas que regem certa época e que limitam a interpretação dos símbolos e determinam os significados dos gêneros em uma oposição binária rígida e fixa³⁴. A organização social é o terceiro elemento na constituição do gênero e esta se expressa não somente nas relações de parentesco, mas também nas relações de trabalho, na educação e nos sistemas políticos. O quarto elemento da constituição do gênero é a identidade subjetiva, isto é, a percepção da diferença sexual estabelecida pelas construções de gênero tem um papel central na constituição dos sujeitos. Em seu texto de 2010, Scott se apóia na teoria psicanalítica mais contemporânea sobre a percepção psíquica da

³³ Vale ressaltar que para Scott esta é uma diferença percebida e não constatada, esta leitura de Scott foge de uma essencialização fixada na diferença biológica dos sexos e abre espaço para a análise dos elementos constitutivos do gênero e da diferença sexual historicamente.

³⁴ Em seu livro *“Reinventing the sexes: The Biomedical construction of femininity and Masculinity”*, a autora Wijngaard cita o trabalho da antropóloga italiana Gianna Pomata que defende que na cultura ocidental os estudos da biomedicina sobre as diferenças sexuais têm a mesma função de delimitar os papéis sexuais e os domínios de cada gênero que os ritos da Nova Guiné, por exemplo. (WIJNGAARD, 1997, p. 24)

diferença sexual como não fixa e a sua não correspondência com o sexo biológico para defender o gênero como categoria útil de análise(SCOTT, 2010, p. 12). Para Scott estes quatro elementos se entrelaçam, mas não operam simultaneamente e o estudo da construção destes elementos historicamente constitui o desafio do pesquisador de gênero. Scott comenta:

“O desafio da nova pesquisa histórica consiste em fazer explodir essa noção de fixidez, em descobrir a natureza do debate ou da repressão que leva a aparência de uma permanência intemporal na representação binária do gênero”(SCOTT, 2016, p. 22)

Essa percepção do gênero a partir dessa permanência rígida em uma representação binária e hierarquizada dos sexos leva a uma percepção e organização da sociedade específica e a uma distribuição e construção do poder a partir da constituição dos gêneros. O conceito de gênero elaborado por Scott permite olhar para os discursos que constituem a violência obstétrica como um possível produto das doutrinas normativas que definem e fixam o significado da categoria mulher e a sua relação em um campo engendrado nas relações de poder.

Em 2010, Scott escreve um novo artigo refletindo sobre os efeitos de sua teoria e da expansão dos estudos de gênero desde a década de 80 até os dias de hoje. Neste artigo intitulado “*Gender: Still a Useful Category of analysis*”(SCOTT, 2010), a autora descreve o crescimento na área dos estudos de gênero, mas traz uma problematização sobre o uso acrítico da categoria por muitos estudos que acabam solapando a utilidade do conceito ao colar a categoria de gênero à divisão binária normativa. Quando o gênero se torna um sinônimo não questionado da divisão binária sexual, este perde a sua potência de análise crítica. Neste artigo em que ela revê os efeitos que a teoria de gênero teve tanto no âmbito acadêmico como político, Scott sugere uma retomada da perspectiva crítica em relação ao conceito de gênero propondo um deslocamento para a desconstrução sistemática da categoria mulher. A autora defende que é necessário se ir além de uma “história das mulheres” para uma história da categoria “mulher”(SCOTT, 2010, p. 12), isto é, de uma compreensão de que o significado dado à categoria mulher não é fixo e que através da história o seu significado se modifica. A sua crítica reside no fato de que, quando os estudos de

gênero deixam de analisar criticamente as categorias binárias homem e mulher, isto é quando se deixa de problematizar o significado dessas categorias e da própria diferença sexual, essa perspectiva corre o risco de resvalar para uma compreensão essencialista da diferença sexual e dos gêneros.

Ao olhar para os campos discursivos que conformam a categoria violência obstétrica nos deparamos com a construção dos conceitos normativos que irão constituir um saber sobre o parto e possivelmente o sujeito mulher nos tempos de hoje. A proposta da genealogia, de uma “insurreição dos saberes”, isto é, desta provocação de saberes normativos com os saberes locais talvez possibilite avaliar a permeabilidade destes discursos que versam sobre a categoria mulher e a sua corporalidade de representarem e falarem de ou pelos sujeitos mulheres parturientes. Outra maneira de colocar esta questão seria se perguntar de que sujeito estes discursos falam ou qual sujeito mulher é contemplado por estes discursos e quais sujeitos acabam sendo excluídos.

1.8. Que mulher pode falar de violência obstétrica?

Em *A Ordem do Discurso*, Foucault aborda a figura da loucura no pensamento ocidental para determinar um dos princípios de exclusão discursiva. Ele escreve “existe em nossa sociedade outro princípio de exclusão: não mais a interdição, mas uma separação e uma rejeição. Penso na oposição razão e loucura”. (FOUCAULT, 2009, p. 10). Assim, em sua clássica genealogia *A História da Loucura* (FOUCAULT, 2014) Foucault propõe analisar o lugar do louco através da história ocidental apontando o momento de captura do louco pelos discursos da ciência e a configuração da loucura como doença mental, e, portanto de sua exclusão da ordem discursiva. Foucault publica este livro na década de 60 e logo após a sua publicação, Jacques Derrida, aluno de Foucault, gera uma polêmica ao criticar a proposta metodológica de

Foucault³⁵ de fazer uma arqueologia do silêncio que paira sobre a loucura após o século XVIII. Derrida escreve:

Ao escrever uma história da loucura, Foucault quis – e aí jaz o seu maior mérito, mas também a impossibilidade de sua obra – escrever uma história da loucura mesmo. Ela mesma. Dela mesma. Isto é, fazendo com que a loucura fale por si mesma. Foucault queria que a loucura fosse “sujeito” do seu livro; sujeito em todos os sentidos da palavra, o tema do livro o sujeito falante, o autor do seu livro, a loucura falando de si (DERRIDA; BASS, 2002, p. 33).³⁶

A crítica de Derrida centra-se neste de lugar de impossibilidade de se falar em nome da loucura dentro do próprio seio da linguagem e racionalidade. Esta crítica trás à tona uma questão central para qualquer projeto de pesquisa que resvala nesta tentativa de “falar em nome de” quando ele desloca a discussão sobre a exclusão dos discursos para o sujeito, a loucura como sujeito.³⁷ Sem adentrar nesta questão da loucura e do sujeito propomos na cadeia associativa levantar a figura da histérica, este sujeito feminino que se torna *locus* dos discursos psiquiátricos no século XIX, para trazer à baila o “sujeito” que circula por trás desta pesquisa sobre a construção discursiva da categoria violência obstétrica: a mulher, mais precisamente, a mulher grávida, parturiente. Nos discursos da saúde em torno do parto humanizado, por exemplo, como e quando surge a mulher como sujeito? E nos movimentos das mulheres?

³⁵Para comentar esta polêmica nos referimos ao artigo “Foucault, Derrida e a História da Loucura: notas sobre uma polêmica” (NETO; DE FARIA, 1998) que trás o contexto histórico desta discussão apontando os argumentos de Foucault e Derrida. Na época a crítica de Derrida, sobretudo ao prefácio que Foucault havia escrito em sua primeira edição, leva Foucault a retirar o prefácio das edições seguintes.

³⁶ Tradução da pesquisadora do inglês: “In writing a history of madness, Foucault has attempted—and this is his greatest merit, but also the infeasibility of this book— to write a history of madness *itself*. *Itself*. Of madness itself. That is, by letting madness itself speak for itself. Foucault wanted madness to be the subject of his book in every sense of the word: its theme and its first-person narrator, its author, madness speaking about itself” (DERRIDA; BASS, 2002, p. 33).

³⁷ Vale ressaltar que a loucura como sujeito é diferente de se tratar do louco como sujeito.

Proponho localizar a mulher gestante de baixa renda usuária do sistema único de saúde como sujeito focal para questionar e fomentar uma análise crítica das ordens discursivas que compõem o nosso objeto. Qual seria o lugar deste sujeito nestas ordens discursivas? Haveria um lugar possível de representação para este sujeito nos discursos que conformam a violência obstétrica ou seria este um lugar de subalternidade? Gayatri Spivak em seu ensaio “Pode um subalterno falar” traz uma definição do subalterno como sendo “as camadas mais baixas da sociedade constituídas pelos modos específicos de exclusão dos mercados, da representação política e legal, e das possibilidades de se tornarem membros plenos no estrato social dominante”(SPIVAK, 2010, p. 12). No que tange a política de humanização do parto no Brasil, por exemplo, alguns autores já apontam as dificuldades na implementação destas políticas não somente por embates de paradigmas nos modelos de assistência e o *ethos* profissional da medicina (MAIA, 2010), mas também pelo profundo desconhecimento das políticas e premissas da humanização por parte das mulheres gestantes. Na pesquisa “Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro” os autores Bastos Dias e Deslandes concluem através dos resultados colhidos em entrevistas com estas mulheres que:

Apesar de diversas ações da SMS/RJ nessa área, entre elas uma resolução que garanta o direito da mulher a um acompanhante no parto e da produção de um cartaz para divulgar esta possibilidade, as gestantes entrevistadas parecem não ter sido alcançadas pelo esforço de divulgação da política de humanização da assistência. (DIAS; DESLANDES; OTHERS, 2006).

Em sua tese “*A Violência Institucional na assistência ao parto sob a perspectiva da Mulher*”³⁸, a pesquisadora Rita Vianna relata como ao entrevistar puérperas que passaram por situações e práticas que a literatura permitiria enquadrar como uma violência institucional, estas não identificavam essas vivências como

³⁸ A pesquisa teve como objetivo analisar a violência institucional através do relato de puérperas atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia, no estado do Pará.

violências, não entendiam estas práticas como uma ameaça aos seus direitos e não percebiam a possibilidade de um outro tipo de atendimento durante o parto. A autora descreve:

parece-nos particularmente sério o fato de que as situações narradas pelas mulheres, embora tenham causado sofrimento, como os mostrados neste trabalho, não sejam identificados por elas como violência, muito menos como violência institucional. Parece haver um descompasso entre aquilo que dizem os resultados dos estudos acadêmicos, os movimentos organizados de mulheres e da humanização do parto, daquilo que interpretam as mulheres que passam por essas situações, no caso deste estudo aquelas no processo de assistência ao parto (VIANNA, 2016, p. 89)

O texto de Spivak sobre a possibilidade de um subalterno falar torna-se extremamente relevante para a compreensão deste “descompasso” entre os discursos acadêmicos e dos movimentos de mulheres e as narrativas subjetivas das mulheres que Vianna aponta. Spivak argumenta que “a possibilidade da existência da própria coletividade é persistentemente negada pela manipulação do agenciamento feminino.”(SPIVAK, 2010, p. 55). Cabe indagar-se se, por exemplo, se o descompasso citado por Vianna entre as narrativas das mulheres que não percebem suas experiências como violentas e os resultados acadêmicos de pesquisas e dos movimentos de mulheres e da humanização do parto não é justamente o efeito desta manipulação do agenciamento de sujeitos subalternos no âmbito das políticas de humanização da assistência ao parto e nas discussões sobre parto humanizado e violência obstétrica. Spivak usa como recurso para entender a sua teoria a figura da viúva indiana que se sacrifica na pira funerária³⁹e a interpretação que é feita pelos colonizadores britânicos desta prática e a sua proibição no projeto imperialista britânico para descrever a dupla opressão sofrida pelo sujeito feminino indiano que

³⁹ Spivak faz referência a esta prática tradicional hindu, em que a viúva deve se sacrificar na pira funerária do marido e as interpretações desta prática pelo governo britânico colonial que levaram a sua proibição para trazer à tona a problemática do agenciamento e das violências epistêmicas que ocorrem nas leituras e interpretações do sujeito colonizado pelo colonizador, sobretudo quando se supõe um sujeito essencializado.

entre os discursos da tradição hindu e os discursos do imperialismo britânico vê-se impossibilitada de reivindicar um lugar de fala.

O caso recente de uma parturiente que foi presa na saída de uma maternidade por ter levado uma arma com o intuito de exigir uma cesárea que evitasse o sofrimento experimentado em um parto anterior poderia também ser usado para exemplificar essa impossibilidade do sujeito subalterno falar, situação atravessada pela radicalidade da violência⁴⁰(ARREGUY; BLOWER, 2018) Spivak traz a palavra representação e os dois sentidos que ela apresenta em alemão, o *Vertretung* que descreve o ato de falar em nome de alguém, no sentido da procuração, e o *Darstellung*, no sentido de encenar, para entender a problemática do lugar de fala do sujeito subalterno. A autora entende que há uma relação intrínseca entre o falar em nome de um sujeito e o re-presentar deste sujeito(SPIVAK, 2010, p. 37). Para Spivak o objetivo da teoria pós-colonial e o desafio do intelectual pós-colonial seria o de combater o apagamento do sujeito subalterno evitando falar em nome dele, mas criando espaços nas narrativas para que este possa falar e ser ouvido. Trazemos esta reflexão de Spivak para questionar como o uso da categoria violência obstétrica nos discursos vigentes pode servir ou não nesta tarefa de abrir espaço para, por exemplo, mulheres parturientes de baixa renda falarem de suas experiências e serem ouvidas, isto é, como a categoria da violência obstétrica pode servir como instrumento discursivo de agenciamento ou apagamento do sujeito subalterno.

⁴⁰ Para uma reflexão mais aprofundada sobre a violência como resposta do sujeito subalterno sugiro a leitura de Franz Fanon *Os Condenados da Terra*. (FANON, 2018) . Este caso também poderia ser comentado à luz do relato que Diniz cita em sua tese de um professor universitário defensor de da assistência perinatal baseada em evidências: “essa discussão democrática aqui, tem por trás a busca da cidadania, eu fico muito preocupado com as mulheres brasileiras, se eu fosse mulher eu já teria feito... sei lá, pegado em armas, porque é muita violência... porque ela vai para a maternidade, ou lhe fazem um corte na barriga, desnecessário na maioria das vezes, ou no períneo. De todo jeito alguém vai atacá-la com uma faca, então é preciso que isso seja melhor pensado, eu acho que é fundamental essa pressão da clientela para forçar o médico a tomar atitude de acordo com a melhor ciência existente”(DINIZ, 2001, p. 10)

2. Pressupostos e Metodologia

A partir deste percurso teórico podemos traçar alguns pressupostos sobre a construção categoria da violência obstétrica:

- A categoria violência obstétrica é apropriada pelos discursos do campo da saúde tangenciando e incorporando os discursos sobre a humanização do parto e da proposta de uma medicina baseada em evidências, que procura determinar as melhores práticas para a condução do parto e a atenção à saúde materno-infantil. Esta visão não coincide necessariamente com a dos discursos dos movimentos sociais feministas que abordam o tema.
- Os discursos sobre violência obstétrica, ao se pautarem na representação de um sujeito mulher universal, isto é, ao não se atentarem para os atravessamentos de gênero, raça e classe e das experiências concretas das mulheres com o modelo biomédico e com os serviços públicos de saúde acabam não sendo representativos para um grande segmento de mulheres, sobretudo aquelas que se encontram em um lugar de subalternidade.
- Os discursos e saberes construídos sobre violência obstétrica constituem uma tecnologia de gênero, isto é, eles engendram uma verdade sobre o parto, e possivelmente sobre a mulher como sujeito e o seu corpo.

Propor uma metodologia pautada no pensamento de Foucault significa analisar o objeto a partir das abordagens arqueológica e genealógica traçadas pelo autor. Estas duas abordagens se diferem e se complementam. Podemos traçar uma definição básica da arqueologia como sendo o estudo dos tipos de discursos e a formação de um campo de saber. A arqueologia vai se voltar para a formação histórica dos discursos e das ordens discursivas que conformam um campo de saber. Assim, o método arqueológico:

É operar sobre os documentos, desde seu interior, ordenando e identificando elementos, construindo unidades arquitetônicas, fazendo-os

verdadeiros 'monumentos'. É perguntar: por que isso é dito aqui? deste modo, nesta situação, e não em outro tempo e lugar, de forma diferente? É investigar sobre as posições necessárias ao falante, para que ele efetivamente possa ser sujeito daquele enunciado. (FISCHER, 2001, p. 205)

Para sintetizar a abordagem arqueológica proposta por Foucault, destacamos duas etapas para um roteiro metodológico. A primeira etapa consiste em suspender momentaneamente as categorias através das quais se conserva o tema da continuidade. Que categorias seriam estas? Foucault propõe três grupos de categorias que conservam o tema da continuidade:

1. Categorias que relacionam discursos: noção de tradição, influência, desenvolvimento e evolução, mentalidade e espírito.
2. Categorias que classificam discursos: gênero, livro, obra (a unidade do discurso não pode se identificar com a unidade material do livro).
3. Categorias que garantem continuidade infinita: origem e interpretação (remeter a uma origem inverificável ou interpretar uma razão para além do dito

Após esta etapa negativa em que suspendemos o tema da continuidade, Foucault sugere uma segunda etapa onde apanhamos a unidade dos discursos a partir das formações e práticas discursivas. Ele propõe **três critérios** para descrever a unidade dos discursos:

1. **Crítérios de formação:** a unidade de um discurso depende da existência de regras de formação de objetos, conceitos, modalidades enunciativas, opções teóricas. Definir esse jogo de regras define a unidade.
2. **Crítérios de transformação ou umbrais:** definir as condições precisas em um dado momento que permite estabelecer essas regras e as transformações nas formações discursivas.

- 3. Critérios de correlação:** relações com outro tipo de discursos e o contexto não discursivo em que funcionam, as práticas e tecnologias que se sustentam nos discursos.

Propomos olhar para as formações discursivas sobre a violência obstétrica a partir da análise destes elementos: os objetos construídos por estes discursos; as posições subjetivas produzidas pelos enunciados dos campos discursivos; os conceitos que surgem e circulam nestes discursos e as estratégias que são traçadas por estes. Por exemplo, Foucault descreve como a loucura se torna objeto da psicopatologia e cria a doença mental. Os objetos constituídos pelos discursos de uma época não são atemporais, imutáveis e são, portanto passíveis de transformações. Os discursos vão construir os objetos de uma época, mas estes objetos vão se transformando conforme são atravessados por uma ordem discursiva ou outra. Assim, a análise das relações interdiscursivas assim como das práticas discursivas e não discursivas são essenciais na abordagem Foucaultiana que parte do caráter dinâmico e sempre provisório das categorias.

Ao falar de sujeito no discurso, Foucault não se refere ao indivíduo ou autor, um sujeito, mas sim ao sujeito como uma posição que é determinada pelos enunciados de um campo discursivo. Fairclough na sua análise do método discursivo de Foucault defende que “os enunciados posicionam sujeitos-aqueles que os produzem, mas também aqueles para quem eles são dirigidos”(FAIRCLOUGH, 2001, p. 68). Este é um elemento de análise muito útil para a questão colocada por este projeto sobre a mulher como sujeito nos discursos da violência obstétrica, já que ele vai permitir analisar os sujeitos e as posições que são construídos por estas formações discursivas, isto é, para quem se dirige os discursos da violência obstétrica, quem tem como se posicionar nestes discursos conforme a ordem discursiva em que aparece e, possivelmente, quem não tem como se posicionar nestas formações discursivas.

Foucault trabalha também a formação de conceitos criados por um campo discursivo. Como no caso dos objetos e dos sujeitos produzidos pelas formações discursivas, os conceitos não representam uma unidade estável. Foucault propõe analisar os conceitos olhando para as relações entre os enunciados de uma formação

discursiva e outros campos discursivos. Por último, Foucault vai tratar das estratégias que são formadas pelos discursos. Para este, as estratégias criadas por um discursos estão ligadas a materialidade dos enunciados: “Por materialidade de um enunciado, Foucault entende não sua propriedade de ser proferido num tempo ou lugar particular, mas o fato de ter um *status* particular em práticas institucionais específicas”(FAIRCLOUGH, 2001, p. 74).

A abordagem genealógica vai se voltar para a questão do saber e do poder, isto é, como uma prática discursiva incide numa prática de poder. É por isto que a genealogia vai focar em trazer à tona os saberes desqualificados pelo discurso hegemônico. Foucault descreve:

A genealogia seria, portanto, com relação ao projeto de uma inscrição dos saberes na hierarquia de poderes próprios à ciência, um empreendimento para libertar da sujeição os saberes históricos, isto é, torná-los capazes de oposição e de luta contra a coerção de um discurso teórico, unitário, formal e científico (FOUCAULT, 2012, p. 269)

Para Foucault, a genealogia se inscreve em um projeto político de luta que ao analisar a relação entre o saber e o poder na construção dos sujeitos tem como possibilidade a subversão e transformações das ordens discursivas e, portanto, de promover deslocamentos na relação do saber-poder. Enquanto a arqueologia é um método de análise dos campos discursivos, a genealogia é uma tática de desassujeitamento dos saberes. Foucault descreve:

As práticas discursivas não são pura e simplesmente modos de fabricação de discursos. Elas tomam corpo no conjunto de técnicas, das instituições, dos esquemas de comportamento, dos tipos de transmissão e de difusão, nas formas pedagógicas que, por sua vez, as impõem e as mantêm(FOUCAULT, 2013, p. 241).

Assim, enquanto o roteiro metodológico da arqueologia tem como objetivo analisar as regras para a unidade de uma formação discursiva, o roteiro genealógico tem como objetivo a análise das práticas e das formas de controle discursivo. Foucault descreve três tipos procedimentos de controle discursivo:

1. Procedimentos de exclusão:

- a. Proibição no que concerne o objeto do discurso, às circunstâncias em que é pronunciado, o sujeito que pronuncia.
- b. Divisão entre razão\loucura, verdade\falsidade.

2. Procedimentos de controle internos aos discursos:

- a. Comentário, defasagem entre textos primários e secundários.
- b. Posições subjetivas, o que determina no nível das instituições e sociedade quem pode ter um discurso.
- c. A disciplina, esta determina as condições que uma proposição cumpre para ser considerada verdadeira.

3. Procedimentos de rarefação: procedimentos que limitam o intercâmbio e a comunicação dos discursos (por exemplo, os rituais, o sistema educativo, aparato judicial e todas essas instancias que regem e controlam o discurso).

A partir da análise da sujeição e mecanismos de controle do discurso Foucault propõe uma série de princípios que orientam sua análise dos discursos:

- O *princípio da inversão* diz respeito à necessidade de se entender que os discursos que consideramos originários são discursos já recortados pelos princípios de limitação do discurso, o autor, a vontade da verdade, a disciplina. Entender que estes discursos sofrem recortes específicos não significa dizer que existe um discurso latente, reprimido. Os discursos, para Foucault, são descontínuos.
- O *princípio da descontinuidade* aponta para o fato que os discursos se misturam, se ignoram e se excluem e que o método que procura analisar os recortes que um discurso sofre não tem como objetivo desencavar um possível discurso originário e reprimido.
- o *princípio da especificidade* é descrito como sendo o entendimento que os discursos são “uma violência que fazemos às coisas”, isto é, o discurso não corresponde à decifração de um mundo legível, ele é uma prática que impomos.

- O *princípio da exterioridade* determina que não se deva olhar para o discurso visando um núcleo de significação escondido, mas sim passar do discurso em si para o seu acontecimento, sua exterioridade.

Estes princípios norteiam o método de análise histórica dos discursos proposto por Foucault. Este vai apontar duas perspectivas para os seus estudos, a perspectiva crítica da análise dos discursos que parte do princípio da inversão e reconhece no saberes centrais a função de limitar e recortar o discurso, e a perspectiva genealógica. Esta última pauta o seu método de análise dos discursos nos princípios da *descontinuidade, especificidade e exterioridade dos discursos*. (FOUCAULT, 2009)

Ao tratar da categoria da violência obstétrica a partir dessa perspectiva genealógica, escolhi utilizar os princípios metodológicos apontados pelo autor para analisar este objeto. Isto é, analisar através de uma pesquisa documental as ordens discursivas que constroem a categoria da violência obstétrica a partir da compreensão do controle que os discursos sofrem e as funções de exclusão que atuam nestes, tendo como cautela metodológica o entendimento que não estamos procurando resgatar uma verdade sobre o objeto que tratamos, mas que procuramos estabelecer como este acontece, se repete, se desloca nas ordens discursivas. Foucault diferencia as perspectivas crítica e genealógica “A crítica analisa os processos de rarefação, mas também de reagrupamento e de unificação dos discursos; a genealogia estuda sua formação ao mesmo tempo dispersa, descontinua e regular.”(FOUCAULT, 2009, p. 66). Assim ao olhar para as diferentes ordens discursivas que conformam a categoria da violência obstétrica, o discurso médico, científico, jurídico e os discursos das militâncias, não pretendi descobrir uma verdade sobre esta categoria que poderia emanar da confluência destes discursos e mantive como cautela metodológica a compreensão sobre as descontinuidades e regularidades na formação dos discursos ao se apoderar desta categoria. Além do mais os elementos apresentados por Foucault, o autor, a disciplina, a vontade da verdade assim como os princípios metodológicos da inversão, descontinuidade, especificidade e exterioridade serviram de poderosas ferramentas para analisar os discursos produzidos em torno da violência obstétrica.

A análise genealógica partiu de uma pesquisa documental a partir da qual foi possível elencar textos e documentos chaves para a exploração da categoria violência obstétrica dentro do campo da saúde. Escolhi partir de uma pesquisa documental pela variedade de fontes que esta permite:

O desenvolvimento da pesquisa documental segue os mesmos passos da pesquisa bibliográfica. Apenas há que se considerar que o primeiro passo consiste na exploração das fontes documentais, que são em grande número, Existem de um lado os documentos de primeira mão, que não receberam qualquer tratamento analítico, tais como: documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos, diários, filmes, fotografias, gravações etc. De outro lado, existem os documentos de segunda mão, que de alguma forma já foram analisados (GIL, 2008, p. 51)

Além destes documentos, este tipo de pesquisa permite explorar também: “fontes do estado, como portarias e leis, relatórios de políticas públicas, atas de reunião, documentos de comitês e de ministérios, relatórios de conselhos de direitos e conferências, editais de pesquisa, diários de união etc.” (LEMOS et al., 2015, p. 463) Além destas fontes documentais, considerando a localização histórica do nosso objeto de pesquisa considereis relevante incluir fontes virtuais como páginas da internet que abordem a categoria violência obstétrica. Este tipo de pesquisa nos permite uma abertura que responde ao objetivo genealógico de buscar trazer à tona saberes locais e as lutas que se travam nos campos discursivos. A variedade de fontes que uma pesquisa documental permite, inclusive de incluir fontes virtuais como páginas da internet, responde à tática genealógica de não se ater a um discurso mestre. Assim através desta pesquisa documental foi possível escolher documentos e textos chaves que permitiram a análise da categoria violência obstétrica conforme ela aparece nos campos discursivos destacando o campo da saúde como foco desta pesquisa. Tive como fio condutor a atenção para as ordens discursivas hegemônicas como as do discurso médico e legal e os campos discursivos contra-hegemônicos como o dos movimentos de mulheres e o próprio movimento da humanização no campo da saúde.

Em um segundo momento da pesquisa, eu organizei os documentos escolhidos segundo a proposta analítica de olhar para a categoria violência obstétrica conforme ela aparece na ordem discursiva da saúde, apontando as transformações que ela sofre e situando o contexto histórico e político. A partir destes documentos extraí enunciados que podiam ser analisados de forma a entender como foi se construindo a categoria da violência obstétrica. Ao olhar para os enunciados das formações discursivas em torno da violência obstétrica segui as perguntas basilares: porque estes enunciados sobre a violência obstétrica aparecem e não outros? Porque nesta época, nestes campos de saberes, nestas instituições, nestes grupos? A perspectiva central de Foucault sobre o discurso é de que ele é constitutivo. Assim o discurso não somente cria regras para a formação específica de certos enunciados como também cria regras para a formação de objetos, modalidades enunciativas e posições de sujeitos, conceitos e estratégias (FOUCAULT, 2008, p. 43).

Para além desta análise dos discursos através da abordagem proposta por Foucault focada na natureza constitutiva dos discursos e de sua heterogeneidade e descontinuidade, propomos nos centrar na articulação entre as categorias do poder e violência. Isto é, como os campos discursivos que vão conformando a categoria da violência obstétrica desenvolvem práticas e técnicas que como Lauretis aponta, vão constituir uma tecnologia de gênero (LAURETIS DE, 1994). No decorrer desta análise tive como fio condutor a questão da mulher como sujeito e os efeitos de poder que incidem sobre o corpo da mulher com as transformações destas práticas discursivas. A partir desses resultados foi possível apreender a possibilidade destes discursos abrirem espaço para que, por exemplo, um sujeito mulher possa lutar pelos seus direitos ou e, como interpela Spivak, um sujeito subalterno possa falar. Assim, como defende Spivak “O trabalho arquivístico, historiográfico, crítico-disciplinar e, inevitavelmente, intervencionista envolvido aqui é, de fato, uma tarefa de ‘medir silêncios’” (SPIVAK, 2010, p. 64).

A escolha das fontes documentais analisadas nesta pesquisa decorreu, portanto de dois processos metodológicos. Um primeiro processo procedeu da pesquisa bibliográfica no campo discursivo da saúde através da qual foi possível determinar alguns textos constitutivos na moldagem da categoria dentro da ordem discursiva da

saúde. A partir desta pesquisa foi possível determinar que, no contexto brasileiro, tanto o texto da lei venezuelana de 2007, como os resultados da pesquisa “*Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privado*” da Fundação Perseu Abramo tiveram um papel fundamental na moldagem da categoria tanto no campo discursivo dos movimentos sociais como no campo da saúde. Um segundo processo procedeu de uma breve imersão no campo dos movimentos sociais em defesa do parto humanizado e dos direitos reprodutivos das mulheres brasileiras a partir da qual foi possível escolher e determinar as fontes documentais a serem analisadas. Partindo da proposta de Haraway da localização do olhar, a análise da categoria violência obstétrica a partir do movimento de mulheres brasileiras decorreu da escolha de dois eixos que procuraram guiar e limitar o acervo a ser estudado. O primeiro eixo focou nas estratégias usadas pelos movimentos de mulheres brasileiras desde a década de 80 para evidenciar e problematizar a questão da violência contra a mulher, inclusive a violência na assistência obstétrica e os limites e barreiras que estas encontraram no campo político e legislativo brasileiro e como esta resistência das instâncias oficiais vai imprimir certos apagamentos na construção da categoria como uma violência de gênero. O segundo eixo procurou evidenciar o uso estratégico e político que os movimentos de mulheres negras vão fazer da categoria junto com os dados epidemiológicos sobre mortalidade materna no Brasil para denunciar o racismo estrutural e institucional que atravessa a assistência obstétrica brasileira. Estes dois eixos decorreram do meu processo exploratório em que, além de me pautar em uma pesquisa bibliográfica sobre a violência obstétrica dentro do campo discursivo da saúde, também procurei participar de eventos e acontecimentos promovidos por movimentos e organizações sociais que abordavam o tema da violência obstétrica. Neste processo, dois eventos se destacaram e subsidiaram a escolha dos eixos apontados. Um deles foi o Curso de Capacitação Jurídica em Violência Obstétrica promovido pela *Associação Artemis* em março de 2018⁴¹ do qual eu participei e que

⁴¹ O curso com carga horária de 16 horas foi ministrado pela obstetrix Danielle Ichikura e a advogada e doula Valéria Sousa e tinha como público alvo profissionais do direito e da saúde. No primeiro dia, o curso ofereceu um panorama geral sobre a fisiologia do parto e as práticas e procedimentos que ocorrem no parto e aquelas que podem ser enquadradas como violência obstétrica.

me ajudou a perceber como no contexto brasileiro a categoria violência obstétrica está sendo produzida e utilizada, sobretudo no campo do direito por mulheres ativistas feministas como estratégia para concretizar os direitos humanos e reprodutivos das mulheres. Assim, para este primeiro eixo da análise, além de utilizar como acervo os textos já mencionados das convenções e plataformas da década de 90, foram utilizados textos e documentos informativos produzidos por organizações de mulheres que trabalham com o tema da violência obstétrica. Além da *Associação Artemis*, que se define como a “única organização civil brasileira cujo foco é a erradicação da violência obstétrica”(ARTEMIS, 2013)⁴² também escolhi trabalhar com a *ONG Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde* que existe desde 1981⁴³ e desenvolve “um trabalho com especial foco na atenção primária em saúde das mulheres, com uma perspectiva feminista e humanizada”(COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE, 2017a). O Coletivo se destaca não somente pela produção de informação

No segundo dia, o curso ofereceu um panorama sobre os direitos reprodutivos da mulher a partir dos tratados internacionais e leis brasileiras, além das normas do Ministério da Saúde com o intuito de capacitar o profissional a reconhecer o fenômeno da violência obstétrica e enquadrar e responder legalmente a este. A turma da qual a pesquisadora participou era formada na sua grande maioria por alunas do Direito e advogadas e uma profissional da saúde (uma enfermeira obstétrica que trabalhava em uma maternidade pública). O grupo era formado essencialmente por mulheres, contando com a presença de um homem, aluno de uma faculdade de Direito. Ao final do curso a pesquisadora recebeu um certificado da Associação Artemis, além da Nota Técnica produzida pela ONG “Violência Obstétrica: Considerações sobre a Violação de Direitos Humanos das Mulheres no Parto, Puerpério e Abortamento”(SOUSA, 2015).

⁴² A Associação Artemis além de produzir estas cartilhas e oferecer os cursos de capacitação jurídica para enfrentamento da violência doméstica e obstétrica também criou uma plataforma digital para divulgar informações sobre a violência obstétrica e coletar dados e depoimentos de vítimas de violência obstétrica(ARTEMIS, 2013).

⁴³ O Coletivo surge em 1981 como uma resposta do movimento feminista autônomo de oferecer um atendimento em saúde para as mulheres focadas na perspectiva feminista que procurava atender as questões da sexualidade, reprodução e as violências de gênero. Hoje em dia o Coletivo continua oferecendo atendimentos particulares com o enfoque de gênero e desenvolvendo projetos financiados por agências nacionais e internacionais, assim como convênios com o governo brasileiro nas áreas de gênero, saúde e sexualidade(COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE, 2017a)

sobre a violência obstétrica, mas também pela participação ativa que esta organização feminista tem na luta pelos direitos reprodutivos e saúde da mulher desde a década de 80. Além do mais, estas duas organizações oferecem exemplos interessantes de organizações feministas que se constroem em interface com o campo do direito e da saúde, organizações lideradas por mulheres declaradamente feministas do campo do direito como no caso da ONG Artemis e mulheres feministas do campo da saúde, como no caso do Coletivo Feminista. Estas duas organizações foram responsáveis pela produção das cartilhas informativas sobre a violência obstétrica⁴⁴ que foram utilizadas na análise de como o movimento de mulheres brasileiras vão construir gênero e corpo a partir da categoria violência obstétrica:

- A cartilha “Conversando sobre a Violência Obstétrica” e o folheto “Violência Obstétrica, você o que é?” produzidos pela Artemis junto com outras organizações para a Defensoria Pública do Estado de São Paulo(DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO; ARTEMIS, 2014)
- A cartilha “Direitos das mulheres durante o parto, conversando com os profissionais da saúde e do direito” produzida pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde(COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE, 2017b).

O outro evento determinante para a escolha dos eixos de análise foi o Debate Público que ocorreu na Câmara Municipal do Rio de Janeiro no dia 29 de Março de 2017 sobre “Mortalidade Materna no Município do Rio de Janeiro” presidido pela Vereadora Marielle Franco. O evento abordou a questão da violência obstétrica a partir dos dados epidemiológicos sobre mortalidade materna no município do Rio de Janeiro procurando destacar os atravessamentos de raça e classe nos dados coletados e apresentados. Este evento ofereceu um primeiro indício para esta pesquisadora sobre a relevância política que a categoria tem para o movimento de mulheres negras. Assim para este segundo eixo, escolhi pautar a análise nos efeitos discursivos que

⁴⁴ As cartilhas informativas se encontram em anexo.

decorreram da pesquisa de opinião da Fundação Perseu Abramo e os apagamentos que ocorrem dentro do campo discursivo dos movimentos de mulheres a partir de uma universalização da categoria mulher e como o movimento de mulheres negras vai utilizar a categoria violência obstétrica como estratégia política para evidenciar as desigualdades na assistência. Além dos textos já citados, a análise focou nos projetos que decorreram da pesquisa da Fundação e em artigos e documentos produzidos sobretudo pelo movimento de mulheres negras, como, por exemplo, os artigos publicados pelo Instituto Geledés em sua plataforma (INSTITUTO DA MULHER NEGRA, 2018) e o debate político levantado por mulheres candidatas sobre o tema da violência obstétrica e os direitos e a saúde das mulheres negras durante o processo eleitoral que ocorreu no segundo semestre de 2018.

A escolha do acervo a ser analisado para a resposta e moldagem da categoria pelo campo discursivo da saúde hegemônica decorreu de ambos os processos metodológicos, a pesquisa e bibliográfica no campo da saúde e a imersão no campo dos movimentos sociais em defesa dos direitos reprodutivos das mulheres e parto humanizado. Estes processos permitiram evidenciar o choque de lutas discursivas que ocorre entre os órgãos representativos das classes profissionais da saúde, as instituições, o Estado e os movimentos sociais. Foi a partir desta constatação que escolhi olhar para alguns documentos produzidos pelos órgãos de classe dos profissionais da saúde em resposta à repercussão de casos de violência obstétrica assim como o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) do Ministério da Saúde para a análise da moldagem e resposta do campo discursivo da saúde à categoria violência obstétrica.

Vale ressaltar que além do acervo apontado aqui, a análise também se apoiou na produção discursiva sobre a categoria que encontrei no campo do ativismo digital materno⁴⁵. No entanto por questões práticas foi necessário excluir este acervo do foco

⁴⁵Sugiro o artigo de Medrado e Muller sobre o ativismo materno digital para um aprofundamento sobre o tema. As autoras descrevem os movimentos do ativismo digital a partir do trabalho de Castells: ‘Segundo o autor, esses movimentos são: 1) “conectados de múltiplas formas”, o

principal da análise. Dentre as muitas iniciativas que não foram diretamente analisadas nos resultados desta pesquisa, mas que ajudaram a sustentar a análise discursiva da categoria destaca-se o trabalho e ativismo digital da pesquisadora e ativista Ligia Moreiras Sena, idealizadora da plataforma “*Cientista que virou Mãe*” e co-autora do documentário “*Violência Obstétrica -A voz das brasileiras*”(MOREIRAS, 2014a; SENA, 2016). Este vídeo documentário resultou da pesquisa que a autora realizou colhendo relatos e narrativas sobre a violência no parto através da internet. O trabalho da ativista e pesquisadora se destaca não somente por esta estratégia de “dar voz” ao sujeito mulher e à experiência da violência no parto utilizando a categoria como bandeira de luta, mas também pela estratégia de produção discursiva coletiva através dos recursos tecnológicos da rede e o acoplamento do discurso científico das evidências com a produção de uma perspectiva subjetiva⁴⁶, de narrativas que evidenciam e denunciam práticas de opressão. Durante o processo exploratório foi possível perceber o tremendo impacto discursivo que estas propostas de ativismo digital tiveram na amplificação da categoria⁴⁷. É claro que neste processo

que incluiria redes sociais online e offline, assim também como redes preexistentes; 2) “simultaneamente locais e globais porque começam em contextos específicos mas também conectados ao mundo inteiro, aprendendo com outras experiências”; 3) “espontâneos em sua origem, geralmente desencadeados por uma centelha de indignação”; 4) “horizontais e multimodais”, criando um sentimento de companheirismo e favorecendo a cooperação e solidariedade; 5) “profundamente autorreflexivos”, questionando-se permanentemente e consultando seus membros sobre o que desejam e o que pretendem realizar”; 6) “raramente programáticos”, ou seja, têm múltiplas demandas e ilimitadas motivações; e 7) “voltados para a mudança de valores na sociedade” (Castells, 2013, pp. 162-169)(MEDRADO; MULLER, 2018, p. 189)

⁴⁶ Para a elaboração do projeto a autora criou um “Teste da Violência Obstétrica”, um questionário que foi aplicado através da internet e que ajudou a colher os resultados e narrativas para a elaboração do vídeodocumentário. O vídeo documentário traz depoimentos gravados pelas próprias mulheres sobre a sua experiência de parto. O documentário foi exibido durante o seminário Internacional Fazendo Gênero, 2013 e se encontra disponível no youtube (MOREIRAS, 2012).

⁴⁷ Destacaria aqui também o impacto que os filmes produzidos por *crowdfunding* (financiamento coletivo) *O Renascimento do Parto* e o *O Renascimento do Parto 2* tiveram na divulgação e promoção do debate em torno da qualidade da assistência obstétrica brasileira, o parto humanizado e a violência obstétrica. Sugiro a leitura da nota escrita por Simone G. Diniz “O

de dar voz a muitas, apagamentos ocorrem, porém, a produção discursiva em rede do ativismo digital parece promover confrontos e lutas discursivas interessantes entre os movimentos de mulheres em torno do ativismo materno e o movimento de mulheres negras, por exemplo, e do movimento de mães com as ordens científicas, acadêmicas de produção de saber. Ao explorar estes campos discursivos online foi possível perceber como estes choques de perspectivas que acontecem no ativismo digital possibilitam aberturas e deslocamentos discursivos produtivos para uma perspectiva mais ética⁴⁸. Este processo exploratório indicou a ampla riqueza das lutas discursivas que ocorrem nesse espaço das redes e do ativismo materno digital e apontou um campo de pesquisa possível e desejável.

1. Quadro Síntese

PROCEDIMENTOS	CATEGORIAS E TECNICAS
Pesquisa documental	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão da literatura e variedade de documentos no campo discursivo da saúde e movimentos sociais. • Descrição do acervo analisado:

renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso” para um olhar sobre o impacto destas produções coletivas de movimentos sociais sobre à assistência obstétrica brasileira.

⁴⁸ Medrado e Mullher destacam em seu artigo “Ativismo digital materno e feminismo interseccional” um episódio muito interessante de um conflito discursivo que ocorre na plataforma “Cientista que virou mãe” entre feministas negras que vão problematizar a leitura proposta pela autora da plataforma sobre o filme *Histórias Cruzadas (The Help, 2011)*. Durante o processo exploratório desta pesquisa em redes sociais, blogs e plataformas em torno do parto e maternidade também foi possível perceber a riqueza das lutas discursivas que ocorrem nesses espaços entre mães, ativistas, doulas e, inclusive, obstetras que se chocam com a contundência dos debates e abertura que estes espaços digitais promovem para a legitimação de outros saberes.

	<ul style="list-style-type: none">-texto Recomdações da Cedaw(COMITÊ SOBRE A ELIMINAÇÃO DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA AS MULHERES, 2012). - texto da Convenção de Belém do Pará(ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994). - texto da lei orgânica Venezuelana sobre “<i>El derecho de las Mujeres a uma vida libre de violência</i>”(VENEZUELA, 2007a). - A cartilha “<i>Conversando sobre a Violência Obstétrica</i>” (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO; ARTEMIS, 2014). - A cartilha “<i>Direitos das mulheres durante o parto, conversando com os profissionais da saúde e do direito</i>” (COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE, 2017b) - Pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado” da Fundação Perseu Abramo(VENTURI; GODINHO, 2013). - PHPN do Ministério da Saúde(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). -Parecer do CFM sobre a expressão Violência Obstétrica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018a)
--	---

Análise arqueológica	<ul style="list-style-type: none">• Análise das formações discursivas conforme o objeto, conceito, sujeito e modalidades enunciativas, estratégias.
Análise genealógica	<ul style="list-style-type: none">• Análise dos procedimentos de controle discursivo.• Análise das práticas e tecnologias de gênero.

Parte II. Resultados

A análise dos resultados partiu do reconhecimento de pelo menos três campos discursivos na construção da categoria, o campo do direito, o campo do movimento de mulheres e o campo da saúde. Estes recortes epistemológicos recobrem uma multiplicidade de discursos que conformam cada campo discursivo. O campo do direito é atravessado por uma miríade de discursos que se cruzam e se opõem, assim como o campo dos movimentos sociais e o da saúde; existe, porém o recobrimento desta pluralidade discursiva com um discurso mestre, um discurso normativo. A proposta da genealogia consiste justamente em provocar o discurso mestre trazendo à tona as rupturas discursivas e o apagamento dos discursos menores. Assim, partimos do princípio que em toda ordem discursiva, sendo ela hegemônica ou não, haverá a construção de um discurso normativo que procura recobrir com uma unidade discursiva um campo de batalhas. Ao propor uma genealogia procuro promover uma desnaturalização da categoria não com o intuito de comprovar ou não a sua existência ou veracidade, não é disto que se trata, mas de provocar fissuras nos discursos normativos de maneira abrir e parcializar as perspectivas libertando-as de uma universalização do olhar que resulta inevitavelmente na exclusão de outras perspectivas.

Uma revisão bibliográfica de artigos e teses científicas sobre a violência obstétrica evidenciou como esta categoria é recortada pelo campo saúde e quais campos discursivos se interconectam. Partindo da análise Foucaultiana dos discursos, entende-se que ao olhar para uma revisão de artigos e teses “científicas” sobre a categoria já estamos partindo de um campo que se apresenta a partir de procedimentos específicos de exclusão, controle e rarefação dos discursos. Para que a categoria apareça no campo da saúde ela precisa se estabelecer como uma categoria inequívoca, uma categoria mensurável, observável, enfim, uma categoria “cientificamente” legitimada. Com este intuito de conformar a veracidade da categoria os artigos e teses precisam referenciar textos já estabelecidos como normativos que garantem a integridade da categoria. No campo da saúde brasileira, ao olhar para os textos mais

referenciados nesta tentativa de garantir a veracidade da categoria destacam-se três documentos ícones⁴⁹. Um desses documentos ícones a serem citados e referenciados é a Declaração da OMS para a “Prevenção e Eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” de 2014(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014a). Esta declaração da OMS confere à categoria legitimidade dentro do campo da saúde ao atrelar a categoria a um texto produzido por uma autoridade científica, política e uma autoridade do próprio campo discursivo da saúde. O segundo texto invocado na definição da categoria no campo da saúde no Brasil é o texto da lei orgânica Venezuelana sobre “El derecho de las Mujeres a una vida libre de violência” de 2007 que em seu artigo 15 define a violência obstétrica além de explicitar 19 formas de violência contra a mulher como a violência doméstica, a violência institucional, a violência simbólica e outras(VENEZUELA, 2007a). Um terceiro documento citado com bastante frequência neste exercício de conformar a categoria no Brasil é a pesquisa produzida pela Fundação Perseu Abramo em 2010 sobre “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”(VENTURI; GODINHO, 2013). Esta foi uma pesquisa de opinião que procurou trazer um retrato das experiências das mulheres brasileiras e as desigualdades de gênero que ainda afetam as suas vidas. Ao tratar do tema de “Saúde Reprodutiva e Abortamento”, a pesquisa procurou saber sobre a experiência da violência física e verbal durante o parto e divulgou o resultado impactante de que 25% das mulheres entrevistadas haviam relatado sofrer algum tipo de violência durante o parto. Este resultado causou bastante comoção e repercutiu com bastante força entre os movimentos de mulheres e no campo da saúde gerando uma série de

⁴⁹ Ao definir estes textos como icônicos não proponho dizer que estes são os textos primários, que iniciam e dos quais surgem a discussão sobre a violência obstétrica, mas que estes são textos que estabelecem um discursivo normativo sobre a categoria no campo da saúde. No Brasil, as discussões sobre maus tratos e abusos na assistência obstétrica aparecem com bastante vigor desde a década de 80 com o movimento da humanização e organizações como a ReHuNa que, por exemplo, na carta de Campinas, ato de inauguração em 1993 já denuncia “as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência a saúde reprodutiva”(REHUNA, 1993)Internacionalmente, as discussões sobre a qualidade da assistência durante parto aparecem desde o início do século XX.

respostas que procuraram exemplificar, denunciar e responder a este fenômeno amostrado por esta pesquisa de opinião.

Entre estes três textos icônicos que conformam a categoria no campo da saúde, um produzido por uma autoridade do próprio campo discursivo da saúde, o outro um recorte de um texto legal e o terceiro, uma pesquisa de opinião produzida por um órgão de pesquisa ligado ao Partido dos Trabalhadores, observa-se um primeiro apagamento que desvela um “mal-estar” produzido por esta categoria no campo da saúde e aponta para uma luta discursiva. A declaração da OMS de 2014 que é amplamente citada nos artigos sobre a violência obstétrica, apesar de trazer uma extensa definição do que é considerado abuso e maus tratos durante o parto, ela não menciona em nenhum momento o termo violência obstétrica, tal como já mencionei antes neste texto. Considerando que a declaração da OMS é de 2014, e que esta instituição tem um amplo papel regulador no campo da pesquisa em saúde, partimos do pressuposto que esta não aparição do termo na declaração não parte de um desconhecimento já que há registros desta categoria no campo discursivo da saúde desde 2010⁵⁰, mas resulta de uma decisão política relativa às implicações que a categoria carrega para a classe médica. Partindo da observação desta primeira descontinuidade na moldagem da categoria no campo da saúde, tornou-se pertinente abordar a categoria a partir do texto da lei venezuelana, já que diferentes registros de aparecimento da categoria no campo da saúde apontam para o texto da lei como um suposto marco zero da definição da categoria(DA SILVA; SAUAIA; DE MESQUITA SERRA, 2016; MANFRINI, 2017; SENA, 2016)⁵¹.

⁵⁰ Em outubro de 2010 o presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Pérez D’Gregorio cita o termo “obstetric violence” em um editorial online do *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (DA SILVA; SAUAIA; DE MESQUITA SERRA, 2016, p. 45)

⁵¹ Esta pesquisa parte do pressuposto que a lei venezuelana não é o marco zero da definição da categoria, mas que o surgimento desta categoria em um texto legal já marca uma vitória discursiva e a legitimação de perspectivas específicas dentro de um campo discursivo atravessado por diversas ordens.

Haraway, partindo da metáfora do olhar, onde na ciência hegemônica se cria a ilusão de neutralidade, o “truque de deus”(HARAWAY, 1995a, p. 20), propõe que se assuma esta “tecnologia” do olhar da ciência não mais para construir a ilusão de um olhar universal e neutro, mas para construir a prática de uma visão localizada e corporificada que possa se responsabilizar pela perspectiva parcial que este constrói. Assim, a análise dos resultados partiu de três localizações: uma primeira localização na construção jurídica da categoria dentro do contexto latino americano, uma segunda localização nas produções discursivas dos movimentos de mulheres brasileiras e uma terceira localização na resposta da ordem hegemônica da saúde à categoria. Os resultados da análise foram apresentados em três partes que correspondem a estes três recortes e localizações. É importante observar que estes três recortes procuram recobrir as três ordens discursivas observadas e que vão conformar a categoria, no entanto, a análise da categoria parte da compreensão da intertextualidade e interdiscursividade entre as ordens discursivas e de que, portanto, haverá atravessamentos das ordens discursivas em cada recorte proposto na análise a seguir. Em cada recorte procurei abordar o contexto político e de lutas específicas que conformam a categoria e como os atravessamentos e descontinuidades discursivas vão engendrando a experiência da parturição e a categoria mulher.

No terceiro capítulo intitulado “**Descortinando o campo discursivo da Lei Orgânica sobre o Direito da Mulher a uma Vida Livre de Violência**” procurei reconstruir o campo discursivo da lei venezuelana que institucionalizou e legitimou a categoria. Retornando à metáfora apontada por Haraway(HARAWAY, 1995a) das tecnologias do olhar científico, o “truque” do olhar, através desta localização na definição da LOSDMVLV, a proposta é de criar um olhar mais microscópico para o campo discursivo que vai moldar e sustentar a definição da categoria nesse texto. Através deste afunilamento do nosso olhar na definição da LOSDMVLV espero construir um primeiro recorte, uma “lamina de amostra”, por assim dizer, deste campo discursivo de maneira a revelar os conceitos e elementos que constroem a categoria nesse texto. Além do mais, a construção desta “amostra” da categoria no texto da lei venezuelana vai possibilitar a comparação com os outros recortes, os outros olhares que proponho localizar a seguir. Assim, através de um olhar que vai focar e desfocar nos diferentes campos discursivos que se apanham da categoria, o objetivo é construir diferentes “laminas de amostras” da categoria em questão que possam ser comparadas evidenciando as descontinuidades e as

lutas discursivas que se entravam na aparente coesão da categoria conforme o campo discursivo em que ela circula.

No quarto capítulo, “**A Violência no parto: do *advocacy*⁵² feminista ao feminismo negro brasileiro**” o foco se dirigiu para o campo discursivo dos movimentos de mulheres brasileiras com uma análise da moldagem da categoria produzida por este campo, sobretudo a partir do resultado divulgado pela pesquisa da Fundação Perseu Abramo de que 1/4 mulheres brasileiras sofrem de algum tipo de violência durante o parto e a utilização política da categoria que as ONGs feministas e o movimento feminista negro vão fazer da categoria. Cabe observar aqui o desafio particular que se apresentou quando me propus a fazer uma análise a partir do campo discursivo do “movimento de mulheres”. O maior desafio se situou no objetivo e proposta fundamental tanto das perspectivas feministas como dos movimentos de mulheres de falar em nome da mulher⁵³ já que neste processo de falar em nome da mulher, representar a mulher, os movimentos e perspectivas feministas também vão criar uma visão de gênero, visões estas que vão construir verdades sobre o gênero, sexualidade, corpo e parto. O desafio desta proposta foi justamente o de navegar por estes discursos tentando capturar estas construções a partir da categoria violência obstétrica. Um segundo desafio foi o lugar central das novas tecnologias e a internet nas mobilizações e ativismo destes movimentos. O “ciberativismo” é um elemento chave da construção discursiva de diversas militâncias desde a década de noventa e apesar de não caber no escopo desta pesquisa fazer uma análise detalhada desta

⁵² *Advocacy* é um neologismo inglês para se referir a certas práticas feministas de fazer pressão política no governo acionando, por exemplo, um arcabouço legal ou através da prática de lobby.

⁵³ Cabe ressaltar que outros campos discursivos também vão falar sobre e em nome da mulher, porém as perspectivas feministas e os movimentos de mulheres são campos discursivos que fundamentalmente se constroem a partir desta premissa. Esta pesquisa se situa a partir de uma perspectiva feminista crítica e interseccional que vai problematizar esta premissa e a capacidade e limites desta proposta de se falar em nome das mulheres. Mais uma vez reitero a defesa das perspectivas parciais e localizadas como estratégia para evitar uma universalização excludente da categoria mulher.

ferramenta e de suas implicações para a produção de discursos, não haveria como se abordar a moldagem discursiva da categoria violência obstétrica a partir dos movimentos de mulheres no Brasil sem tratar do lugar central do ciberativismo neste processo. Considerando estes desafios, propus neste segundo momento localizar a análise não mais em um texto específico como no caso da lei venezuelana, mas em alguns projetos produzidos por organizações e movimentos de mulheres que procuraram combater a violência obstétrica, e que tiveram bastante repercussão entre os movimentos de mulheres do ciberespaço em torno do parto, com o intuito de analisar as estratégias e construções utilizadas por estes movimentos para se falar em nome da mulher e da experiência do parto e da violência.

O quinto capítulo intitulado “**Mal-estar na obstetrícia**” focou na análise da resposta do campo discursivo da saúde à categoria, sobretudo na resposta das instituições normativas do campo discursivo da saúde brasileira, como por exemplo, o Conselho Federal de Medicina e o Ministério da Saúde. Neste último momento propus focar a análise no embate entre o campo discursivo da saúde hegemônica, representada historicamente pelo discurso da classe médica, mas, que no contexto brasileiro também será representado pelo discurso oficial da saúde pública, e o campo discursivo da saúde contra-hegemônica com os diferentes movimentos do parto humanizado e a perspectiva feminista da saúde. Este embate que se revela através de uma análise da história das práticas obstétricas aponta para mudanças discursivas importantes dentro da perspectiva feminista que vai transformar e alterar a relação discursiva do feminismo com o saber da ciência, além de recobrir uma série de lutas entre classes profissionais. Neste último capítulo, localizei a análise nos textos produzidos pelos órgãos de classe em reação à categoria violência obstétrica assim como nos documentos normativos produzidos pelo Ministério da Saúde, e na análise das práticas de parto legitimadas ao longo do tempo pelos discursos da saúde hegemônica e contra-hegemônica.

3. Descortinando o campo discursivo da Lei Orgânica sobre o Direito da Mulher a uma Vida Livre de Violência.

3.1. Violência Obstétrica uma categoria latino americana

Em uma revisão internacional da terminologia e das perspectivas metodológicas na avaliação dos maus tratos às mulheres durante o parto, as autoras Virginia Savage e Arachu Castro(2017) concluíram que o termo “violência obstétrica” é a categoria que mais aparece no contexto latino americano, tanto nas pesquisas como nas políticas. Segundo as autoras:

Uma ênfase na violência tem sido bastante comum nas definições de maus tratos que emergem de estudos e políticas na América Latina e Caribe. Pelo menos desde a década de 90, estudos regionais começaram a focar nos maus tratos como uma forma de violência ou abuso que se assemelha a outras formas de violência contra a mulher, com algumas formas específicas do contexto clínico das maternidades como as cesáreas desnecessárias ou episiotomias e esterilização não consentida durante o parto .Alguns desses estudos discutem também a violência institucional e estrutural dos sistemas de saúde que refletem desigualdades de gênero e hierarquias de poder dentro das facilidades de saúde. (SAVAGE; CASTRO, 2017, p. 5)⁵⁴

Para esta análise, parti do pressuposto que o texto da lei venezuelana não dá origem à categoria, mas que a própria enunciação desta categoria em texto legal

⁵⁴ Tradução da autora do inglês “na emphasis on violence has been particularly common among definitions of mistreatment that have emerged from studies and policies in Latin American and the Caribbean. At least since the 1990s, the regional research started to focus on mistreatment as forms of violence or abuse that that resembled other forms of violence against women, with some forms specific to clinical maternity settings, such as unnecessary cesareans or episiotomies and unconsented intrapartum sterilizations. Some of these studies also discussed institutional and structural violence from health systems that reflect gender inequalities and Power hierarchies within health facilities.”

venezuelano já responde a uma série de procedimentos de controle e lutas discursivas. Em outras palavras, a aparição da categoria especificamente em um texto legal, e em um texto legal latino americano que versa sobre os direitos da mulher, já evidencia uma “vitoria” discursiva e revela o resultado de mudanças nas práticas e nos conceitos normativos que vão constituir as categorias de gênero.

A lei venezuelana que decorre sobre o direito da mulher a uma vida livre de violência foi criada após a constituição Venezuelana de 1999 que resultou da revolução bolivariana, elemento que teve um papel central na possibilidade da elaboração deste texto legal considerado um dos mais progressistas em questões de direitos da mulher na América Latina. O texto refere-se já no seu título à Convenção Interamericana Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, mais conhecida como a Convenção de Belém do Pará, adotada e ratificada pela Venezuela, assim como pelo Brasil, em 1994. O texto da Convenção de Belém do Pará é um dos primeiros instrumentos legais a conceituar a violência contra a mulher como uma violação dos direitos humanos, uma manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens, e a exigir a garantia destes direitos por parte dos Estados partes. A lei venezuelana pauta-se nestes conceitos traçados pelo texto da convenção elaborando um texto muito mais extenso e abrangente que vai abordar diversas definições e medidas de prevenção e punição.

Assim, a definição da categoria violência obstétrica dentro do texto da lei venezuelana deve ser entendida a partir de uma compreensão do fenômeno dos abusos, maus-tratos, e desrespeito durante o parto como uma violência de gênero e mais especificamente, como o título da lei não deixa dúvidas, uma violência contra a mulher ⁵⁵. Esta caracterização da lei venezuelana acarreta em uma série de

⁵⁵ Esta análise parte de um cuidado com as categorias de análise empregada, faz-se necessário, portanto, esclarecer as diferenças entre as categorias violência de gênero e violência contra a mulher (neste primeiro capítulo, a categoria violência contra a mulher será a mais usada já que, além de ser mais específica, é a categoria utilizada nos textos legais analisados. Apesar de não caber ao escopo da pesquisa fazer uma análise minuciosa das especificidades de cada categoria, as considerações de Saffioti esclarecem uma diferença relevante para a análise desta pesquisa “O uso

implicações e indica o campo discursivo do direito das mulheres, isto é, dos direitos humanos a partir da crítica e perspectiva feminista como campo central na construção do texto legal venezuelano. Além do mais, fica evidente que a categoria gênero é inerente à construção da definição da violência obstétrica no texto da lei venezuelana e, portanto crucial para a análise da categoria violência obstétrica. Pode-se também presumir que qualquer interpretação da categoria que não repouse na centralidade do gênero já opera um apagamento e produz uma descontinuidade na moldagem da categoria.

O texto da lei venezuelana invoca o texto da Convenção de Belém do Pará para se legitimar e apresenta uma leitura e compreensão específica dos conceitos e objetivos traçados pelo texto da Convenção. Ambos os textos legais se inserem em campos discursivos que convergem, como por exemplo, o campo discursivo do direito internacional que parte de uma crítica feminista, mas o texto da lei venezuelana traz recortes específicos que respondem ao campo discursivo do movimento de mulheres venezuelano e de suas lutas locais. Este primeiro mapeamento irá subsidiar a compreensão dos objetos, conceitos, estratégias e modalidades enunciativas produzidas pela categoria da lei venezuelana e permitir entrever as rupturas, descontinuidades que ocorrem quando esta categoria chega ao campo discursivo da saúde brasileira. Com este intuito em mente a análise se centrou principalmente no artigo 15 da lei venezuelana que trata da definição da violência obstétrica e no texto da Convenção de Belém do Pará ao qual o texto da lei venezuelana se refere para validar a sua redação. A análise também se referiu aos documentos produzidos a partir da Convenção Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo de

deste conceito pode, segundo Scott (1988), revelar sua neutralidade, na medida em que não inclui, em certa instância, desigualdades e poder como necessários. Aparentemente um detalhe, esta explicitação permite considerar o conceito de *gênero* como muito mais amplo que a noção de *patriarcado* ou, se preferir, *viriarcado*, *androcentrismo*, *falocracia*, *falologo-centrismo*. Para a discussão conceitual, este ponto é extremamente relevante, uma vez que gênero deixa aberta a possibilidade do vetor da dominação- exploração, enquanto os demais marcam a presença masculina neste ponto” (SAFFIOTI, 2004, p. 70)Retornarei a esta definição que acentua o ”vetor da dominação- exploração” ao analisar a categoria da violência obstétrica no texto da lei venezuelana e a noção de patriarcado.

1995 e da Plataforma de Beijing já que estes trazem elementos para compreender alguns objetos e conceitos traçados pela lei.

O terceiro capítulo da lei venezuelana versa sobre as definições e formas de violência contra a mulher entre estas a violência obstétrica e trata da definição de algumas intervenções e atos que devem ser considerados violências obstétricas tais como obrigar a mulher a parir em posição de litotomia ou praticar a cesárea existindo condições para o parto vaginal no sexto capítulo sobre os delitos, além de estabelecer penas em forma de multas e encaminhamento para a respectiva associação de classe profissional para devido processo disciplinar. A definição da violência obstétrica como sendo:

a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, que se expressa em um tratamento desumanizado, em um abuso da medicalização e patologização de processos naturais causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre os seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres” (VENEZUELA, 2007b)

é amplamente reproduzida no campo discursivo latino americano em que aparece a categoria violência obstétrica. A lei argentina de proteção integral às mulheres sancionada em março 2009, dois anos depois da venezuelana e que tem como objetivo a prevenção e erradicação da violência contra a mulher, traz uma acepção semelhante do conceito de violência que define cinco tipos de violência contra a mulher (física, psicológica, sexual, econômica e patrimonial, simbólica) e seis modalidades de violência da qual a violência obstétrica é descrita como “aquela exercida pelo profissional de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expresso em um trato desumanizado, um abuso da medicalização e patologização dos processos naturais”(ARGENTINA, 2009a). Esta definição decorrente da Lei venezuelana também é reproduzida no Brasil em textos e campanhas de conscientização sobre a violência obstétrica promovidas por movimentos de mulheres e instâncias jurídicas como no folheto produzido pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo junto com o Núcleo de Promoção e

Defesa dos Direitos das Mulheres e a Associação Artemis⁵⁶, assim como nos documentos informativos da OEA (VER ANEXOS).

Apesar do marco bem evidente e específico na procedência da definição da categoria violência obstétrica na America Latina e mais especificamente no Brasil, o artigo “Violência Obstétrica: uma revisão narrativa” conclui que:

O termo violência obstétrica, de acordo com a pesquisas revisadas, não tem um conceito único, nem definido em termos legais devido à falta de instâncias específicas que penalizem os maus-tratos e processos desnecessários aos quais a maioria das mulheres brasileiras é submetida(ZANARDO et al., 2017, p. 9)

Cabe indagar-se se a “falta de conceito único” detectada pelos autores na definição do termo violência obstétrica é apenas o resultado de uma falta de instâncias que penalizem os maus-tratos às mulheres ou se esta aparente inconsistência na definição da categoria na verdade reflete um campo de lutas de saberes pelo controle discursivo do que se entende por este fenômeno, já que existem no Brasil textos normativos que promovem e defendem um entendimento bem claro e preciso dos direitos das mulheres e da compreensão de que existe uma estreita relação entre a defesa dos direitos reprodutivos e sexuais da mulher e a prevenção e erradicação da violência de gênero, assim como textos normativos no campo da saúde que defendem

⁵⁶ A Associação Artemis é uma ONG e um coletivo de mulheres comprometidas com “a promoção da autonomia feminina e prevenção de todas as formas de violência contra a mulher”(“Associação Artemis-ONG contra Violência doméstica e obstétrica”, 2013) que tem tido uma extensa participação na conscientização e combate à violência obstétrica no Brasil inclusive com a criação de um projeto de capacitação jurídica para o enfrentamento da violência obstétrica, um curso intensivo que tem como público alvo alunos e profissionais do direito assim como outros profissionais ligados ao campo da saúde materna e parto, e que tem como objetivo principal habilitar os alunos a identificar e responder juridicamente aos casos de violência obstétrica a partir da compreensão dos textos normativos Brasileiros, a constituição de 88 , as normas dos Ministério da Saúde assim como os textos das Convenções assinadas e ratificadas pelo Brasil que têm peso de emenda constitucional.

uma compreensão da mulher como sujeito autônomo e de direitos⁵⁷. Apesar do Brasil não possuir uma lei específica que conceitue, tipifique e penalize o fenômeno apontado pela categoria da violência obstétrica como as leis venezuelanas e argentinas, o Brasil também é signatário da Convenção Intramericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, mais conhecida como a Convenção de Belém do Pará, assim como da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, a CEDAW, que exigem de todos os países signatários que assegurem os direitos humanos das mulheres e que promovam mudanças concretas no combate à discriminação e a violência de gênero. Além do mais, o Brasil possui uma política de humanização do parto e do nascimento que entende a dignidade da mulher, a sua autonomia e o seu acolhimento como preceitos básicos da humanização, assim como a “adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher”(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b, p. 5), política esta que serve como instância normativa que deveria garantir um parto humanizado à mulher, isto é um parto onde os seus direitos e a sua dignidade sejam respeitados. Sugiro, portanto que a instabilidade na definição da categoria, mais do que revelar a falta de instâncias que penalizem a violência obstétrica revela uma série de lutas subjacentes na moldagem da categoria no campo da saúde e da compreensão desta como uma violência de gênero.

O texto da Convenção de Belém do Pará⁵⁸ traz no seu primeiro artigo uma definição ampla da violência contra a mulher que entende esta como sendo “qualquer

⁵⁷ A mulher como um sujeito autônomo e de direitos é um dos conceitos que pretendemos analisar no percurso desta pesquisa. Ao olhar para os textos normativos no campo da saúde, podemos evidenciar a categoria da mulher como sujeito autônomo e de direitos? os textos produzidos pelo Ministério da Saúde, por exemplo, são textos que podemos considerar como “normativos”? A concepção da categoria mulher como um sujeito autônomo de direitos se sustenta na apreensão da categoria violência obstétrica pelo discurso médico hegemônico?

⁵⁸ O Brasil, assim como 32 outros países, incluindo a Venezuela e a Argentina são signatários da Convenção de Belém do Pará.

ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”. Este primeiro artigo da convenção traz três elementos importantes para a definição da violência contra a mulher, o primeiro elemento é o do gênero, a violência contra a mulher é em primeiro lugar uma violência que se dá por conta de um sistema de gênero. Vale lembrar aqui os apontamentos trazidos por Joan Scott no seu segundo artigo de 2010 sobre a utilidade da categoria de gênero como ferramenta de análise quando o sentido desta categoria se funde com o da categoria mulher. Inclusive, vale lembrar que Scott inicia seu artigo citando a controvérsia que houve a respeito do uso da categoria gênero na Plataforma de Beijing em 1995 para apontar a radicalidade inicial da categoria de análise gênero⁵⁹. A radicalidade do conceito jaz na compreensão do gênero como um sistema de diferenciação sexual descolado das diferenças biológicas, isto é, um sistema de diferenciação sexual “construído sócio-historicamente”. Esta compreensão da violência contra a mulher como uma violência de gênero, isto é, uma violência que existe como resultado de um sistema de gênero historicamente constituído é um elemento chave para compreensão da construção da categoria violência obstétrica quando ela aparece na lei venezuelana e na sua apreensão pelos movimentos contra-hegemônicos da saúde no Brasil, mas é um elemento que não aparece com tanta força no discurso das ordens médicas hegemônicas, como pretendo evidenciar mais adiante⁶⁰. O segundo e terceiro

⁵⁹ No artigo de 2010, Scott relata: “indeed for some people, gender became a polite way of referring to anything that had to do with sex, while sex was reserved for physical acts of love-making and / or copulation. But for others, gender had radical implications that needed to be stopped. This was the case in the prelude to the United Nations Fourth World Conference on Women , held in Beijing, China in 1995. In the weeks before the meeting convened, a subcommittee of the US House of Representatives(1996) held hearings at which republican congressmen and delegates from right-to-life groups pointed to the subversive implications of “gender”. [...] Within the UM, the controversy was such that the Commission on the Status of Women had earlier set up a contact group to seek agreement on the “commonly understood meaning of “gender””(SCOTT, 2010, p. 8)

⁶⁰ No capítulo “Mal-estar na obstétrica” iremos analisar textos publicados nos sites da do CFM, da Febrasgo e da SOGEMIG sobre o tema da violência obstétrica que trazem elementos

elemento da definição de violência contra a mulher no texto da Convenção trata da extensão do fenômeno da violência contra mulher que vai desde sofrimento e dano físico, psicológico e sexual até a morte e do âmbito público ao privado. O segundo artigo da convenção vai especificar ainda mais essa dimensão do que se entende por violência contra a mulher ao incluir que se trata de violência física, sexual e psicológica:

Que tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar, e que seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra. (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994, p. artigo 2o, inciso 2.)

A definição de violência contra mulher estabelecida na Convenção de Belém do Pará em 1994 é uma definição do fenômeno que aponta para a necessidade de se entender este a partir de uma compreensão da violência contra a mulher como uma violência sistemática, um fenômeno que vai do âmbito privado ao público e que é sustentada por uma gama de autores desde as relações pessoais e íntimas até o Estado, incluindo “os estabelecimentos de saúde” (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994, p. art.2 insumo2). A violência contra a mulher é, portanto um fenômeno que decorre por conta de uma estrutura normativa de gênero e, como o texto deixa claro, a expressão de “relações de poder desiguais”. Quando se coloca a definição de uma violência desta forma, como uma questão estrutural que expressa relações de poder desiguais, coloca-se como pergunta imediata a questão da agência, se uma violência é uma violência de gênero e, portanto, uma violência de um sistema de poder que visa construir relações desiguais, quem são os autores, os agentes dessa violência? A caracterização dos abusos e maus tratos na assistência obstétrica como

importantes para a compreensão da conformação desta categoria nos discursos da ordem médica hegemônica e os seus apagamentos.

uma violência de gênero vai construir uma modalidade enunciativa extremamente problemática para o médico obstetra e profissional da saúde responsável pelo parto ao caracterizar este como um possível agressor e agente da opressão da mulher. Esta definição estratégica traçada pelo texto da lei desponta e é resultado de um contexto geopolítico bem específico como já adiantei.

Uma questão a ser ressaltada na compreensão de como a categoria é incorporada no campo discursivo da saúde brasileira é o fato desta definição, que se repete tanto no campo dos movimentos de mulheres como no campo da saúde, ser um recorte de um texto legal extenso que busca criar um corpo jurídico de enfrentamento à violência contra mulher definindo um escopo largo de princípios, deveres, garantias, ações e definições que visam desde a prevenção até o acolhimento das vítimas e as punições para os infratores. A lei venezuelana também institui a criação de tribunais da violência contra a mulher e dispõe sobre a responsabilidade do estado na implementação de políticas públicas de prevenção e atenção à violência contra a mulher sob a direção do Instituto Nacional de La Mujer⁶¹. A definição da violência obstétrica dentro do corpo da lei venezuelana aparece como um dos elementos na definição do fenômeno da violência contra a mulher como uma violência capilar e estrutural e que precisa de medidas de combate diversas e em vários níveis que promovam uma reestruturação da sociedade. Cabe indagar-se quais modificações e apagamentos ocorrem na compreensão da definição traçada pelo texto da lei venezuelana quando ela é tão recortada do seu contexto e do resto do corpo da lei na sua moldagem no campo discursivo brasileiro. Para compreender a moldagem da categoria na lei venezuelana⁶² foi preciso abordar alguns conceitos e estratégias discursivas traçados pela perspectiva feminista do direito. Destarte esta análise precisou se aproximar da crítica feminista do direito liberal com a sua crítica à

⁶¹ Em 2008, o Governo venezuelano de Chavez cria o Ministério de La Mujer Venezolana sob a direção do Instituto Nacional de La Mujer que posteriormente vira o Ministério Del Poder Popular para La Mujer y La Equidad de Género.

⁶² Por questões práticas a pesquisadora escolheu focar no artigo da lei venezuelana, referindo-se a lei argentina semelhante apenas como comentário.

dicotomia público/privado e ao indivíduo abstrato, assim como das discussões feministas sobre direitos reprodutivos, autonomia e autodeterminação corporal como direitos fundamentais para entender as estratégias traçadas tanto pelo texto da Convenção de Belém do Pará como as da LOSDMVLV. Um mapeamento mais específico e local do campo discursivo da LOSDMVLV permitiu elucidar os conceitos de “apropriação do corpo e dos processos reprodutivos” e “desumanização, medicalização e patologização dos processos naturais”, assim como apontar algumas estratégias particulares da lei venezuelana.

A leitura do texto legal venezuelano à luz de uma compreensão do contexto histórico do país revela uma ligação estreita entre o processo de lutas políticas venezuelano e a luta dos movimentos feministas pela igualdade de gênero e o combate à opressão e violência contra a mulher. Aliás, a história dos movimentos feministas latino-americanos se entrelaça à história dos processos de democratização dos países latino-americanos. As rupturas e descontinuidades que se observam na incorporação da categoria pelos campos discursivos venezuelano e brasileiro evidenciam as particularidades históricas dos movimentos feministas e das lutas políticas de cada país. Assim proponho lançar luz sobre o contexto histórico e político venezuelano que resulta na criação da LOSDMVLV para contrapô-lo ao contexto histórico dos movimentos feministas brasileiros e assim clarear como se dá a relação da construção da mulher como um sujeito de direitos e da percepção da violência contra a mulher como um elemento central no combate à opressão e discriminação em cada país⁶³.

Para entender o contexto em que aparece o texto da lei venezuelana faz-se necessário entender o processo de construção da Constituição Venezuelana de 1999

⁶³ Este trabalho não tem o intuito de fazer uma análise aprofundada dos contextos políticos e da relação histórica dos movimentos feministas com a construção das democracias latino-americanas, por isso não irei me aprofundar em uma leitura crítica sobre estes movimentos. Sugiro a leitura da tese da Elida Ponte Sánchez, o livro “Engendering Democracy in Brazil: Women’s Movements in transition politics” da Sonia Alvarez e a coletânea “Feminismo y Cambio Social em América Latina y El Caribe” sob a coordenação de Alba Carosio para uma leitura mais precisa.

que resultou das lutas pelo poder da revolução bolivariana presidida por Hugo Chavez. Elida Aponte Sánchez⁶⁴ em seu artigo “*La violencia contra las mujeres em Venezuela: la respuesta institucional*” descreve a extensa participação dos movimentos de mulheres na assembléia nacional constituinte que gerou o texto da nova constituição venezuelana. A autora, apesar de trazer críticas ao governo de Chavez, aponta como a constituição de 1999 traz avanços inegáveis para a construção da mulher como um sujeito político e a garantia de sua cidadania ao considerar as pautas estabelecidas pelos tratados internacionais ratificados⁶⁵ pela Venezuela e a pressão dos movimentos de mulheres. Segundo a autora, os movimentos revolucionários na tentativa de angariar uma base política de apoio reivindicaram para si a defesa dos direitos de povos e setores historicamente excluídos como os povos indígenas, crianças, idosos e mulheres(SÁNCHEZ, 2012)Quando a nova constituição é aprovada, a Venezuela já fazia parte de tratados internacionais que promoviam e asseguravam os direitos das mulheres como a CEDAW, a Convenção de Belém do Pará e a Convenção de Cairo. O momento de reconstrução política permitiu que estes textos normativos internacionais fossem considerados na elaboração do novo corpo legal venezuelano. A autora conta como antes da LOSDMVLV já havia um projeto de lei, a lei sobre a violência contra a mulher e família que discorria sobre a violência doméstica. Esta lei, porém não conseguia entrar em vigor devido a um recurso de inconstitucionalidade contra os artigos da lei que tratavam sobre as medidas cautelares como o afastamento do indivíduo agressor do lar, a sua prisão temporária e proibição de contato com a vítima. Sánchez descreve como os movimentos feministas aproveitaram o novo momento político para retomar o texto da lei ampliando e

⁶⁴ Elida Ponte Sánchez , além de ser coordenadora dos estudos de gênero da Universidade Del Zulia e coordenadora geral da rede venezuelana sobre violência contra a mulher (REVIMU) , participou diretamente na construção da Constituição Venezuelana de 1999 através da assembléia nacional constituinte.

⁶⁵ Destacam-se, além da Convenção de Belém do Pará e a CEDAW, a conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento das Nações Unidas, a Conferência de Cairo e a Plataforma de Beijing que reconhecem a proteção da saúde reprodutiva e sexual como um direito básico na garantia dos direitos humanos.

avanzando o escopo da compreensão jurídica para o enfrentamento da violência contra mulher. Ela descreve o novo texto da LOSDMVLV:

A Lei Orgânica Sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência é, no ordenamento jurídico venezuelano, uma lei inovadora. Entre outros aspectos, porque rompe com a dicotomia público-privado e faz dos delitos da violência contra as mulheres, delitos de ação pública, o que a caracteriza como mais progressista, inclusive se comparada a algumas leis vigentes sobre esta matéria, em outros países (SÁNCHEZ, 2012, p. 326)⁶⁶

Ao rebater as críticas de que a lei seria excessivamente repressiva e punitiva a autora argumenta e reitera que a lei foi concebida como uma resposta integral à “violência machista ou sexista” Esta concepção da lei como uma resposta integral é de suma importância na compreensão da caracterização da violência obstétrica como uma modalidade desta violência machista⁶⁷. Assim no primeiro artigo da lei venezuelana se define como um dos seus objetos impulsionar “mudanças nos padrões socioculturais que sustentam a desigualdade de gênero e as relações de poder sobre as mulheres”(VENEZUELA, 2007a). Como foi apontado anteriormente, a definição da violência obstétrica como uma das modalidades da violência contra as mulheres se

⁶⁶ Tradução da autora do espanhol: “La Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia es, en el ordenamiento venezolano, una ley innovadora. Entre otros aspectos, porque rompe con la dicotomía público-privado y hace de los delitos de violencia contra las mujeres, delitos de acción pública, lo que caracteriza como más progresista, incluso, que algunas leyes vigentes sobre la materia, en otros países.”

⁶⁷ Não cabe a esta pesquisa avaliar a efetividade da lei no seu objetivo traçado. No entanto, as críticas apontadas por Sánchez sobre os limites do texto jurídico na sua implementação e reforma social que este objetivava trazem algumas considerações para uma reflexão sobre o alcance do texto legal como uma ferramenta de mudança social e os seus limites. Sánchez aponta a resistência do próprio governo à implementação concreta da lei, sobretudo ao capítulo IV da lei que se refere à implementação de políticas públicas de prevenção e atenção, assim como a resistência e crítica maciça de outros setores como a mídia que promoveu uma campanha difamatória quando esta foi implementada, assim como a falta de penetração da teoria feminista e de resistência à teoria feminista como alguns dos limites na sua concretização.

enquadra nesta compreensão de que a violência contra as mulheres não é um fenômeno aleatório ou acidental, mas uma violência estrutural que sustenta desigualdades de gênero históricas e relações de poder que impedem as mulheres de acederem a um lugar de igualdade e plena cidadania⁶⁸. Esta compreensão traçada pelo texto da Convenção de Belém do Pará se transcreve e é ampliada na lei venezuelana que vai caracterizar definição da violência contra as mulheres como

todo ato *sexista* que tenha ou possa vir a ter um resultado danoso ou sofrimento físico, sexual, psicológico, emocional, laboral, econômico o patrimonial, a coação ou privação arbitrária de sua liberdade, assim como ameaça de executar tais atos, tanto produzidos no âmbito público como privado. (VENEZUELA, 2007a)(itálico da autora)

Se compararmos esta definição com a do texto da Convenção que define no seu artigo primeiro a violência contra a mulher como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”, percebe-se não somente uma ampliação da definição⁶⁹, mas também uma radicalidade na caracterização da definição da violência contra as mulheres como todo “ato sexista” que aponta para uma compreensão mais crítica alinhada a perspectiva teórica feminista marxista que entende o fenômeno a partir dos conceitos de dominação patriarcal, conceito que irei destrinchar mais adiante e que é essencial para a compreensão da categoria violência obstétrica no texto venezuelano. Esta radicalidade evidenciada no texto da lei venezuelana é o resultado de uma brecha específica no processo político venezuelano

⁶⁸ Esta compreensão da violência obstétrica como uma violência estrutural de gênero é obscurecida na apreensão da ordem discursiva da medicina hegemônica brasileira que vai procurar defender a compreensão do fenômeno da violência obstétrica como uma exceção da prática obstétrica e que a sua ocorrência se deve muito mais à falta de recursos e más condições de trabalho dos profissionais de saúde do que a uma questão de gênero.

⁶⁹ O segundo artigo da convenção de Belém do Pará, já citado neste trabalho, expande a definição acentuando a questão do público/privado, porem a caracterização da violência em 19 modalidades extrapola o texto da Convenção.

onde, devido à construção de uma mobilização política revolucionária de cunho socialista liderada por Hugo Chavez e protagonistas como Maria León, ex-guerrilheira e figura proeminente do governo chavista, pautas contra-hegemônicas como as dos movimentos feministas foram largamente atendidas, pelo menos na elaboração dos textos constituintes (ALVA; CASTAÑEDA, 2009; CAMACARO CUEVAS, 2009a; SÁNCHEZ, 2012). Maria Elena Alva e Nora Castañeda⁷⁰ defendem com veemência que na república bolivariana de Chavez “o feminismo na sua essência é antipatriarcal, anti-imperialista e anticapitalista, e é, portanto, revolucionário”(ALVA; CASTAÑEDA, 2009, p. 123). Não cabe a esta pesquisa analisar a propriedade destas afirmações, no entanto estes comentários indicam uma perspectiva ideológica muito clara na construção do texto legal em análise. As autoras comentam o corpo de leis e estratégias traçadas pelo governo venezuelano desde a instauração da constituição de 1999:

O propósito é impulsionar o feminismo socialista. A definição conceitual já acolhida pelo Ministério do Poder Popular para a Mulher e a Igualdade de Gênero e que se traduz em uma estrutura organizativa com o propósito revolucionário e comprometido com a superação da ideologia patriarcal. Isto inclui, como comentamos antes⁷¹, instrumentos e esquemas não somente de atenção e ações com e para as mulheres, mas principalmente de transformação da ideologia patriarcal e as suas expressões, e a formação do pensamento feminista ao alcance e com a participação de todas. (ALVA; CASTAÑEDA, 2009, p. 131)

Pode-se afirmar que os conceitos, objetos e estratégias apresentadas no corpo da LOSDMVLV inserem-se tanto no campo discursivo das lutas pelos direitos das

⁷⁰ Maria Elena Alva é Coordenadora da Planificação do Banco de Desenvolvimento da Mulher e Professora Universitária e Nora Castañeda a Presidenta do Banco de Desenvolvimento da Mulher e Professora Universitária.

⁷¹ As autoras mencionam previamente o corpo de leis e instrumentos criados após a constituição de 99 que visam a garantia da igualdade de gênero, tais como a criação do Inmujer, Instituto Nacional da Mulher, do BanMujer, banco de desenvolvimento da Mulher e a LSDMVLV entre outras(ALVA; CASTAÑEDA, 2009, p. 124–125)

mulheres, constituído internacionalmente pelas convenções da ONU e OEA, como mais especificamente, no campo discursivo do feminismo socialista que se constitui no processo revolucionário venezuelano. Esta localização do campo discursivo evidencia alguns conceitos chaves e específicos da perspectiva feminista e, sobretudo, de uma perspectiva feminista socialista que vai atravessar a construção da definição da violência contra as mulheres no texto da lei venezuelana. Na introdução da coletânea “Feminismo y Cambio Social em América Latina y el Caribe”, Alba Carosio descreve como as transformações sociais e políticas dos países latino americanos acompanham as transformações e o pensamento feminista latino americano que ela descreve como um pensamento crítico contra-hegemônico e contracultural que visa desmontar a “opressão e exploração patriarcal, fundada no contrato sexual que da base ao contrato social” (CAROSIO; VALDIVIESO, 2012, p. 10) Carosio aponta como o feminismo latino americano parte da compreensão de uma imbricação de sistemas de dominação isto é de uma articulação entre patriarcado, capitalismo, racismo e imperialismo. Ela descreve:

As opressões percebidas e nomeadas pelo feminismo latino americano são matéria prima para propostas audaciosas que enriquecem os olhares e subvertem a fragmentação social, a mercantilização, a desintegração da vida, o patrimonialismo herdado do neoliberalismo que sobrevive inclusive no interior das dinâmicas e processos de mudanças (CAROSIO; VALDIVIESO, 2012, p. 12)

A LOSDMVLV é, portanto uma dessas “propostas audaciosas” apontadas por Carosio que tem como objetivo combater as desigualdades de gênero a partir de uma perspectiva feminista que se localiza em uma leitura concreta e histórica da opressão das mulheres e que entende a divisão estabelecida pela doutrina liberal do direito entre o público e o privado como uma estratégia de dominação patriarcal.

Para entender a leitura proposta por esta perspectiva feminista venezuelana foi preciso incorrer no conceito de público versus privado traçado pelo direito liberal e a crítica que a perspectiva feminista de esquerda vai fazer deste. O arcabouço legal construído durante a década de 90 a partir das convenções e plataformas da ONU e OEA procurou responder a posição histórica de desigualdade das mulheres que

inviabiliza o seu acesso a uma cidadania plena a partir de uma perspectiva crítica do direito liberal. No texto da Convenção de Belém do Pará, por exemplo, um dos conceitos chaves estabelecidos para o combate a violência contra as mulheres e a compreensão da situação de desigualdade histórica e jurídica das mulheres é divisão das esferas públicas e privadas. A perspectiva feminista crítica do direito vai demonstrar como a defesa da não intervenção do estado no privado, sobretudo na perspectiva neoliberal, é uma decisão política que mantém as desigualdades de gênero ao não considerar a relegação histórica das mulheres as esferas privadas, e o fato de que é na esfera doméstica onde a maioria das violações contra as mulheres acontece (MACKINNON, 1987; OKIN, 2008; SAFFIOTI, 2001). O apeço a esta dicotomia evidenciada nas construções do direito clássico e a defesa da não intervenção no espaço privado impedem a visualização da violência contra as mulheres como um fenômeno estrutural que perpassa o público/privado. Catharine McKinnon no seu artigo “Privacy v. Equality: Beyond Roe v. Wade” faz uma análise crítica da construção jurídica do aborto legal neste famoso caso do direito americano a partir do entendimento e da defesa do aborto como uma questão do direito à privacidade, ela explica:

O [meu] argumento é que a doutrina da privacidade reafirma e reforça o que a crítica feminista da sexualidade critica: a divisão público/privado. O significado político e ideológico do privado como doutrina legal está conectado com as consequências concretas da divisão do público/privado para a vida das mulheres (MACKINNON, 1987, p. 93)⁷²

No que tange a análise da categoria violência obstétrica no corpo da lei venezuelana, as leituras feministas sobre o problema da construção do público/privado para o direito das mulheres apontam para a tentativa traçada pelo texto legal venezuelano de definir os espaços intermediários entre o público e o privado onde a

⁷² Tradução da autora do inglês : “the argument is that privacy doctrine reaffirms and reinforces what the feminist critique of sexuality criticizes: the public/private split. The political and ideological meaning of privacy as a legal doctrine is connected with the concrete consequences of the public/private split for the lives of women”

violência contra as mulheres acontece e de estabelecer os autores e agentes dessas violências. Um dos objetivos traçados na construção da definição da violência contra as mulheres a partir de uma enumeração de diferentes modalidades da violência que ocorrem em espaços que atravessam essa dicotomia público/privado é justamente o de sublinhar este aspecto estrutural da violência de gênero e de responsabilizar e nominar os agentes desta violência. Assim, a definição das modalidades de violência contra as mulheres vai procurar demonstrar não somente os tipos de violência (violência psicológica, sexual, física, patrimonial, econômica), mas também os espaços onde estas acontecem (no espaço doméstico, no trabalho, nas instituições, na mídia) e os agentes da violência (o conjugue, qualquer estranho, o patrão, funcionários e agentes do estado, profissionais de saúde). Mais do que tentar incluir todos os agentes possíveis, a definição das modalidades de violência contra as mulheres procura acentuar os eixos (os agentes perpetradores da violência, que podem ser indivíduos ou instituições¹) e os espaços sociais em que esta acontece (espaços que se estendem do privado ao público, desde o espaço doméstico até a mídia e os espaços institucionais, por exemplo).

A categoria da violência obstétrica vai consequentemente apontar o hospital como um espaço intermediário entre o público e o privado onde historicamente se exerce um tipo específico de violência contra a mulher e vai nominar a obstetrícia e os profissionais de saúde como os agentes principais que respondem por esta violência. A perspectiva feminista socialista que pauta as leis venezuelanas vai entender o fenômeno da violência contra as mulheres que se estende nos espaços sociais mais diversos não apenas como uma violência estrutural, mas também e mais precisamente como uma expressão histórica da dominação patriarcal. Para esta perspectiva nomear claramente esta violência, evitando definições neutras e generalistas, apontando as particularidades de cada modalidade de violência e os seus agentes específicos é uma estratégia crucial no combate as desigualdades de gênero.

3.2.A definição da violência obstétrica como estratégia de revelação da dominação patriarcal

A perspectiva feminista marxista tem apresentado diversas críticas ao uso da categoria de gênero nas análises feministas e do uso de termos neutros em políticas de defesa dos direitos das mulheres já que para esta a neutralidade do direito liberal tende a proteger o privilégio de classes dominantes. Esta perspectiva crítica defende o uso de estratégias discursivas que procurem materializar e nomear a dominação e exploração das mulheres, evitando estratégias discursivas que se respaldem em imparcialidade, neutralidade ou conceituações abstratas, já que, como esta aponta a neutralidade e as abstrações do direito tradicional são estratégias que têm como objetivo invisibilizar a situação concreta das mulheres e dificultar o seu acesso a uma cidadania plena ao velar as desigualdades de gênero que vão constituir os espaços sociais e os processos de dominação e exploração. Saffioti, pensadora crítica do uso indiscriminado do conceito de gênero explica:

O conceito de gênero não explicita necessariamente, desigualdades entre homens e mulheres. Muitas vezes, a hierarquia é apenas presumida. Há, porém, feministas que vêem a referida hierarquia, independentemente do período histórico, impedindo uma interlocução adequada e esclarecedora entre as adeptas do conceito de patriarcado, as fanáticas pelo gênero, e as que trabalham considerando a história como processo, admitindo a utilização do conceito de gênero para toda a história, como categoria geral, e o conceito de patriarcado como categoria específica de determinado período, ou seja, para os seis ou sete milênios mais recentes da história da humanidade (LERNER, 1986, JOHNSON, 1997, SAFFIOTI, 2001). Em geral, pensa-se ter havido primazia masculina no passado remoto, o que significa, e isto é verbalizado oralmente e por escrito, que as desigualdades atuais entre homens e mulheres são resquícios de um patriarcado não mais existente ou em seus últimos estertores. De fato, como os demais fenômenos sociais, também o patriarcado está em permanente transformação. (SAFFIOTI, 2004, p. 45)

A perspectiva feminista socialista vai defender, portanto que patriarcado é um conceito relevante nas análises das desigualdades de gênero porque este se refere a um sistema de poder e dominação masculina historicamente constituído que ainda

persiste, apesar de sofrer transformações. A violência contra as mulheres exercida por agentes particulares e em espaços diversos e específicos que atravessam os âmbitos privados e públicos seria uma expressão concreta desta dominação patriarcal e do contrato sexual e social que exclui a mulher como sujeito do direito liberal (PATEMAN; AVANCINI, 1993; SAFFIOTI, 2004). Por esta razão, o texto da lei vai trazer uma definição específica de violência obstétrica que não se confunde com a da violência institucional (categoria também definida no corpo da lei venezuelana). Assim, a categoria da violência obstétrica no corpo da lei venezuelana tem como objetivo denunciar a prática da medicina hegemônica e da obstetrícia clássica como uma expressão histórica desta dominação patriarcal. A violência é obstétrica porque, justamente, este é um fenômeno particular que decorre da dominação e do controle específico e historicamente retratado do saber médico e obstétrico sobre o corpo das mulheres e dos seus processos reprodutivos e do domínio de um saber e de uma prática hegemonicamente masculina sobre um fenômeno da vida que outrora fora de domínio das mulheres (DIAS, 2015; EHRENREICH; ENGLISH, 1973; FEDERICI, 2016; PEREIRA; PITA, 2016; RATTNER, 2010; VIEIRA, 2002). Descrever a violência obstétrica como uma mera violência institucional, por exemplo, não evidenciaria a dominação patriarcal promovida nas construções hegemônicas do saber e da prática médica sobre os processos reprodutivos e o corpo da mulher (DUDEN, 1986; ROHDEN, 2001; VIEIRA, 2002). A definição dos maus tratos sofridos pelas mulheres durante a assistência ao parto como apenas uma questão de violência institucional promove um apagamento da construção histórica de um saber médico e obstétrico que sustentou práticas e relações de gênero, classe e raça desiguais. A categoria violência obstétrica é, portanto uma categoria combativa que visa denunciar a hegemonia obstétrica sobre os processos reprodutivos e atenção ao parto. Esta perspectiva parte de uma visão crítica da história da obstetrícia moderna que entende a sua hegemonia como um processo ideológico de dominação. Para esta é justamente a visão iluminista e eurocêntrica, que funda a clínica moderna e que vai associar a razão e a cultura à figura do homem, e do médico que se contrapõe à figura da mulher associada à natureza e aos seus “processos naturais” e caóticos, que justifica o domínio de um sobre o outro.

As autoras Alva e Castañeda explicitam os conceitos traçados pela perspectiva feminista socialista venezuelana:

A opressão e dominação das mulheres é consequência atualmente de dois fatores concomitantes: o capitalismo e o patriarcado, que dão origem a família nuclear que sustenta a ideologia e prática da divisão sexual do trabalho, a mulher no âmbito privado e responsável pelo trabalho doméstico não remunerado (espaço das idênticas) e os homens no público (espaço dos iguais), pelo qual mutuamente se mantêm e se reforçam(CASTAÑEDA, 2009, p. 122)⁷³

As autoras prosseguem afirmando que a perspectiva defendida nas leis e instrumentos legais venezuelanos se enquadra no conjunto teórico do feminismo marxista, do feminismo radical e do ecofeminismo⁷⁴(CASTAÑEDA, 2009) A crítica feminista marxista que pauta a lei venezuelana vai entender o fenômeno da violência a partir dos eixos de dominação e exploração constituídos no contrato sexual e social do patriarcado e capitalismo(PATEMAN; AVANCINI, 1993; SAFFIOTI, 2004). Assim, o contrato social vai estabelecer o domínio patriarcal dos homens sobre as mulheres e das classes dominantes sobre as classes produtivas, assim como a exploração, não somente do trabalho doméstico não remunerado das mulheres, como também de sua capacidade reprodutiva. Esta leitura da crítica feminista marxista permite entender o conceito descrito na lei de “apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde”. A categoria violência

⁷³ Tradução da autora do espanhol: “la opresión y la dominación de las mujeres ES consecuencia, hoy, de dos factores concomitantes: el capitalismo y el patriarcado, los que dan origen a la familia nuclear que afianza la ideología y la práctica de la división sexual del trabajo, la mujer en el ámbito privado y responsable del trabajo doméstico no remunerado (espacio de las idénticas) y los varones en el público (espacio de los iguales), por lo que mutuamente se mantienen y se refuerzan.”

⁷⁴ A referência às estas diferentes perspectivas feministas que compõem um conjunto teórico que se une na visão de uma dominação patriarcal e capitalista é de suma importância para a compreensão da definição da violência obstétrica traçada na lei. O Ecofeminismo apontado pelas autoras, por exemplo, vai trazer subsídios para compreender a definição de processos naturais apontados na lei.

obstétrica na lei venezuelana aponta para este eixo de dominação patriarcal e define a violência obstétrica justamente como este processo de apropriação do corpo das mulheres e de sua função reprodutiva que ocorre na prática da obstetrícia tradicional e coloca, portanto os profissionais de saúde que seguem a prática obstétrica hegemônica como agentes que promovem a dominação patriarcal e a hegemonia do saber obstétrico como uma questão ideológica. Os conceitos extraídos da crítica marxista à exploração laboral são evidentes na definição da violência obstétrica como apropriação reprodutiva e na denúncia da obstetrícia hegemônica como uma prática de dominação patriarcal, capitalista e imperialista. A pesquisadora venezuelana Marbella Camacaro, em seu artigo “Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico, improntas de la praxis obstétrica”⁷⁵ denuncia o processo histórico de hospitalização do parto e a sua naturalização como uma “alienação coletiva” que “aceita como natural e normal que meninos e meninas nasçam em um lugar de doença.”(CAMACARO CUEVAS, 2009a, p. 149)⁷⁶. Para a autora venezuelana é preciso se perguntar quais são os interesses velados por trás do movimento de institucionalização do parto. Para isto, ela recorre à perspectiva feminista e a metodologia de gênero e conclui que:

Desde o nascimento da medicina moderna até os dias de hoje, sem deixar de considerar as tensões sociais que abriram brechas e contestações durante momentos de mudanças históricas, as mulheres têm sido pensadas

⁷⁵ Este artigo da autora se pauta em uma extensa pesquisa sobre o imaginário coletivo dos obstetras e profissionais de saúde em torno do corpo da mulher e dos processos reprodutivos de mulheres gestantes de baixo risco em um hospital universitário venezuelano.

⁷⁶ Tradução da autora do espanhol: “La preeminencia del hospital como el espacio apto para el proceso obstétrico, nos obliga a escudriñar los intereses sublimados por el poder de la ciencia, que llevan a crear una conciencia colectiva que acepta como natural y normal que niños y niñas nazcan en un lugar de enfermedad. La construcción de esta enajenación colectiva conlleva una encrucijada dramática frente a esta mentira que se funda como verdad social; es preciso inquirir su posibilidad de consolidación como realidad”.

como objetos, não como sujeitos, e o poder médico tem se adjudicado progressivamente o direito de estabelecer quem são as mulheres e como devem ser tratados seus corpos e suas vidas. O modelo dominante ocidental de atenção à reprodução humana se sustenta em uma ideologia que vai impregnar significados patriarcais aos diferentes momentos da gestação, do parto e do puerpério. Esta ideologia, além do mais, se reproduz constantemente, mantendo assim um concepção determinada da gestação e maternidades como funções essenciais das mulheres(CAMACARO CUEVAS, 2009b, p. 150)⁷⁷

A leitura de Camacaro ecoa as críticas da perspectiva ecofeminista, e, sobretudo da perspectiva ecofeminista latino americana que entende a hegemonia obstétrica como, não somente um processo de dominação patriarcal, mas também um processo ideológico e de dominação cultural. Para estas perspectivas, este “modelo dominante ocidental”, isto é, o modelo iluminista da racionalidade e de todas as práticas e saberes que decorrem deste se sustenta em uma lógica dualista que vai dividir e associar o mundo da razão e da cultura ao mundo dos homens e contrapô-lo à natureza e o primitivo que se associam não somente à figura da mulher, mas também dos povos não ocidentais. A identificação da mulher com o mundo natural, um mundo caótico e não civilizado justifica as desigualdades de gênero e a sua opressão, assim como a associação dos povos não ocidentais ao primitivo justifica o processo de colonização e apropriação. O termo “apropriação do corpo e dos processos reprodutivos” remete ao processo histórico da colonização e da apropriação das terras dos povos indígenas identificando o processo de medicalização do corpo da mulher com o processo de colonização e domínio da natureza e dos povos não

⁷⁷ Tradução da autora do espanhol “Desde el nacimiento de la medicina moderna hasta nuestros días, sin dejar de tomar en cuenta las tensiones sociales que abren brechas y contestaciones durante los avatares históricos, las mujeres han sido pensadas como objetos, no como sujetos, y que el poder médico se ha adjudicado progresivamente el derecho de establecer quiénes son las mujeres y cómo deben ser tratados sus cuerpos y sus vidas. El modelo dominante occidental de atención a la reproducción humana, se sustenta en una ideología que impregna de significados patriarcales los distintos momentos, como el embarazo, parto y puerperio. Esta ideología además se reproduce constantemente, manteniéndose así una determinada concepción social del embarazo y de la maternidad como funciones esenciales de las mujeres.”

civilizados e inclusive dos saberes locais e tradicionais⁷⁸. As perspectivas feministas que pautam a construção da categoria violência obstétrica no texto da lei venezuelana são muito claras e veementes nas suas críticas à primazia do saber e da prática obstétrica e na compreensão desta como um processo de dominação historicamente datado que visou o controle dos processos reprodutivos da mulher e se apropriou de práticas e saberes de cuidado que antes eram essencialmente do domínio das mulheres nas figuras das parteiras e curandeiras tradicionais. A categoria violência obstétrica que parte das perspectivas críticas apontadas acima procura promover uma desnaturalização e inversão na imagem do médico como um sujeito detentor de saber e protetor da vida e qualificando-o como um possível agressor, agente perpetrador da dominação patriarcal e da exploração do corpo da mulher e a mulher como objeto e vítima dessa violência patriarcal⁷⁹. Vale ressaltar que a perspectiva marxista e ecofeminista traçada pela definição da violência obstétrica na lei venezuelana que vai denunciar a prática da obstetrícia hegemônica como uma violência que visa dominar os processos reprodutivos das mulheres se insere em uma perspectiva política latina americana crítica contra hegemônica que, como Valdivieso assinala na sua introdução para a coletânea “feminismo y Cambio Social”, procura libertar as práticas de saber latino americanas da “carga epistêmica eurocentrada do projeto de modernidade” e que se sustenta no paradigma e metáfora apontado por Boaventura De Sousa Santos de uma “epistemologia do sul” (ALVA; CASTAÑEDA, 2009, p. 22).

⁷⁸ Esta leitura que aparece na definição da categoria violência obstétrica não fica muito evidente na LOSDMVLV, porém ela é muito clara nas falas das autoras venezuelanas citadas anteriormente que participaram ativamente dos processos constituintes e se reflete no resto do corpo legal venezuelano que traz na figura emblemática de Hugo Chavez e nos seus discursos a proposta clara de combater o capitalismo e o imperialismo ocidental. Esta leitura também reverbera com toda uma crítica latino americana dos saberes hegemônicos e das epistemologias euro centradas e da necessidade de se reconstruir as epistemologias a partir de uma perspectiva descolonizadora.

⁷⁹ No segundo e terceiro capítulos irei explorar estas caracterizações, a sua perpetuação nos campos discursivos da saúde hegemônica e nos processos em torno de direitos reprodutivos e a inversão proposta pela categoria e os efeitos desta para a classe médica e o lugar subjetivo problemático da mulher como vítima construindo pela categoria.

Esta conceituação traçada pela perspectiva ecofeminista da categoria mulher associada à natureza e da experiência o parto sem intervenções como empoderamento se reproduz também nos movimentos de mulheres brasileiras em defesa do parto humanizado, como aponta Tornquist em seu artigo “*Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto*”(TORNQUIST, 2002a) e Alzuguir e Nucci no artigo “*Maternidade Mamífera: concepções sobre natureza e ciência em uma rede social de mães*”(ALZUGUIR; NUCCI, 2015a)No entanto, no contexto brasileiro como irei demonstrar no quinto capítulo,os movimentos pela humanização do parto como a ReHuNa, assim como as políticas de humanização do Ministério da Saúde que ocorrem desde a década de 90 vão ancorar o debate e a crítica à práxis obstétrica intervencionista em um discurso fortemente científico a partir da defesa de uma prática obstétrica alicerçada no paradigma da medicina baseada em evidências. Sugiro, portanto que a perspectiva traçada pela definição da lei venezuelana se insere em uma perspectiva política e ideológica que responde ao processo de lutas revolucionárias venezuelanas na defesa de um projeto de nação muito particular no contexto da geopolítica latino americana, perspectiva esta alinhada à ideologia anti-imperialista, anticapitalista e crítica à hegemonia dos saberes hegemônicos ocidentais. Este contexto específico venezuelano pode trazer semelhanças com movimentos e o contexto de lutas brasileiras, porém eles não se confundem.As perspectivas e os conceitos traçados pelos movimentos de mulheres brasileiras em torno da humanização e a amplificação e reprodução destes discursos no Brasil tem consequências particulares que apontam para o nosso contexto histórico, político, social.Assim a medicalização e hospitalização do parto são compreendidas por esta perspectiva feminista socialista, ecofeminista venezuelana como efeitos concretos do projeto de dominação patriarcal, capitalista e imperialista que se apropria dos processos reprodutivos através de práticas específicas que visam o controle do corpo da mulher e de suas funções. No contexto brasileiro, por exemplo, o debate sobre violência obstétrica e a humanização do parto torna-se uma pauta de luta política muito importante para o movimento de mulheres negras brasileiras que se apoderam destas categorias para denunciar o racismo estrutural e institucional da práxis obstétrica brasileira como irei demonstrar no quarto capítulo.

3.3. Patologização, processos naturais e autonomia na construção da categoria mulher na lei venezuelana.

A categoria da violência obstétrica na LOSDMLV abarca, portanto estas duas estratégias: a primeira consiste em evidenciar as práticas da obstetrícia hegemônica que resultam na medicalização excessiva dos processos reprodutivos como uma forma de dominação de gênero e uma violência estrutural, a segunda consiste em usar o conceito de violência como estratégia discursiva no campo do direito para construir os direitos formais e materiais das mulheres como um objeto do campo jurídico venezuelano⁸⁰. Se o conceito de violência usado no texto da convenção de Belém do Pará serve como estratégia e contraponto para reafirmar os direitos fundamentais da mulher, o conceito de violência na categoria da violência obstétrica dentro da LOSDMVLV serve como contraponto para construir os direitos reprodutivos da mulher dentro do campo legal venezuelano. Saffioiti em seu texto “Gênero, patriarcado, violência” vai delinear uma análise importante para a compreensão dos objetivos e definições traçados pelo corpo das leis aqui em análise. Ao comentar a dificuldade de se estabelecer uma definição objetiva da violência quando se considera o que é violento a partir da perspectiva de mulheres, ou de se entender a violência simplesmente como uma “ruptura” da integridade física, sexual, emocional, a autora comenta:

Desta maneira, cada mulher colocará o limite em um ponto distinto do *continuum* entre agressão e direito dos homens sobre as mulheres. Mais do que isto, a mera existência desta tenuidade representa violência. Com efeito, paira sobre a cabeça de todas as mulheres a ameaça de agressões masculinas, funcionando isto como mecanismo de sujeição aos homens, inscrito nas relações de *gênero*. Embora se trate de um mecanismo de ordem social, cada mulher o interpretará singularmente. Isto posto, a ruptura de integridade como critério de avaliação de uma ato como violento situa-se no terreno da individualidade. Isto equivale a dizer que a violência, entendida desta forma, não encontra um lugar ontológico, como

⁸⁰ Ao se constituir como um objeto no campo jurídico venezuelano, a categoria da violência obstétrica vai ter efeitos discursivos em todo o campo geopolítico latino americano e internacional.

já se mencionou. Fundamentalmente, por esta razão prefere-se trabalhar com o conceito de *derechos humanos*.entendendo-se por violência todo agenciamento capaz de violá-los”(SAFFIOTI, 2004, p. 75,76)

Esta análise de Saffioti permite compreender o objetivo principal e a perspectiva traçada pelos instrumentos legais produzidos em torno da categoria da violência. Para além de combater o fenômeno, estes precisam estabelecer e reforçar o estatuto da mulher como um sujeito de direitos garantindo direitos fundamentais (por exemplo, a igualdade) e produzindo um corpo de direitos concretos que considerem a situação específica das mulheres como um grupo historicamente oprimido e com necessidades particulares a sua condição, como por exemplo, a gestação e a sua função reprodutiva. O próprio nome da lei venezuelana aborda esta preocupação, não é a toa que ela foi nomeada “lei orgânica pelo *derecho* das mulheres a uma vida livre de violência” e não apenas lei de combate e prevenção da violência contra as mulheres.O título da lei venezuelana revela um posicionamento bem claro e radical de se confrontar a desigualdade e opressão das mulheres definindo a violência contra a mulher como, antes de tudo, uma afronta aos seus direitos. O título da lei demonstra esta preocupação em caracterizar o estatuto da mulher como um sujeito de direitos, uma posição levemente diferente, por exemplo, do título escolhido para a lei argentina que trata da mesma questão “*Ley de proteccion integral a las mujeres*”(ARGENTINA, 2009a). Apesar da lei argentina também citar o terceiro artigo da Convenção, a escolha do nome da lei revela representações distintas do estatuto legal da mulher. Enquanto o título da lei venezuelana afirma o *derecho* das mulheres a uma vida livre de violência, afirmando, portanto o seu estatuto como um sujeito de direitos, o título da lei argentina caracteriza o estatuto da mulher a partir da sua representação como um sujeito que precisa de proteção, remetendo à caracterização da mulher com um sujeito frágil e vulnerável, assim como a criança. A crítica feminista marxista vai justamente apontar como no contrato sexual que funda o contrato social o lugar de sujeição da mulher ao poder do patriarca (na figura do marido, do pai e do estado) a relega ao estatuto de posse que precisa ser defendida e protegida (PATEMAN; AVANCINI, 1993; SAFFIOTI, 2004). Saffioti comenta este lugar de proteção ofertado à mulher através do contrato sexual na estrutura patriarcal:

Focalizar o contrato sexual, colocando em relevo a figura do marido, permite mostrar o caráter desigual deste pacto no qual se troca obediência por proteção. E *proteção*, como é notório, *significa no mínimo a médio e longo, exploração- dominação*. Isto revela que as mulheres jamais alcançaram a categoria de indivíduos, com poder de contratar de igual para igual.(SAFFIOTI, 2004, p. 128)

Pode-se imaginar que esta diferença que aparece nos títulos da lei venezuelana e argentina aponte para o contexto político e campo discursivo específico do movimento de mulheres argentino, assim como a lei venezuelana é fortemente imbuída de conceitos e estratégias do campo discursivo feminista marxista, é possível que a lei argentina seja moldada por uma perspectiva mais ligada ao campo discursivo liberal onde argumentos como os da proteção, da liberdade individual e escolha, do direito à privacidade sustentam a doutrina⁸¹.

Entende-se assim a partir dos instrumentos legais produzidos que direitos reprodutivos são direitos intrínsecos à garantia dos direitos humanos fundamentais. Esta compreensão dos direitos reprodutivos como sendo direitos humanos fundamentais se consolida através da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994 e a Plataforma de Beijing em 1995. No documento produzido pela UNFPA sobre direitos reprodutivos no Brasil explica que:

O conceito de direitos reprodutivos e, mais recentemente, o de direitos sexuais busca a interação de direitos sociais, como os direitos à saúde, à educação e ao trabalho, com os direitos individuais à vida, à igualdade, à liberdade e à inviolabilidade da intimidade(FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – UNFPA, 2004, p. 20)

O documento esclarece que o reconhecimento e a legitimação do conceito de direitos reprodutivos com um direito básico é um processo crucial para a

⁸¹ Por questões práticas e de tempo escolhi focar a análise no texto da lei Venezuelana, trazendo as análises da lei argentina como suporte, porém sem aprofundar a análise do texto legal argentino.

materialização e a garantia dos direitos concretos dos indivíduos considerando e reconhecendo as necessidades sociais que as diferenças de gênero, de raça e classe constituem. O reconhecimento de que estas desigualdades e diferenças dificultam o acesso à cidadania e a garantia dos direitos humanos fundamentais demanda uma reconstrução dos discursos do direito e estabelece a necessidade de se criar instrumentos e normativas de combate às desigualdades com o “objetivo [de] reduzir as violações à autonomia pessoal, integridade física e psicológica de que são alvos indivíduos e coletividades, e garantir os meios necessários para o ser humano alcançar seu bem-estar sexual e reprodutivo.” A UNFPA, a partir do Plano da Conferência de Cairo, estabelece como alguns dos direitos reprodutivos que precisam ser garantidos:

- O direito de decidir sobre a reprodução sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição ao número de filhos e intervalo entre seus nascimentos;
- O direito de ter acesso à informação e aos meios para o exercício saudável e seguro da reprodução e sexualidade;
- O direito a ter controle sobre seu próprio corpo;
- O direito de exercer sua sexualidade sem sofrer discriminações ou violência .(FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – UNFPA, 2004, p. 20)

Fica evidente que a definição da categoria violência obstétrica dentro do corpo da lei venezuelana serve como estratégia para afirmar a “autonomia e a capacidade de decidir livremente sobre o seu corpo e a sua sexualidade” como um direito da mulher que é violado na relação histórica entre a medicina hegemônica e a mulher.

Segundo a perspectiva crítica feminista, a autonomia como é concebida pela doutrina liberal do indivíduo não contempla apropriadamente a situação das mulheres (e de outras populações historicamente marginalizadas) por se pautar na noção de um indivíduo abstrato, fora da ordem do gênero e por consequência não considerando as relações de opressão e desigualdades que atravessam a construção dos sujeitos e as

suas possibilidades de escolhas. Para esta perspectiva feminista crítica do direito, autonomia, autodeterminação e escolha são questões que precisam ser abordadas a partir das particularidades da situação das mulheres e de suas vivências. A autonomia como um direito precisa ser elaborada considerando as questões específicas das mulheres como as questões reprodutivas que atravessam a sua vida e, não somente, o impacto diferenciado que estas escolhas têm para as mulheres, mas também o contexto de desigualdade de gênero em que estas escolhas são feitas. Assim, os movimentos de luta pelos direitos das mulheres vão apontar a necessidade de se trabalhar estes elementos da doutrina liberal considerando o peso diferente que a reprodução e sexualidade têm na vida das mulheres. A função reprodutiva e a construção de gênero em torno da maternidade são elementos críticos na vida das mulheres que tensionam a doutrina liberal do direito na sua neutralidade. O significado e peso da maternidade para a vida das mulheres é um tema amplamente discutido e elaborado pelas diferentes correntes e ondas feministas e apesar de todos os diferentes matizes ao abordar a questão, é inegável que a função reprodutiva das mulheres é um problema central para as diferentes perspectivas. No que diz respeito às doutrinas do direito, a maternidade e a gestação são as vivências particulares à vida das mulheres que mais colocam em cheque o estatuto da mulher como um sujeito de direitos e a sua individualidade. Biroli comenta os efeitos da construção de gênero em torno da maternidade para as mulheres:

Quando seu valor é restrito a um papel, definindo-as por ele, as mulheres se tornam menos do que cidadãs. Essa identidade suspende, também, a diversidade existente entre as próprias mulheres, que podem desejar ser mães ou não, ser heterossexuais ou não, identificar-se em graus distintos ao longo da sua vida com a maternidade como projeto(BIROLI, 2014, p. 42)

Bordo traça uma análise sobre as construções em torno do estatuto da mulher como um sujeito nos discursos jurídicos e médicos nos EUA e demonstra como as doutrinas que versam sobre a integridade corporal e o direito individual, entusiasticamente defendidas pelo direito americano, resvalam em contradições perniciosas, sobretudo quando se trata de sujeitos mulheres grávidas. A autora demonstra que apesar de uma retórica oficial fortemente pautada na defesa da

integridade corporal e do direito individual à autodeterminação, as práticas jurídicas e médicas dispensam na verdade dois tipos de tratamentos diferenciados, um para os os “sujeitos corporeificados” e um outro para aqueles que são tratados como meros corpos sobre os quais o estado e a medicina podem intervir, apesar da doutrina liberal do direito. Através de uma análise das imagens e metáforas usadas nos processos jurídicos e médicos sobre questões reprodutivas, a autora mostra como há uma tendência a apresentar a mulher de maneira a reduzir o seu estatuto ao de uma mera incubadora materna, sobretudo se esta for pobre e de descendência não europeia, enquanto o estatuto do feto é muitas vezes elevado ao que ela chama de “hiper sujeito”. Bordo descreve:

Ao olhar para as intervenções obstétricas obtidas através de ações judiciais – e estas incluem cesáreas forçadas, detenção de mulheres contra a sua vontade, e transfusões intrauterinas- as estatísticas deixam claro que nesta cultura a mulher grávida pobre (especialmente se ela não for de descendência europeia) chega o mais próximo possível para um ser humano de ser considerado como um “mero” corpo em termos médicos e legais, o seus desejos, vontades, escrúpulos religiosos são de pouca relevância e facilmente ignorados na (estimação do juiz e do médico) no interesse do bem estar do feto(BORDO, 2013, p. 76)

Torna-se de extrema importância para a luta do movimento de mulheres e as críticas feministas do direito liberal reforçarem o estatuto da mulher como sujeito de direitos, sobretudo no que tange as questões reprodutivas onde as construções de gênero em torno da maternidade, sexualidade e reprodução tendem a reduzir a mulher a sua função reprodutiva, apagando e ignorando a sua individualidade e os seus direitos em detrimento de uma hiper valorização dos direitos e vida do feto. Esta perspectiva feminista vai defender que esta redução da mulher a um “corpo des-subjetificado”(BORDO, 2013) não acontece somente no caso do aborto e da decisão sobre continuar ou interromper uma gestação, mas caracteriza o lugar da mulher grávida em uma norma de gênero marcada pela desigualdade e opressão. A pesquisa de Camacaro, que apresenta uma visão muito semelhante às críticas do movimento pela humanização do parto no Brasil (DIAS, 2015; DINIZ et al., 2016; DINIZ, 2006;

HIRSCH, 2015a), descreve a perda de autonomia da mulher na institucionalização do parto e exemplifica como ocorre o controle médico exercido sobre esta:

A institucionalização dos processos reprodutivos não contempla a relação protagonista de e entre mulheres durante a vivência da gravidez, parto e puerperio. As mulheres são levadas pelas autoridades do saber médico, somente algumas pessoas autorizadas pela ciência e tecnologia podem tocar e fundamentalmente controlar a parturiente: o tato realizado pelos médicos e ou estudantes constitui um evento significativo na interação mulher-autoridade médica. Através do tato técnico, o poder do saber médico dirige e controla o trabalho de parto, qualificado como trabalho pela axiologia obstétrica “a senhora está pronta”, “te faltam tantos centímetros”, “espera eu te falar pra empurrar”(CAMACARO CUEVAS, 2009b, p. 148)⁸²

A definição da violência obstétrica na lei venezuelana é, portanto, uma estratégia política e jurídica que vai constituir a autonomia e autodeterminação corporal como um direito da mulher e denunciar a relação histórica de dominação e opressão entre a obstetrícia hegemônica e a mulher grávida, reforçando assim o seu estatuto como sujeito de direitos. Pode-se definir esta como uma categoria estratégica de combate que visa desconstruir uma relação de gênero opressora e representar politicamente a mulher como uma categoria oprimida. A definição da violência obstétrica vai, portanto construir e representar a categoria mulher a partir desta relação de desigualdade e oposição entre a mulher, o seu corpo e os profissionais de saúde. Esta representação da mulher a partir desta oposição e denuncia de dominação

⁸² Tradução da autora do espanhol: “ La institucionalización de los procesos reproductivos no contempla la relación protagónica de y entre las mujeres durante la vivencia del embarazo, el parto o el puerperio. Las mujeres son desplazadas por la autoridad del saber médico, sólo algunas personas autorizadas por la ciencia y la tecnología pueden tocar y fundamentalmente controlar a la parturiente: el tacto realizado por médicos/as y estudiantes constituye un evento significativo en la interacción mujer-autoridad médica. A través del tacto técnico, el poder del saber médico dirige y controla el trabajo del parto, calificado como trabajo en la axiología obstétrica...”Señora está lista”, ...”te faltan tantos centímetros”, ...”espera hasta que tediga que puges”

remete às representações clássicas marxistas do mestre/ escravo, patrão/ classe trabalhadora e constrói portanto esta oposição entre a obstetrícia clássica como classe dominadora e a mulher, como classe oprimida. A definição é clara em apontar a medicalização e a patologização dos "processos naturais" como as estratégias e processo de dominação. Há, evidentemente, nesta definição uma crítica maior a todo o projeto da medicina moderna como um processo de controle e dominação das classes oprimidas, um posicionamento ideológico bastante evidente na definição da categoria que se alinha aos movimentos teóricos críticos produzidos desde a década de sessenta pelas ciências sociais ao refletir sobre as medicina e a sua história e que é legitimada no corpo legal venezuelano por conta da situação política venezuelana favorável a qualquer perspectiva de esquerda em contraposição as políticas e discursos neoliberais que tomam conta da geopolítica latino americana. A definição também produz deslocamentos nas construções de gênero ao denunciar a patologização dos processos reprodutivos da mulher promovida no tratamento da mulher pela medicina, porém, como já observei anteriormente, ao caracterizar os processos reprodutivos como processos "naturais" e associar o direito à autonomia e controle do corpo ao exercício desses "processos naturais" a definição não deixa de reforçar uma construção de gênero que resvala em um determinismo biológico. Ao representar a mulher como categoria em oposição à ordem médica e defender que sua autonomia estaria no exercício sem apropriações dos processos naturais, a definição incorre na ideia de que o sujeito mulher se construiria fora da ordem biomédica e de que o exercício de sua liberdade estaria necessariamente atrelado a um retorno ao exercício de sua "natureza" e funções biológicas. Além do mais, esta definição que promove esta associação entre a categoria mulher e o conceito de autonomia atrelado ao de processos "naturais" apresenta-se como uma ferramenta de análise ineficaz e problemática para se trabalhar a partir da perspectiva e contexto dos sujeitos mulheres inseridos e constituídos a partir de normas de gênero, raça e classe desiguais. Para se abordar a questão de outro ângulo, esta definição ao trazer o conceito de "processos naturais" sugere que haveria para os sujeitos mulheres a possibilidade de se experimentar estes processos totalmente fora da ordem (médica) existente e que o exercício da autonomia, para a mulher estaria intrinsecamente associado a esta experiência, fora da ordem "da cultura", esta ordem "mítica" do natural. Ao apontar estas questões não estou em grau algum sugerindo que a crítica à medicalização e

patologização do corpo feminino não seja válida ou necessária, mas apontando, como sugere Tornquist “algumas armadilhas”(TORNQUIST, 2002a) que aparecem nas construções de gênero provocadas por estes movimentos de lutas em torno do parto e os direitos da mulher.

A lei venezuelana se torna rapidamente uma referência jurídica para diversas propostas de leis de combate à violência obstétrica em toda América latina. O MESECVI (INTER-AMERICAN COMMISSION OF WOMEN; ORGANIZATION OF AMERICAN STATES, 2012; MESECVI, 2017) utiliza a definição da lei venezuelana como exemplo e recomenda que todos os países signatários da OAS adotem medidas similares. Não cabe ao escopo deste trabalho analisar todas estas propostas, porém uma breve análise destas revela posicionamentos ideológicos um tanto diferentes no que tange a questão da mulher e do seu estatuto como sujeito de direitos na construção dessas propostas de lei, sugerindo que diversas discontinuidades discursivas vão ocorrer quando a categoria é apanhada em contextos geopolíticos diferentes. Na Costa Rica, por exemplo, Marisa Batalla comenta o projeto de lei do deputado Mario Redondo que, semelhante ao título da lei argentina parte da premissa de uma necessidade de se “proteger a mulher grávida”:

Y lo preocupante de este proyecto es que si no se habla de un parámetro desde los derechos humanos de las mujeres, entonces el tema de la “protección” queda en un limbo de generalidad peligroso y sometido a lo que desde una individualidad conservadora se considere “proteger a una mujer”(BATALLA, 2016).

Outro artigo de Martin Espinoza sobre um projeto de lei chileno de combate à violência obstétrica comenta a ofensiva das parteiras chilenas contra a lei e o entendimento deste grupo de profissionais sobre a categoria

“El proyecto de parto respetado, ingresado al Congreso, busca ofrecer una serie de derechos a las mujeres antes, durante y después del parto. A pesar de eso, el Colegio de Matronas y Matrones há levantado una ofensiva que há entorpecido el curso de la normativa, siendo liderados por Ana Román, su presidenta. La dirigente há señalado que la “violencia obstétrica no

existe”, y em caso que exista “el culpable es el Estado” (ESPINOZA, 2017)

Estes dois exemplos breves demonstram claramente que a apropriação da categoria e as respostas e lutas discursivas que vão sendo provocadas pela categoria no contexto latino americano, apesar de reverberarem os mesmos temas e demandas por direitos, trazem características particulares que respondem ao contexto geopolítico específico, às instituições normativas de cada país e às características estruturais da assistência obstétrica e às lutas pela prerrogativa da assistência ao parto de cada país. É interessante notar, por exemplo, que a ofensiva e o argumento de responsabilização do estado apresentado pelas parteiras chilenas se assemelha muito com o discurso produzido pela classe médica hegemônica brasileira, como irei apontar na terceira parte desta análise. No entanto, no contexto brasileiro, a parteira é uma profissional que só vai ser legitimada na assistência obstétrica muito recentemente graças aos movimentos da humanização e as políticas de humanização, mas que ainda é objeto de disputa e críticas do campo hegemônico da medicina. A seguir, irei focar no movimento de mulheres brasileiras para entender como a categoria vai sendo construída no contexto brasileiro procurando evidenciar as especificidades produzidas por este campo discursivo.

4. A Violência no parto: do *advocacy* feminista ao feminismo negro brasileiro, construindo perspectivas de gênero.

“Ainda ecoando Sojourner, sabemos que “a mulher” também não é a mulher indígena, nem a asiática, nem a lésbica, nem a trans, nem a cristã, nem a não binária, nem tantas outras de que não tratamos aqui, nem mesmo a branca que não se quer universal.”(HOLLANDA; BOGADO, 2018, p. 242)

4.1 Dos movimentos autônomos da década de 80 para o *advocacy* feminista brasileiro.

A análise da categoria a partir do texto da lei venezuelana permitiu entrever como esta é uma construção desta encruzilhada das lutas dos movimentos de mulheres com as áreas de poder institucionalizado e os saberes da saúde e ciências sociais em um contexto geopolítico latino americano específico. Cabe se perguntar como ocorre esta encruzilhada no contexto brasileiro. O caso venezuelano deixou claro como a ascensão de uma política de estado socialista abriu espaço para a institucionalização de um discurso feminista bastante radical e muito diferente das perspectivas do feminismo liberal americano, por exemplo, ou de uma versão “descafeinada” das políticas de gênero promovidas na década de 90 (ALVAREZ, 2014b). A institucionalização desta perspectiva feminista socialista venezuelana promoveu e ajudou a legitimar a categoria violência obstétrica tanto no contexto latino americano como internacional, apontando para o que é descrito como a “transnacionalização” dos movimentos feministas latino americanos (ALVAREZ, 2003, p. 533) e para o contexto político latino americano específico que se deu nos

anos 2000 e que é descrito como a “Maré Rosa”⁸³. Estes apontamentos sugerem que, além da influência das convenções e plataformas da ONU na “transnacionalização” do conceito de gênero, a construção e legitimação da categoria violência obstétrica no contexto latino americano decorreu em grande parte da ascensão de governos de esquerda que privilegiaram e deram espaço para políticas públicas centradas nas questões de direitos humanos e das minorias historicamente excluídas.

A análise da categoria violência obstétrica a partir dos documentos produzidos pelas ONGS Coletivo Feminista e Associação Artemis, assim com a atual utilização política da categoria pelo movimento de mulheres negras que irei descrever mais adiante, evidenciam exatamente o três momentos da trajetória do campo feminista apontados pela análise de Alvarez, desde o movimento autônomo da década de 80, o *mainstreaming* da perspectiva de gênero da década de 90 e o atual *sidestreaming* e multiplicação de perspectivas críticas e interseccionais. O Coletivo Feminista é um caso especialmente interessante já que sua trajetória acompanha exatamente esta mudança de um coletivo que surge em 1981 com a proposta de oferecer atendimentos autônomos a partir de uma perspectiva feminista para a sua atuação a partir da década de 90, pautada na proposta de imbuir as políticas públicas e pesquisa em saúde de uma perspectiva de gênero. Já a Associação Artemis é um exemplo claro do processo de ONGização do feminismo brasileiro e da influência da perspectiva de gênero que decorre das convenções internacionais e que vai procurar se articular com as instâncias políticas e legislativas brasileiras utilizando a categoria violência obstétrica para produzir os direitos humanos e reprodutivos das mulheres. E a utilização mais recente da categoria como estratégia de mobilização e política tanto pelos movimentos de mulheres em torno do parto como pelo movimento de mulheres

⁸³ “Maré Rosa” é um termo utilizado no meio acadêmico para designar a ascensão de partidos de esquerda em toda América Latina durante os anos 2000, como no caso da Venezuelana com Hugo Chavez e a vitória de Lula e do Partido dos Trabalhadores em 2003 no Brasil (COSTA, 2015, p. 2). Na análise anterior apontei o trabalho da OEA na divulgação da definição da violência obstétrica a partir do texto da lei venezuelana e a demanda por legislações semelhantes no contexto dos Estados Americanos.

negras apontam para o terceiro momento de *sidestreaming* das perspectivas feministas mais críticas e mediadas por uma perspectiva interseccional⁸⁴.

O Coletivo Feminista é um exemplo emblemático das estratégias propostas pelo movimento feminista autônomo brasileiro o *advocacy* feminista da década de 90 com a sua atuação no campo da saúde oferecendo atendimentos atravessados por uma perspectiva feminista não negociada desde a década de 80 e a sua atuação no campo institucional e educacional que colocou em evidência a questão da violência contra a mulher durante o parto. A participação do Coletivo em duas pesquisas coordenadas pela Prefeitura de São Paulo sobre a qualidade da assistência ao parto no município foi decisiva para a construção dos diálogos sobre violência contra a mulher na assistência obstétrica brasileira⁸⁵. Em 1989, o Coletivo participou da pesquisa

⁸⁴ O conceito de interseccionalidade foi cunhado por Kimberlé Crenshaw em 1987 em uma “palestra seminal dada no Fórum Legal da Universidade de Chicago, e seu argumento partia da existência de infinitas formas de exclusões interseccionais, não apenas relativas às mulheres negras, mas também às deficientes, imigrantes, indígenas e outras variáveis discriminatórias” (HOLLANDA; BOGADO, 2018, p. 245)

⁸⁵ Cabe citar aqui a etnografia pioneira elaborada em 1981 pelo grupo Ceres, um grupo de reflexão feminista criado por Jacqueline Pitanguy entre outras, como uma das pesquisas precursoras que evidenciou o tema da violência contra a mulher na assistência a sua saúde (GRUPO CERES, 1981). As autoras explicam ao comentarem as narrativas das entrevistadas sobre as suas experiências de parto que traziam muitas vezes experiências violentas: “Não é apenas na relação sexual que a violência aparece marcando a trajetória existencial da mulher. Também na relação médico-paciente, ainda uma vez o desconhecimento de sua fisiologia é acionado para explicar os sentimentos de desamparo e desalento com que a mulher assiste seu corpo ser manipulado quando recorre à medicina nos momentos mais significativos de sua vida fisiológica: a contracepção, a gravidez, o parto, o aborto etc.” (GRUPO CERES, 1981, p. 349). Esta etnografia é especialmente interessante não somente por revelar como a perspectiva feminista vai construir o campo discursivo em torno da violência contra a mulher durante o parto, mas também por evidenciar esta clara estratégia do campo discursivo feminista brasileiro que vai procurar dar voz ao sujeito mulher e construir uma materialidade da experiência feminina a partir das afinidades encontradas. Cabe como questão aqui, questão, aliás, que vai tomar o campo discursivo feminista a partir da década de 90 com a contribuição das teóricas do gênero e as políticas de identidade, se esta construção da experiência do ser mulher a partir das afinidades entre as narrativas equivale à construção de uma identidade feminina.

“Violência – é possível viver sem ela -Dar à luz em condições violentas” e em 1992 da pesquisa-ação “Violência - um olhar sobre a cidade”(CARNEIRO, 2011a, p. 248). As duas pesquisas que procuraram avaliar a qualidade da assistência recebida pelas mulheres grávidas demonstraram o tratamento agressivo e desumanizado que era muitas vezes dispensado às parturientes pelos profissionais e apontou a necessidade de se programar uma assistência humanizada nos municípios paulistas. Carneiro sugere que foi a partir destas pesquisas que o termo “violência institucional” começou a ser empregado para definir os maus tratos e negligências sofridas pelas mulheres brasileiras na assistência obstétrica(CARNEIRO, 2011b, p. 248). Vale ressaltar que a compreensão elaborada por estas pesquisas sobre o que constitui a violência institucional diz respeito à qualidade e relação estabelecida entre os profissionais de saúde e a gestante e não apenas à falta de recursos ou às falhas no sistema e estrutura da assistência obstétrica brasileira. Estas pesquisas revelam também que, no contexto brasileiro, o debate sobre a humanização do parto decorre do próprio campo discursivo da saúde desde o início da década de 90, mas e que é a perspectiva feminista da saúde e do direito que vai promover este debate a partir da compreensão da violência durante o parto como,além de uma violência institucional, uma violência de gênero. Para estes movimentos feministas, a compreensão da violência no parto como uma violência institucional e de gênero exige respostas institucionais adequadas e políticas públicas concretas que visem não apenas combater estes fenômenos, mas que procurem também promover mudanças culturais nas normas de gênero que sustentam a práxis obstétrica que ameaça os direitos reprodutivos das mulheres brasileiras.

Para Diniz, uma grande diferença entre as estratégias discursivas do movimento feminista brasileiro reside justamente nesta demanda por direitos sociais em contraponto à demanda dos movimentos feministas americanos e europeus que pautavam as suas demandas em torno da doutrina liberal do direito e os direitos do indivíduo⁸⁶. Esta diferença parece relevante na compreensão de como os movimentos

⁸⁶ Para uma crítica à luta americana pelo aborto que se sustenta no direito do indivíduo sugiro a leitura de Mckinnon(MACKINNON, 1987)

feministas latinos americanos vão definir a violência obstétrica como uma afronta aos direitos reprodutivos e ao direito social da mulher a uma assistência digna e respeitosa e de como a legitimação desta compreensão foi possível não somente graças aos tratados internacionais sobre direitos humanos e gênero promovidos pela ONU e OEA, mas sobretudo graças à ascensão de governos de esquerda e centro esquerda como o do governo de Lula em 2003 que abriu o espaço para as pautas e demandas em torno dos direitos humanos e promoveu o respeito aos tratados internacionais assinados pelo Brasil durante a década de 90. Esta configuração política permitiu e possibilitou articulações extremamente frutíferas para os movimentos de mulheres feministas brasileiros e foi determinante para a construção dos direitos humanos das mulheres e para a expansão do debate sobre a violência contra a mulher e a violência de gênero para além da violência doméstica e como uma questão estrutural que demanda reformas ativas das instâncias normativas.

A pesquisa de opinião da Fundação Perseu Abramo “Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”(VENTURI; GODINHO, 2013) é um atestado desta configuração política que abre o campo discursivo para as perspectivas e demandas dos movimentos feministas e para a construção do debate sobre a violência no parto exercida pelos agentes de saúde e do estado como uma violência de gênero. A Fundação Perseu Abramo foi criada pelo Partido dos Trabalhadores em 1996 como um espaço para o desenvolvimento da reflexão política e ideológica e “tendo como fins a pesquisa, a elaboração doutrinária e a contribuição para a educação política dos filiados do Partido dos Trabalhadores e do povo trabalhador brasileiro” (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 1996)A pesquisa “*Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços público e privado*” resultou de uma parceria do Núcleo de Opinião Pública da Fundação com o Sesc e , na verdade, foi uma pesquisa que se deu em dois tempos. A primeira edição da pesquisa de 2001 procurou produzir em dados concretos colhidos através de entrevistas que abordavam a percepção das entrevistadas a materialidade das desigualdades de gênero na experiência das mulheres brasileiras. A pesquisa também tinha como objetivo produzir um retrato do “imaginário da população brasileira” em relação às questões de gênero e desigualdade, assim como dar voz às percepções das mulheres(VENTURI; GODINHO, 2013, p. 18). Esta pesquisa resultou na elaboração do livro “*A Mulher*

Brasileira nos espaços público privado” em 2004 e do qual a socióloga feminista Heleieth Saffioti participou não deixando dúvidas sobre a perspectiva feminista marxista que atravessou a construção da pesquisa e, portanto da compreensão das diferentes modalidades de violência contra a mulher como uma expressão da dominação patriarcal. A pesquisa de 2010, uma década depois, década marcada pela entrada do PT no governo, a criação da Secretária de Políticas para as Mulheres em 2003⁸⁷ e a promulgação da Lei Maria da Penha em 2006, procurou avaliar o impacto destas mudanças e ampliou as perguntas que tratavam da violência de gênero introduzindo, por exemplo, perguntas que procuravam mensurar a “exposição das mulheres a diferentes modalidades de violência institucional no momento do parto”(VENTURI; GODINHO, 2013, p. 19).

A pesquisa de opinião da Fundação Perseu Abramo foi dividida em seis capítulos que abordam diversos aspectos que vão configurar a experiência do ser mulher brasileira nos espaços públicos e privados, assim a pesquisa procurou retratar desde a percepção de ser mulher, a divisão sexual do trabalho até a participação política da mulher brasileira. O quarto capítulo da pesquisa que trata da saúde reprodutiva e abortamento, além de trazer perguntas sobre os métodos contraceptivos e a experiência do aborto, também trouxe seis perguntas que tratam da experiência do parto e a qualidade da assistência(VENTURI; GODINHO, 2013, p. 217). É interessante notar que para evidenciar o fenômeno da violência durante o parto, os

⁸⁷Biroli destaca a abertura que a chegada do PT significou para a participação dos movimentos feministas e suas pautas no Estado. No que diz respeito a esta abertura e os seus limites Biroli comenta: “os dispositivos de participação tornaram-se, ao mesmo tempo, uma oportunidade para os movimentos tirarem proveito de um contexto de maior abertura para algumas pautas, um meio de enajamento nas controvérsias públicas correntes, mas também uma forma de restrição da radicalidade de suas agendas, uma vez que os segmentos conservadores tiveram possibilidades de estabelecer seus limites [...]. O peso crescente do conservadorismo moral no Congresso Nacional e nos partidos que compuseram as alianças políticas para a sustentação do governo no período levou a recuos e a compromissos antagônicos à agenda dos movimentos”(BIROLI, 2018a, p. 194). Esta análise de Biroli é muito relevante para entender o apagamento ou talvez fosse mais justo tratar como ofuscamento discursivo da perspectiva de gênero mais radical que vai ocorrer nas políticas de humanização e na aceção da categoria violência obstétrica no campo da saúde.

pesquisadores elaboraram duas perguntas, uma pergunta direta que procurava saber se a entrevistada já havia sofrido maus tratos ou algum tipo de violência durante o parto e uma segunda pergunta indireta onde o entrevistador trazia uma lista de dez procedimentos e atitudes considerados violentos e procurava saber se a entrevistada havia experimentado este tratamento. Estas duas perguntas procuraram contornar um dado colhido através das pesquisas sobre violência doméstica que revelaram que as mulheres tendem a identificar mais facilmente os tipos de agressões e maus-tratos sofridos do que a se reconhecerem como vítimas da violência doméstica. Os pesquisadores comentam os resultados:

Pôde-se constatar que, quando indagadas diretamente sobre sua percepção de maus-tratos no atendimento em maternidades e no pré-natal, houve uma menor proporção de repostas afirmativas (ver anexo, quadro 57)⁸⁸ do que quando as distintas formas de abuso foram descritas e as mulheres foram solicitadas a indicar se haviam sofrido uma ou mais daquelas formas de violência (25%)(VENTURI; GODINHO, 2013, p. 221)

Vale ressaltar também que os tipos de maus-tratos abordados pela pesquisa e que vão constituir o fenômeno da violência durante o parto não são exatamente aqueles que os movimentos da humanização do parto do campo da saúde baseada em evidências vão privilegiar como exemplos da violência obstétrica. A pesquisa da Fundação não trata, por exemplo, das altas taxas de cesáreas diferenciadas entre os sistemas público e privado, ou da aplicação rotineira de ocitocina e episiotomia como uma violência. Isto é, a pesquisa não vai abordar o tema da medicalização do parto como uma violência, esta é uma construção que vai ser elaborada sobretudo pelo próprio campo da saúde e do movimento da humanização que vão produzir os dados epidemiológicos apoiando-se no padrão da medicina baseada em evidências para denunciar a medicalização do parto e o excesso de práticas de rotina que não se justificam clinicamente e que podem ser descritos como uma violência de gênero.

Além destas duas perguntas, a pesquisa também trouxe perguntas que procuraram esmiuçar o fenômeno da violência verbal durante o parto abordando os tipos de frases agressivas que foram ouvidas pelas entrevistadas durante o parto (VENTURI; GODINHO, 2013, p. 219). Apesar de não abordar o tema da medicalização do parto como violência e de não mencionar o termo violência obstétrica, esta pesquisa se tornou uma referência da categoria violência obstétrica sendo citada em praticamente todos os materiais produzidos sobre a categoria. Esta pesquisa se torna uma referência justamente porque ela consegue materializar em números e dados concretos aquilo que tanto o movimento da humanização desde a década de 90, como o movimento feminista desde a década de 80 discutiam e procuravam denunciar: a violência e o desamparo que as mulheres brasileiras experimentam na assistência obstétrica. A tradução dos relatos das mulheres sobre as violências durante o parto em dados estáticos é especialmente relevante porque ela consegue traduzir uma experiência subjetiva e pessoal, e que, é facilmente desautorizada, para um dado concreto dentro de regime de verdade científico como a estatística que confere uma legitimidade ao discurso capaz de desautorizar outros regimes de verdades estabelecidos como o da medicina hegemônica brasileira, provocando e desnaturalizando certas práticas e contratos sociais.

Por exemplo, ao tratar dos comentários e frases comumente ouvidas por mulheres durante o parto, frases que são muitas vezes ditas em tom de humor para supostamente descontrair e “como uma forma de lidar com tabus sociais em situações de tensão, como é a do parto e nascimento” (VENTURI; GODINHO, 2013, p. 220) a pesquisa consegue evidenciar e desnaturalizar as agressões verbais sofridas por mulheres durante a assistência ao parto⁸⁹. Esta é uma estratégia que vai muito além de simplesmente jogar luz sobre o fenômeno para evidenciar algo que não percebemos. O ato de nomear estas frases como agressões consegue desestabilizar a nossa compreensão do que é uma violência e quebra o imaginário que sustenta o contrato

⁸⁹ A frase abordada na pesquisa “na hora de fazer não chorou” (% das entrevistadas afirmaram ter ouvido durante o parto) tornou-se um exemplo usado por ativistas e blogueiras feministas para ilustrar a violência obstétrica sofrida por mulheres durante o parto.

social entre a mulher e o profissional de saúde como um benfeitor inquestionável, um agente que representa um pacto e uma norma social e civilizatória. Como sugerem os apontamentos da antropóloga Das, ao olhar para a questão da violência de gênero e a sua relação com a construção de um estado/nação, a definição do que é violento é desestabilizador porque o ato de nomear as agressões que ocorrem contra as mulheres nos espaços público/privado aponta primeiramente para a fragilidade do conceito de consentimento que permeia a noção do contrato social e secundamente, este ato vai revelando a violência primária que constitui a ordem e as divisões normativas de gênero(DAS, 2008)⁹⁰. Estes apontamentos também ajudam a entender as dificuldades que os movimentos feministas brasileiros tiveram em avançar institucionalmente com as pautas e debates sobre a violência contra a mulher para além do espaço doméstico já que fica evidente que o debate sobre a violência de gênero é um debate que provoca intensamente as ordens normativas e de poder e exige uma ampla reformulação do contrato social a partir da inclusão dos sujeitos historicamente excluídos nos processos políticos. Fica evidente também que esta é uma luta que só vai ter espaço para se institucionalizar e avançar em termos de políticas públicas em governos que estejam comprometidos com os direitos humanos e os direitos das minorias para além de uma mera retórica política. Do ponto de vista genealógico, não é irrelevante, por exemplo, o fato constatado por esta pesquisa que só foi possível resgatar institucionalmente as discussões iniciadas pelo CNMD na década de 80 sobre a violência contra a mulher para além do âmbito doméstico a partir dos anos 2000, anos marcados não somente pelos tratados e acordos internacionais sobre direitos humanos, mas sobretudo no contexto brasileiro após 2003, pela eleição de um governo de centro-esquerda com o presidente Luiz Inácio Lula da Silva (PT) que permitiu, por exemplo, a criação da Secretaria Especial de Políticas Para Mulheres(SPM) e uma maior articulação e permeabilidade do Estado às pautas e demandas dos movimentos sociais e dos movimentos feministas(BIROLI, 2018b).

⁹⁰ A escolha do nome “mal-estar na obstetrícia” para o quinto capítulo procurou evidenciar a potência disruptiva que a categoria representa para o estatuto civilizatório da medicina.

4.2. Somos todas Adelir e Alyne?

Assim, o dado estatístico produzido pela pesquisa da Fundação de que 25% das mulheres brasileiras entrevistadas sofreram algum tipo de violência durante o parto vai ser vastamente utilizado para legitimar a categoria violência obstétrica. Do ponto de vista metodológico a utilização do dado de que uma em quatro mulheres brasileiras sofre de violência obstétrica não é muito fidedigno já que a definição do que é considerado ato violento pela pesquisa da fundação não inclui as práticas denunciadas como medicalização e patologização dos processos naturais, como a cesárea sem indicação ou a prática rotineira da episiotomia e ocitocina, que são não somente associadas à categoria violência obstétrica, mas que viraram “carro chefes” da categoria⁹¹ e que são consolidados por dados epidemiológicos e pelo próprio discurso da medicina baseada em evidências. Não é difícil presumir que se estas práticas fossem incluídas na pesquisa de opinião os dados seriam ainda mais assustadores e provocadores. No entanto, este número vai ser difundido pelo movimento de mulheres para produzir a categoria violência obstétrica no campo discursivo brasileiro e dar “voz” às mulheres brasileiras e a suas experiências de parto. Um belo exemplo da utilização deste dado pelo ativismo de mulheres é o trabalho da fotógrafa Carla Raiter “1:4- Retratos da Violência Obstétrica” que traz fotografias do corpo de mulheres com os relatos de e frases que ouviram durante o parto escritas em partes dos seus corpos. Uma das fotografias mais emblemáticas traz a foto de uma mulher deitada mostrando a extensão da cicatriz deixada por uma episiotomia e o relato sobre como o seu pedido para que o procedimento não fosse feito foi ignorado pelo obstetra, a outra traz a foto da cicatriz de uma cesárea e o argumento usado pelo obstetra para justificar o procedimento usando a possível morte do bebê para coagir a escolha da mulher e justificar o procedimento (ver figuras 1 e 2).

⁹¹ Como irei mostrar mais a frente, a crítica à medicalização do corpo feminino que se associa à categoria e que vai compreender a cesárea sem indicação e outras práticas rotineiras do parto tecnocrático como uma violência é sustentada sobretudo pelo próprio campo da saúde, dos movimentos da humanização e da saúde pública que vão ter os recursos e paradigmas da medicina baseada em evidências para descrever e denunciar o fenômeno.

Figura 1. Projeto 1:4-Retratos da Violência Obstétrica.

FONTE . Página da fotógrafa Carla Raiter(RAITER, 2015)
Figura 2. Projeto 1:4-Retratos da Violência Obstétrica.

FONTE 1 Página da fotógrafa Carla Raiter(RAITER, 2015)

Através das imagens e dos relatos a autora consegue dar corpo à violência obstétrica como uma violência que se explicita tanto nos abusos e maus tratos físicos e verbais como no excesso da medicalização dos processos de parto. A autora descreve que o projeto “busca materializar as marcas invisíveis deixadas por esse tipo de violência”(RAITER, 2015) e explica:

Mulheres rompem o silêncio e têm suas histórias retratadas em partes de seus corpos, em uma linguagem que as trata de forma serializada, anônima e sem considerar a sua individualidade, assim como fazem os protocolos médicos nas maternidades públicas e privadas brasileiras(RAITER, 2015)

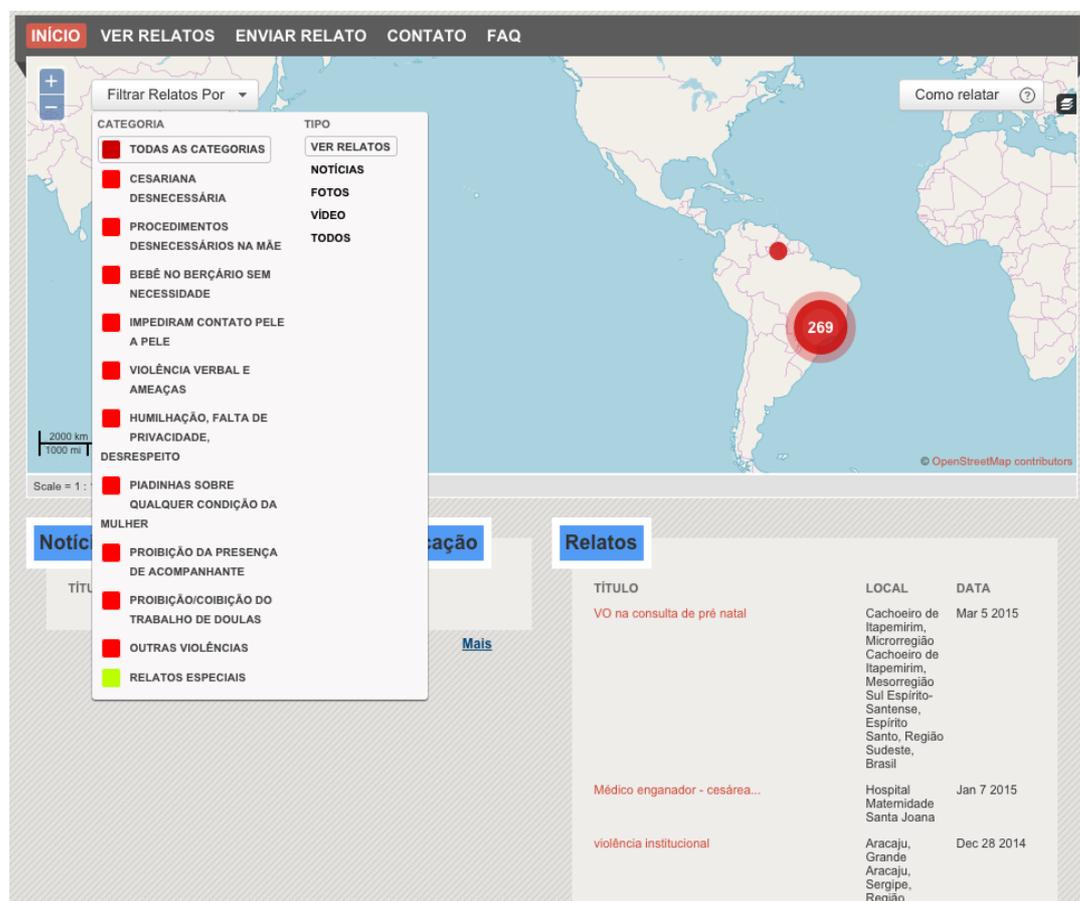
O trabalho de Raiter é extremamente interessante porque ele reúne estas estratégias discursivas do movimento de mulheres brasileiras que procura denunciar e materializar a violência dando voz às mulheres neste jogo entre o anonimato e o particular que vai construindo uma afinidade entre as mulheres a partir do reconhecimento e nomeação das agressões vivenciadas e naturalizadas em suas experiências de parto.

No espaço do ativismo digital, a estratégia de dar voz às mulheres é rapidamente amplificada. Nos moldes da campanha #metoo⁹² que procurou denunciar o fenômeno de assédio e violência sexual ao incentivar as mulheres a compartilharem publicamente suas histórias de assédio, a categoria violência obstétrica promove uma extensa produção de narrativas online sobre a experiência da violência durante o parto tanto em blogs e plataformas de ativistas como nas redes sociais. A Associação

⁹² A organização do movimento Metoo foi fundada em 2006 com o objetivo de prover apoio para as vítimas de abuso sexual, sobretudo para mulheres e meninas negras de comunidades carentes dos EUA. A campanha #metoo (eu também, em inglês), lançada em 2017 pela ativista Tarana Burke, pedia que mulheres relatassem e compartilhassem suas experiências de assédio sexual nas redes sociais acompanhados da hashtag #metoo com o intuito de conscientizar e evidenciar o fenômeno. A campanha teve uma grande repercussão internacional, sobretudo após as denúncias de assédio sexual contra um famoso produtor de Hollywood e foi reproduzida em diferentes países e línguas(ME TOO MOVEMENT, 2016)

Artemis, por exemplo, utilizou o crowdmap⁹³ para coletar narrativas denunciando a experiência da violência obstétrica no Brasil e gerar um mapa da violência obstétrica que é constantemente atualizado pelas internautas (ver figura 3).

Figura 3. Mapa da Violência Obstétrica. Ong Artemis



FONTE. Página da Ong Artemis(ARTEMIS, 2013).

Ao clicar no mapa é possível acessar inúmeros relatos de partos onde as mulheres narram as suas experiências, além de enviar o seu relato particular. Os

⁹³ O crowdmap é uma plataforma online que utiliza dados coletados na rede junto com dados geográficos para criar um mapa digital que é constantemente atualizado e que permite visualizar a extensão de um fenômeno como, por exemplo, uma crise humanitária, guerra, eleições etc. Os mapas são tipicamente criados por ativistas digitais e pessoas que coletivamente se organizam na internet(CROWDMAP, 2018).

relatos são separados pelo tipo de violência sofrida⁹⁴, local e data, informações que podem ser usadas como filtro de busca, além de serem divididos entre os que foram verificados pela associação e os que não foram. Outro projeto interessante que também procura trabalhar com a estratégia de produzir e divulgar dados sobre a violência obstétrica é o Observatório da Violência Obstétrica, Projeto de Extensão vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul que se integra a Rede Internacional de Observatórios da Violência Obstétrica, organização internacional que também conta com observatórios na Argentina, Chile, Colômbia, Espanha e França e que tem como objetivo visibilizar e erradicar a violência obstétrica que é descrita como um problema de saúde pública mundial. No Brasil, o Observatório da Violência Obstétrica tem como objetivo principal promover o “monitoramento e diálogo entre a sociedade e o Sistema Único de Saúde sobre a qualidade da assistência prestada às mulheres e seus direitos reprodutivos”(OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, BRASIL, 2014). É interessante perceber como estes projetos vão reproduzir o discurso do monitoramento e vigilância construindo um verdadeiro panóptico digital que vai situar o olhar vigilante na “mulher”, revertendo a relação de poder tradicional onde o profissional de saúde, o médico é o agente que vigia epidemiologicamente a população e produz um saber sobre esta.

Além destes projetos, poderia citar uma série de outros exemplos, como o filme colaborativo “Violência Obstétrica, as vozes das brasileiras”(MOREIRAS, 2012) e diversos blogs e grupos ativistas de redes sociais em que é possível coletar uma quantidade extraordinária de relatos sobre a violência no parto que geram uma identificação entre as mulheres a partir dos relatos de maus-tratos e desamparo vivenciados no parto⁹⁵. Poderia se dizer que esta identidade de “mulher/mãe/vítima

⁹⁴ Ao enviar o relato a internauta precisa assinalar através de 11 categorias já estabelecidas o tipo de violência sofrida tais como cesárea desnecessária, humilhação, piadinhas sobre qualquer condição da mulher, proibição da presença do acompanhante, proibição/coibição do trabalho de doulas etc..

⁹⁵ Cabe destacar aqui também outras iniciativas que ajudaram a promover a categoria e o fenômeno das denúncias contra a violência no parto como o filme O renascimento do parto de Eduardo

da violência obstétrica” que vai sendo construída a partir dos relatos negativos não parte de “uma suposta matriz identitária” (HARAWAY et al., 2013, p. 49) que promoveria uma identificação natural entre as mulheres, mas decorre da consciência de uma opressão e da identificação de uma afinidade entre as experiências de desamparo e violências sofridas durante o parto. Esta identidade seria como diz Haraway “um produto do poder da consciência de oposição” (HARAWAY et al., 2013, p. 49). No entanto, ao olhar para estas produções discursivas que vão construindo esta identidade feminina a partir das afinidades nos relatos de desamparo e maus tratos durante o parto é possível ver como vai ocorrendo um apagamento das particularidades e atravessamentos de raça/etnia/classe que ocorrem no fenômeno da violência durante o parto.

Por exemplo, apesar da utilização discursiva do dado “uma em quatro mulheres” gerar a experiência de uma afinidade entre todas essas mulheres, os resultados e análise dos dados a partir da pesquisa da Fundação Perseu Abramo deixaram bem claro que a experiência dessas uma em quatro mulheres brasileiras que sofrem algum tipo de violência no parto é absolutamente atravessada por recortes sociais e que estes recortes vão produzir cenas de partos muito desiguais. No artigo *A Violência institucional no parto em maternidades brasileiras* que analisa os resultados da pesquisa da Fundação, os autores concluem:

Pode-se perceber que a distribuição dos tipos de violência institucional comporta diferenciações segundo tipo específico de violência considerada, a escolaridade e a rede de atendimento. Por outro lado, não houve diferenças significativas quanto à frequência de violência por marcadores de “raça”. Esses dados sugerem que as intersecções entre gênero e classe social produzem formas de reprodução estratificada (Rapp, 2001), isto é, que hierarquias e desigualdades sociais existentes no Brasil se expressam na cena de parto, se explicitando no modo como se distribuem cada uma

Chauvet que resultou de um financiamento coletivo e que na sequência *O renascimento do parto 2* tratou exclusivamente de denunciar a violência obstétrica. Além das mobilizações de rua promovidas em defesa do Parto domiciliar, do parto humanizado.

das manifestações de violência observados(VENTURI; GODINHO, 2013, p. 227)

Estas conclusões reverberam com a análise apresentada por Carmen Simone G Diniz e Alessandra S.Chacham no artigo “*O “corte por cima” e o “corte por” baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo*”(DINIZ; CHACHAM, 2004) em que, a partir de informações da literatura médica e entrevistas com profissionais de saúde, as autoras ilustram as enormes e complexas diferenças entre as cenas de parto e os tipos de práticas e procedimentos que ocorrem no sistema público e privado sugerindo que os tipos e graus de violência experimentada pelas mulheres brasileiras durante o parto vão depender do seu lugar social, lugar, que para estas autoras inclui o atravessamento de raça e etnia, além de classe. Se por exemplo, no sistema privado o tipo de violência retratado é a coação da escolha da via de parto para uma cesárea eletiva, no sistema público a violência se expressa tanto no abuso das intervenções desnecessárias e nos maus tratos físicos e verbais como em questões mais estruturais como a “peregrinação obstétrica”(DINIZ; CHACHAM, 2004) que ocorre pela falta de leitos e na falta de continuidade entre o atendimento oferecido no pré-natal no posto de saúde e o atendimento do hospital durante o trabalho de parto. Além do mais, Diniz e Chacham são claras quando dizem que

No caso brasileiro, a cesárea e a episiotomia desnecessárias são também um problema racial e de classe social. Mulheres brancas de classe média, atendidas por serviços do setor privado, tendem a receber “o corte de cima” (cesárea), enquanto a mulher negra e pobre que recorre ao SUS(70%das mulheres do país) tende a receber “o corte de baixo”(episiotomia).Como as mulheres negras apresentam características diferenciadas quanto à cicatrização, com maior tendência a problemas cicatriciais e formação de quelóides(DINIZ; CHACHAM, 2004, p. 88)

Estas pesquisas e dados demonstram, portanto que existe uma enorme e evidente diferença no tipo e grau de violência experimentado pelas mulheres conforme o seu estatuto social (inclusive na maneira como a experiência é interpretada) e que estes dados não apontam para uma uniformidade das experiências de violências e abusos vividos durante o parto entre mulheres de diferentes segmentos

sociais. O caso de Adelir Lemos de Goes e sua repercussão são especialmente ilustrativos deste apagamento para os atravessamentos de raça, etnia e classe que os movimentos de mulheres vão produzir ao tentar produzir uma unidade identitária a partir dos relatos de violência no parto. A experiência de Adelir Lemos de Goes, moradora da zona rural do município de Torres, de etnia cigana e que dependia dos serviços de assistência obstétrica pública é um exemplo contundente das diferenças que atravessam as biopolíticas que regem os corpos mulheres de diferentes recortes sociais. Adelir não teve apenas a sua “escolha” por um parto humanizado⁹⁶ coagida por um médico, Adelir e o seu parceiro foram alvos de todas as instâncias e poderes disciplinadores possíveis desde a médica obstetra e o gestor do hospital que acionaram o ministério público para justificar e forçar Adelir a se submeter a uma cesárea, ao oficial de justiça e os policiais que ameaçaram prender o marido caso eles se recusassem. O caso de Adelir é um exemplo contundente da radical diferença entre as experiências das mulheres de classes médias e mais abastadas que podem escolher desde uma cesárea eletiva pelo plano de saúde, para evitar os traumas de um parto normal (ou até mesmo para evitar os efeitos fisiológicos de um parto normal e “preservar” a sua forma física) até um pacote completo do parto humanizado no particular com presença de toda uma equipe humanizada, inclusive doula; e as experiências de mulheres de classes mais baixas e grupos oprimidos que não podem sequer escolher o parto preconizado pelas normas do Ministério da Saúde e a Política Nacional de Humanização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) e PHNP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Apesar desta evidente particularidade do caso e com as melhores das intenções no intuito de gerar uma comoção e identificação que politicamente são necessárias para o reconhecimento do fenômeno e mobilização da sociedade, os movimentos de

⁹⁶ Um parto humanizado, além do espaço para sentir o parto como uma experiência individual, subjetiva e até mesmo espiritual; ela poderia ser acompanhada por enfermeira obstétrica e doula que procurariam garantir o seu protagonismo, evitando todo tipo de intervenção desnecessária e sem embasamento clínico como preconiza o modelo da humanização pregado pelas normas e políticas do Ministério da Saúde e como mulheres de classes mais abastadas conseguem pagar por ao contratar uma “equipe humanizada”.

mulheres organizaram um ato nacional contra a violência obstétrica que ocorreu em mais de 30 estados brasileiros com o lema e a hashtag #somostodasadelir, lema que procura construir esta identificação virtual entre todas as experiências de partos e mulheres brasileiras construindo uma totalidade das experiências que apaga localizações cruciais para a compreensão justa do fenômeno. Como descreve Haraway:

Os movimentos internacionais de mulheres têm construído aquilo que se pode chamar de “experiência das mulheres”. Essa experiência é tanto uma ficção quanto um fato do tipo mais crucial, mais político. A libertação depende da construção da consciência da opressão, depende de sua imaginativa apreensão e, portanto, da consciência e da apreensão da possibilidade(HARAWAY et al., 2013, p. 36)

Assim a categoria da violência obstétrica utilizada pelo movimento de mulheres vai servir exatamente para esta construção da experiência das mulheres no parto e a “apreensão imaginativa” da opressão que mulheres podem sofrer durante o parto⁹⁷. Cabe como pergunta aqui, se esta construção de uma identificação a partir de afinidades entre as cenas de parto não parcializada, não localizada não acaba construindo uma essencialização da categoria mulher e de sua experiência a partir do lugar de vítima da violência obstétrica, um lugar no mínimo espinhoso para qualquer sujeito⁹⁸. Questionar estas construções não equivale a questionar a veracidade dos

⁹⁷ É possível observar esta mesma construção universalizada da categoria mulher vítima da violência sexual no movimento #metoo, movimento lançado por uma ativista negra e com um foco específico no atendimento e apoio de mulheres negras e de comunidades de baixa renda, mas cuja campanha online reforçou a ideia de uma unidade das experiências que geraria uma identificação entre todas as mulheres para além de suas localizações.

⁹⁸ Como anunciei anteriormente escolhi não agregar a esta pesquisa a análise mais aprofundada dos efeitos discursivos da categoria na produção das narrativas das mulheres sobre as suas experiências de parto, no entanto, um breve olhar para estas construções parece sugerir que a construção do lugar de vítima da violência e da afinidade gerada com outras mulheres invoca de fato à uma unidade política e ao ativismo, nem que este se resume ao ato de produzir um corpo de narrativas que contestam o regime de verdade, por exemplo, da medicina hegemônica. Citaria aqui como exemplo

relatos sobre a violência no parto já que é evidente que estas construções têm um papel muito importante na luta por direitos e como descreve Cynthia Sarti em seu artigo *A vítima como figura contemporânea* “a construção da pessoa como vítima no mundo contemporâneo é pensada como uma forma de conferir reconhecimento social ao sofrimento, circunscrevendo-o e dando-lhe inteligibilidade”(SARTI, 2011, p. 54)⁹⁹. No entanto a parcialização destas construções são necessárias justamente para “aprender como forjar uma unidade poético-política que não reproduza uma lógica de apropriação, da incorporação e da identificação taxonômica” como sugere Haraway e para evitar “o risco da cristalização de identidades particulares e do apagamento da tensão constitutiva da luta”(SARTI, 2011, p. 53) como alerta Sarti. Ao olhar para o campo discursivo dos movimentos de mulheres no contexto brasileiro fica evidente o lugar importante que o movimento de mulheres negras vai ter na construção desta localização das experiências e na produção das rasuras construtivas para as lutas e demandas por políticas públicas voltadas para as necessidades das mulheres brasileiras e em particular as necessidades dos sujeitos subalternos pautadas em um reconhecimento e consciência das diferenças que atravessam as experiências das mulheres brasileiras.

a fala da própria Adelir, já antes mencionada, em uma entrevista concedida após a repercussão do seu caso “sem querer, levantei bandeira e agora vou ajudar a crescer esses grupos de parto humanizado. Sempre dei razão a eles, agora mais ainda. Eles agem muito com amor, amor à saúde e à mulher. Eu não era ativista, mas agora estou pensando em ser, pelo que eu passei”(TRUDA, 2014)

⁹⁹ Não é à toa, que, por exemplo, a estratégia discursiva das ordens normativas da medicina, evidenciada nos documentos e debates produzidos nos conselhos regionais de medicina e sociedades de obstetras e ginecologistas, procura justamente questionar o estatuto de vítima operando uma inversão da categoria violência obstétrica para violência contra o obstetra, inversão que procura não somente deslegitimar o discursos dos movimentos e as suas demandas como ao mesmo tempo conferir à figura do obstetra esse lugar contemporâneo de “legitimidade moral” que a figura da vítima confere ao sujeito do discurso.

4.3. A violência obstétrica e mortalidade materna de mulheres negras: uma bio/necropolítica brasileira e uma luta política do feminismo negro.

O caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira é especialmente relevante para entender o uso crítico que os movimentos de mulheres brasileiras, e, sobretudo, o movimento de mulheres negras vão fazer da categoria violência obstétrica junto com as taxas de mortalidade materna para denunciar as iniquidades na assistência à saúde da mulher e o racismo institucional e estrutural que atravessa as instituições legais e de saúde. A história de Alyne não é relevante porque ela pode falar em nome de todas ou representar todas as mulheres brasileiras, mas, justamente, porque ela fala de um “*locus social*” (RIBEIRO, 2017b, p. 64): de um lugar específico, um lugar de subalternidade na sociedade brasileira, e ela representa um grupo específico e uma mulher que se encontra em uma encruzilhada de exclusões: a mulher negra, pobre e grávida. Alyne, como denuncia Lélia Gonzalez é o sujeito “na lata de lixo da sociedade brasileira” e ao construir a história de Alyne o movimento de mulheres negras vai conseguir irromper os espaços normativos fazendo este sujeito subalterno falar desconstruindo o discurso e o mito da democracia racial brasileira¹⁰⁰ ou como provoca Lélia Gonzalez é construindo a história de Alyne como luta política que o “lixo vai falar, e numa boa”(GONZALEZ, 1983, p. 225). A construção e localização da identidade de Alyne são importantes porque, como explica Djamilia Ribeiro citando a filósofa panamenha Linda Alcoff:

Para descolonizarmos o conhecimento, precisamos nos ater à identidade social, não somente para evidenciar como o projeto de colonização tem criado essas identidades, mas para mostrar como certas identidades têm sido historicamente silenciadas e desautorizadas no sentido epistêmico, ao passo que outras são fortalecidas. (RIBEIRO, 2017b, p. 29)

¹⁰⁰ Ao analisar a resposta das ordens normativas da saúde, sobretudo do campo discursivo hegemônico da medicina ficou evidente como este conceito do mito da democracia racial brasileira é importante para entender a reação e resistência destas ordens a debater e confrontar o racismo e o sexismo constitutivo das práticas e instâncias normativas da sociedade brasileira.

Proponho olhar um pouco mais para o processo de Alyne no Comitê da CEDAW para entender o uso que os movimentos de mulheres vão fazer deste caso para construir o debate e produzir os direitos reprodutivos das mulheres brasileiras e em particular o uso político que o movimento de mulheres negras vai fazer da categoria violência obstétrica para evidenciar as estruturas de poder e opressão que operam na sociedade brasileira e que vão manifestar tipos e graus de violência muito diferentes conforme o *locus* social da mulher e da cena de parto.

A denúncia perante o Comitê da CEDAW feita pela *Center for Reproductive Rights* (Centro por Direitos Reprodutivos) ¹⁰¹ acusou o Estado Brasileiro de violar o direito de Alyne à justiça, à saúde sem discriminação e o direito à vida. Em 2011, a CEDAW concluiu que a denúncia era justificada e acusou o Estado Brasileiro de ter violado os direitos humanos de Alyne ao não garantir estes três direitos básicos: à justiça, à saúde e à vida. A CEDAW também concluiu que havia problemas na implementação da assistência à saúde materna no Brasil e que as dificuldades de acesso a um serviço de saúde adequado constituíam uma discriminação (esta conclusão é muito interessante já que ela vai configurar a falta de acesso a serviço de saúde adequado como uma violência e racismo institucional e estrutural¹⁰²). Apesar de o Estado Brasileiro ter negado a discriminação com base em sexo, raça e renda, o Comitê da CEDAW concluiu que Alyne havia sido discriminada por conta de sua raça e classe¹⁰³ e o seu caso foi inclusive usado como referência para a criação do “*Technical guidance on the application of a human rights based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal*

¹⁰¹ O *Center for Reproductive Rights* é uma organização internacional de “advocacy” pelos direitos reprodutivos cujo objetivo é “transformar o panorama dos direitos reprodutivos ao redor do mundo” (“reproductiverights.org”, 2018).

¹⁰² Sugiro o livro de Silvio Almeida “O que é racismo estrutural?” para uma melhor compreensão do conceito.

¹⁰³ No terceiro capítulo irei abordar estas recomendações e o Pacto pela Mortalidade Materna e reação tanto das ordens normativas médicas como a do Conselho Federal de Medicina e como o Ministério da Saúde à acusação de racismo institucional.

morbidity and mortality”produzido pelo Comissariado de Direitos Humanos da ONU(ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012). Em sua sentença, o Comitê recomendou que o Estado Brasileiro seguisse seis medidas reparatórias. Além das reparações financeiras adequadas em nome da mãe e filha de Alyne, este recomendou ao Brasil que colocasse em prática o Pacto *Nacional Para a Redução da Mortalidade Materna* de 2004¹⁰⁴ nos âmbitos municipais e estaduais estabelecendo comitês de mortalidade materna onde não existiam até então. Outra recomendação foi que o estado Brasileiro garantisse os direitos reprodutivos das mulheres provendo treinamento técnico sobre direitos reprodutivos não somente para profissionais da saúde como também treinamento para membros do judiciário e operadores do direito de maneira a garantir acesso aos recursos efetivos nos casos de violação destes direitos. A condenação do Brasil perante CEDAW teve um papel fundamental não somente trazendo a tona e evidenciando a relação entre mortalidade materna e discriminação no Brasil, mas também, através de suas recomendações, trazendo estratégias concretas para o combate à violência através da instrumentalização do judiciário brasileiro(CENTRO DE DERECHO REPRODUTIVO, 2014).

Estas recomendações da Cedaw, assim com o conjunto de outros textos produzidos pelos tratados e conferências da ONU e OEA, foram amplamente utilizados pelas ONGs feministas brasileiras para subsidiar e legitimar as suas ações. A Associação Artemis, além de produzir as cartilhas informativas sobre a violência obstétrica para a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, também desenvolveu como principal estratégia a proposta de cursos de capacitação jurídica alinhados com as recomendações da CEDAW para o Estado Brasileiro no caso Alyne Pimentel. Em 2018, a Artemis foi responsável pelo primeiro curso sobre violência obstétrica para juízes, oferecido pela Escola Superior da Magistratura do Amazonas (ESNAM) e que tinha como objetivo capacitar os juízes para o reconhecimento e compreensão do fenômeno e prover o arcabouço legal já disponível na lei e constituição brasileira que permitem caracterizar e responder adequadamente aos casos e denúncias de violência

¹⁰⁴ Este pacto foi proposto pelo Ministério da Saúde em 2004 e colocava como meta a redução em até 15% da mortalidade materna e neonatal.

obstétrica que têm aparecido com mais frequência no sistema jurídico brasileiro(CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2018). A Associação Artemis também foi responsável pela articulação com a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras (ABENFO) ¹⁰⁵ e o deputado Jean Wyllys do Partido Socialismo e Liberdade(PSOL) na elaboração do projeto de Lei 7633/2014 que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato e que traz no seu corpo uma definição da violência obstétrica e uma extensa lista de procedimentos e atos que podem ser caracterizados como violência obstétrica e as penalidades e ações possíveis no combate e erradicação ao fenômeno¹⁰⁶. Em seu site, o deputado faz um comentário interessante sobre o projeto que aponta para a estratégia do movimento de mulheres de “dar voz” às mulheres como sujeitos silenciados e ao mesmo tempo evidenciar concretamente o fenômeno, isto é, traduzir o fenômeno da violência obstétrica dentro do regime de verdade da ciência, baseado em evidências. O deputado descreve que o projeto “pretende ser mais um instrumento de uma *silenciosa* revolução- que está sendo construída por mulheres de todo o Brasil-, da informação, das *evidências científicas*, do repúdio a todo tipo de violência contra a mulher e seu bebê” (WYLLYS, 2015) *italico meu*. Além deste projeto do PSOL, dois outros projetos que versam sobre a violência obstétrica estão tramitando em conjunto na Câmara dos

¹⁰⁵ Mais adiante irei apontar o lugar essencial e político que a categoria tem para a luta de classes e profissionais dentro do campo da saúde e como esta luta está atravessada por questões de gênero, raça e classe.

¹⁰⁶ O projeto de lei, além de incluir a definição da lei venezuelana, ele vai descrever uma lista de 22 condutas que caracterizam violência obstétrica e estende a definição incluindo o bebê recém nascido como possível vítima da violência obstétrica. Vale ressaltar que este não é o único projeto de lei que trata da violência obstétrica no Brasil e que já existem alguns projetos com definições e aplicações um tanto diferentes. O projeto do deputado Jean Wyllys é dos mais extensos e interessante por reforçar os princípios da Política Nacional de Humanização definindo os direitos da mulher durante a gestação, pré-parto e puerpério e trazendo a categoria violência obstétrica dentro de um escopo maior de direitos e questões que afetam a saúde da mulher, tais como o abortamento. No relatório sobre o projeto o deputado cita a pesquisa da Fundação Perseu Abramo assim como o dossiê elaborado em 2012 pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as Mulheres e os documentos nacionais e internacionais e as normas e leis do SUS e Ministério da Saúde para corroborar e justificar este projeto de lei.

Deputados, um da deputada Jô Moraes do PCdoB (PL 7867/17) e outro do deputado Fransisco Floriano do DEM. Fica evidente, que no contexto brasileiro, a categoria violência obstétrica tornou-se uma pauta política, sobretudo dos partidos de esquerda que têm a defesa dos direitos humanos e minorias como pautas de lutas e princípios ideológicos.

No Rio de Janeiro, a categoria violência obstétrica tornou-se um emblema da luta política do movimento feminista negro e de suas representantes políticas, principalmente com a figura de Marielle Franco, vereadora do PSOL, que durante o seu mandato até a sua trágica morte, além de assinar o projeto de lei municipal 265/2017 que estabelece diretrizes para criação do programa Centro de Parto Normal e Casa de Parto como estratégia para implementação da política de humanização e redução da mortalidade materna¹⁰⁷, também foi veemente porta-voz do debate sobre a mortalidade materna das mulheres negras e o tema da violência obstétrica. O assassinato de Marielle Franco teve um grande impacto ao colocar em evidência as pautas e lutas do movimento feminista negro brasileiro, movimento que vem há décadas procurando evidenciar e denunciar o racismo estrutural que atravessa as instituições e políticas públicas brasileiras. As duas principais pautas de luta de Marielle, a denúncia e combate ao genocídio do jovem negro brasileiro por conta das políticas de segurança pública que privilegiam as intervenções militares dos territórios periféricos e a denúncia das violências que as mulheres negras e pobres experimentam por conta da falta de políticas públicas que considerem suas realidades e necessidades são pautas centrais da luta do movimento feminista negro e que, com sua morte ganharam destaque na imprensa e principalmente durante o período eleitoral do segundo semestre de 2018. A sanção da lei 8054/18, redigida pela Deputada Estadual Enfermeira Rejane do PCdoB, que instituiu o dia 14 de março, data do assassinato de

¹⁰⁷ O projeto que foi aprovado em novembro de 2017, apesar da tentativa de veto do prefeito Marcello Crivella (PRB) prevê a construção de pelo menos cinco novos centros. No entanto, até o segundo semestre de 2018 o projeto ainda não havia saído do papel, a Secretária Municipal de Saúde não informou prazos, mas confirmou a construção de um centro na ilha do governador, bairro do Rio de Janeiro (ANTUNES, 2018).

Marielle Franco como data oficial do calendário do Rio da “luta contra o genocídio da mulher negra”(GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2018), é um exemplo muito ilustrativo da utilização simbólica do assassinato de Marielle para promover as pautas do movimento e que ilustra como a categoria violência obstétrica tem se tornado um dispositivo de luta para o movimento de mulheres negras brasileiras. Em uma reportagem sobre a instituição do dia Marielle Franco, Renata Souza, ex-chefe de gabinete da vereadora explica a importância da data para as mulheres negras:

É urgente que as mulheres negras sejam foco das políticas públicas, porque são as principais vítimas de assistência do Estado. Por isso, são as mulheres negras que nos últimos 10 anos têm maiores índices de feminicídio, quando são assassinadas por companheiros, em relações abusivas. Também são as principais vítimas de violência obstétrica, nos hospitais públicos e também por conta de abortos em clínicas de fundo de quintal. São elas as principais vítimas de morte materna(ROSA, 2018)(itálico da autora).

Outra reportagem da agência Patrícia Galvão, que trata da ascensão política das três ex-assessoras de Marielle Franco, Renata Souza, Dani Monteiro e Mônica Fransisco, revela já no título o uso político e de luta que a categoria adquiriu para o movimento de mulheres negras: “*Contra Violência Obstétrica e em favela: como atuarão herdeiras de Marielle*” (AGÊNCIA PATRÍCIA GALVÃO, 2018). Outra evidência desta utilização política da categoria foi a aliança suprapartidária de pré-candidatas e ativistas mulheres cariocas em uma Frente Popular Feminista, a “Bancada Feministe” que tinha como foco a defesa de pautas “feministas e de combate ao racismo”(RÉGIA DA SILVA, 2018)que em um manifesto publicado na internet no dia 20 de junho de 2018, firmaram como compromissos públicos: “a contraposição da herança escravista e patriarcal usando nossa luta e resistência para descolonizar as estruturas sociais do Brasil” e “ o fortalecimento de uma rede feminista latino-americana de luta contra todas as opressões” e definiram como uma de suas pautas prioritárias “lutar contra a violência obstétrica e pela humanização do SUS”(BANCADA FEMINISTE, 2018). Durante o período eleitoral, no rio de janeiro, a luta contra a violência obstétrica e pelas casas de parto e humanização do SUS

tornou-se uma evidente bandeira levantada por candidatas que se associam a uma clara perspectiva feminista de esquerda e do movimento feminista negro brasileiro que vai se balizar na perspectiva interseccional para denunciar as desigualdades sociais e lutar por políticas públicas mais justas e falar em nome da mulher negra como um sujeito subalterno da sociedade brasileira. Thais Ferreira, candidata à Deputada Estadual do PSOL, que assinou o Manifesto da Frente Popular Feminista, destacou-se ao usar o relato de sua própria experiência como mãe negra e as violências que experimentou em um primeiro parto traumático no qual perdeu o bebê para abordar o tema da violência obstétrica e colocar a demanda por mais políticas públicas que contemplem as minorias como pauta de reivindicação de sua campanha (Ver figura 4).

Figura 4. Propaganda eleitoral da Deputada Thais Ferreira.



FONTE. Imagem da propaganda eleitoral virtual da candidata(COLETIVO PARTIDA, 2018)

Ao olhar para o campo discursivo do movimento feminista negro brasileiro fica claro como este vai usar a categoria violência obstétrica para denunciar o racismo a partir de uma compreensão do conceito foucaultiano de biopolítica e da releitura crítica proposta por Achille Mbembe com o seu conceito de necropolítica e necropoder(MBEMBE, 2018), que para autores como Silvio Almeida descreve com

mais clareza o avanço do neoliberalismo e de suas práticas de poder. Almeida explica como as políticas de corte e desmantelamento do Estado do bem-estar social promovem uma sofisticação dos “mecanismos de destruição das vidas negras” para além do encarceramento como, por exemplo, com a “negligência com a saúde da mulher negra”(ALMEIDA, 2018, p. 95). Assim, desde a década de 80, o movimento feminista negro tem sido responsável por apontar a relação do racismo estrutural com as políticas públicas e as questões de direitos reprodutivos que atingem as mulheres negras. Djamila Ribeiro cita a pesquisa de Jurema Werneck e o problema das esterilizações forçadas de mulheres negras e pobres que ocorreu durante a década de 80 e demonstra como foram as mobilizações do movimento de mulheres negras e o requerimento da Deputada Benedita da Silva do PT que resultou na criação da Comissão Parlamentar de Inquérito em 1991, CPI da Esterilização, que confirmou práticas discriminatórias na realização dos procedimentos de esterilização irreversível e distribuição de métodos anticoncepcionais(RIBEIRO, 2017, p. 42). Ribeiro enfatiza “o movimento de mulheres negras é protagonista no combate ao genocídio da população negra e à usurpação da liberdade das mulheres, iniciando a luta sob a forma de denúncia”(RIBEIRO, 2017, p. 42). A utilização da categoria violência obstétrica pelo movimento feminista negro brasileiro além de reverberar ideologicamente com o campo discursivo feminista marxista que sustenta a categoria no texto da lei venezuelana, também reverbera com a perspectiva interseccional do movimento feminista negro americano que tem procurado denunciar as altas taxas de mortalidade materna de mulheres negras americanas como um reflexo do racismo estrutural que perpassa a história da obstetrícia e ginecologia moderna americana. Além do uso cada vez mais freqüente do termo violência obstétrica¹⁰⁸ para descrever os maus tratos e negligências que as mulheres negras americanas sofrem, o movimento negro americano tem sido muito ativo na construção discursiva da obstetrícia e ginecologia moderna como um legado da escravidão. Um exemplo interessante dos efeitos desta denúncia foi a retirada da estátua do médico John Marion Sims, considerado “pai da ginecologia moderna” do Central Park em Nova Iorque. O ato, que ocorreu por conta

¹⁰⁸ vale ressaltar que nos artigos e pesquisas americanas os autores localizam a categoria violência obstétrica como um termo latino americano.

de diversos protestos promovidos pelos movimentos negros americanos como o Black Youth Project, contou inclusive com o apoio da New York Academy of Medicine que em uma carta ao prefeito de Nova Iorque descreveu “a prática do Doutor Sims como um dos muitos deploráveis exemplos que aconteceram na história em nome da inovação e avanços na medicina e ciência”¹⁰⁹(DE BLASIO, 2017). Em seu ensaio *Necropolítica*, Mbembe afirma que a escravidão foi “uma das primeiras manifestações da experimentação biopolítica”(MBEMBE, 2018, p. 27) a história de John Marion Sims que desenvolveu toda sua prática experimentando em jovens escravas de sua *plantation* tornou-se um exemplo emblemático desta afirmação e desta denúncia contra o racismo estrutural na práxis médica que os movimentos feministas negros, tanto no Brasil como nos Estados Unidos, têm promovido. Alguns autores americanos vão inclusive utilizar o termo *medical plantation* para descrever as práticas e experimentações que ocorriam neste período da história e que foram responsáveis por muitos dos avanços da medicina e ciência moderna¹¹⁰. É interessante ressaltar aqui os paralelos entre a descrição da condição do escravo por Mbembe como resultado da “perda de um lar, perda de direitos sobre o seu corpo e perda do estatuto político”(MBEMBE, 2018, p. 27) com a descrição da violência obstétrica proposta pelo Coletivo Feminista, por exemplo, como o não respeito ao “direito à integridade corporal das mulheres” (coletivo) e “coerção à auto-determinação e autonomia das mulheres” e a crítica de feministas como Bordo que descrevem como as políticas de subjetivação nas práticas reprodutivas vão reduzir o sujeito mulher mãe ao estatuto de “incubadora materna”(BORDO, 2013). Outro exemplo que reforça este paralelo entre a mulher grávida vítima da violência obstétrica e a condição do sujeito sem direitos é o título da tese da pesquisadora e ativista Ligia Moreiras Sena “*Ameaçada e sem voz, como num campo de Concentração*” *A Medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica*”(SENA, 2016).

¹⁰⁹ Tradução da autora “Dr. Sims practice is but one of many regrettable examples that have happened throughout history in the name of innovation and advancement in medicine and science”

¹¹⁰ Sugiro a pesquisa e livro de Deirdre Cooper Owens *Medical Bondage, Race, Gender, and the origins of American Gynecology* para um olhar mais aprofundado sobre este tema (COOPER OWENS, 2017).

Figura 5. Manifestação do movimento negro estadunidense pedindo a remoção da estátua do Dr. John Marion Sims.



FONTE 2. Artigo do jornal Washington Post sobre o protesto em Nova York em fevereiro de 2017(BROWN, 2017).

No que tange à categoria violência obstétrica no Brasil e à discussão sobre os direitos reprodutivos e saúde da mulher negra, a plataforma Geledés Instituto da Mulher Negra tem se destacado na produção de artigos e no debate do fenômeno sublinhando o viés racial(INSTITUTO DA MULHER NEGRA, 2018). Na plataforma do Instituto, que descreve as questões raciais e de gênero como prioritárias de sua missão, é possível achar através do recurso de busca um grande número de artigos que respondem ao filtro “violência obstétrica” que procuram denunciar o fenômeno através de relatos e informações sobre os dados e os direitos das mulheres. O Instituto reproduziu uma série de reportagens com a hashtag #sermãenegra escritas para a

revista Crescer onde o tema da violência obstétrica foi abordado a partir de projetos e ações promovidas por mulheres negras no combate ao racismo e à violência contra a mulher negra. Destacaria aqui a reportagem sobre a historiadora Sá Ollebar, que criou o blog “*Preta que Pariu*”, onde ela relata a suas experiências e descreve como:

sentiu na pele, física e psicologicamente, o racismo ao dar à luz. Cesárea ou parto normal: a via de nascimento fez pouca diferença no tratamento, recebido no sistema de saúde pública. As más experiências nos dois primeiros partos não deixaram dúvidas de que não pisaria no hospital para ter o seu bebê(LIMA; CRESCER, 2018).

O relato de Ollebar é bastante interessante porque ele aponta para um ofuscamento que vai sendo produzido pelo uso da categoria pelos movimentos da saúde e do parto humanizado quando estes focam o debate em torno da questão das altas taxas de cesárea versus o parto normal e acabam produzindo um esvaziamento sobre a compreensão da violência obstétrica como uma violência de gênero e racial e não apenas uma discussão entre práticas hegemônicas obsoletas versus práticas humanizadas mais atualizadas e baseadas em evidências. Outra reportagem interessante cita os relatos da pesquisadora Fernanda Lopes do grupo de Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, que apresenta os dados da pesquisa Nascer no Brasil para demonstrar as desigualdades no acesso ao pré-natal e a oferta de anestesia para as mulheres negras(MELO; LIMA, 2018). E ainda cita projeto Sankofa¹¹¹ da parteira e enfermeira-obstetra Ariana Santos que tem como objetivo oferecer um atendimento humanizado por um valor simbólico para mulheres negras e da periferia do Rio de Janeiro. Santos explica que o projeto partiu de sua constatação que mulheres negras não procuravam o parto humanizado e de que havia um claro recorte de classe e racial na procura por este tipo de atendimento¹¹². Santos

¹¹¹ Sankofa é um ideograma da escrita Adinkra do povo Akan e que se traduz como “voltar e pegar” e expressa um conceito defendido pelo movimento negro de recuperação da história e dos saberes apagados para reconstruir um presente e futuro mais justo.

¹¹² Esta constatação corresponde ao que muitas pesquisas vêm apontando sobre o perfil de mulheres que procuram o parto humanizado como sendo mulheres brancas, de classe média, com nível

comenta “eu me pegava pensando na razão pela qual eu não fazia partos de mulheres negras e porque elas não procuravam por isso, até entender que elas já sabiam que aquilo não era para elas, que não conseguiriam pagar”(MELO; LIMA, 2018) O comentário de Santos é bastante interessante porque ele revela dois aspectos sobre os movimentos do parto humanizado. O primeiro é que o parto humanizado, que afinal de contas é uma política de saúde pública, tornou-se um objeto de consumo do sistema de saúde privada onde as mulheres de classe média e classe alta podem pagar por um parto onde ela será “humanizada” a partir da construção do parto como uma experiência a ser vivida intensamente pelo sujeito. O segundo é que o tipo de parto que as mulheres esperam e as suas expectativas estão intrinsecamente atrelados ao seu *locus social*, e que este *locus social* além da questão de classe é atravessado pela questão étnico-racial e que esta relação é um pouco mais complexa do que aparenta. Os dados colhidos pela pesquisadora Olivia Hirsch em sua etnografia “*O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro*”(HIRSCH, 2015b), onde ela entrevistou mulheres em um grupo privado oferecido por ativistas da ReHuNa e mulheres atendidas em uma Casa de Parto pública, revelaram, por exemplo, que apesar das mulheres de classes populares apresentarem uma resistência inicial à política de desmedicalização das Casas de Parto e a percepção dos procedimentos intervencionistas como uma ajuda desejável e o acesso à tecnologia como um privilégio que permitia um parto rápido e sem dor (o tipo de parto desejado por elas), estas valorizavam muito a experiência de serem respeitadas e de “serem reconhecidas e tratadas como pessoas”(HIRSCH, 2015b, p. 247). Já no grupo privado de mulheres de classe média o parto humanizado é desejado não somente pela expectativa de serem respeitadas e tratadas como “pessoa”, mas também pelo processo do parto como experiência. Os resultados desta pesquisa coadunam com as conclusões de outras autoras sobre o desejo pelo parto cesárea e medicalizado por mulheres de classes populares como uma construção que resulta do desejo de evitarem os maus tratos experimentados em um parto normal no modelo

alto de escolaridade e de que, entre camadas mais baixas existe um grande receio em relação ao parto normal, a experiência da dor e a percepção de um parto sem intervenções e analgesia como uma negligência.

tecnocrático, hospitalar (COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE, 2017b; DINIZ, 2001; DINIZ et al., 2016; DINIZ; CHACHAM, 2004) Apesar das diferenças nas expectativas e construções sobre o tipo de parto, Hirsch conclui que em ambos os grupos as mulheres procuravam um modelo alternativo por “revelarem uma insatisfação com as práticas relativas ao parto e nascimento”(HIRSCH, 2015b, p. 246) e que esta insatisfação se centrava para todas as mulheres na questão de se sentirem desrespeitadas. Tanto a pesquisa de Hirsh como os exemplos de Santos e Ollebach sugerem que nos últimos anos vem ocorrendo uma mudança no perfil de mulheres que procuram o parto humanizado como alternativa e que esta procura parte de construções a respeito do parto muito diferentes conforme o *locus* social, mas que para estas mulheres de diferentes recortes sociais, a questão do respeito e de ser tratada como um sujeito é central tanto para as mulheres de classe média que procuram no parto humanizado uma experiência individualizada e estética(CARNEIRO, 2011a; HIRSCH, 2015b) como para as mulheres de classes populares que esperam um parto rápido e sem dor, mas que também expressam uma grande insatisfação em relação à experiência de desamparo e maus tratos durante o parto. No entanto, fica também evidente ao olhar para muitas das pesquisas sobre o parto humanizado e os recortes sociais que as questões étnicas e raciais ainda são muito pouco estudadas e que as pesquisas tendem a focar no recorte de classe. Como Ribeiro(RIBEIRO, 2017b) descreveu a visibilidade para as desigualdades étnico-raciais que atravessam a assistência à saúde das mulheres brasileiras tem sido uma luta travada pelo movimento de mulheres negras que se deparam com resistências institucionais, mas que nos últimos anos tem conseguido mudar as políticas públicas em saúde com avanços concretos como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) e a Portaria 344 de 2017 do Ministério da Saúde que exige o registro do quesito cor nos documentos produzidos pelo SUS, elemento crucial para a promoção de pesquisas que possam avaliar o racismo institucional e estrutural na assistência à saúde.

A partir destes exemplos fica evidente como a categoria violência obstétrica tornou-se um potente dispositivo de luta para o movimento feminista negro brasileiro que vai usar a categoria para denunciar o racismo estrutural que perpassa as instituições brasileiras. Isto é, o uso da categoria junto com os dados de mortalidade

materna permite evidenciar uma biopolítica brasileira onde o racismo estrutural e naturalizado, não apenas do Estado Brasileiro, mas também das outras instituições normativas envolvidas, como a medicina e todo o sistema de assistência obstétrica vão negligenciar a saúde da mulher negra “deixando ela morrer” como diria uma crítica foucaultiana. É importante ressaltar que a denúncia promovida pelo movimento feminista negro se dirige tanto às violências e negligências causadas pela falta de políticas públicas e presença do estado, fenômeno que poderiam ser caracterizadas e descritas como violências institucionais, como à misoginia e ao racismo estrutural e histórico da práxis obstétrica que se refletem no processo de medicalização do parto e que a categoria violência obstétrica procura evidenciar.

Estes exemplos também sugerem que a categoria tem tido um papel muito interessante para o movimento de mulheres no ativismo digital, que vai se utilizar desta categoria para trazer perspectivas diferenciadas e possivelmente mais localizadas sobre a experiência do parto e da maternidade como sugerem os exemplos da historiadora Sá Ollebar e o seu blog “*Preta que pariu*” e o projeto Sankofa da parteira Ariana Santos. Já a utilização política da categoria pelo movimento de mulheres negras durante as eleições, deixou claro, não somente como a categoria tem sido usada pelo feminismo negro para denunciar o racismo estrutural na assistência obstétrica brasileira, mas também como a categoria tem sido utilizada para promover e lutar pela política de humanização do SUS como uma resposta às desigualdades e atravessamentos de raça e classe na assistência à saúde da mulher negra. A utilização política da categoria pelo movimento de mulheres nas eleições teve o objetivo claro de promover, ampliar e defender as políticas de humanização do SUS e o projeto político de uma saúde pública que mantenha um compromisso com “os direitos da cidadania, destacando-se as necessidades específicas de gênero, étnico-racial, orientação/expressão sexual”(MINSITÉRIO DA SAÚDE, 2010b). Esta utilização da categoria junto com o conceito de parto humanizado para promover os direitos das mulheres e políticas públicas mais justas vai construindo um discurso um tanto diferente do discurso dos movimentos da humanização e do parto normal da década de 90. A seguir proponho olhar para as cartilhas elaboradas pelas ONGS Artemis e o Coletivo Feminista para entender e sublinhar algumas destas descontinuidades

discursivas que a categoria vai promover no movimento da humanização do parto e as perspectivas feministas da saúde.

4.4. Do parto humanizado para a violência obstétrica: uma mudança discursiva na relação do feminismo com a maternidade e o parto.

Todos os documentos produzidos pelas ONGs tratadas nesta pesquisa vão alicerçar as suas definições nos textos legais já analisados¹¹³. Além de trazerem listas de comportamentos, procedimentos e intervenções que podem ser caracterizados como violências obstétricas, os textos procuram informar e educar o leitor sobre os direitos reprodutivos da mulher e as estratégias legais para caracterizar e combater juridicamente a violência obstétrica¹¹⁴. A construção da categoria violência obstétrica por estas organizações a partir de uma perspectiva feminista do direito produz um discurso bastante diferente dos movimentos de mulheres em torno das categorias do “parto sem dor”, parto natural, parto humanizado e que aparecem até a virada de 2000. Apesar das duas categorias, violência obstétrica e parto humanizado, fazerem parte deste mesmo campo discursivo que se constrói no entrelaçamento das ordens discursivas da saúde do direito e dos movimentos de mulheres em torno do parto, ao analisar a construção da categoria violência obstétrica no campo discursivo dos movimentos de mulheres brasileiras é possível traçar nuances e, descontinuidades discursivas entre as duas categorias. A principal diferença é, justamente, a centralidade do gênero e da perspectiva feminista do direito nas construções discursivas em torno da categoria violência obstétrica e do parto humanizado. Autoras como Tornquist e Salem (SALEM, 1983; TORNQUIST, 2002a) vão sublinhar como os discursos produzidos ao redor da categoria parto humanizado partem de uma crítica ao modelo hegemônico de atenção ao parto e nascimento e que estes têm raízes

¹¹³ A Artemis faz referência à definição da lei venezuelana e argentina e o Coletivo utilizou-se das especificações da White Ribbon Alliance (WRA) que “desenvolveu material específico sobre o tema da violação de direitos humanos no parto, a partir de todas as convenções e declarações internacionais acerca dos direitos humanos” (COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE, 2017b)

¹¹⁴ A Artemis, por exemplo, informa a leitora sobre os seus direitos (direito à informação, direito ao acompanhante, direito a um atendimento humanizado) e sugere o Plano de Parto ou Declaração de Vontade Antecipada (DVA) autenticada em cartório como estratégia de proteção de sua autonomia e o acesso ao prontuário caso seja vítima de alguma violência, além de informar os caminhos possíveis para a efetivar uma denúncia (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO; ARTEMIS, 2014)

e expressam muitos dos ideários dos movimentos libertários e da contracultura da década de 60 e 70 na sua valorização de um “retorno ao natural” e no seu enaltecimento da individualidade e da experiência subjetiva . Pode-se dizer que as perspectivas feministas, sobretudo as ecofeministas na sua valorização de um saber feminino “natural” ajudam a sustentar e atravessam os discursos em torno do parto normal, do parto sem dor e do parto humanizado, porém as outras perspectivas feministas e, portanto, os seus conceitos e estratégias não são centrais a estas construções. Pelo menos até o início dos anos 2000, as perspectivas feministas parecem ter um lugar tangencial¹¹⁵ nas produções discursivas sobre parto que tendem a focar e se centralizar na crítica ao modelo biomédico como um modelo iatrogênico, que deturpa os processos naturais e que afeta negativamente a saúde do binômio mãe-bebê. Em sua etnografia *“Cenas de Parto e Políticas do Corpo: uma etnografia de práticas femininas do parto humanizado”*(CARNEIRO, 2011a) defendida em 2011, a autora Rosamaria Giatti Carneiro dedica todo um capítulo para discutir as relações e rupturas discursivas entre o feminismo e o parto humanizado onde ela traz títulos bastante interessantes como *“eu não sou feminista e não tem nada de feminista no meu parto”* ou *“tão distantes e tão próximos: feminismos e práticas do parto humanizado”* que revelam este lugar ambivalente do feminismo com os discursos do parto humanizado(CARNEIRO, 2011b). Em seu texto *“Outra ‘figura-relação’ de maternidade, parto e feminismo”*(CARNEIRO, 2008) escrito para o oitavo seminário Fazendo Gênero de 2008 que tinha como tema “Corpo, violência e Poder” e subtema “novas feministas”, a autora apresenta a sua pesquisa etnográfica e explica como usou a:

reconstrução das ‘trajetórias gestacionais’ como metodologia de pesquisa empírica, a fim de identificar de que modo a percepção e prática das

¹¹⁵ Algumas autoras como Nucci e Alzuguir vão inclusive apontar o lugar claramente problemático para o feminismo dos conceitos de natureza e saber natural da mulher durante o parto produzido por algumas narrativas dentro de grupos de mulheres em defesa do parto humanizado (o blog “Maternidade Ativa – Vila Mamífera”) que vão muitas vezes sustentar suas defesas a partir de determinismos biológicos, argumentação que é há muito tempo contestada dentro do feminismo(ALZUGUIR; NUCCI, 2015b)

gestantes são capturadas por ‘discursos de saber-poder’ ou ‘dispositivos de controle’ ou, se e em que medida, deles escapam configurando de outro modo, ‘práticas de liberdade’, na acepção foucaultiana da expressão, construção de novas representações, outras figurações de maternidade, gestação e parto, e possibilidade de ‘linhas de fuga’ do poder médico (CARNEIRO, 2008, p. 4,5)

No final deste texto, Carneiro que ainda estava iniciando a sua pesquisa colocou como questão se estas trajetórias gestacionais que desafiam a ordem médica hegemônica e faziam do parto uma experiência “estética e ética” não seriam formas de resistência feminista e se pergunta “Por que não poderíamos pensar nessas mulheres que constroem suas estéticas de parto como essas novas feministas?” (CARNEIRO, 2008, p. 7) As perguntas de Carneiro são muito interessantes porque elas parecem apontar para a mudança discursiva observada e sugerem que uma luta discursiva foi travada pelos movimentos de mulheres feministas a partir desta época quando estas procuraram fazer do parto humanizado um objeto da luta feminista por direitos e combate à violência contra a mulher. O discurso produzido pelos movimentos de mulheres em torno do parto a partir desta época é marcado por esta mudança ao apresentar uma perspectiva feminista de gênero e direitos muito clara e evidente centrada principalmente na construção dos direitos reprodutivos e sexuais da mulher. É a perspectiva feminista do direito e da saúde centrada na estratégia de denunciar a violência contra a mulher para produzir os seus direitos institucionalmente tanto no campo jurídico como no campo da assistência obstétrica que vai sustentar a produção discursiva da categoria violência obstétrica e se apoderar do parto humanizado como uma luta feminista dos movimentos de mulheres por direitos reprodutivos e no combate à violência de gênero.

Outra nuance discursiva produzida pelos movimentos de mulheres ao redor da categoria violência obstétrica opera sobre o lugar dos sujeitos produzidos por estes discursos: o bebê, o binômio mãe-bebê e a mulher. Se, como aponta Bordo, nos discursos hegemônicos da medicina existe uma tendência a construir o feto como um hipersujeito e a mulher como um corpo desubjetificado (BORDO, 2013), pode-se dizer que nos discursos do parto sem dor que aparecem a partir da década de 70/ 80, como, por exemplo, o parto Leboyer que defende um nascimento menos violento para

o bebê, o sujeito privilegiado continua sendo o bebê, apesar de se perceber uma crescente valorização do sujeito materno produzida e sustentada sobretudo pelas descobertas e teorias das ciências sociais e psicanálise durante estas décadas que colocaram um grande peso na relação materno-infantil para o desenvolvimento saudável da criança(SCAVONE, 2001a). Em sua etnografia sobre o parto humanizado, Carneiro deixa evidente como os discursos do parto humanizado vão construir o parto como uma experiência estética e ética para o sujeito mulher onde a vivência do parto ganha um lugar de destaque tão importante quanto o próprio nascimento do bebê (CARNEIRO, 2011a)¹¹⁶. A análise dos discursos produzidos ao redor da categoria violência pelos movimentos de mulheres brasileiras sugere uma mudança ainda mais radical onde o sujeito mulher e a sua experiência de parto ganham um lugar privilegiado rompendo com o discurso hegemônico ao produzir não somente um lugar de destaque para o sujeito mulher e a sua vivência subjetiva do parto, mas, sobretudo transformando essa experiência em um direito da mulher que precisa ser respeitado e garantido pelos profissionais que a assistem.

Estas nuances discursivas ficam bastante evidentes quando se compara, por exemplo, a carta de fundação da ReHuNa de 1993¹¹⁷ com os textos de apresentação

¹¹⁶ Vale ressaltar que ao afirmar que os discursos do parto humanizado vão valorizar a experiência do parto fazendo da experiência subjetiva da mulher um elemento tão importante quanto o nascimento saudável do bebê não equivale a dizer que o bebê perde o seu estatuto especial, muito menos sugerir que as mães que procuram estas experiências não estão preocupadas com o bem-estar dos seus bebês. Carneiro na sua etnografia do parto humanizado cita a etnografia de Salem(1987) com o “casal grávido”do movimento do parto sem dor na década de 80 onde ela trabalha os conceitos de Dumont e Simmel para analisar a concepção de indivíduo e do cultivo de si que vai sendo construído pelas experiências das mulheres (no trabalho de Salem, mulheres de classe média) que procuram um parto na contracorrente do parto hospitalar. Carneiro também cita a análise de Duarte sobre os ideários do romantismo e o neo-romantismo e valorização da experiência subjetiva que constrói a noção de individualidade para a sua etnografia com mulheres de diferentes perfis sociais em grupos de parto humanizado(CARNEIRO, 2011a; SALEM, 1983).

¹¹⁷ A ReHuNa é uma das principais organizações brasileiras em defesa do parto humanizado que foi criada em 1993 por profissionais da saúde e mulheres críticos do modelo de atenção ao parto

das duas ONGS feministas que foram analisadas para esta pesquisa, a ONG Artemis e o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde . A carta de fundação da ReHuNa, que procura refletir sobre as condições e qualidade da assistência materno-infantil, as altas taxas de cesárea que já caracterizavam a assistência brasileira em 1993, define como um dos seus principais objetivos “mostrar os riscos para a saúde das mães e bebês das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas”(REHUNA, 1993) e comenta como “mudanças sociais profundas vêm fazendo com que mulheres se distanciem de suas raízes e de seus corpos, se submetam à desapropriação de suas práticas e saberes milenares” (REHUNA, 1993). Estes trechos da carta refletem os aspectos centrais que pontuei sobre os discursos da humanização do parto: a crítica ao modelo biomédico, o sujeito binômio mãe-bebê e uma representação do sujeito mulher que se apóia em uma perspectiva ecofeminista e no conceito de um saber feminino ligado à natureza que escorrega para uma essencialização biologizante. Já, em 2013, a Associação Artemis apresenta um discurso bastante diferente ao definir a sua missão como sendo:

A promoção da autonomia feminina e prevenção e erradicação de todas as formas de violência contra as mulheres, através da garantia de seus direitos e implantação de políticas e serviços que assegurem a mudança efetiva do cenário atual, em direção a uma sociedade mais justa e igualitária”(ARTEMIS, 2013)

O Coletivo Feminista comenta a sua trajetória e explica a perspectiva que atravessa os seus atendimentos e projetos que vem:

desenvolvendo e ampliando as áreas de atendimento e dos profissionais de saúde entendendo as necessidades de cada ser humano a partir do enfoque das relações de gênero e da luta contra o machismo(COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE, 2017).

tecnocrático. A ReHuNa teve um papel fundamental para o movimento de humanização do parto no Brasil.

A cartilha do Coletivo ,que se pautou nas especificações sobre os direitos da mulher no parto elaboradas pela White Ribbon Alliance(THE WHITE RIBBON ALLIANCE, 2018) traz de maneira concisa e direta um amplo arcabouço legal sobre leis e normas brasileiras que protegem os direitos da mulher no parto, além de definições e explicações sobre os acontecimentos e procedimentos que podem ser definidos como violência obstétrica. As autoras classificaram os eventos que podem ser caracterizados como violência obstétrica em cinco tipos de infrações aos direitos da mulher durante o parto: o abuso físico, as práticas sem consentimento, a violência verbal e emocional, a discriminação a atributos específicos e a coerção à auto-determinação e autonomia das mulheres(COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE, 2017b). Ambas as cartilhas deixem evidente o esforço e luta dos movimentos de mulheres feministas brasileiras de abordar as questões da assistência obstétrica como uma questão de direitos da mulher construindo a violência obstétrica como uma ameaça aos seus direitos reprodutivos e cujo combate é necessário para garantir o estatuto de sujeito de direitos da mulher brasileira. Fica também evidente que o parto humanizado como objeto deste discurso fincado na perspectiva feminista do direito que vai procurar construir estratégias para regular a experiência do parto como um direito da mulher vai tomar contornos um tanto diferente do parto humanizado construindo pela perspectiva atravessada pelos ideários da nova era onde como descreve Tornquist:

há uma celebração do feminino, visto não apenas como uma característica das mulheres (fortemente associada à sua biologia, mas também de um modo específico de se estar no mundo, predomínio dos sentimentos, dos saberes sensuais, do não-intervencionismo, da espiritualidade(TORNQUIST, 2002b, p. 490)

É possível perceber como estes discursos vão produzir modos desubjetivação um tanto diferentes para o sujeito mulher e a sua relação com o parto, a dor do parto e o corpo. A seguir proponho olhar um pouco mais para estas produções discursivas de maneira a entender como estas vão funcionar como uma tecnologia de gênero que vai regular a relação do sujeito mulher com o seu corpo e a experiência do parto a partir do regime de verdade do discurso jurídico e científico.

4.5. Parto, Violência obstétrica e tecnologias de si.

A análise da categoria a partir das produções discursivas dos movimentos de mulheres revelou não somente a intensa história de lutas travadas por estes movimentos de maneira autônoma e dentro das instituições normativas brasileiras como também revelou mudanças discursivas dentro das perspectivas que atravessaram os movimentos pela humanização do parto e os movimentos feministas. O Coletivo Feminista é um exemplo especialmente interessante já que a sua trajetória não somente revela este processo histórico das lutas dos movimentos feministas brasileiros como a sua decisão de tratar da saúde da mulher e da assistência obstétrica a partir de um viés abertamente feminista ilustra uma mudança dentro do próprio feminismo em relação à maternidade e parturição. Na página sobre a história do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde que atua em São Paulo desde a década de 80 como ONG feminista com especial foco na atenção primária à saúde das mulheres, as autoras comentam sobre a trajetória do coletivo e esta mudança discursiva em relação à maternidade observada pelas próprias feministas:

Na trajetória do Coletivo Feminista Sexualidade Saúde, um dos trabalhos mais importantes foi o apoio à maternidade, gravidez e parto saudáveis e prazerosos, através da assistência individual e em grupo das gestantes e seus parceiros no serviço, e pela participação do Coletivo na luta pela mudança das políticas com relação à maternidade e pela humanização da assistência. *Um dado importante é a própria mudança na reflexão sobre a maternidade entre nós desde então*(COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE, 2017a)(itálicos da autora)

Esta “mudança na reflexão sobre a maternidade” vai acompanhar a história dos movimentos feministas já que a construção da maternidade é uma das pedras angulares do campo discursivo feminista. Em sua análise sobre a maternidade, feminismo e ciências sociais, Scavone destaca três momentos chaves que configuram a maternidade como um eixo-central do campo discursivo feminista(SCAVONE, 2001b). Um primeiro momento da Segunda Onda do feminismo, do *feminismo igualitário*, onde, a partir da compreensão de que a função reprodutiva da mulher

operava como uma forma de dominação e confinamento desta ao espaço privado, junto com o surgimento e difusão dos métodos contraceptivos modernos, constrói-se a idéia da maternidade como um *handicap* e a sua recusa ativa como um ato de libertação feminina¹¹⁸. O segundo momento conhecido como o *feminismo das diferenças* é marcado pelas leituras feministas das teses lacanianas e estudos da antropologia e ciências sociais. Esta perspectiva constrói um novo olhar para maternidade onde esta é vista como uma fonte de poder e identidade exclusiva das mulheres. É esta visão da maternidade como uma fonte de saber, uma diferença que não é mais percebida como um defeito natural que deve ser revertido e evitado graças às novas tecnologias e saberes modernos, e sim como uma fonte de empoderamento e enriquecimento da experiência feminina que vai alimentar, por exemplo, as correntes ecofeministas e a valorização do parto natural como uma possível experiência de libertação e poder para a mulher. Scavone aponta um terceiro momento do lugar da maternidade dentro do feminismo aonde vai se desconstruir a idéia da reprodução como um determinismo biológico que estaria na base da opressão das mulheres, para uma compreensão de que são as construções sociais e as relações de gênero que sustentam as desigualdades e que podem explicar o lugar da maternidade na vida das mulheres, um lugar que pode ser tanto de realização de um ideal feminino, de empoderamento como de opressão e subordinação(SCAVONE, 2001, p. 143). Esta mudança discursiva em relação à maternidade vai fazer do parto um novo objeto de interesse dentro do campo discursivo feminista, não mais como uma experiência a ser evitada, como um *handicap*, mas como uma experiência de empoderamento onde a individualidade e interioridade são valorizadas e a parturição é construída como uma

¹¹⁸ Scavone cita o lema das feministas francesas na luta política pelo acesso aos métodos contraceptivos e aborto na década de 70, “um enfant, si je veux, quand je veux”(uma criança se eu quiser, quando eu quiser), e as correntes do feminismo radical americano, que viam nos desenvolvimentos da medicina reprodutiva e os bebês de proveta avanços concretos que finalmente libertariam a mulher do determinismo biológico da reprodução e permitiriam assim sua emancipação, como exemplos desta construção da maternidade como um *handicap* durante a segunda onda do feminismo.(SCAVONE, 2001, p. 139)

experiência estética e espiritual (CARNEIRO, 2011a; TORNQUIST, 2002b)¹¹⁹ partindo da perspectiva do *feminismo das diferenças*, e, mais recentemente, partindo das perspectivas do *advocacy* feminista, o parto e a parturição como um direito da mulher. A perspectiva feminista do *advocacy* vai deixar de focar tanto no parto como experiência estética para construir o parto e o sujeito mulher como objetos do direito a partir dos conceitos de autonomia e autodeterminação corporal. Ambas as perspectivas vão funcionar como tecnologias de gênero ao construir a mulher e a experiência de parto tanto como uma experiência do sujeito moderno na sua valorização da individualidade e como uma prática e cuidado de si, como a mulher como um sujeito de direitos e a autonomia e autodeterminação no parto como um objeto que pode ser construído e regulado pelo campo discursivo do direito.

Assim, não se trata mais só de escolher ser ou não ser mãe, a gestação e o próprio parto tornam-se eventos permeados de escolhas a serem feitas pelo sujeito mulher e uma experiência atravessada por uma multiplicidade de discursos que vão procurar preparar esta mulher e regular a sua experiência. O parto em si torna-se um evento de destaque e importância, talvez tão importante quanto o nascimento do bebê. Poderia se dizer que o parto como experiência torna-se um objeto que se pode construir tanto como um direito da mulher que precisa ser garantido e respeitado (e cujo alcance depende do acesso a uma assistência humanizada que vai preparar e educar esta mulher para o parto mais “natural” possível), como um produto produzido pelos diversos serviços que rodeiam a mulher e que vão transformar o parto, inclusive, em um desejo de consumo. A mulher grávida é rodeada de discursos que exigem a sua autorregulação, ela precisa se preocupar e escolher o que come o que bebe e consume, como se exercita, o que escuta o que sente. Como aponta Lupton, a imagem do indivíduo autoregulado que faz as suas escolhas para evitar os possíveis riscos à saúde e bem-estar tornou-se um ideal do imaginário neoliberal (LUPTON, 1999). No que concerne à mulher grávida, Lupton, assim como outras autoras, assinalam o lugar que

¹¹⁹ Para uma análise sobre a construção da parturição como uma experiência estética, espiritual e a sua relação com a construção do indivíduo moderno e valorização da interioridade sugiro a etnografia de Rosemaria G. Carneiro (CARNEIRO, 2011a)

o desenvolvimento das tecnologias de ultrassom tomaram não somente na construção da identidade do feto, o “hipersujeito” de que Bordo fala, mas também na pregnância dos discursos de risco que incidem sobre a mulher grávida. Como descreve Lupton, há uma remoralização da gravidez através dos discursos de risco que, respaldados na neutralidade científica, operam sobre o sujeito mulher criando uma responsabilidade de duplo risco, ela e o feto¹²⁰(LUPTON, 1999). No entanto estes dois sujeitos não se equivalem hierarquicamente, como Bordo e Lupton sublinham, de um lado temos a constituição de um hipersujeito, o feto representado como um ser extremamente frágil e suscetível há vários riscos e perigos, e do outro, a mulher cujo corpo é facilmente reduzido ao estatuto de ambiente maternal e sobre quem recai a responsabilidade de gerenciar os riscos a partir dos discursos médicos e de boas práticas e voluntariamente entregar o seu corpo as técnicas de controle e visualização da práxis obstétrica moderna em prol da saúde do feto. É interessante notar como os movimentos de mulheres vão utilizar a categoria violência obstétrica para tentar denunciar esse controle e tentar reverter o apagamento do sujeito mulher introduzindo a questão da escolha da mulher como uma questão central, porém não deixando de reproduzir e se balizar nos discursos biomédicos e jurídicos para se sustentar como verdade. Proponho a seguir olhar para o campo discursivo da saúde partindo da relação histórica do feminismo com as práticas da assistência obstétrica para entender as descontinuidades discursivas e apagamentos que vão operar nesta relação da perspectiva feminista da saúde com o discurso médico hegemônico e algumas das lutas específicas que estão sendo travadas a partir do debate sobre a violência obstétrica no contexto da saúde brasileira.

¹²⁰ Lupton faz uma análise a partir do conceito de governamentalidade, o discurso de risco dos saberes contemporâneos que operam e governam os corpos grávidos se relaciona com os dispositivos da biopolítica neoliberal. A mãe, a mulher grávida alinhada aos discursos institucionais no controle do corpo funcionaria como um agente da medicalização e da autoregulação a partir dos discursos da medicina(LUPTON, 1999).

5. Mal-estar na obstetrícia.

A análise da categoria violência obstétrica evidenciou o impacto discursivo que esta vem tendo não apenas no contexto latino americano com a criação de leis similares à venezuelana em diversos países do continente, mas também globalmente através do fomento de diversos mecanismos internacionais em defesa dos direitos reprodutivos das mulheres durante o parto como a White Ribbon Alliance (THE WHITE RIBBON ALLIANCE, 2018) ou a criação de Observatórios da Violência Obstétrica (OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, BRASIL, 2014), inclusive em países europeus, assim como a importante discussão levantada pelo movimento feminista negro (tanto no Brasil como nos EUA) sobre a relação entre o fenômeno da violência obstétrica e o racismo estrutural na história assistência obstétrica moderna. Fica evidente, olhando para todos estes movimentos, que a declaração da OMS de 2014 para a *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014a) aparece como uma resposta necessária da ordem hegemônica da saúde às estas lutas discursivas que procuram denunciar a práxis obstétrica tradicional e tecnocrática como uma violência de gênero. A ausência do termo violência obstétrica no texto da declaração apenas deflagra o extremo desconforto que a categoria tem causado para o campo da saúde e o profundo receio da ordem hegemônica da saúde em aceitar a leitura crítica feminista destas práticas como uma violência de gênero. Cabe lembrar aqui, que ao dizer que estas práticas constituem uma violência de gênero, a crítica feminista não está dizendo que a práxis obstétrica tradicional é violenta porque ela afeta apenas e exclusivamente as mulheres, mas que estas práticas são uma violência de gênero porque elas respondem a (e mantêm) uma ordem desigual de gênero. A escolha do título “Mal-estar na Obstetrícia”, clara referência à obra de Freud, procurou ilustrar como este desconforto não surge apenas da crítica às más práticas obstétricas, mas, sobretudo da ameaça que a luta discursiva provocada pelos movimentos de mulheres atravessados por uma perspectiva feminista do direito representa para o estatuto ‘civilizatório’ da saúde e medicina. A análise da categoria a partir da lei venezuelana evidenciou como esta se sustenta tanto na perspectiva feminista como na crítica das ciências sociais às práticas de saúde e saber

médico como formas de controle e opressão social. Assim, da mesma forma que o movimento da antipsiquiatria com sua crítica às práticas da psiquiatria tradicional e defesa do sujeito da loucura questionou a ética e o poder do saber médico na década de 60, os movimentos contra a violência obstétrica com sua crítica às práticas obstétricas hegemônicas e defesa do sujeito mulher a partir de uma clara perspectiva feminista representam uma ameaça à hegemonia do saber médico. Neste terceiro momento procurei situar o olhar dentro do campo da saúde acentuando conflito que a perspectiva feminista da saúde vai gerar não somente com o discurso hegemônico da medicina, que vai reagir de maneira bastante contundente e crítica à utilização da categoria violência obstétrica para se referir à práxis obstétrica, mas também com o discurso oficial das políticas de humanização que apesar de apresentar uma perspectiva mais propositiva centrada no protagonismo da mulher não abre mão do discurso de gênero normativo centrado no sujeito binômio mãe-bebê/mãe em detrimento da mulher como sujeito. A análise situada no campo discursivo da saúde também procurou evidenciar os conflitos hierárquicos e de diferentes classes profissionais que se sustentam no debate sobre a violência obstétrica e humanização do parto. Com este intuito, além dos documentos já mencionados anteriormente a análise pautou-se nos textos produzidos pelo Ministério da Saúde sobre a política de humanização e o programa da Rede Cegonha, assim como textos produzidos por diversos órgãos da classe profissional médica que procuram debater a validade da categoria violência obstétrica.

5.1.O parto sem dor e medicalizado: uma luta feminista do início do século XX?

A mudança discursiva dentro do feminismo em relação à maternidade que vai promover a experiência do parto como um objeto das lutas feministas, também vai atravessar e transformar a relação ideológica do feminismo com o campo da saúde e da medicina e assistência obstétrica. Apesar de muitas pesquisas apresentarem a medicalização do parto e o surgimento do parto tecnocrático como um efeito inquestionável da dominação patriarcal e usurpação dos saberes e os espaços tradicionalmente femininos das parteiras e curandeiras mulheres, alguns estudos sobre o desenvolvimento deste tipo de parto na Europa e Estados Unidos demonstram, não somente que as mulheres tiveram um papel mais ativo do que se pensa no

desenvolvimento do parto hospitalar, mas que este também era almejado tanto por mulheres mais pobres que percebiam os cuidados que obteriam no hospital como algo vantajoso, como por mulheres de classes mais altas que procuravam na assistência médica uma maneira de evitar as dores e riscos de vida que o parto natural poderia significar (FELITTI, 2011, p. 115). A história do debate que ocorreu no início do século XX sobre a prática controversa do *Twilight Sleep*¹²¹ nos Estados Unidos é especialmente relevante para se entender como a mudança discursiva do feminismo em relação à maternidade, o parto e os conceitos de biologia e natureza vão transformar a relação do feminismo com a biomedicina e a práxis obstétrica intervencionista. Em seu artigo “*Parturição e Anestesia: o debate sobre o método Sono Crepuscular*”, Judith Walzer Leavitt (LEAVITT WALZER, 1980) descreve como o método tornou-se uma bandeira de luta do movimento sufragista nos EUA e de feministas americanas dessa época que percebiam o método como uma prática que libertaria as mulheres de terem que sofrer as dores do parto. A autora cita a fala da militante e jornalista Hanna Rion que pedia as suas leitoras para se envolverem com a luta pelo parto sem dor e para lutarem não somente por si próprias “mas também pelo o seu...sexo”(LEAVITT WALZER, 1980, p. 153)¹²². A pesquisa de Leavitt é muito

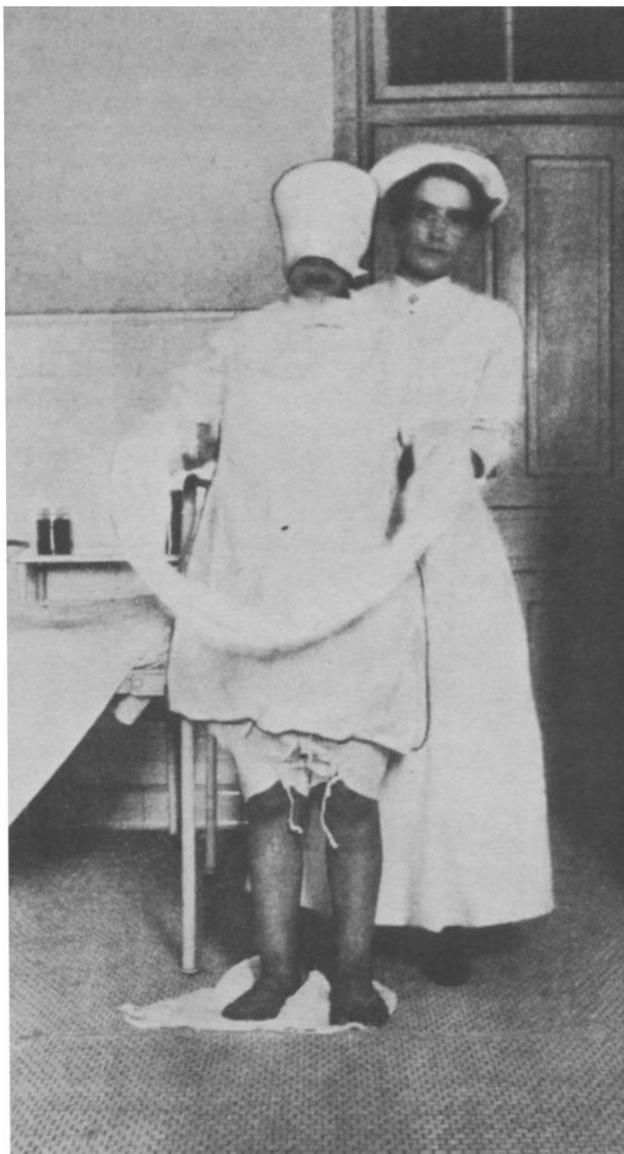
¹²¹ *Twilight sleep* ou sono crepuscular refere-se ao estado induzido pelo uso combinado da escopolamina e morfina que resulta na perda de memória, sono e falta de sensibilidade à dor. O método foi desenvolvido na Alemanha no início do século XX para o alívio da dor do parto de mulheres de classe alta. Por conta dos efeitos da anestesia completa, que não inibia os movimentos musculares e permitia que a mulher entrasse em trabalho de parto mesmo inconsciente, era necessário colocar a mulher amarrada em uma cama fechada para controlar e evitar seus movimentos bruscos e violentos. O tratamento se popularizou nos EUA por conta de um artigo escrito por duas mulheres na *MClures Magazine* em 1914 que descrevia o método como um avanço na luta pelo parto sem dor para todas as mulheres e criticava a resistência dos obstetras americanos em adotar tal método. O método virou um objeto de luta do movimento de sufragistas americanas que percebiam a prática como um avanço que aliviaria as mulheres de terem que experimentar a dor no parto. Com o tempo a prática caiu desuso por conta das dificuldades em se administrar a dose correta e os efeitos colaterais que a anestesia causava no bebê, no entanto a popularização do método ocorreu muito por conta da luta travada com os obstetras pelo movimento sufragista americano (LEAVITT WALZER, 1980). (ver figura 6.).

¹²² Tradução da autora do inglês “but fight for your ...sex”.

interessante porque ela evidencia como a compreensão do feminismo da primeira onda, do sexo e corpo como determinação biológica que coloca a mulher em desvantagem vai constituir a percepção da dor no parto como um sofrimento, um *handicap* e construir o “parto sem dor” como uma das primeiras lutas e reivindicações do feminismo com o campo da medicina e assistência obstétrica. Ao comparar a luta dos movimentos sufragistas pelo “parto sem dor” que exigiam a prática de um parto altamente intervencionista e medicalizado com a luta dos movimentos feministas atuais contra a violência obstétrica e os excessos da medicalização e práticas intervencionistas que “roubam” a mulher da sua experiência de parto fica evidente que a mudança discursiva do feminismo em relação aos conceitos de sexo, natureza e biologia vai operar uma transformação drástica na percepção e construção da experiência e dor no parto e da relação com a práxis médica. Se a dor no parto é compreendida como um dado da natureza e experiência intrínseca da parturição, compreensão explorada e justificada na tradição judaico-cristã para explicar a submissão da mulher e que se condensa na máxima bíblica “pariras com dor”, o processo de libertação feminina passa inevitavelmente pela capacidade de evitar e recusar a dor e a experiência do parto. Nesta construção, o saber médico e as práticas intervencionistas são percebidos como práticas que podem salvar e libertar a mulher de sua condição natural, reduzindo e neutralizando as diferenças. A partir do momento em que a diferença é compreendida como empoderamento, e, o determinismo biológico da experiência feminina é questionado, a máxima “pariras com dor” deixa de ser uma ordem moral e “natural” da experiência do parto que a mulher precisa aguentar ou procurar a ajuda do saber médico para salvá-la, para se tornar uma ordem moral produzida pela práxis obstétrica e médica que procura dominar o corpo da mulher. Outro aspecto que a luta das sufragistas pelo “parto sem dor” e em defesa das práticas intervencionistas¹²³ revela é que o controle sobre o próprio corpo é um conceito angular do discurso feminista que se sustenta, apesar de ocorrer uma mudança discursiva na maneira como se entende o que é autonomia.

¹²³ Práticas que ajudariam a mulher a se libertar de sua condição determinada biologicamente.

Figura 6. Roupa usada para anestesia com escopolamina e morfina durante o parto inconsciente para evitar que a mulher se machucasse.



FONTE. Birthing and Anesthesia: The Debate over Twilight Sleep (LEAVITT WALZER, 1980).

Assim poderíamos dizer que se para as sufragistas a autodeterminação corporal emergia no poder de dizer não à dor e à experiência sofrida do parto, para o movimento feminista mais atual, a autodeterminação emerge do poder de dizer sim para uma experiência fisiológica do parto, em ambos os movimentos discursivos a luta pelo controle sobre as práticas que incidem no corpo da mulher é a pedra angular, um objeto central do discurso feminista.

Outro exemplo que ilustra a descontinuidade discursiva entre as lutas por uma assistência obstétrica intervencionista versus uma assistência não intervencionista e a perspectiva ideológica feminista é a história do movimento do parto natural nas primeiras décadas do século XX e a figura do obstetra Grantly Dick Read, considerado o “pai” do parto natural. Em seu artigo *Holistic Obstetrics: the origins of “natural childbirth in Britain*, Moscucci percorre o contexto político e intelectual em que o termo “parto natural” aparece na primeira metade do século XX na Inglaterra para demonstrar como neste contexto a categoria atrelava-se a uma perspectiva ideológica contrária ao do feminismo (MOSCUCCI, 2003). Segundo Moscucci, o movimento do parto natural, além de ser um movimento que derivou da reforma sanitária inglesa no período entre as guerras, também se caracterizou como uma reação conservadora e antifeminista à crise demográfica. Moscucci descreve como o primeiro livro de Dick Read *Natural Childbirth* “havia sido motivado por preocupações eugênicas sobre o declínio da fertilidade da classe média” (MOSCUCCI, 2003, p. 171)¹²⁴ e sua visão de que a civilização moderna e as demandas de emancipação das mulheres estariam distorcendo a função natural da mulher, o seu “espírito maternal” e corrompendo a sua capacidade física e biológica que naturalmente permitiam a experiência de um parto sem dor como nas tradições “primitivas” (MOSCUCCI, 2003, p. 171). É interessante notar como este discurso do parto natural como uma recuperação de um saber feminino natural, biológico e não corrompido pela cultura moderna ressoa com os discursos do parto humanizado no

¹²⁴ Moscucci descreve “The book, the first of many on the subject, had been prompted by eugenic concerns about the decline in middle class fertility. Echoing other contemporary observers, Dick-Read believed that the fear of childbirth was deterring the better off from having large families. However, he argued that the problem could not be overcome simply by providing wider access to pain relieving drugs. Dick-Read’s objections were twofold—medical and moral. First, obstetric analgesia and anaesthesia encouraged meddling midwifery, thus indirectly increasing the risks of childbirth. Second, they prevented mothers from being fully conscious at the moment of birth. This was important to Dick-Read because he believed that the “spirit of motherhood” remained dormant unless it was awakened by the first cry of the baby. He was thus especially critical of twilight sleep because, quite apart from its poor safety record, it prevented women from forming an emotional attachment to their babies.” (MOSCUCCI, 2003, p. 171)

ideário da nova era apontados por autoras como Salem, Tornquist, Alguzir e Nucci (ALZUGUIR; NUCCI, 2015a; SALEM, 1983; TORNQUIST, 2002b). Para Moscucci, neste contexto, a oposição entre o parto natural e o parto medicalizado opera a partir da oposição entre o normal ou fisiológico de um lado e o patológico do outro. Enquanto na crítica feminista da prática obstétrica intervencionista, a dicotomia que sustenta o discurso se encontra na oposição entre o oprimido e o opressor e a associação da mulher com a natureza como oprimidos (MOSCUCCI, 2003, p. 172). Estas radicais mudanças discursivas, que vão girar em torno das polarizações entre os conceitos de cultura-natureza, homem-mulher, fisiológico-patológico, são elementos determinantes na relação da perspectiva feminista da saúde com as práticas biomédicas e da assistência obstétrica. O conceito de autonomia defendido na perspectiva feminista está intrinsecamente ligado a estas conceituações e a localização da categoria mulher nestes pólos dicotômicos. Fica evidente também que o foco discursivo nos tipos de práticas a partir de uma oposição simplista entre boas práticas não intervencionistas, “humanizadas” versus práticas medicalizadas, intervencionistas acaba operando um ofuscamento da crítica central do gênero e luta feminista pelo controle sobre as práticas de parto e a autodeterminação corporal. Leavitt explica como o embate principal entra as sufragistas que lutavam pela prática do *Twilight Sleep* e a classe obstétrica girava justamente sobre a questão do controle e quem deveria ter o poder de escolher o tipo de método a ser utilizado durante o parto: a mulher, ou o médico detentor do saber científico. A autora descreve como os obstetras da época, até mesmo os que defendiam o método, rejeitavam a idéia de a mulher ter o controle sobre a escolha com o argumento de que era o dever e responsabilidade do médico decidir e escolher as intervenções indicadas a partir de seu conhecimento e práxis obstétrica (LEAVITT WALZER, 1980). Este breve percurso sobre a história da medicalização do parto e as disputas entre os movimentos sufragistas e as autoridades médicas sobre a prática do *Twilight Sleep* oferece um exemplo muito ilustrativo das discontinuidades e lutas discursivas que ocorrem entre as ordens médicas e a dos movimentos de mulheres. Ele revela, por exemplo, como a autonomia, seja a autonomia médica ou a autonomia da mulher é um objeto central de disputa discursiva entre a ordem médica hegemônica e a ordem dos movimentos de mulheres. Assim, o debate sobre a questão da autonomia entre as ordens médicas e as perspectivas feministas constitui-se como um elemento discursivo que marca uma luta

entre estas ordens muito mais central e continua do que a disputa entre os tipos de práticas e intervenções durante o parto. Este exemplo histórico também deixa claro que a construção idealizada pelo movimento da humanização do parto normal sem intervenções médicas como algo desejável para a mulher não é uma construção que decorre necessariamente da perspectiva feminista cuja apreensão da experiência do parto depende da construção que esta vai fazer da questão biológica. O que fica evidente também é que não há práxis obstétrica neutra e que não seja atravessada por questões ideológicas e de gênero¹²⁵. A seguir proponho olhar para o discurso da humanização no contexto brasileiro para apreender como os movimentos de mulheres, da humanização do parto e o campo da saúde vão expressar estas questões.

5.2. O Discurso da Humanização¹²⁶ e seus atravessamentos no contexto brasileiro

Em seu artigo *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento*, Diniz descreve como autores clássicos da obstetrícia médica brasileira como Fernandes Magalhães, considerado o "pai" da obstetrícia brasileira e o professor Jorge de Rezende¹²⁷ já utilizavam o termo "humanizar" pra descrever as vantagens das práticas intervencionistas difundidas a partir do século XX, tais como a utilização de narcóticos para o alívio da dor e o forceps para agilizar o parto (DINIZ, 2005, p. 628). Diniz aponta como a medicina hegemônica na sua

¹²⁵ Reitero aqui a acepção do conceito de gênero descolado do biológico e que permite uma leitura interseccional com outras categorias sociológicas como raça, etnia e classe.

¹²⁶ Não cabe ao escopo desta pesquisa promover uma análise mais aprofundada sobre o conceito da humanização. No entanto, foi necessário abordar este conceito para entender algumas discontinuidades discursivas e apagamentos que ocorrem no campo discursivo da saúde brasileira.

¹²⁷ Jorge de Rezende foi o autor do livro clássico *Obstetrícia*, amplamente utilizado na formação dos obstetras brasileiros. Rezende é reconhecido como um dos médicos que desenvolveu e aperfeiçoou as técnicas para a operação cesariana no Brasil. Ele é considerado um dos responsáveis pela normalização da cesariana como prática rotineira a partir da década de setenta no Brasil. Para alguns autores, o seu trabalho foi um dos elementos responsáveis pela difusão da representação da cesariana como um parto possivelmente mais vantajoso que o parto vaginal na formação médica hegemônica brasileira (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2016)

defesa das práticas intervencionistas e de uma assistência tecnocrática acaba reivindicando o "papel de resgatadora das mulheres" (DINIZ, 2005, p. 628). O breve olhar para a história da prática do *Twilight Sleep* revelou que esta caracterização, pelo menos no contexto norte americano, não ocorreu sem percalços e que ela resultou de uma intensa luta discursiva entre os movimentos sufragistas e as autoridades médicas sobre quem deveria controlar o parto e escolher as práticas e intervenções. No contexto brasileiro do final do século XIX e início do século XX, o debate sobre a anestesia durante o parto é atravessado sobretudo por um discurso moral onde, de um lado, a Igreja se opõe considerando o parto inconsciente um desacato ao mandato bíblico do "parirás com dor" e, do outro lado, obstetras como Magalhães que vêm nessas práticas obstétricas mais moderna "uma preocupação humanitária de resolver o problema da parturição sem dor, revogando assim a sentença do Paraíso, iníqua e inverídica, com que há longos séculos a tradição vem atribulando a hora bendita da maternidade" (Magalhães apud DINIZ, 2005, p. 628)¹²⁸. Rohden ao analisar a produção da imprensa médica brasileira nas primeiras décadas do século XX destaca o posicionamento da Revista Obstétrica "quanto à questão da anestesia, por éter ou clorofórmio, que palpitava nos meios médicos, a revista colocava-se contra, seguindo os passos da Igreja Católica" (ROHDEN, 2001, p. 80). Além da força do discurso da Igreja Católica, cabe observar aqui também o lugar e a influência da presença de mulheres médicas na profissão e a abertura às idéias feministas como elementos importantes que vão marcar estas diferenças no debate sobre a anestesia durante o parto nos Estados Unidos e no Brasil. Rohden descreve a entrada das primeiras mulheres brasileiras na profissão médica no início do século XX e comenta algumas diferenças marcantes deste processo com o estadunidense:

O processo de entrada da mulher na medicina ganha alguns contornos diferentes. Em primeiro lugar, ocorre tardiamente em relação aos Estados Unidos, e à Europa. E pelo pouco que se conhece das trajetórias das primeiras médicas brasileiras, não há indícios de que se tenham dedicado a

¹²⁸ Diniz aponta como no Brasil, Magalhães foi um grande defensor do parto inconsciente, desenvolvendo inclusive a sua própria técnica a partir de uma mistura de morfina com cafeína que apelidou de "Lucina" referência a deusa padroeira dos partos (DINIZ, 2005, p. 628)

elaborar argumentos a respeito da diferença sexual e da “natureza feminina” que se opusessem aos elaborados pelos colegas homens. Embora o acesso às faculdades de medicina tenha significado em si uma enorme conquista e as estudantes pioneiras tenham enfrentado grande preconceitos e rompido com certos cânones morais, não chegaram a constituir um movimento pautado nas idéias feministas, como acontecia lá fora. (ROHDEN, 2001, p. 94)¹²⁹

O discurso humanista da obstetrícia moderna do início do século XX aloca ao obstetra homem o papel não somente de resgatar a mulher vítima da sua condição biológica, mas também se encerra nos discursos da medicina higienista e sua preocupação em sanear e desenvolver o povo brasileiro. Diversos autores apontam o lugar central que a medicina higienista teve na construção da idéia de uma nação brasileira. Rohden comenta as transformações que ocorrem da família colonial para a família nuclear burguesa e cita a tese de Jurandir Freire Costa (1983) para descrever o avanço do poder médico e da “medicina higiênica” como estratégia de construção do Estado brasileiro. Ela descreve como “o poder do senhor patriarcal agora tem de se sujeitar ao discurso médico”(ROHDEN, 2001, p. 81). Sob a égide de se construir uma

¹²⁹ A história da médica baiana Francisca Prager Froés é um exemplo muito interessante de uma dessas trajetórias das primeiras médicas brasileiras que se destaca desta afirmação de Rohden sobre a ausência de uma perspectiva feminista no pensamento dessas mulheres. Francisca Prager Froés, filha de Francisca Rosa Barreto Prager “uma engajada mulher de letras”(RAGO, 2007, p. 23), especializou-se em ginecologia e obstetrícia e dedicou-se à prevenção da saúde da mulher, sobretudo na questão das doenças venéreas. Francisca Prager Froés, além de médica, foi também uma das fundadoras da Federação Bahiana pelo Progresso Feminino em 1931. No livro “Outras falas: feminismo e medicina na Bahia(1836-1931), Elisabeth Juliska Rago cita uma fala da própria médica sobre a influência materna do seu pensamento feminista “eu sou feminista por herança” e comenta as características do pensamento feminista de Froés “a escrita de Francisca Prager Froés, forjada no conservadorismo da sociedade senhorial baiana, reveste-se algumas vezes de radicalismo, em particular quando procura convencer suas leitoras e leitores da relevância da lei do divórcio ou quando critica a assiduidade excessiva com que as soteropolitanas freqüentavam as igrejas da cidade do Salvador. Certamente , a Igreja católica não compartilhava dos idéias de renovação cultural, buscando manter os mesmos papéis femininos ditados pela tradição; nesse sentido, a influência clerical sobre as mulheres era considerada por Francisca como algo ultrapassado.”(RAGO, 2007, p. 194)

nação de brasileiros saudáveis, a maternidade, sexualidade, reprodução e família tornam-se objetos de especial interesse para a medicina desta época, uma medicina que além de higienista é claramente regida por ideais eugênicos. Alguns autores apontam como os conceitos de raça e doença se imbricam nos discursos dos movimentos sanitaristas do início do século XX com o seu projeto político de sanear e higienizar a nação brasileira(MAIO; SANTOS, 1996). No capítulo “*Condenados pela raça, absolvidos pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da primeira república*” escrito por Hochman e Lima para a coletânea “*Raça, Ciência e Sociedade*”, os autores comentam sobre o movimento político e intelectual sanitarista:

Nossa hipótese é que este movimento teve um papel central e prolongado na reconstrução da identidade nacional a partir da identificação da doença como o elemento distintivo da condição de ser brasileiro. Para o movimento pelo saneamento do Brasil, a redenção nacional demandava ações centralizadas, nacionais e tecnicamente autônomas, que legitimariam o crescimento do papel do Estado brasileiro no campo da saúde pública.(Lima e Hochman in: MAIO; SANTOS, 1996, p. 23)

Localizar historicamente a construção deste discurso da medicina brasileira, (uma medicina higienista e eugênica, fortemente preocupada com a maternidade, sexualidade e natureza feminina e politicamente envolvida na construção do Estado brasileiro) oferece elementos importantes para entender não somente como se estrutura a assistência à saúde no Brasil, mas também para entender o discurso atual da medicina hegemônica brasileira e, por exemplo, a sua evidente resistência e impermeabilidade às discussões sobre racismo, violência institucional e de gênero na assistência obstétrica brasileira¹³⁰.

¹³⁰ Na última seção “Violência obstétrica ou violência contra o obstetra: a reposta da hegemonia médica” irei analisar a resposta discursiva da medicina hegemônica à categoria violência obstétrica a partir de documentos produzidos pelos conselhos de classe e sociedades de ginecologia e obstetrícia e o embate que surge, não somente com os movimentos de mulheres e do parto humanizado, mas também com as políticas do SUS.

No Brasil, a padronização do parto hospitalar, a expansão de uma assistência altamente tecnocrática e a construção do parto cesárea como "padrão ouro" da assistência obstétrica, além de serem legitimadas pelo discurso da academia médica brasileira, também estão intrinsecamente ligadas à maneira como o sistema de saúde brasileiro configurou-se a partir do século XX. Para Maia, o foco e valorização do modelo curativo médico-hospitalar na assistência à saúde brasileira explica-se pelo modelo de assistência à saúde que se estabeleceu a partir da Era Vargas e antes da Constituição de 1988, quando ao Ministério da Saúde apenas cabia a responsabilidade de combater epidemias e a assistência médica era responsabilidade das instituições previdenciárias atreladas as categorias profissionais e onde, portanto, a assistência médica à saúde não era compreendida como um direito universal(MAIA, 2010, p. 25). A autora explica como este contexto histórico brasileiro aliado ao fato mais atual da assistência à saúde no Brasil ser "oferecida por um mix de serviços públicos e privados" criam um "solo fértil"(MAIA, 2010, p. 29) onde o modelo do parto tecnocrático e intervencionista se estabelece facilmente como padrão.

No contexto internacional do século 20, as críticas ao modelo de parto intervencionista e tecnocrático aparecem desde a década de 1950 na Europa e Estados Unidos com o movimento do parto sem dor e do parto sem medo como na proposta de Dick-Read e posteriormente com a proposta do parto sem violência do método Lamaze e Leboyer. Já no Brasil, este movimento crítico começa a tomar corpo no final da década de 1970, dentro do próprio campo da saúde com exemplos como o do obstetra cearense Dr. José Galba de Araújo, cuja história e legado foram celebrados pelo Ministério da Saúde como exemplo a ser seguido de uma prática humanizada e territorializada¹³¹. No contexto brasileiro, o movimento de crítica ao parto intervencionista está intrinsecamente ligado ao movimento da reforma sanitária e a

¹³¹ O Dr. Galba Araújo foi um obstetra cearense que no final da década de 70 se inspirou nas práticas tradicionais das parteiras brasileiras e populações indígenas para promover e defender uma assistência obstétrica norteada pelo respeito as particularidades territoriais das populações brasileiras e centrada no modelo de uma assistência básica, simples e adequada as necessidades da gestante. O Ministério da Saúde instituiu o Prêmio Galba Araújo com o intuito de evidenciar e promover as instituições do SUS que se destacaram na implementação da PHPN(DINIZ, 2005)

promoção de um novo paradigma e modelo de atenção à saúde. Este contexto promove atravessamentos ideológicos muito diferentes dos que norteavam o movimento do parto sem dor defendido por Dick-Read , por exemplo, na Europa do pós-guerra¹³². Em seu artigo “*Parirás sin Dolor: poder médico, género e política em las nuevas formas de atención del parto em Argentina (1969-1980)*”, Felitti descreve como no contexto latino americano da década de 70 houve uma resistência às idéias e métodos propostos por Lamaze sobre o “parto sem dor” por conta de sua filiação política:

En el contexto de la Guerra Fría, este método fue cuestionado no sólo por los cambios que auspiciaba en la relación médico/paciente, al dar a las mujeres un rol más dinámico y sabotear la maldición bíblica, sino que lo hacían ideológicamente sospechoso por su origen soviético. Lamaze había contado en Francia con el apoyo del Frente Popular y había aplicado por primera vez su método en la maternidad de los metalúrgicos, reforzando así las resistencias entre los más aguerridos opositores a la experiencia comunista. Como señaló Carmen Tornquist (2006), para el caso de Brasil y como veremos luego en la Argentina, las lecturas políticas sobre este ‘modo soviético de parir’ fueron bastante frecuentes.(FELITTI, 2011, p. 117)

Este apontamento de Felitti reforça a leitura proposta por esta pesquisa ao analisar a categoria violência obstétrica dentro do texto da lei venezuelana, de que no contexto latino americano a história dos movimentos críticos ao modelo do parto hospitalar e tecnocrático imbrica-se à historia dos movimentos na luta por reformas sociais e políticas. O caso brasileiro apresenta algumas discontinuidades discursivas marcantes e certos apagamentos que parecem decorrer da história dos movimentos sociais brasileiros, tanto dos movimentos feministas e da saúde como dos partidos de

¹³² Como apontei anteriormente a partir do artigo de Moscucci, Dick-Read apresentava um discurso que flertava com ideais eugênicos na sua defesa do parto natural como um método mais eficaz de produzir bebês mais saudáveis para melhorar a raça e ajudar o império britânico a se expandir(MOSCUCCI, 2003, p. 171).

esquerda, que para aceder aos espaços de poder institucionalizados precisaram abrandar seus discursos mais radicais. O fato do campo discursivo da saúde brasileira privilegiar e escolher a categoria do parto humanizado, categoria sem dúvida mais positiva e menos provocadora que a da violência obstétrica, ou da violência institucional, já sugere uma tentativa de amenizar a crítica da práxis obstétrica brasileira hegemônica como uma prática possivelmente violenta e abusiva, crítica levantada pela perspectiva feminista da saúde e pelo próprio campo da saúde desde a década de oitenta e noventa¹³³. Ao abordar os diferentes sentidos que se atrelam ao movimento da humanização no Brasil, Diniz deixa claro como “*humanização*” é também um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com profissionais da saúde sobre a violência institucional”(DINIZ, 2005, p. 635)¹³⁴. No que tange ao contexto brasileiro, além do discurso centrado nos direitos, Diniz aponta a Medicina Baseada em Evidências(MBE) e “as abordagens baseadas em evidências científicas” como um discurso que vai ser reproduzido por diversos atores sociais para legitimar os movimentos pela humanização do parto e promover as mudanças no *ethos* e nas práticas da assistência obstétrica brasileira hegemônica.

A Medicina Baseada em Evidências é um movimento internacional que surgiu na década de oitenta, formado por diversos profissionais da saúde e epidemiologistas que procuraram produzir uma sistematização do conhecimento científico através da metodologia de revisão sistemática elaborada pela Colaboração Cochrane(DIAS, 2015, p. 98). O movimento surgiu a partir da constatação de que muitas das práticas médicas e clínicas não se apoiavam no método científico de investigação que exige um alto padrão de qualidade e rigor estatístico para justificar e comprovar os benefícios de uma técnica e ou prática. As práticas obstétricas foram um dos primeiros temas de pesquisas elaboradas pelo *Grupo de Colaboração*

¹³³ Como citei anteriormente, tanto o grupo feminista Ceres, na década de 80, como a ReHuNa na década de 90, já apontavam as práticas da assistência obstétrica ao parto no Brasil como formas de violência tanto contra a mulher como contra o recém-nascido(GRUPO CERES, 1981).

¹³⁴ Cabe observar que este artigo de Diniz é de 2005, dois anos antes de a lei venezuelana ser promulgada e, portanto, da legitimação e promoção discursiva da categoria violência obstétrica.

Cochrane de Gravidez e Parto e cujos resultados foram publicados em 1993 na revisão intitulada “*Effective Care in Pregnancy and Childbirth*”. Os resultados desta revisão sistemática foram utilizados para a elaboração das *Recomendações da OMS* para o parto normal que traz uma classificação e orientação sobre as práticas comuns que devem ser estimuladas e aquelas que são claramente prejudiciais ou devem ser evitadas (DIAS, 2015; DINIZ, 2005)¹³⁵. A autonomia da mulher, a liberdade de escolha, o contato pele a pele e a preferência para os processos naturais de parto quando não houver evidências claras que uma intervenção é mais benéfica que prejudicial são alguns dos princípios fundamentais que guiaram a elaboração destas revisões e recomendações (CALLISTER; HOBBS-GARBETT, 2000, p. 126). Estas foram as recomendações utilizadas pelo Ministério da Saúde na elaboração de suas diretrizes para o parto normal e a PHNP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Sobre estas recomendações pautadas na MBE e a qualidade da assistência obstétrica brasileira, Diniz comenta como:

A distância impressionante entre o chamado padrão-ouro da ciência e a prática obstétrica no Brasil é um exemplo de quanto a cultura (institucional, técnica, corporativa, sexual, reprodutiva) tem precedência sobre a racionalidade científica, como conhecimento autoritativo na organização das práticas de saúde. (DINIZ, 2005, p. 631)

No que tange a utilização do discurso científico da MBE pelos movimentos de mulheres, as pesquisadoras Alzuguir e Nucci trazem algumas reflexões críticas muito interessantes e cunham a expressão “maternidade baseada em evidências” para se referir a este movimento de mulheres que se apropriam do discurso científico para justificar as escolhas de parto, amamentação e maternagem (ALZUGUIR; NUCCI, 2015a, p. 235). No artigo “*Maternidade Mamífera? Concepções sobre natureza e ciência em uma rede social de mães*”, as autoras questionam este acoplamento um tanto peculiar de um discurso científico com um discurso que reflete os ideais de uma

¹³⁵ Os resultados desta revisão também foram utilizados no manual muito referenciado nos movimentos da humanização do parto produzido pelo obstetra canadense Murray Enkin e colaboradores em 1995.

perspectiva ecofeminista tais como a valorização de um “retorno à natureza” e de um “sagrado feminino”(ALZUGUIR; NUCCI, 2015a, p. 223). Sobre estes discursos, as autoras apontam para certo paradoxo já que:

Apesar de se constituírem como uma forma de resistência à lógica de reprodução capitalista e às práticas *mainstream* das mães de camadas médias – a exemplo da crítica em relação à terceirização dos cuidados dos filhos, aqueles discursos são, de fato, capturados pelo mesmo sistema capitalista ao buscarem legitimidade num aporte científico reducionista e ao apelarem para as escolhas individuais das mulheres. (ALZUGUIR; NUCCI, 2015a, p. 234)

Ao olhar para o discurso da humanização no contexto brasileiro fica evidente que a utilização da categoria violência obstétrica marca uma mudança discursiva neste campo de mobilizações pela transformação da assistência ao parto. Esta mudança, promovida sobretudo pelos movimentos de mulheres pautadas em uma perspectiva feminista do direito e da saúde e fortalecidas pelos avanços legais das décadas de noventa e primeiras décadas dos governos da Maré Rosa, fomenta e abre espaço para um discurso abertamente feminista, muito menos conciliatório, ou “descafeinado” (ALVAREZ, 2014b)ALVAREZ, 2014)como descreveria Alvarez e um discurso claramente crítico que provoca a hegemonia médica. A definição da violência obstétrica da lei venezuelana, que vai ser muito reproduzida tanto pelos movimentos de mulheres brasileiras para denunciar os abusos e maus tratos da assistência obstétrica brasileira, como pelo próprio campo da saúde brasileira na sua tentativa de classificar a violência obstétrica como objeto de pesquisa para avaliação da assistência obstétrica brasileira, aponta três conceitos que identificam o controle e domínio dos processos reprodutivos e corpo da mulher pela prática obstétrica: o trato desumanizado das mulheres, o “abuso da medicalização” e “a patologização dos processos naturais”(VENEZUELA, 2007) Estes três conceitos abarcados pelo texto legal venezuelano provêm de uma complexa discussão entre a perspectiva feminista de gênero, a sociologia da saúde com sua crítica mais ampla à medicalização da sociedade e o próprio campo da saúde a partir da MBE. No que tange ao primeiro conceito, a desumanização e o trato desumanizado das mulheres nos serviços de saúde, pode-se dizer que para as perspectivas feministas que vão abordar a questão

dos direitos reprodutivos é precisamente a humanidade das mulheres e o seu estatuto como um sujeito que estão em jogo nas discussões sobre controle e direitos reprodutivos. Em seu artigo sobre as políticas de subjetivação nas discussões sobre direitos reprodutivos, a partir de uma análise dos discursos médicos e legais em litígios sobre direitos reprodutivos, Bordo descreve como:

A mulher grávida (cujo estatuto ético e legal como um indivíduo não é construído como uma questão nos debates sobre o aborto, e que a maioria das pessoas assumem erroneamente que está completamente protegido legalmente) é percebida como lutando, não pela sua *personalidade*, mas “apenas” pelo seu direito de controlar o seu destino reprodutivo. (BORDO, 2013, p. 94)

A fala de Bordo aponta para a fragilidade do estatuto da mulher, principalmente da mulher grávida, não somente como indivíduo e cidadã de direitos, mas, sobretudo do seu estatuto como sujeito e assinala o apagamento e a desumanização da mulher grávida que ocorre nos discursos dos médicos ao tratar das questões reprodutivas. Bordo aponta em sua análise dos discursos médicos e legais como estes vão enfatizar o discurso de defesa da vida do feto, construindo o feto como um “hipersujeito” em detrimento da construção da mulher como um “sujeito corporeificado” (BORDO, 2013). Esta análise de Bordo evidencia a importância de se reiterar a humanidade e personalidade da mulher grávida e de denunciar o trato desumanizado que ocorre nas construções discursivas da medicina e nas práticas e rotinas da assistência à saúde das mulheres. A desumanização, o abuso da medicalização e a patologização dos processos naturais são conceitos que se imbricam. A desumanização da mulher e a patologização dos processos reprodutivos resultam no abuso da medicalização. O processo desumanizador da mulher, este estatuto de corpo “desubjetificado” não se traduz apenas em um trato desrespeitoso ou abusivo, mas, sobretudo na perda da individualidade da mulher e de suas necessidades e desejos particulares. Refletindo a crítica de Bordo sobre a desubjetificação do corpo da mulher, a pesquisadora

venezuelana Camacaro¹³⁶ apresenta o controle exercido pelo saber médico sobre o corpo da mulher grávida como um processo de alienação desta e do seu corpo, que resulta na perda de sua autonomia e que causa diversos efeitos negativos na sua qualidade de vida, efeitos estes que afetam tanto a sua saúde física como psíquica, incluindo a qualidade do vínculo mãe-bebê(CAMACARO CUEVAS, 2009b)No Brasil, os pesquisadores têm apontado para a formação dos obstetras em hospitais-escolas onde ainda persiste a cultura de se treinar e aperfeiçoar as técnicas intervencionistas desaconselhadas pelas recomendações da OMS como práticas de rotinas nos corpos das mulheres usuárias do SUS. Em março de 2015, a Faculdade de Saúde Pública da USP promoveu o seminário “A Vagina-Escola” que tinha como objetivo promover um diálogo sobre a violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde(DINIZ et al., 2016). Na nota breve escrita para a revista *Interface, comunicação, saúde, educação* , os pesquisadores relatam o depoimento de Mary Dias, uma universitária negra que ouviu um profissional indicar que duas episiotomias fossem realizadas durante o seu parto em um hospital universitário para que os residentes pudessem treinar e aperfeiçoar as técnicas de corte e sutura em sua vagina(DINIZ et al., 2016, p. 255). Vale ressaltar que existem modelos anatomicamente corretos para simular a episiotomia e suturas.

¹³⁶ Marbella Camacaro Cuevas é uma autora venezuelana com extensa pesquisa epidemiológica e analítica sobre a violência obstétrica a partir da perspectiva de gênero que sustenta o texto da lei venezuelana.

Figura 7. Simulador de episiotomia e suturas.



FONTE. Loja virtual de produtos médicos.(SOFIAGUERREIROPRODUTOS, 2019)

O caso de Mary Dias não indica apenas uma violência de gênero, ela também traz semelhanças assustadoras com as práticas da “*medical plantation*” da obstetrícia estadunidense do final do século XIX(COOPER OWENS, 2017; MBEMBE, 2018). No seu livro “*O que é racismo estrutural*”, Silvio Almeida aponta para “*desumanização o que antecede práticas discriminatórias ou genocídios até os dias de hoje*”(ALMEIDA, 2018, p. 23). A desumanização da mulher, e no contexto brasileiro em particular da mulher negra, de etnia não branca e pobre, evidencia-se justamente neste uso rotineiro de intervenções que não discriminam as necessidades específicas de cada mulher e na standardização de uma atenção obstétrica que sobrepõe a necessidade de aperfeiçoamento técnico do obstetra à integridade física e personalidade da mulher. Sobre esta questão, a *Rede Feminista de Saúde* comenta no *Dossiê sobre a Humanização do Parto* como:

A assistência mais efetiva seria, portanto, centrada nas necessidades das parturientes, em vez de organizada segundo as necessidades de instituições e dos profissionais. Seria um elemento primordial para alcançar os objetivos de uma maternidade segura, pois reuniria eficácia, segurança e racionalidade no uso dos recursos, promovendo uma melhor adesão das mulheres aos serviços. (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2002, p. 13)

Este processo de estandardização da assistência obstétrica resulta também da patologização dos processos naturais e da gravidez de baixo risco na construção do saber e da prática obstétrica. A Rede feminista de saúde descreve como:

Para que a obstetrícia se estabelecesse como um ramo legítimo da medicina, foi necessário que a gravidez e o parto, independentemente do fato de serem simples ou complicados, fossem considerados como estados patológicos – requerendo assim a intervenção dos obstetras com seus instrumentos e técnicas cirúrgicas. (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2002, p. 8)

A patologização do corpo da mulher e dos processos fisiológicos do parto justifica a estandardização de uma prática intervencionista sustentada pela lógica da prevenção e hipervalorização da medicina tecnocrática centrada na figura do obstetra. Em sua tese, Diniz traz um exemplo sobre uma justificativa clássica para a escolha da cesárea difundida na formação obstétrica brasileira que mostra claramente este processo de patologização do corpo da mulher que se estende inclusive para uma patologização da “natureza” e psicologia feminina:

A cesárea a pedido é indicada pelos mais importantes professores e formadores de opinião como tratamento da “neurose de ansiedade” que o parto pode despertar (Rezende, 1974), ou ainda como “preventiva” das supostas lesões genitais do parto, em muitos serviços foi assumida como regra, como rotina de boa técnica. (DINIZ, 2001, p. 13)¹³⁷

¹³⁷ Esta patologização da “natureza” e psicologia “feminina” fomentada pela formação obstétrica brasileira reflete-se na resposta discursiva da hegemonia médica brasileira que vai taxar de

O processo de standardização da prática hospitalar a partir da patologização do corpo da mulher e dos processos fisiológicos do parto, além de submeter-la a uma cascata de intervenções desnecessárias, que somente deveriam ser usadas em casos específicos, acaba tendo efeitos iatrogênicos que muitas vezes não são sequer avaliados pela prática obstétrica. O resultado mais grave associado a esta assistência obstétrica tecnocrática, intervencionista que se descola tanto da humanidade das mulheres como das necessidades e particularidades dos territórios e populações é a taxa de Mortalidade Materna (MM). A pesquisa *Nascer no Brasil* destacou os valores inaceitáveis MM no Brasil, três a quatro vezes maiores que os da Europa e Estados- Unidos, por exemplo, e descreve esta taxa como “discrepante aos avanços alcançados no Brasil” tanto em termos de cobertura e qualidade dos SUS como em termos dos avanços sociais (LEAL, 2012, p. 6). No que diz respeito às desigualdades sociais, o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde comenta como:

A qualidade da informação sobre raça/cor, entre óbitos maternos, vem apresentando melhoria significativa, com redução constante dos *ignorados*, o que permite mostrar, com maior veracidade e proximidade, o quadro real, no País, em relação a esta variável. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012c, p. 3)

Este comentário evidencia a importância de se abordar estes temas e conceitos na formação dos profissionais em saúde e epidemiologia já que a mensuração das desigualdades sociais na assistência obstétrica e saúde das mulheres exige uma clareza e localização conceitual no que diz respeito aos conceitos e atravessamentos de gênero, raça, cor, etnia e classe. Uma das pesquisas que se integra ao *Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento: Nascer no Brasil*¹³⁸ utilizou um modelo teórico hierárquico bastante complexo (ver figura.8) que associou as características socioeconômicas e demográficas com as características da assistência ao parto e as

“histeria” as reivindicações dos movimentos de mulheres brasileiras como irei demonstrar na última seção deste capítulo.

¹³⁸ Este inquérito ocorreu de 2011 a 2012.

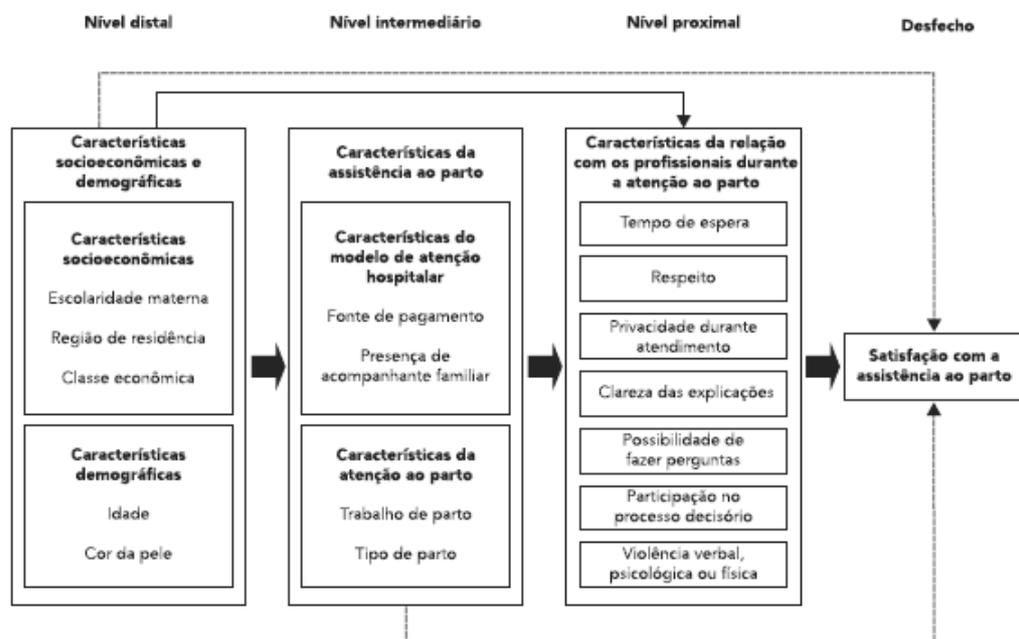
características da relação com os profissionais que procurou identificar desde o tempo de espera até a experiência de algum tipo de violência para avaliar a satisfação das mulheres brasileiras com o atendimento no parto. Para a análise estatística e epidemiológica dos fatores associados à satisfação do parto a pesquisa utilizou o modelo de regressão logística ordinal (D'ORSI et al., 2014, p. 157). No artigo sobre esta pesquisa “*Desigualdades Sociais e satisfação das mulheres com o atendimento no parto no Brasil: Estudo nacional de base hospitalar*” concluiu que os:

Resultados mostram que as variáveis socioeconômicas e demográficas estão associadas às variáveis do nível intermediário, existindo importantes desigualdades sociais de cor, escolaridade, região e fonte de pagamento na forma como as mulheres são tratadas pelos profissionais de saúde durante a internação para o parto. (D'ORSI et al., 2014, p. 165)

Este estudo coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz incluiu os diferentes tipos de práticas e intervenções durante o parto e as suas conclusões corroboram os achados da pesquisa “*Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado*” da Fundação Perseu Abramo de que as diferentes cenas de parto no Brasil são marcadas por desigualdades sociais (VENTURI; GODINHO, 2013, p. 225). Sobre os resultados da pesquisa *Nascer no Brasil*, a pesquisadora e coordenadora deste inquérito nacional, Maria do Carmo Leal faz um comentário importante que aponta para o estatuto de corpo desubjetificado e para a ameaça que a valorização excessiva do binômio mãe-bebê (em detrimento da mulher) na políticas públicas de saúde brasileiras representam para a saúde e vida das mulheres brasileiras:

E a mortalidade materna? Esse é um problema porque creio que esse indicador no Brasil é muito pior do que o da mortalidade infantil. O que tem a ver com a falta de valor, discriminação, com a falta de lugar para a mulher na sociedade, que termina por não cuidar dela da forma adequada. Cuidou-se muito mais da criança, fez-se um investimento grande para reduzir a mortalidade infantil e se obteve sucesso. (CARVALHO; LEAL; LIMA, 2018, p. 3)

Figura 8. Modelo Teórico para a avaliação da satisfação com o parto



FONTE 3. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. (D'ORSI et al., 2014, p. 157)

O relato da estudante negra Mary Dias e os resultados sobre desigualdades sociais e MM de mulheres negras e indígenas na assistência ao parto no Brasil que as pesquisas no campo da saúde pública têm demonstrado também apontam para a necessidade ética de se abordar o racismo estrutural e institucional da assistência obstétrica brasileira. Estes resultados que provêm do próprio campo da saúde e que se respaldam nos métodos científicos e epidemiológicos comprovam e corroboram a denúncia de uma necropolítica sancionada pelo estado brasileiro que o movimento feminista negro brasileiro vem levantando desde a década oitenta (RIBEIRO, 2017, p. 42). Estes dados e resultados também sugerem a necessidade de se confrontar sem rodeios e de maneira urgente as desigualdades de gênero, raça/cor, etnia e classe que atravessam a assistência à saúde das mulheres brasileiras. A utilização da categoria da violência obstétrica como estratégia discursiva no campo da saúde pública, campo

aonde o discurso da humanização vem sendo promovido há tempos, parece responder e evidenciar uma crescente preocupação deste campo com esta realidade.

A crítica à práxis médica-obstétrica legitimada na definição da violência obstétrica produzida pelo texto da lei venezuelana e promovida pelos movimentos de mulheres pela humanização do parto no Brasil insere-se na corrente crítica e contra-hegemônica da saúde representada, sobretudo, por autores da sociologia da saúde que vão denunciar a crescente medicalização da vida como um processo de controle e domínio da vida pela medicina e ciência. Este movimento aparece na década sessenta com os teóricos da antipsiquiatria (D. Cooper, T. Szasz, R. Laing) e adentra o campo das ciências sociais na década de setenta quando se observa uma crítica mais contundente a todo o projeto da medicina moderna. Michel Foucault e Ivan Illich são autores que podem ser destacados nesta crítica ao poder da medicina na constituição do social. Foucault vai cunhar o conceito de governamentalidade para tratar da produção do sujeito tensionada entre o governo dos outros e o governo de si. Assim, ao determinar que se vive em uma lógica biomédica, isto é, em uma sociedade em que o saber da biomedicina rege e controla o corpo social e individual, isto não quer dizer que o poder biomédico se abate sobre o sujeito reprimindo este, mas que o sujeito se constitui dentro do saber biomédico e que as formas de resistência se encontram neste exercício.¹³⁹ Já o termo “medicalização da vida” foi usado por Ivan Illich em sua obra “A expropriação da saúde: nêmesis da medicina” em 1975. Illich é um autor extremamente crítico da sociedade industrial. A sua análise traz uma condenação radical à medicina moderna que segundo este tem efeitos iatrogênicos para os indivíduos e a sua saúde. A leitura de Illich, que associa a medicalização da vida com

¹³⁹ Coloco como pergunta que não vou responder neste momento, mas que indica algumas considerações importantes para a compreensão das indagações que trago ao longo desta pesquisa sobre os efeitos da categoria violência obstétrica como tecnologia de gênero (isto é, uma categoria discursiva que produz verdades sobre gênero), qual seria o sentido da autonomia na perspectiva Foucaultiana? Sugiro que a governamentalidade é um conceito chave para esta discussão e sobretudo para compreender algumas armadilhas em que a perspectiva feminista acaba recaindo na defesa da autonomia da mulher sem problematizar a inserção da mulher nas ordens biomédicas e o conceito de natureza.

a perda de autonomia fica evidente na descrição da definição da violência obstétrica que entende a excessiva medicalização e patologização dos processos reprodutivos como uma afronta à autonomia da mulher. A referência a um autor tão crítico do poder da medicina como Illich e a um conceito de saúde tão contra-hegemônico como o que ele defende¹⁴⁰ deixa evidente a conjuntura de contestação política em que o texto da lei venezuelana é projetado.

No que tange ao conceito de patologização dos processos reprodutivos da mulher, a introdução do conceito de gênero nos estudos da história da medicina abre espaço para pesquisas que apontam para a construção desse olhar patologizante sobre o feminino com a construção do saber médico sobre o corpo da mulher. Emily Martin denuncia esse olhar patologizante na descrição de processos biológicos do corpo da mulher na literatura médica-científica que apresenta, por exemplo, os processos como o da descamação do endométrio, a menstruação em termos negativos associados à perda e ao desperdício, enquanto outros processos corporais semelhantes em que um tecido descama e é substituído por outro, como no caso da parede do estômago ou até mesmo a produção de espermatozoides são descritos em termos que referem sempre à vitalidade do processo tais como “renovação”, “regeneração” (MARTIN, 1991, p. 486). O texto da lei venezuelana procura deslocar esta construção de gênero da práxis da medicina hegemônica ao denunciar a “ patologização dos processos naturais” como uma expressão da violência obstétrica¹⁴¹. No entanto, a definição não vai deixar de escorregar para uma essencialização de gênero quando ao denunciar a patologização e a medicalização dos processos reprodutivos ela qualifica estes de “naturais” sugerindo que o exercício da autonomia e autodeterminação sexual e corporal da mulher estaria ligado necessariamente e indiscutivelmente ao exercício de suas funções reprodutivas “naturais” ou sem nenhuma intervenção. A defesa da

¹⁴⁰ Isto é, de que os processos de saúde e autonomia estariam na contramão da sujeição aos discursos e práticas da medicina.

¹⁴¹ É interessante notar a potência e as complicações de se criar como objeto jurídico um conceito como a patologização dos processos reprodutivos da mulher, isto é um conceito que vem de uma leitura crítica dos discursos da ciência e medicina.

autonomia e autodeterminação corporal da mulher é evidentemente um objeto central da perspectiva feminista. No entanto, a definição do que constitui a autonomia para a mulher como sujeito de uma ordem biomédica e jurídica apresenta uma série de desafios, armadilhas e embates discursivos entre os movimentos de mulheres na luta pelos direitos reprodutivos e o campo da saúde hegemônica e contra-hegemônica.

5.3.A perspectiva feminista da saúde e as políticas de humanização.

A cartilha produzida pela Ong Artemis para a defensoria de São Paulo vai citar o programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde que descreve a humanização como “condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério”(DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO; ARTEMIS, 2014). A cartilha cita também os aspectos fundamentais da humanização descritos pelo programa do Ministério que defende em primeiro lugar a prestação de uma assistência digna à “mulher, seus familiares e o recém-nascido” e sublinha que as rotinas hospitalares humanizadas devem procurar romper com o “tradicional isolamento imposto à mulher”(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 5) e em segundo lugar promoverem uma prática baseada em evidências que evite as práticas intervencionistas tradicionais da assistência obstétrica que “não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores *riscos* para ambos”(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 6). É interessante notar que ao invocar o texto da PHNP do Ministério da Saúde, a cartilha vai reproduzir o discurso do hegemônico da saúde brasileira que, apesar de evidenciar uma preocupação com o “isolamento imposto à mulher” não vai abrir mão da construção do sujeito mulher na sua relação com o bebê e a família, construção que para a perspectiva feminista mais crítica vai reforçar normas de gênero que valorizam a maternidade em detrimento dos direitos reprodutivos da mulher. Esta questão do foco na maternidade e valorização do binômio mãe-bebê nas políticas públicas brasileiras de assistência à saúde da mulher tem sido alvo de controvérsias e um elemento que marca uma luta discursiva entre a perspectiva feminista da saúde e as políticas públicas de saúde. Um exemplo eloqüente deste embate entre a perspectiva feminista da saúde, que procura privilegiar uma abordagem centrada nos direitos reprodutivos e sexuais da mulher e o campo da saúde que vai focar no binômio mãe-bebê, foi a reação dos movimentos feministas da

saúde ao Programa Rede Cegonha lançado em 2011. A estratégia desenvolvida pelo Ministério da Saúde teve como proposta clara assegurar uma rede de cuidados pautados nos princípios da humanização e dos direitos humanos tanto da mulher como da criança. A Portaria 1.459 de junho de 2011 é clara na sua redação ao apresentar como princípios da Rede Cegonha “o enfoque de gênero” e “a garantia dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes”(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). No entanto, para a perspectiva feminista da saúde o foco na saúde da mulher a partir da saúde materno-infantil e o uso da imagem da cegonha para representar o parto e nascimento produz uma abordagem e retórica bem mais conservadora se comparada, por exemplo, ao foco na saúde da mulher e a abordagem da integralidade propostas pelo PAISM de 1983. Na época do seu lançamento, a *Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos* foi enfática na sua crítica ao programa do Governo que para esta organização reduz o sujeito mulher ao lugar de “mãe hospedeira”(LEMES, 2011). Em uma entrevista para o blog Viomundo, a cientista social e secretária-executiva da Rede descreveu como “A idéia da Rede Cegonha desumaniza o evento reprodutivo, quando retira das mulheres o papel de trazedoras dos filhos ao mundo” e “o conceito trazido pela Rede Cegonha é um retrocesso nas políticas com enfoque de gênero, saúde integral da mulher e de direitos reprodutivos e sexuais”(LEMES, 2011). Usar a imagem retrograda da cegonha para nomear a estratégia chega a ser uma incongruência que salta aos olhos para uma política pública que se declara focada nas questões de gênero e que procura “humanizar” a assistência à mulher durante o parto. Tanto o gênero como conceito que procura evidenciar uma ordem normativa desigual, como o princípio da humanização na “perspectiva dos direitos da cidadania”(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) da mulher se esvaziam nessa imagem que desumaniza e simplesmente apaga a mulher. A escolha desta imagem nos leva a pensar que de fato, no campo discursivo da saúde, há uma promoção da leitura das políticas de humanização do parto e do nascimento como uma mera transformação das práticas intervencionistas tradicionais para as boas práticas da medicina baseada em evidências com o intuito de reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal desconsiderando a centralidade das questões de gênero, raça e classe que constituem estes fenômenos epidemiológicos e que justificam e urgem a transformação da assistência obstétrica brasileira. Para Biroli, o *Programa Rede Cegonha* é um claro

indício de retrocessos e do avanço da “oposição conservadora à agenda dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais” que se observa na política brasileira, avanço que surge como reação à participação política inédita do campo feminista e outros movimentos sociais nos âmbitos governamentais desde o processo de redemocratização e da chegada do PT ao poder (BIROLI, 2018b, p. 192) A crítica feroz dos movimentos feministas ao *Programa Rede Cegonha*, ressoa com a análise de Alvarez sobre o esvaziamento do gênero como dispositivo político com a institucionalização da categoria e “ONGização” do movimento feminista brasileiro na década de 90. É interessante comparar a cartilha da Ong Artemis para a defensoria de São Paulo (que vai reproduzir com bastante fidelidade a perspectiva apresentada nos textos normativos do Ministério da saúde que privilegiam uma abordagem focada no sujeito mãe-bebê) com a cartilha produzida pelo Coletivo Feminista, que se dirige aos profissionais de saúde e do direito e que apresenta uma abordagem focada exclusivamente no sujeito mulher na defesa dos seus direitos reprodutivos. No prefácio escrito por Simone G. Diniz¹⁴² para a cartilha do Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde¹⁴³, a autora é muito clara na sua denúncia do discurso de risco utilizado pela medicina hegemônica para governar o processo da parturição que opera um apagamento do sujeito mulher em prol de um hipersujeito:

O que aprendemos na nossa formação, na prática, era que as mulheres têm seus direitos suspensos pela maternidade. Seu direito à condição de pessoa, seu direito à integridade corporal, seu direito à equidade e à diversidade não valiam mais, pois a maternidade é sacrifício, e *qualquer desobediência de sua parte seria, segundo aprendemos, uma ameaça à segurança do bebê*. Como parturiente, ela deveria aceitar ser fisicamente imobilizada, mantida sem água nem comida, sem a presença de ninguém de sua confiança. Deveria aceitar uma fila de pessoas desconhecidas introduzindo os dedos na sua vagina, para seu próprio bem. (COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE, 2017b, p. 9)

¹⁴² Professora associada do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade Saúde Pública da USP.

¹⁴³ Cartilha em anexo.

O objetivo da cartilha de educar tanto os profissionais de saúde como do direito aponta uma estratégia diferente da cartilha da ONG Artemis focada em educar a mulher gestante, estratégia que se pauta mais na compreensão dos direitos das mulheres como uma questão de direitos sociais que precisam ser garantidos pelo Estado e as instituições, do que na perspectiva da garantia dos direitos individuais. No prefácio, Diniz vai esclarecer como o acesso à informação que as mulheres têm hoje tanto sobre as práticas médicas baseada em evidências, como sobre os seus direitos exige uma mudança radical na posição do médico como a “autoridade final sobre cada um dos detalhes da assistência à gravidez e ao parto” (COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE, 2017b, p. 9). A cartilha é bastante clara em evidenciar que é uma responsabilidade do campo da saúde se adequar a este novo sujeito que já se apresenta de uma maneira diferente, muitas vezes bastante informada sobre os procedimentos e os seus direitos.

Na cartilha produzida pela ONG Artemis, após apresentar a leitora aos princípios da humanização que fundamentam o programa do Ministério da Saúde, esta apresenta e explica o uso da Caderneta da Gestante como uma publicação que se dirige aos usuários e profissionais do SUS e que além de trazer informações sobre o atendimento humanizado, boas práticas e os direitos da gestante, também serve como “instrumento de apoio”(DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO; ARTEMIS, 2014) para facilitar o diálogo entre a gestante e o profissional de Saúde. Além da referência à Caderneta da Gestante como instrumento de apoio para uma boa assistência durante o pré-natal e parto, a cartilha sugere a elaboração de um plano de parto ou uma Declaração de Vontade Antecipada (DVA) registrada em cartório como estratégia para garantir seus direitos e evitar a violência obstétrica. O plano de parto é uma estratégia sugerida pela OMS e que consiste em um documento elaborado pela gestante, de preferência junto com o profissional de saúde que acompanhou o pré-natal, onde ela lista os procedimentos e manobras que autoriza serem feitos durante o trabalho de parto. A cartilha descreve como o plano de parto “serve para demonstrar que você refletiu, compreendeu e está ciente daquilo que será feito com você e busca preservar os seus direitos”(DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO; ARTEMIS, 2014) e explica como, além de registrar em cartório, o plano de parto deve ser entregue ao médico e Hospital e como a gestante deve proceder caso o

Hospital se recuse a aceitar o plano de parto. A estratégia do plano de parto é bastante interessante já que ela procura operar uma ruptura do controle discursivo da medicina sobre o corpo da mulher ao elaborar um instrumento que vai não somente funcionar pedagogicamente educando e preparando a mulher para os procedimentos e práticas ao qual pode ser submetida durante o parto, mas também como um instrumento jurídico que, em teoria, pode garantir o controle da mulher sobre o seu próprio corpo. Sobre o plano de parto, Diniz explica como este procura promover uma maior simetria na relação entre a mulher e o profissional de saúde e que, portanto:

este é um planejamento dos procedimentos eletivos no parto, a ser elaborado no pré-natal, sobre os diversos aspectos do processo, desde as opções tecnológicas tradicionais e suas alternativas, até formas de comunicação entre os envolvidos. Não se trata de um contrato de compromisso que não possa ser modificado no decorrer do parto, mas é principalmente uma oportunidade comunicativa e educativa para todos os membros da “equipe”- a mulher, a família, o profissional e o serviço.(DINIZ, 2001, p. 6)

Assim, o plano de parto serviria como um instrumento de empoderamento da mulher ao permitir que esta se apodere dos discursos técnicos da medicina e do direito para defender a sua autonomia e autodeterminação corporal. No entanto, ao se apoiar na construção deste tipo de estratégia e instrumentos, instrumentos que vão ser construídos a partir do campo discursivo médico e legal, o movimento do *advocacy* feminista não vai deixar de reproduzir o discurso da governamentabilidade e a “figura idealizada do cidadão autônomo e autoregulado” (LUPTON, 1999, p. 62)É claro que esta reprodução do discurso é necessária para a produção da mulher como um sujeito já que a proposta do *advocacy* feminista não é de romper com as ordens vigentes, mas de produzir a mulher como sujeito destes discursos e para produzir a mulher como sujeito destes discursos é necessário romper com os procedimentos de exclusão e controle discursivo que operam sobre o saber médico e jurídico. No entanto ao produzir a mulher como sujeito destes discursos através da produção de instrumentos que vão ajudar a planejar e regular a experiência do parto, o *advocacy* feminista continua operando dentro de um discurso de controle e protocolização do parto. Ao comentar a ênfase que se dá ao discurso de risco quando se trata da gravidez (tanto

nos discursos médicos, como na cultura em geral), Lupton entende esta ênfase como parte da constituição da subjetividade contemporânea aonde a vida e a individualidade são construídas como “projetos a serem planejados” que exigem a constante atenção e trabalho do sujeito (LUPTON, 1999, p. 67). Assim, a estratégia do plano de parto e sobretudo da DVA (que além de se pautar em um discurso científico invoca um discurso legal sob a forma contratual da declaração) não deixa de operar como uma prática de controle e regulação discursiva da experiência do parto. Politicamente esta estratégia é importante já que ela vai procurar produzir a mulher como sujeito ativo destes discursos, isto é, sujeito que pode se apropriar dos discursos para se produzir e não mais como mero “corpo desubjetificado” dos discursos médicos e legais¹⁴⁴. No entanto, é importante perguntar-se até que ponto este tipo de instrumento e atravessamento do discurso e de práticas jurídicas na construção da experiência do parto não acabam reforçando uma biopolítica que procura na normatização de práticas a constituição de corpos dóceis e disciplinados. Cabe como pergunta, que não tem como objetivo questionar a necessidade política destas estratégias, se ao promover este tipo de recurso como estratégia de combate à violência durante o parto, o *advocacy* feminista não estaria promovendo uma judicialização do parto e reforçando, de certa forma, a medicalização do corpo da mulher e da experiência do parto. Esta estratégia também acaba escorregando para um discurso de responsabilização do sujeito mulher pela garantia de seus direitos em contrapartida à demanda de que os Estado e as instituições de saúde pública e privada se comprometam com a oferta de

¹⁴⁴ Cabe observar aqui que nos últimos meses em que esta pesquisa foi escrita, no dia 06/02/2019, o CREMERJ publicou uma resolução dispondo sobre “a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno-fetal.” (CREMERJ, 2019). Esta resolução que invoca “autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda” e descreve como “salvadoras” a Manobra de Kristeller, a episiotomia e a aplicação de ocitocina sintética (procedimentos que devem ser evitados segundo as recomendações da OMS, a não ser que haja claras evidências científicas que o seu uso seja mais benéfico que prejudicial) causou revolta entre os defensores do parto humanizado e foi inclusive alvo de protestos na Marcha das Mulheres no dia 08 de Março. A publicação desta resolução, assim como a consulta ao CFM sobre a violência obstétrica apontam para uma clara reação conservadora da ordem médica hegemônica ao movimento da humanização e o avanço dos direitos reprodutivos das mulheres.

uma assistência digna e pautada no respeito aos direitos humanos, reprodutivos e sexuais da mulher. Além do mais, é interessante perguntar-se como esta protocolização do parto a partir de um discurso técnico legal vai atravessar a relação da mulher com os profissionais de saúde.

A construção do parto como um direito da mulher e do controle da mulher sobre o seu corpo, a sua autonomia e autodeterminação corporal como objetos do direito que podem ser inclusive regulamentados através de instrumentos jurídicos como a Declaração de Vontade Antecipada produz mudanças discursivas evidentes quando comparadas à construção do parto como experiência estética, ética, espiritual dentro dos movimentos pela humanização do parto e do ecofeminismo, por exemplo. Estas mudanças discursivas afetam não somente como se constrói a experiência do parto e os elementos que podem vir a constituir esta experiência, como a dor, o sofrimento, a imprevisibilidade, mas também a relação e as expectativas da mulher com a assistência obstétrica e o próprio parto. Em seu livro *Humanização do Parto, políticas públicas, comportamento organizacional e ethos profissional*, Maia comenta o lugar do risco na construção da práxis obstétrica moderna e como esta construção afeta as expectativas e a relação das mulheres com a assistência obstétrica:

Nossas observações indicam que o aumento do litígio contra médicos se relaciona tanto com o aumento do uso da tecnologia quanto com a reduzida participação da mulher e /ou família nas decisões obstétricas. Ora, parece óbvio que, quanto mais se insere tecnologia usada na medicina e mais se acredita nela, menos se toleram as adversidades na assistência à saúde. Por outro lado, quanto mais a mulher se coloca na mão do médico e menos participa das decisões com relação ao seu parto- porque o ethos médico apresenta como aquele que sabe tudo sobre a mulher e parto- menos ela, ou sua família, tolera o evento adverso: não se perdoa o “erro médico” porque o médico não se apresenta como passível de errar. (MAIA, 2010, p. 157)

Maia compara o *ethos* profissional da medicina hegemônica, pautada na cura dos processos patológicos com o *ethos* profissional da enfermagem obstétrica humanizada, pautada no cuidado e assistência ao fisiológico para evidenciar como a medicina vai construir a imprevisibilidade do parto, um aspecto inegável desta experiência, como risco. Esta construção da imprevisibilidade como risco justifica as

práticas intervencionistas e padronizadas, enquanto a enfermagem obstétrica vai construir a imprevisibilidade do parto como “associada à individualidade” o que faz com que o risco não seja um dado a priori, mas um elemento a ser avaliado durante o processo do pré-natal e parto (MAIA, 2010, p. 156). Esta análise de Maia serve de subsídio para pensar e avaliar como o discurso legal do *advocacy* feminista vai recobrir estas questões com a sugestão de um plano de parto como instrumento legal de defesa dos direitos da mulher. Na perspectiva da humanização, o plano de parto funciona como um instrumento pedagógico, facilitador do diálogo entre a gestante e o profissional de saúde, estratégia que procura reverter a hierarquia e o poder centralizados na figura do médico horizontalizando a relação e a troca de saberes entre o profissional e a gestante. O plano de parto como instrumento jurídico trabalha a partir de outra ordem relacional, contratual. Tanto como instrumento de apoio e diálogo, como instrumento legal, o plano de parto não vai deixar de reproduzir e recobrir a experiência do parto a partir do discurso biomédico. É importante perguntar-se se estratégias como estas, do plano de parto como instrumento legal, e a reprodução de um discurso técnico não acabam reforçando a construção do parto em termos de garantias e riscos, construção que, como aponta a análise de Maia, está claramente relacionada com uma práxis obstétrica que, com o intuito de garantir os melhores resultados e evitar todos os possíveis riscos que acarretariam em resultados adversos e processos legais, vai lançar mão de uma prática intervencionista, protocolizada e padronizada (MAIA, 2010, p. 156–161).

Obviamente que se trata de garantir os direitos das mulheres a uma assistência digna acionando e subvertendo as práticas de poder em jogo. No entanto, é importante questionar os possíveis efeitos discursivos desta construção da experiência do parto a partir da reprodução de um discurso técnico do direito e da medicina, sobretudo para a relação dos sujeitos mulheres com o corpo e experiências que inevitavelmente podem atravessar a parturição como a dor, o sofrimento e a imprevisibilidade de resultados adversos¹⁴⁵. Em seu artigo “*Para Chegar ao Bojador é preciso ir além da dor,*

¹⁴⁵ Maia descreve ao comentar o lugar dos resultados adversos e o aumento dos processos legais na medicina contemporânea “Com relação à intolerância ao resultado adverso, é importante ter

sofrimento no parto e suas potencialidades”(CARNEIRO, 2015), Carneiro relata uma cena que presenciou durante a sua etnografia em um curso com uma parteira renomada do movimento da humanização que ajuda a ilustrar como até as práticas mais contra-hegemônicas propostas pelo movimento da humanização não vão deixar de funcionar como práticas de si que operam uma normalização da experiência que pode vir a ofuscar o *locus* social e as particularidades de cada sujeito mulher na sua experiência com a parturição. Carneiro descreve a reação de uma mulher cujo bebê estava transversal, (condição que indicaria uma possível cesárea) à proposta da parteira de fazer um “ultra-som lúdico”¹⁴⁶ junto com as outras mulheres do grupo:

Chegado o momento tão esperado, o “ultra-som”, percebi que, enquanto todas as mulheres disputavam a hora do desenho, essa mulher em questão permanecia afastada e cabisbaixa, praticamente sem interagir. Pouco a pouco algumas mulheres perceberam sua tristeza e tentaram animá-la, até que veio a parteira e a mulher desabafou: “não quero pintar minha barriga porque não quero ver a imagem de meu filho atravessado”. Ela era igual às demais, mas neste caso, insuportavelmente diferente. Havia sofrimento em sua fala e em seu olhar. (CARNEIRO, 2015, p. 94)

De outro lado, a pesquisadora Lilian Krakowski Chazan traz uma análise interessante em sua etnografia *“Meio quilo de Gente”: um estudo antropológico sobre o ultra-som obstétrico*”(CHAZAN, 2007) que vai relativizar a construção da tecnologia dura da assistência obstétrica hegemônica como uma técnica cuja objetividade não estaria permeável às subjetividades dos sujeitos envolvidos. Chazan explica:

clareza de que, se a gravidez não é doença, ela também não é um evento inócuo para a mulher, em termos de saúde. Tanto é assim que a OMS considera que há um limite aceitável de mortes maternas e perinatais, consideradas inevitáveis”(MAIA, 2010, p. 157)

¹⁴⁶ O “ultra-som lúdico” é uma técnica em que a parteira vai apalpar a barriga da mulher para avaliar o bebê e usando tintas coloridas vai desenhar o contorno do bebê e a barriga da mulher, oferecendo assim uma dimensão estética e lúdica e não somente uma tecnologia dura, em um momento de tensão.

No caso particular do ultra-som, a questão do olhar apresenta certas peculiaridades no que concerne à tensão objetividade/subjetividade. Apesar de culturalmente ter-se solidificado a idéia da imagem técnica como 'objetiva' por excelência, as imagens fetais colocam em pauta diversos aspectos relativos ao interjogo entre subjetividade e objetividade do e no olhar [...] A atividade discursiva em torno das imagens e dos parâmetros fetais, contudo, era francamente modelada pelos mais variados valores subjetivos dos atores presentes ao exame: tanto os profissionais quanto as gestantes e acompanhantes engajavam-se ativamente na produção das 'verdades' mais inusitadas acerca do feto, entrelaçadas com as avaliações e normatizações objetivas, fornecidas pelo aparelho, eventualmente em uma mesma frase deslizando de um pólo a outro. (CHAZAN, 2007, p. 211)

Relato estes exemplos não com o intuito de criticar o movimento da humanização sugerindo que ele também pode ser opressivo para o sujeito mulher, mas para ilustrar como a questão da subjetividade/objetividade na construção da dor, do sofrimento e, inclusive, daquilo que é descrito e interpretado como violência durante o parto são experiências complexas com múltiplos atravessamentos que não se resumem a escolha entre uma prática biomédica pautada em tecnologias duras e intervencionistas, que vão necessariamente oprimir o sujeito mulher, versus as boas práticas não intervencionistas do ideário da humanização que vão libertar a mulher. A pessoalidade da mulher e o respeito ao seu estatuto como um sujeito de direitos parece ser uma questão muito mais basilar na experiência da violência durante o parto. Esta construção um tanto idealizada do parto fisiológico sem intervenções como uma experiência libertadora que vai aparecer no campo discursivo do movimento de mulheres e da humanização decorre em grande parte da mudança discursiva dentro do feminismo que já apontei em relação à maternidade e parturição, mudança que vai alterar a relação do feminismo e dos movimentos de mulheres com o saber biomédico.

5.4. “Violência obstétrica ou violência *contra* o obstetra”: a reação da hegemonia médica à perspectiva feminista da saúde e humanização.

No contexto brasileiro, a repercussão do caso de Adelir Lemos de Goes provocou uma intensa reação dos movimentos de mulheres e do parto humanizado que se organizaram para promover atos e movimentos de denúncias nas redes¹⁴⁷, assim como respostas mais oficiais através da organização de audiências públicas e interpelação dos órgãos oficiais¹⁴⁸. A utilização da categoria tanto pelo ativismo digital, como pelo ativismo político (que vai se utilizar da categoria para produzir um arcabouço legal em defesa dos direitos reprodutivos da mulher e para promover e garantir a implementação efetiva das políticas de humanização do SUS) exigiu e provocou uma resposta dos diferentes órgãos profissionais da saúde e seus representantes de classe. A análise dos documentos produzidos por estes diferentes atores do campo discursivo da saúde coloca em evidência os embates ideológicos e as lutas discursivas que se acirram em um contexto brasileiro de grandes mudanças

¹⁴⁷ Desde então, diversas denúncias e depoimentos de violência obstétrica vêm sendo cada vez mais divulgadas e publicadas tanto nos meios de comunicação de massa (em dezembro de 2018, o programa Profissão Repórter da TV Globo exibiu uma reportagem sobre a violência obstétrica), como nas redes sociais e plataformas de militância. O caso mais recente foi o de Armando Andrade Araújo, médico “cooperado no Instituto de Ginecologia e Obstetrícia do Amazonas (IGOAM), parceiro da Secretaria de Saúde do Amazonas (SUSAM), responsável pelos atendimentos ginecológicos e de obstetrícia nas maternidades públicas do estado” que foi flagrado dando um tapa na região da vulva de uma gestante adolescente durante o seu parto em uma maternidade pública de Manaus. No vídeo feito pela acompanhante da gestante que circulou amplamente nas redes sociais, após a fala da acompanhante avisando que iria chamar a imprensa pode-se ouvir o médico ameaçando “Pode chamar quem for, pode chamar. É bom que eles vêm que ela não ajuda” (JORNAL ESTADO DE MINAS, 2019).

¹⁴⁸ Em 2014, alguns meses após a ocorrência do caso de Adelir, deputado federal Jean Wyllys do PSOL/RJ fez um requerimento à Comissão de Direitos Humanos e Minorias para a realização de uma audiência pública para debater questões relacionadas à violência obstétrica (WYLLYS, 2014a). No mesmo ano, Jean Wyllys com o apoio da ONG Artemis e a ABENFO elaboram o Projeto de Lei 7633/2014 que dispõe sobre a humanização do parto e que reproduz a definição da violência obstétrica da lei venezuelana (WYLLYS, 2014b).

políticas e avanço galopante de uma agenda conservadora crítica e oposta às demandas de defesa dos direitos humanos de das minorias. Grosso modo, esta análise destacou um embate discursivo maior que opõem de um lado a ordem discursiva médica hegemônica dos obstetras, representada pelos conselhos e sociedades médicas e do outro a ordem discursiva da saúde pública, atravessada por paradigmas contra-hegemônicos e representada pelo Ministério da Saúde e as políticas de humanização, e os movimentos sociais do parto humanizado e dos movimentos de mulheres feministas.

Em 2014, logo após a repercussão do caso Adelir, a Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (SOGIMIG) publicou em seu veículo informativo uma matéria de capa com o título provocador “*Violência Obstétrica e Contra o Obstetra: A Dor Além do Parto*”(MELO, 2014), a matéria escrita pelo médico Victor Hugo de Melo (membro consultivo da SOGIMIG e conselheiro do CRM-MJ) procurou abordar o caso a partir do posicionamento das associações de ginecologistas e obstetras de Minas Gerais e Rio Grande do Sul e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)¹⁴⁹. Além da inversão não muito sutil da categoria (de violência contra a mulher para violência contra o obstetra), o título faz referência ao documentário “*A Dor além do Parto*” sobre a violência durante ao parto produzido por Letícia Campos Guedes, Amanda Rizério, Nathália Machado Couto e Raísa Cruz como trabalho de conclusão do curso de Direito da Universidade Católica de Brasília(CAMPO GUEDES et al., 2013). A associação um tanto esdrúxula da violência contra o obstetra com a frase do documentário “a dor além do parto” no título parece questionar a legitimidade das narrativas das mulheres sobre a experiência de dor e sofrimento durante o parto e sugere que a “verdadeira vítima” discursiva seria o obstetra. O título aponta para um questionamento sobre a localização e natureza desta “dor além do parto”: a dor além do parto neste caso seria a da mulher ou a do obstetra confrontado com os

questionamentos e críticas a sua práxis? Além do título que sugere esta provocação sobre a legitimidade da categoria e as narrativas das mulheres sobre as suas experiências de parto, as imagens usadas para ilustrar a capa e o artigo do informativo da SOGIMIG também reforçam as construções discursivas apontadas por Bordo no seu ensaio “*Are Mothers Persons?*” onde ela aponta o apagamento da personalidade da mulher e construção de uma corporalidade desubjetificada em contraponto a uma hipersubjetificação do feto nos discursos médico-científicos-legais que sustentam as disputas sobre direitos reprodutivos(BORDO, 2013).

Figura 9. Artigo "Violência Obstétrica e Violência contra o Obstetra.



VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA X VIOLÊNCIA CONTRA O OBSTETRA

Dr. Victor Hugo de Melo
Conselheiro do CRM-MG
Membro do Conselho Consultivo da SOGIMIG

A expressão "violência obstétrica" vem sendo utilizada mais recentemente no Brasil com o intuito de substituir o termo "violência institucional" no parto. A violência institucional tem sentido mais amplo, com definição legal, e se refere a homens e mulheres. A expressão "violência obstétrica" tem produzido grande indignação entre nós obstetras, pois seu uso tem se voltado em desfavor da nossa especialidade, impregnando uma agressividade que beira a histeria.

É inegável a necessidade de se mudar o modelo de atenção pré-natal, parto e puerpério no Brasil, tendo em vista os inúmeros fatores que envolvem o período gravídico puerperal, sejam eles pessoais, familiares, sociais, ambientais, culturais, econômicos, políticos, técnicos, institucionais, de gênero, entre outros. É inegável também que as diferentes formas de violência contra a mulher que ocorrem no Brasil e no mundo envolvem uma longa história de opressão e submissão do gênero feminino, e que nos remete aos tempos pré-históricos. Mulheres e homens sempre ocuparam papéis diferentes nas diversas sociedades. As características biológicas e sexuais femininas se confundiram com as necessidades sociais e culturais dos grupos, que impuseram às mulheres as tarefas domésticas e os cuidados das crianças, e aos homens as tarefas fora do lar. Estamos, assim, inseridos em uma discussão muito mais ampla, e que nos remete à violência de gênero, ao sistema patriarcal e à subjugação do feminino ao masculino.

Ora, o modelo de assistência obstétrica atualmente em curso no Brasil foi fortemente influenciado pelas diversas escolas europeias até meados do século 20 e, a seguir, passou a se basear mais na escola americana. À luz dos novos conhecimentos técnicos e tecnológicos que foram gradualmente incorporados, foi-se consolidando uma prática de assistência ao parto que objetivava, essencialmente, um único desfecho: mãe e recém-nascidos vivos e hígidos e, para este, a possibilidade de desenvolver toda a sua potencialidade física e intelectual, garantidos por uma assistência obstétrica e neonatal de qualidade. Foi a partir deste modelo que todos nós fomos treinados nas nossas residências médicas, e é isto o que sabemos fazer. E o fazemos muito bem!

Ao lado deste processo consolidou-se durante o século 20 um movimento social de mulheres na busca por igualdade de direitos diretos civis, humanos e políticos e, mais recentemente, direitos econômicos, trabalhistas e sociais. Nas últimas décadas, consolidou-se



também o movimento para a prevenção e atenção integral à mulher em situação de violência, em quaisquer de suas formas.

A violência institucional se relaciona com um amplo espectro de profissionais e personagens não apenas da área de saúde, mas também de entidades públicas e privadas, além de qualquer organização da sociedade civil. A violência na assistência ao parto faz parte deste grupo e, conceitualmente, envolve todos os profissionais que participam no processo

FONTE 4. Informativo SOGIMIG de Maio/junho de 2014

Na capa pode-se ver a barriga de uma mulher (cujo rosto não aparece já que a imagem da barriga grávida preenche todo espaço da capa) com um ponto de interrogação na altura do umbigo. Esta mesma imagem do corpo de uma mulher

grávida sem cabeça é reproduzida no artigo, só que nesta imagem (ver fig.9) pode-se ver a imagem de um bebê (e não a de um feto, a foto utilizada representa claramente um bebê de alguns meses de idade) dormindo como se a barriga da mulher fosse translúcida a idéia da mulher como uma mera incubadora materna e apelando para uma identificação com a imagem do bebê vulnerável. Um pouco mais abaixo se encontra um retrato do obstetra autor do artigo em um formato 3x4 típico de um documento de identidade sublinhando o estatuto de sujeito e autoridade do autor em oposição ao corpo desubjetificado da mulher. O artigo inicia afirmando a necessidade de uma transformação na assistência obstétrica e aparentemente reconhecendo que existem padrões de gênero opressivos, no entanto ao descrever a formação obstétrica brasileira o autor descreve:

Ora, o modelo de assistência obstétrica atualmente em curso no Brasil foi fortemente influenciado pelas *diversas escolas européias* até meados do século 20 e, a seguir, passou a se basear mais na *escola americana*. À luz dos *novos conhecimentos técnicos e tecnológicos* que foram gradualmente incorporados, foi-se consolidando uma prática de assistência ao parto que objetivava, *essencialmente, um único desfecho: mãe e recém-nascidos vivos e hígidos e, para este, a possibilidade de desenvolver toda a sua potencialidade física e intelectual*, garantidos por uma assistência obstétrica e neonatal de qualidade. Foi a partir deste modelo que todos nós fomos treinados nas nossas residências médicas, e é isto o que sabemos fazer. E o fazemos muito bem!(MELO, 2014, p. 7)(*itálicos autora*).

Esta descrição da formação obstétrica brasileira revela um discurso conservador muito semelhante ao discurso da obstetrícia moderna brasileira do início do século XX com a sua subserviência colonial e imperialista aos saberes europeus e estadunidenses e uma valorização descabida a uma prática tecnocrática e medicalocêntrica (em detrimento de uma práxis localizada nos paradigmas da saúde pública brasileira e das “epistemologias do sul” como cunha Boaventura de Sousa Santos). O autor também recorre para representação moral da obstetrícia e o seu papel de “resgatadora das mulheres” cujo único objetivo é “mãe e recém-nascidos vivos e hígidos”. Vale ressaltar nesta versão contemporânea do discurso da medicina

higienista do início do século XX, um novo sujeito do campo discursivo da saúde o “binômio mãe-bebê”¹⁵⁰, construção esta que parece sugerir uma equivalência entre o sujeito mãe-bebê, mas que acaba operando um ofuscamento do sujeito mulher, como a perspectiva feminista da saúde vem procurando apontar. Aliás, a análise dos textos produzidos mais recentemente pela ordem médica hegemônica em resposta à categoria violência obstétrica sugere que a construção do feto como um hipersujeito alia-se ao avanço do conservadorismo e de um posicionamento cada vez mais claro desta ordem hegemônica no debate sobre o aborto e o estatuto do nascituro. Neste mesmo artigo, em uma nota escrita em tom sarcástico com o título “*Nota de um obstetra desatualizada*”¹⁵¹, a professora Amanda Kfoury Pereira não esconde a escolha do feto como sujeito privilegiado do discurso médico e mostra um desconhecimento (ou negação) cabal sobre o debate a respeito do estatuto jurídico e moral do nascituro ao comentar que apesar do compromisso ético fundamental da obstetrícia com o “binômio mãe-bebê”, o obstetra lida “concomitantemente com dois pacientes individualizados, dos quais um, o nascituro ou o paciente não nascido, não tem possibilidade de decisão”(MELO, 2014, p. 9). Em seu ensaio, Bordo descreve como este tipo de construção elaborada pelo discurso médico-legal que se coloca em defesa do nascituro vulnerável além de ofuscar a personalidade da mulher acaba construindo a vontade e as escolhas da gestante durante o parto como caprichos que ameaçam a vida do bebê sugerindo que a mulher estaria menos preocupada com o bem-estar do seu

¹⁵⁰ A construção deste novo sujeito decorre tanto das teorias psicológicas e psicanalíticas das décadas 60 e 70 sobre a relação maternal no desenvolvimento infantil (scavone), como dos avanços nas tecnologias de visão e exames perinatais como o ultrassom. Lupton descreve como na contemporaneidade as noções sobre o bem-estar do bebê e gravidez não são mais apenas construídos através do diálogo do profissional de saúde com a grávida e suas percepções sobre o seu corpo, mas dependem das novas tecnologias de visualização e exames laboratoriais aos quais a mulher não tem acesso e não tem como interpretar a não ser através do saber de um especialista(LUPTON, 1999, p. 62).

¹⁵¹ O título deixa claro o mal-estar gerado pelas políticas de humanização e movimento da MBE na corporação médica brasileira ao avaliar que boa parte da práxis obstétrica brasileira não se baseia em evidências científicas.

bebê do que o médico¹⁵² e reforçando a caracterização da mulher como um sujeito irracional, frívolo e caprichoso(BORDO, 2013).

Em Abril de 2018, o CFM promoveu um Fórum sobre a Assistência Obstétrica onde o mesmo médico Victor Hugo de Melo ministrou uma palestra com o mesmo título (“Violência Obstétrica e Contra o obstetra”) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018b)em uma mesa redonda que procurou debater a violência na assistência ao parto. Além desta mesa redonda, o fórum contou com diversas palestras que indicam um campo bastante vasto de disputas discursivas que atravessam o campo da assistência obstétrica brasileira e que colocam a ordem hegemônica da medicina em choque não somente como os movimentos sociais em torno do parto humanizado e movimentos feministas, mas também evidenciam disputas entre diferentes classes de profissionais e sistemas e paradigmas de saúde. Entre os temas polêmicos apresentados no fórum destacaria os seguintes:

- Aplicabilidade do plano de parto: um tema de obvia disputa discursiva entre a ordem médica hegemônica e os movimentos sociais em torno do parto humanizado, as Doulas, as Enfermeiras Obstétricas e as recomendações da OMS que preconizam e defendem a utilização do Plano de parto como uma das “boas práticas” e os obstetras tradicionais que se sentem coagidos com a utilização de um plano de parto onde a mulher determina os procedimentos que autoriza.
- Equipe multiprofissional: outro tema de divergências e lutas com as outras classes profissionais da assistência obstétrica. A estratégia da equipe multiprofissional não somente coloca em cheque o estatuto do obstetra como o profissional mais adequado para assistir o parto de

¹⁵² Não estou sugerindo aqui que a preocupação com o feto seria algo natural e instintivo da mulher, mas apenas questionando esta construção de que o médico seria o sujeito mais interessado e preocupado com o bem-estar do bebê e que a mulher e suas escolhas durante o parto seriam ameaças à vida do feto partindo de um sujeito inconsequente e irracional.

baixo risco, como traz à tona a questão da responsabilidade legal do médico como chefe de equipe¹⁵³.

- Assistência na saúde suplementar: área caracterizada pelos altos índices de cesárea¹⁵⁴ e pela disputa entre a Agência Nacional de Saúde (ANS), os planos de saúde e os obstetras sobre a legalidade da cobrança da taxa de disponibilidade para o acompanhamento do parto¹⁵⁵.
- Evidências Científicas na assistência ao parto: tema que gera um embate dentro do próprio campo médico entre os obstetras humanizados alinhados às “boas práticas” da MBE e as políticas de humanização do SUS e os obstetras alinhados à prática intervencionista, tecnocrática e hospitalocêntrica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018b).

No que tange ao tema da saúde suplementar que responde pelos altos índices de cesáreas, para os pesquisadores estes resultam em grande parte das formas e tabelas de pagamento das operadoras dos planos de saúde que favorecem a cesariana por ser um procedimento rápido que se adéqua a uma lógica e linha de produção mais rentável. Sobre isto, Diniz comenta:

Além dos vários mecanismos de pagamento diferenciado que fazem a cesárea mais rentável para serviços e profissionais, o estabelecimento de nova ordem de produção, marcada pela possibilidade da produção em

¹⁵³ Sobre esta questão, Maia comenta: “A questão colocada pelos médicos é: de quem é a responsabilidade no caso de um resultado adverso, em parto conduzido por enfermeira obstétrica, no qual ele só é chamado a intervir se houver complicações? Há aqui uma clara contradição entre a exigência do médico de se colocar como chefe de equipe e a sua recusa a aceitar o ônus desse lugar” (MAIA, 2010, p. 159).

série, potencializaria, sob a convicção da inocuidade da cesariana, o parto com hora marcada (Chiaravalloti & Goldenberg, 1998). Generaliza-se o recurso à cesárea, sob essas condições, “ressaltando-se que o empresariado da medicina, no mercado livre de controle, favorecia à predominância das cesarianas, particularmente nas instituições privadas e nos níveis de renda mais elevados” (Cecatti e cols., 1998)”(DINIZ, 2001, p. 12).

Em 2015, como estratégia para reduzir os altos índices de cesáreas na saúde suplementar, a ANS baixou a resolução normativa RN.№ 368 que objetiva controlar as taxas de cesarianas obrigando as operadoras de planos de saúde, hospitais e médicos a informarem os percentuais de partos cesáreas e normais para as suas usuárias, além de obrigar os obstetras a realizarem o partograma, um documento que registra as informações sobre a evolução do parto. Vale ressaltar que o partograma é um documento diferente do plano de parto (INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, 2017, p. 16). O partograma tem como propósito registrar formalmente dentro do prontuário da paciente a evolução do parto, com informações sobre as contrações e a dilatação assim como qualquer outro dado importante sobre o processo como forma de garantir que os procedimentos de rotina na assistência à parturiente seguiram as recomendações e diretrizes sobre as “boas práticas” baseadas em evidências científicas. O documento também tem como objetivo registrar e justificar a eventual necessidade clínica de qualquer intervenção que não responda ao protocolo de rotina baseado em evidências para o parto normal e de baixo risco. Em outras palavras, no partograma, o médico deve explicar e justificar a necessidade clínica de qualquer intervenção que seja descrita como ineficaz e possivelmente prejudicial em um parto normal e de baixo risco, tais como a cesárea, a episiotomia, o uso de ocitocina sintética e a manobra de Kristeller¹⁵⁶. Sobre estas intervenções que

¹⁵⁶ Em 2018, a OMS publicou novas diretrizes e recomendações de boas práticas para o parto normal de baixo risco e para a redução das intervenções desnecessárias durante o parto. Em sua página oficial, a OMS comenta como “as intervenções desnecessárias durante o parto são rotineiras em todos os contextos de baixo, médio e alto rendimento, o que muitas vezes coloca mais uma carga em países com baixos recursos aumentando as distâncias e desigualdades sociais”(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018) (tradução do inglês da autora).

não são recomendadas em parto de baixo risco, a pesquisa Nascer no Brasil explica “estes procedimentos, quando utilizados sem indicação clínica, causam dor e sofrimento desnecessários e não são recomendados pela OMS como procedimentos de rotina” e revela que no contexto brasileiro a pesquisa evidenciou que “a maioria das mulheres foi submetida a intervenções excessivas” que causam dor e sofrimento desnecessários (LEAL, 2017, p. 3). A função e propósito legal do partograma não é portanto a mesma que a do plano de parto, que tem como objetivo e função informar a mulher gestante sobre os procedimentos, compartilhar as tomadas de decisões sobre a cena de parto garantindo o protagonismo da mulher, o seu consentimento e o respeito aos seus direitos reprodutivo, além de promover uma relação mais vertical entre a mulher e os profissionais de saúde. Sobre o plano de parto, Diniz ressalta:

Se consideramos as referidas recomendações da OMS e os procedimentos reconhecidos como benéficos, vemos que a primeira recomendação é o desenvolvimento de um plano individual feito pela mulher. Os estudos mostram que quando a mulher está informada sobre as suas possibilidades de escolha no parto – aí incluídos o lugar de dar à luz, o profissional e demais pessoas que vão acompanhá-la e os procedimentos eletivos na assistência – este parto tem mais chance tanto de ser mais saudável para mãe e bebê quanto da mulher expressar maior satisfação com a experiência(DINIZ, 2001, p. 6)

No que tange a taxa de disponibilidade que é considerada ilegal pela ANS, um artigo da revista do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor comenta a posição da Febrasgo sobre a polêmica da taxa:

A federação defende o pagamento pelo tempo que o obstetra fica disponível para a realização do parto. Mas, em vez de negociar com as operadoras, os obstetras tentam repassar esse custo às consumidoras de plano de saúde. “A operadora lava as mãos”, diz o diretor da Febrasgo.

Porém, nesse caso, a corda não pode estourar para o lado mais fraco. Cobrar taxa da usuária é ilegal. “A negociação do pagamento de quaisquer procedimentos deve ser feita entre o profissional e a operadora. A função da operadora é, justamente, fazer a intermediação financeira entre o consumidor e o prestador credenciado”, declara a advogada do Idec (INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, 2017, p. 18)

Para muitos autores a justificativa de que a vinculação com o obstetra seria uma estratégia benéfica na redução das cesáreas e intervenções desnecessárias não se sustenta, já que os estudos e pesquisas sugerem que uma atenção obstétrica centrada na figura da enfermeira obstétrica para os partos de baixo risco é a estratégia mais adequada e baseada em evidências para a redução da práxis intervencionista e garantia de uma atenção centrada na mulher e o respeito aos seus direitos. Sobre este quesito, a pesquisa *Nascer no Brasil* é clara:

Segundo as melhores evidências científicas, modelo de atenção ao parto e nascimento liderados por enfermeiras obstétricas e obstetizes, nos quais estes profissionais são os responsáveis primários pela realização de partos vaginais, aumentam as chances de partos espontâneos e diminuem as intervenções desnecessárias, sem comprometer a saúde das mulheres e dos bebês. Este modelo está em franco contraste com o que temos implantado no Brasil, onde somente 15% dos nascimentos foram assistidos por enfermeiras e obstetizes com mais frequência nas regiões mais pobres, em que há ausência de médicos (LEAL, 2012, p. 4).¹⁵⁷

Em 2016, a ANS publicou uma nova norma que permitiria o credenciamento de enfermeiras obstétricas e obstetizes no rol de profissionais aptos a serem

¹⁵⁷ A obstetriz é formada por um curso de quatro em obstetrícia para atender partos de baixo risco. No Brasil a USP é a única faculdade que oferece esta formação. Já a enfermeira obstétrica possui uma formação em enfermagem com pós-graduação em obstetrícia. Já a Doula é uma profissional que não possui formação biomédica e cuja função é dar auxílio e suporte emocional e psicológico à mulher, podendo utilizar formas alternativas de alívio para a dor tais como massagens, porém esta não é habilitada a fazer nenhuma intervenção invasiva.

credenciados pelos planos de saúde para atendimento ao parto quando possível. Neste quesito, um projeto de lei da deputada Enfermeira Rejane do PCdoB, a PL 3369/2017 provocou críticas que evidenciam os problemas constitutivos da assistência à saúde brasileiro dividido entre um sistema de saúde pública regido pelos princípios da universalidade, equidade e humanização e um sistema de saúde suplementar regido por princípios mercadológicos. O PL procura autorizar a presença de enfermeiras obstétricas autônomas tanto nos hospitais e maternidades privadas como nas instituições do SUS. Sobre este projeto a enfermeira Priscilla Macedo da Casa de Parto David Capistrano Filho¹⁵⁸ justifica suas críticas:

O SUS tem como princípios a universalidade e o atendimento a todas de forma igualitária. Quando se coloca um profissional externo para atender exclusivamente à mulher que o contratou, isso deixa bem claro que vai haver mulheres com privilégios dentro desse sistema que deveria ser igual para todas (TORRES, 2018).

Estas mudanças normativas que objetivam regular e transformar a prática obstétrica brasileira e a assistência à saúde da mulher grávida deflagram óbvios conflitos de interesse, mercadológicos e corporativos entre a ordem médica hegemônica e os outros profissionais da saúde nas cenas de parto do Brasil. Além destes temas conflituosos que se constroem como verdadeiros bastiões discursivos entre as ordens médicas hegemônicas, contra-hegemônicas da saúde e os movimentos sociais, o fórum organizado pelo CFM terminou com a conferência “*Obstetrícia: ainda é uma especialidade gratificante?*” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018b) que sinaliza não apenas um mal-estar no campo da obstetrícia, mas uma franca crise dentro da corporação médica. Um dos elementos mais citados como um problema que desencorajaria na escolha da especialidade obstétrica e tornaria esta “não gratificante” é a questão dos processos legais, questão que se vincula diretamente à construção da categoria violência obstétrica já que esta se legitima justamente como categoria jurídica através da promoção de leis que visam diretamente à classe médica. Aliás, a discussão sobre quem seriam os atores e

¹⁵⁸ A única CP em funcionamento no Rio de Janeiro que se encontra no bairro de realengo.

profissionais contemplados pela definição legal da categoria violência obstétrica como possíveis agressores é um ponto de divergência na formulação das leis que têm sido propostas no campo político e legislativo brasileiro e um elemento é explorado discursivamente pela ordem médica brasileira para questionar a categoria violência obstétrica. No artigo do informativo da SOGIMIG, Melo sugere que no contexto brasileiro a expressão “violência institucional” estaria sendo substituída pela expressão “violência obstétrica” culpabilizando o obstetra por uma série de falhas sistemáticas e de possíveis outros atores. Assim, Melo defende que:

A violência institucional se relaciona com um amplo espectro de profissionais e personagens não apenas da área de saúde, mas também de entidades públicas e privadas, além de qualquer organização da sociedade civil. A violência na assistência ao parto faz parte deste grupo e, conceitualmente, envolve todos os profissionais que participam no processo assistencial, desde os porteiros das instituições, passando por todos os profissionais de saúde, até as pessoas que tratam da limpeza e da alimentação, e assim por diante (MELO, 2014, p. 7).

Esta falta de clareza sobre a definição dos conceitos e categorias violência institucional e violência obstétrica e a confusão sobre quem possivelmente poderiam ser os agressores¹⁵⁹ é utilizada pela ordem médica hegemônica para trazer uma crítica válida e contundente sobre em que nível da assistência à saúde de fato repousaria a responsabilidade pela violência na assistência ao parto (o profissional de saúde, a instituição, ou o estado?) e prioriza expressões da violência obstétrica que se aproximam mais ao conceito de violência institucional (a falta de recursos, as falhas nas implementações dos sistemas de saúde, políticas e gestões inadequadas e descoladas das realidades territoriais etc...). No entanto, ao tentar produzir esta

¹⁵⁹ A lei estadual 17.097 sancionada em Santa Catarina descreve que “Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, *por um familiar ou acompanhante* que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, período puerpério.” (ALBINO, 2017) (itálicos da autora). Um rol de atores tão extenso que descaracteriza completamente a compreensão da categoria violência obstétrica como um fenômeno que se relaciona com a formação obstétrica intervencionista e a patologização dos processos reprodutivos da mulher.

construção discursiva da violência obstétrica como apenas um mero substituto da violência institucional que injustamente responsabiliza e estigmatiza o obstetra por uma série de falhas que dizem respeito a um sistema de saúde atravessado por uma série de iniquidades e falhas de implementação, o discurso médico hegemônico opera um apagamento discursivo da crítica das ciências sociais e perspectiva feminista da saúde sobre as construções ideológicas, corporativas e de gênero que sustentam a práxis obstétrica brasileira centrada na superestimação da assistência tecnocrática, hospitalar e da figura do médico salvador do “binômio mãe-bebê”. Além do mais, a utilização deste objeto discursivo que o campo da saúde tanto preza, o “binômio mãe-bebê” opera uma atualização talvez tão ou mais opressiva que a construção do médico salvador da mulher e da pátria do discurso da medicina higienista do início do século XX. Se nos discursos da obstetrícia do início do século XX, a mulher era o objeto central das preocupações humanistas e paternalistas de uma medicina que procurava resgatar a mulher de um destino biológico sofrido, com a construção dessa criatura “mãe-bebê” onde o bebê tende a ser privilegiado pelo discurso como ser vulnerável, o que ocorre nos discursos de hoje é um apagamento ainda maior da mulher como sujeito quando esta é reduzida ao estatuto de incubadora materna, e até pior, uma incubadora materna cheia de vontades irracionais que ameaçam o feto (e o obstetra).

Ao analisar as potencialidades e constrangimentos das políticas de humanização, Maia comenta como a “medicina contemporânea se ressentida dos números cada vez maiores de processos legais”(MAIA, 2010, p. 156) e como a prática obstétrica é um dos campeões de processos legais. A autora observa “que o aumento do litígio contra médicos se relaciona tanto com o aumento do uso da tecnologia quanto com a reduzida participação da mulher e /ou família nas decisões obstétricas”(MAIA, 2010, p. 157) Maia aponta para o *ethos* da medicina tecnocrática centrada no discurso de risco como um elemento discursivo que propicia o aumento dos litígios já que quanto mais acreditamos na figura do médico que tudo sabe e controla sobre o parto e os seus riscos, menos tolerante somos com os eventuais desfechos desfavoráveis e mais esperamos que haja garantias na relações médico-paciente. Lupton descreve como o discurso de risco da medicina hegemônica com o seu foco no bem-estar fetal junto com todo o aparato tecnológico de visualização e exames dos mais diversos produz uma moralização da gravidez que ordena a

experiência da gestação para a mulher¹⁶⁰. Sobre esta recai o dever moral de obedecer à risca as ordens médicas e dos especialistas e de controlar o seu corpo e os seus desejos, que são construídas como possíveis ameaças à vida do feto(LUPTON, 1999). No texto *“Risk and the ontology of the pregnant body”*, Lupton foca nos discursos de risco que circundam o corpo da mulher grávida para se aproximar de como as mulheres constroem a sua corporalidade na gravidez. A sua análise destaca as construções do corpo grávido como algo monstruoso que ameaça o ideal ocidental de individualidade e a ambivalência que muitas mulheres sentem em relação ao corpo na gravidez. Sobre este Lupton comenta como:

É um corpo “grotesco”, um corpo que as culturas procuram purificar através de rituais e cerimônias. Não é de se surpreender que na cultura ocidental contemporânea, os discursos dos especialistas procurem problematizar o corpo grávido e tornar-lo mais fácil de mensurar e controlar e que as mulheres, elas mesmas se conformem essas tentativas de controle e ordenamento. (LUPTON, 1999, p. 82)¹⁶¹

A neutralidade científica em que se respalda o discurso da medicina e da saúde, discursos de especialistas, confere ao obstetra e ao profissional de saúde uma autoridade que é exercida institucionalmente, politicamente, mas também uma autoridade que se exerce diretamente sob a mulher e o seu corpo quando o obstetra se apresenta discursivamente como o sujeito que controla a verdade sobre o parto e o único qualificado para determinar o que é melhor para o “binômio mãe-bebê” e para escolher por este.

¹⁶⁰ Lupton aponta como este discurso médico que se respalda na suposta neutralidade científica é reproduzido pela mídia, cultura de massa e o senso comum.

¹⁶¹ Tradução do inglês da autora “It’s a “grotesque”, a body that cultures seek to control and purify through various rituals and rites. It is little wonder that in contemporary western societies, expert discourses and strategies have sought to problematize the pregnant body and render it more calculable and manageable, and that women themselves conform to these attempts at control and ordering(LUPTON, 1999, p. 82,83).

Em outubro de 2018, o CFM emitiu um parecer em resposta a uma consulta do CRM do DF a respeito da proliferação de leis sobre a violência obstétrica. O parecer deixa claro o repúdio da classe à categoria que é descrita como uma “agressão” que “macula”, “demoniza” a reputação dos médicos obstetras, ginecologistas e reduz a “segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética.”(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018a, p. 1). O parecer convoca o discurso das evidências científicas e da bioética para legitimar a sua autoridade, mas expressa críticas às políticas de humanização do Ministério da Saúde e ao discurso da MBE:

As evidências científicas encontradas passaram a ser chamadas de “boas práticas”, o que, por si só, *discrimina as práticas que não estejam de acordo com estas*. É importante salientar que o *Ministério da Saúde vem dando total apoio a estes movimentos*, em especial nas últimas duas décadas, e estabelecendo políticas públicas *sem ouvir as entidades médicas*, que foram completamente afastadas deste cenário (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018a, p. 3).

Este parecer do CFM reproduz a patologização da gravidez de baixo risco e dos processos reprodutivos da mulher quando generaliza a experiência do parto a partir dos casos de risco e não faz nenhuma parcialização no que concerne à justificativa clínica para práticas intervencionistas não recomendadas como intervenções de rotina (cesárea, episiotomia, ocitocina sintética, por exemplo). Não há sombra de dúvidas que ao mencionar como a utilização da expressão “boas práticas discrimina as práticas que não estejam de acordo com estas”, este parecer do CFM assume a defesa da prática intervencionista centrada na figura hierárquica do obstetra e pautada no discurso de risco e na patologização da saúde reprodutiva da mulher. Além do mais, este se coloca em franca oposição não apenas aos paradigmas que vêm guiando as transformações da assistência obstétrica brasileira, mas também às recomendações internacionais da OMS que na sua última publicação lançada em 2018 “*Intrapartum care for a positive childbirth experience*”(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a) reforça as diretrizes de uma assistência centrada na experiência e satisfação da mulher e promoção de uma prática que evite ao máximo as

intervenções desnecessárias¹⁶². A satisfação da mulher no parto é definida como uma das diretrizes que guiaram estas recomendações que se utilizou dos resultados de revisões sistemáticas das evidências quantitativas, qualitativas e custo para avaliar os benefícios e os efeitos indesejáveis de cada intervenção(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b)

Figura 10. Diretrizes das recomendações do “*Intrapartum Care for a positive childbirth experience*” da OMS de 2018.

PRIORITY QUESTIONS: FOCUSING ON WHAT MATTERS TO WOMEN

The guideline focus was based on a scoping process that identified woman-centred interventions and outcomes for intrapartum care. This included a systematic qualitative review to understand what women want, need and value during childbirth. The findings show that:

Women want a positive childbirth experience that fulfils or exceeds their prior personal and sociocultural beliefs and expectations.

Therefore, WHO used a consultative process to identify priority questions related to the effectiveness of clinical and non-clinical practices aimed at helping women achieve their expectations of childbirth.



Two bottom photos: iStock by Getty Images. All rights reserved



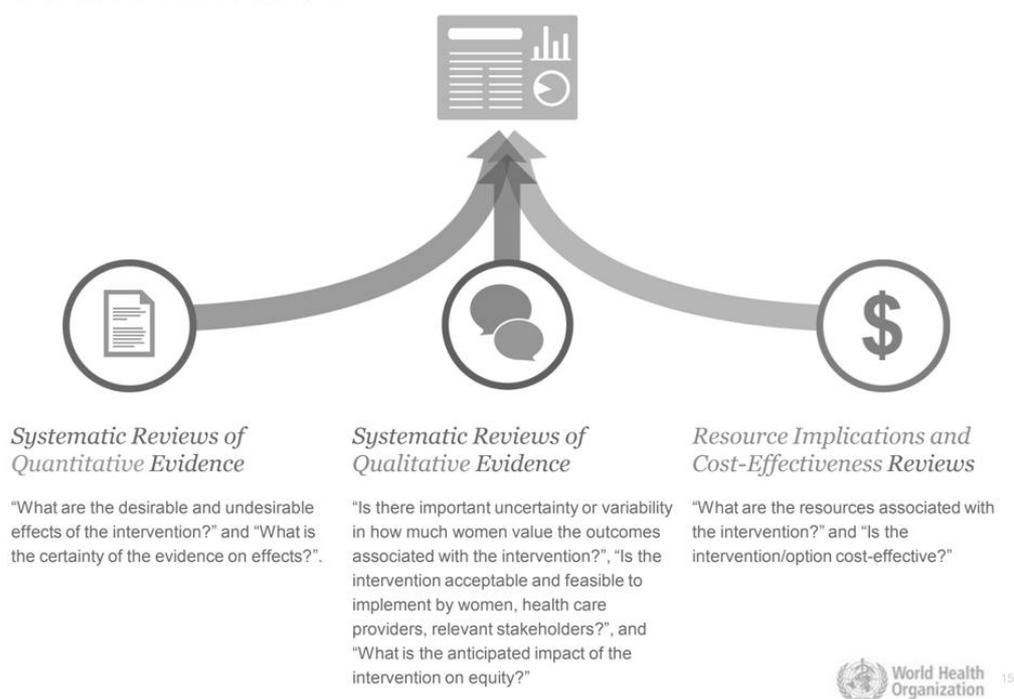
Here are some of the views shared by women included in the systematic review.

FONTE. Página da Organização Mundial da Saúde. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b).

¹⁶² A publicação da OMS elaborou uma classificação de quatro níveis para avaliar as práticas e o uso destas no parto normal de baixo risco: recomendadas, não recomendadas, recomendadas apenas em contextos específicos e recomendadas apenas em protocolos de pesquisa(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

Figura 11 Diretrizes das recomendações do “*Intrapartum Care for a positive childbirth experience*” da OMS de 2018.

CONFIDENCE IN THE EVIDENCE: THE GRADE APPROACH



FONTE. Página da Organização Mundial da Saúde. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b).

Sobre esta última publicação da OMS, a Febrasgo apresenta um posicionamento muito mais comedido ao explicar e especificar:

Os resultados diferem muito pouco da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto, realizadas pelo CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS)², construído com base nas diretrizes do NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*)³. Claramente o foco é no trabalho de parto espontâneo, com mãe e feto saudáveis e parto eutócico (FEBRASGO, 2018)

Além da reprodução do discurso de risco e a patologização dos processos reprodutivos da mulher, o parece do CFM reproduz o discurso de uma ciência e práxis médica supostamente neutra e apolítica quando este rejeita a categoria violência obstétrica por esta embutir óbvias “posições político-ideológicas”¹⁶³(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018a, p. 12), como se a história das sociedades e instituições médicas tradicionais brasileiras não revelassem também claras posições políticas e ideológicas. Ao defender o uso dos termos “violência na assistência ao parto” e “violência institucional” e sugerir que a categoria da violência obstétrica é uma invenção dos movimentos sociais e feministas que acusa injustamente os médicos de todas “as mazelas da ineficiência do acesso à saúde”(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018a, p. 11), o CFM promove um apagamento bastante grave de toda a crítica à medicalização da sociedade e práxis intervencionista e tecnocrática que se ampara não apenas na perspectiva feminista da saúde e ciências sócias, mas que é levantada pelo próprio campo discursivo da saúde baseado em evidências científicas. O posicionamento do CFM parece desconhecer que é o próprio campo da saúde pautada nos métodos científicos que produz os dados sobre as desigualdades nas cenas de parto do Brasil e o que é denominado como o “paradoxo perinatal brasileiro”(LANSKY et al., 2014) , isto é, uma práxis altamente intervencionista e ao mesmo tempo caracterizada pelas altas taxas de mortalidade materna. O próprio campo da saúde reconhece que estes dados não se explicam apenas por falhas no acesso à saúde e reconhecem a necessidade de confrontar não apenas as questões de gênero, mas também o racismo estrutural e os preconceitos étnicos e de classe que atravessam a formação dos médicos brasileiros e a assistência à saúde da mulher brasileira (CARVALHO; LEAL; LIMA, 2018; D’ORSI et al., 2014; DINIZ et al., 2016; DINIZ; CHACHAM, 2004; LEAL, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012c). No que diz respeito à negação do racismo estrutural e institucional que atravessa a assistência à saúde no Brasil, outra nota do CFM evidencia a recusa desta instituição em reconhecer estes problemas estruturais e históricos da medicina brasileira e

¹⁶³ O parecer também descreve como “Essas leis, que contam com o apoio de algumas ONGs e outros grupos associativos, criam situações de conflito, em sua grande parte amparadas em movimentos político-ideológicos, influenciando negativamente na harmonia das equipes multiprofissionais, bem como nos procedimentos e condutas baseadas em evidências científicas comprovadas”(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018a, p. 11)

desvelam o posicionamento extremamente conservador deste órgão de classe. Em 2014, o Ministério da Saúde e a Secretaria de Direitos Humanos foram responsáveis pela criação de uma campanha sobre o racismo que através do slogan “Racismo faz mal à saúde. Denuncie, ligue 136!”(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014) procurava conscientizar os profissionais de saúde e usuários sobre este tema. No mesmo ano, o CFM publicou uma nota de repúdio à campanha do SUS(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014) acusando a campanha de racismo e utilizando o mesmo argumento discursivo do parecer contra a categoria violência obstétrica de que a discriminação de gênero e o racismo na assistência à saúde dos brasileiros se explicariam apenas pelas falhas estruturais do sistema e acesso à saúde, eximindo-se completamente da responsabilidade e dívida histórica de se confrontar o racismo na formação médica brasileira e suas instituições. Em uma entrevista sobre esta polêmica que foi reproduzida no portal Geledés do Instituto da Mulher Negra com o título “*Conselho Federal de Medicina deu atestado de ignorância ao repudiar campanha contra racismo*”, a médica feminista negra Fátima Oliveira faz um comentário que poderia ser estendido ao parecer do CFM sobre a expressão violência obstétrica e a suposta ignorância que este revela sobre a crítica de gênero contida na categoria:

O CFM preferiu o caminho da negação do óbvio. Negar a presença do racismo no cotidiano da atenção à saúde no Brasil é uma falácia, já desmascarada por várias pesquisas, que o CFM tem a obrigação ética e política de conhecer. Mas deu a entender que não conhece, o que eu duvido muito!(LEMES, 2014).

A análise da categoria violência a partir das diferentes ordens discursivas evidenciou que existe uma relação e atravessamentos entre as categorias “violência institucional” e “violência obstétrica” e os fenômenos aos quais elas se referem, no entanto elas não se confundem já que a categoria da violência obstétrica aponta para um fenômeno específico da práxis obstétrica que diz respeito às construções históricas e de gênero que sustentam essa práxis. O fenômeno da violência obstétrica não é apenas uma violência institucional, ele é também uma violência de gênero, isto é, uma violência que decorre de uma prática acríca pautada em uma ordem e normas de gênero que oprimem e discriminam as mulheres. O CFM está certo quando associa os problemas estruturais da assistência e acesso à saúde ao conceito de violência institucional, no entanto ao negar as especificidades da categoria violência obstétrica e a crítica de gênero e à práxis obstétrica,

o CFM deixa muito claro o seu posicionamento ideológico e político. No que tange a caracterização da perspectiva feminista no parecer CFM, este recorre a uma estratégia discursiva um tanto grotesca quando ele afirma que a categoria “tem sua origem enraizada nos movimentos sociais e feministas” e que ela é de uma agressividade que “beira a histeria” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018a, p. 2). Vale lembrar aqui que a caracterização patológica e histérica da “natureza feminina” está intrinsecamente ligada à história do feminismo e os seus embates ideológicos e políticos com as ordens hegemônicas.¹⁶⁴ A posição ideológica e política conservadora do CFM na sua recusa da perspectiva feminista da saúde fica mais que evidente quando o parecer comenta a questão da autonomia da mulher e defende “que a autonomia da mulher deve ter limites, principalmente quando existem fatores que possam colocar tanto

¹⁶⁴Paul Preciado relata uma anedota que revela como a patologização é uma estratégia discursiva histórica no embate político e ideológico contra a perspectiva feminista. O autor descreve a história pouco sabida da etimologia da palavra “feminismo”. Segundo este a noção de “feminismo” surge de uma tese de doutorado do final do século XIX, de um médico francês para descrever os efeitos feminilizantes da tuberculose e que o escritor Alexandre Dumas Filho toma de empréstimo o termo para descrever os homens que simpatizavam com os movimentos sufragistas nos seus escritos panfletários como sujeitos adoecidos por estas idéias (PRECIADO, 2014) Esta caracterização da mulher feminista e dos movimentos de mulheres e da humanização como loucas e histéricas é bastante difundida nos depoimentos dos obstetras nas redes sociais. Um caso relatado pela Ligia Moreiras Sena em sua plataforma “Cientista que virou mãe” traz um exemplo bastante chocante desta caracterização. A pesquisadora relata o caso de uma parturiente cujo parto foi comentado pelo obstetra nas redes sociais e publicado no jornal local com a chamada “Mulher come placenta, após parto em Natal, diz obstetra”. Ela descreve como 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, Iaperi 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”(MOREIRAS, 2014b)

a mãe quanto a criança em risco se o parto vaginal for escolhido, e em local que não seja o hospital.”(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018a, p. 1). O parecer convoca o saber e os princípios da bioética para explicar as dificuldades que o obstetra teria em trabalhar com e respeitar a autonomia da mulher durante o trabalho de parto:

Discutir autonomia da mulher quanto à escolha da via de nascimento envolve aprofundamento em um tema ainda inconclusivo, que esbarra no conceito de pessoa e no que diz respeito ao reconhecimento do estatuto do embrião humano. O médico que assiste um trabalho de parto e tem como bússola o referencial gráfico de um partograma como critério para a conduta da boa prática obstétrica *desconhece naturalmente* a autonomia como referencial teórico para fugir dos protocolos de recomendações(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018a, p. 10).

Este suposto “desconhecimento” que a boa prática obstétrica “naturalmente” teria da autonomia como referencial teórico para assistir o parto de uma mulher e a referência ao estatuto do embrião humano expõem o posicionamento ideológico e político extremamente conservador do CFM que, além de se opor às políticas e estratégias de humanização declara um discurso claramente “pró-vida” alinhado às forças conservadoras e de extrema direita que tomaram o Estado e os espaços institucionais da política brasileira mais recente. Para concluir, destacaria como este suposto desconhecimento natural que o obstetra teria das demandas mais básicas postuladas pelos movimentos feministas desde o início do século XX (o direito à escolha, à autonomia e à autodeterminação corporal) revela o lugar ainda marginal que a perspectiva feminista ocupa nas produções de saberes hegemônicos. No início do seu ensaio “*Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial*”, Haraway descreve o lugar perigoso em que o feminismo é colocado quando ele se esquia de tomar para si a questão da objetividade na ciência:

Nós,as feministas nos debates sobre ciência e tecnologia, somos os" grupos de interesse ,especial" da era Reagan no âmbito rarefeito da epistemologia, no qual o que tradicionalmente tem vigência como saber é policiado por

filósofos que codificam as leis canônicas do conhecimento.(HARAWAY, 1995a, p. 8).¹⁶⁵

A olhar para a resposta da ordem médica hegemônica brasileira à categoria da violência obstétrica fica latente que esta ordem está tendo muitas dificuldades em negar as críticas e os questionamentos levantados pelas “questões” de gênero na sua interseccionalidade com raça, etnia e classe. Afinal estas críticas que “beiram a histeria na sua agressividade” ameaçam o poder médico e os seus “conhecimentos científicos consagrados”, porém também fica evidente a facilidade com que a crítica feminista, antiracista e descolonial é desqualificada justamente por ser uma crítica que provem de um sujeito discursivo que não tem como escapar de sua corporalidade e de sua localização, um sujeito discursivo que não tem como se sustentar por muito tempo no lugar apolítico e não ideológico da suposta neutralidade científica dos discursos de verdade. Ao mesmo tempo, a reação desses discursos hegemônicos às transformações que as críticas dos pensamentos “subalternos” têm causado nas últimas décadas é uma evidência muito forte de que estes movimentos discursivos e as categorias discursivas que estes criam são extremamente potentes. A categoria violência obstétrica é um exemplo contundente da força disruptiva que a perspectiva feminista da saúde ainda tem para a ordem hegemônica da saúde. A utilização que os movimentos de mulheres

¹⁶⁵ Em seu ensaio “*A feminista como o outro*”, Bordo também comenta o lugar marginal da epistemologia feminista nas construções dos saberes ocidentais, esses saberes que dominam os espaços de poder e que ditam as verdades que devem moldar a experiência de todos. Ela descreve como a caracterização que o saber ocidental filosófico pós-moderno faz do pensamento feminista como uma crítica que precisa ser tangencialmente ouvida, mas que não transforma fundamentalmente as premissas do pensamento ocidental¹⁶⁵: “mantém os estudos feministas, independente do alcance de suas preocupações, localizados na região que Simone de Beauvoir chamou de “Outro”. Beauvoir argumentou que dentro do mundo social existem aqueles que ocupam a posição não específica do “essencial”, do universal, do humano, e aqueles que são definidos, reduzidos e marcados por sua diferença (sexual, racial, religiosa) em relação à norma. As realizações dos que são assim definidos — como o Outro — nem sempre podem ser menosprezadas; freqüentemente elas são até apreciadas, mas sempre em seu lugar especial e periférico: o lugar de sua diferença”(BORDO, 2000, p. 11,12).

têm feito desta categoria nas redes e plataformas virtuais para “dar voz” à experiência das mulheres brasileiras ameaça diretamente o sujeito detentor da verdade sobre a “natureza feminina” do discurso da medicina hegemônica. O compartilhamento das narrativas que criam uma identificação entre as mulheres a partir de suas experiências promove uma amplificação da mulher como sujeito do discurso que, sem dúvida, “empodera” os sujeitos mulheres. Ao mesmo tempo, o acesso à informação em saúde e às pesquisas e aos dados da MBE (produzidos por um campo discursivo da saúde comprometido com os paradigmas da saúde pública e os princípios do SUS) que o espaço virtual permite e que a militância feminista e da saúde vêm promovendo opera uma ruptura muito efetiva e concreta nos procedimentos de controle discursivo do saber médico científico hegemônico. A categoria violência obstétrica é uma categoria de luta discursiva tanto no campo virtual como no campo político brasileiro onde ela tem sido usada de maneira muito contundente pelo movimento feminista negro brasileiro para denunciar uma medicina hegemônica que não consegue mais esconder o seu racismo e sexismo.

Figura 12. Ala "Parir sem Violência, Plano de Parto é direito", Greve de Mulheres/8M, Rio de Janeiro



FONTE 5. Foto da página da doula Gabriella Santoro.(SANTORO, 2019).

Considerações Finais

O debate sobre a violência na assistência ao parto não é um tema novo no campo da saúde. Na Europa e nos Estados Unidos, estes movimentos críticos já aparecem no pós-guerra com os movimentos do parto natural liderados por Dick Read e os métodos de Lamaze. Em 1958, nos Estados Unidos, o *Ladies Home Journal* publicam um artigo intitulado “*Cruelty in maternity wards*” no qual traziam as narrativas de mulheres, enfermeiras e até médicos que denunciavam as crueldades e cenas de parto extremamente violentas que ocorriam nas alas das maternidades norte americanas que utilizavam as técnicas do parto inconsciente sob forte anestesia, o *Twilight Sleep*(GOER, 2010). Segundo Goer, este artigo foi responsável por um verdadeiro “tsunami” que resultou na reforma da práxis obstétrica americana e na criação da *American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics* (hoje em dia conhecido como *Lamaze International*)(GOER, 2010, p. 33). O artigo publicado nesta revista exclusiva para o público “feminino” e que se colocava em defesa dos direitos das mulheres procurava responder ao pedido de uma carta anônima enviada por uma de suas leitoras que se identificava como “*registered nurse*” (enfermeira) de que as “torturas” que ocorriam nas maternidades do país fossem investigadas. Esta anedota histórica revela o poder que existe nesse movimento de “dar voz às mulheres” e aponta, mais uma vez, que os movimentos de mulheres tiveram um papel discursivo extremamente importante nas reformas que atravessaram a práxis obstétrica e a assistência ao parto no século XX até hoje. O exemplo histórico das lutas discursivas norte americanas em torno do *Twilight Sleep* é muito interessante porque ele revela alguns elementos centrais na luta discursiva que ocorre entre os movimentos de mulheres e a ordem hegemônica da medicina. O primeiro foi o que esta pesquisa identificou, isto é, que o foco nas “boas práticas” e a disputa entre práticas intervencionista versus práticas não intervencionistas (como se fosse possível de fato uma cena de parto em que não houvesse a interferência de algum tipo de tecnologia,

seja esta dura ou leve¹⁶⁶) mascara uma luta discursiva muito mais crucial e determinante para as práticas e a qualidade da assistência à saúde da mulher grávida e que diz respeito ao estatuto da mulher como sujeito, sujeito que pode se colocar no discurso, ditar verdades e falar de si e de suas práticas. No contexto norte americano do início do século XX, as sufragistas foram responsáveis por dar voz a um sujeito mulher que poderia se apoderar do saber e das práticas científicas para recusar um suposto destino bíblico/biológico que as destinava a sentir o parto como um suplício fisiológico e escolher apagar a experiência do parto. Sobre esta luta discursiva que girava em torno da escolha e de quem seria o sujeito mais competente para fazer a escolha sobre o seu corpo, a mulher ou o médico¹⁶⁷ podemos afirmar que os movimentos de mulheres perderam resultando na naturalização de uma prática altamente intervencionista e não centrada na mulher. Outro elemento muito interessante que a história das lutas discursivas entre os movimentos de mulheres norte americanas e a classe médica em torno do *Twilight Sleep* revela que esta pesquisa genealógica não deu conta de aprofundar foi o lugar curinga das enfermeiras e das mulheres como profissionais da saúde nessas lutas discursivas. A enfermeira como classe profissional majoritariamente representada por mulheres e hierarquicamente “subalternas” na ordem da medicina hegemônica tem um lugar estratégico muito potente para representar a mulher na cena de parto já que estas estão ali como um sujeito *entre* e nos *limites* das ordens discursivas (ela é um sujeito do saber, mas também é proletariado, mão de obra feminina para fazer uma breve e simplista análise do que estou tentando apontar). Tanto no contexto estadunidense da década de cinquenta com a denúncia da enfermeira anônima, como no contexto brasileiro com a participação central da ABENFO na construção das lutas políticas e legislativas pela humanização, as enfermeiras foram sujeitos decisivos dessas disputas

¹⁶⁶ Merhy vai definir três níveis de tecnologias na assistência à saúde: leve, leve-dura, e dura. Coelho e Jorge explicam “As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais.”(COELHO; JORGE, 2009). Em qualquer cena de parto existe portanto a intervenção de algum tipo e nível de tecnologia.

¹⁶⁷ Vale ressaltar aqui que estou me referindo aqui aos sujeitos do discurso e não aos indivíduos concretos presentes nas cenas de parto.

discursivas. Com certeza, este é um tema de análise que merece ser mais explorado e que esta pesquisa não tempo de abordar.

No contexto brasileiro, a discussão sobre a violência no parto aparece desde o final da década de 70 e está intrinsecamente ligada à história do movimento da reforma sanitária e dos movimentos feministas no processo de redemocratização brasileira. A análise da categoria revelou como foi uma escolha discursiva estratégica do movimento da humanização no campo da saúde moderar o discurso e privilegiar o conceito de humanização para não ofender e provocar demais a classe médica. Esta estratégia discursiva também se justificava politicamente já que no contexto brasileiro os movimentos feministas precisaram amenizar os seus discursos para penetrar as esferas políticas do estado. O contexto geopolítico específico da década de noventa para dois mil com a promoção das convenções e plataformas da ONU e OEA e o movimento da *Maré Rosa* latino americana foi crucial na legitimação das demandas de “gênero” e de uma abertura discursiva que permitiu se confrontar a violência na assistência ao parto como uma violência de gênero através da construção de legislações que tratavam dos direitos reprodutivos das mulheres e sobretudo através do intenso ativismo do *advocacy* feminista brasileiro. Esta abertura política e discursiva do contexto brasileiro foi muito bem utilizada pelo movimento feminista negro brasileiro para denunciar uma necropolítica na assistência à saúde da mulher brasileira que ainda reproduz as práticas da *medical plantation* da obstetrícia norte americana de John Marion Sims e da medicina higienista e eugenista de um Brasil colonial. No contexto brasileiro é precisamente o campo da saúde pública e da epidemiologia atravessados pelas críticas dos estudos sociais, do feminismo e dos estudos descoloniais que produz a compreensão e denúncia desta necropolítica que vai além de um “deixar morrer” para uma determinação estatisticamente comprovável de quem vai morrer.

A análise da categoria também revelou como a autonomia é um objeto de disputa discursivo central na contemporaneidade entre os discursos da medicina hegemônica e as perspectivas feministas. O foco nas “boas práticas” do discurso da humanização no campo da saúde tende a ofuscar esta questão que antecede e que diz respeito ao estatuto e corporalidade do sujeito mulher (e de qualquer sujeito

subalterno) nas ordens dos discursos normativos. A autonomia é um objeto que só se concretiza para o sujeito subalterno se este tiver o seu estatuto minimamente garantido nas ordens em que este objeto se constrói. A gravidez é uma experiência que não se descola de suas dimensões fisiológicas, fenomenológicas e do seu *locus* social, isto é, o lugar de onde uma mulher pode falar e de onde é atravessada de maneiras muito específicas pelos discursos que a circundam. Se fosse possível separar as dimensões uma da outra e avaliar o impacto que cada uma tem na experiência da mulher, talvez pudesse se afirmar que as dimensões fisiológicas e fenomenológicas por si só já teriam efeitos bastante diversos, possivelmente perturbadores para a experiência subjetiva do ser grávida e de sua corporalidade¹⁶⁸. No entanto, estas dimensões não se dissociam das ordens discursivas e do lugar de onde uma mulher pode falar. A ordem discursiva tem, portanto um lugar fundamental na garantia de que essa mulher possa falar e de que suas escolhas sejam respeitadas (o seu “protagonismo”, que ela possa se representar). Este lugar da representação é um elemento essencial na construção da experiência possivelmente traumática do parto. O discurso da ordem hegemônica da saúde ao construir para mulher essa corporalidade desubjetificada (uma incubadora materna, o binômio mãe- bebê e a sua falsa simetria) sufoca as possibilidades de um sujeito mulher representar e ressignificar aquilo de traumático que muitas vezes é inevitável no parto. A cena de parto e o lugar de fala que é ou não garantido pelos discursos são essenciais na maneira como um sujeito mulher experimenta a sua gravidez e as diversas experiências que podem atravessar este momento, a dor, os sofrimento, o prazer, a ambivalência etc...

A categoria violência obstétrica constrói-se em uma verdadeira trincheira discursiva entre as ordens hegemônicas da saúde os movimentos sociais e os feminismos. Cada uma dessas ordens elege um “hipersujeito” para “falar em nome de”. Esta análise procurou apontar algumas das armadilhas discursivas em que as perspectivas feministas resvalam quando, por exemplo, não problematizam ou não localizam a categoria mulher nos seus discursos e promovem uma universalização e

¹⁶⁸ Sobre este tema, além do artigo de Lupton (LUPTON, 1999), recomendo o texto de Iris Young “*Pregnant Embodiment: Subjectivity and Alienation*” (YOUNG, 1984).

essencialização que ofusca as diferenças e reproduz opressões. Nenhuma ordem discursiva deixa de produzir uma verdade sobre o sujeito. Inclusive, como esta análise procurou apontar, o próprio movimento de mulheres com as melhores das intenções acaba reproduzindo discursos de governamentalidade.

No entanto, quanto mais totalizador, menos parcializado forem os discursos, quanto mais ele operar a partir do “olhar conquistador que não vem de lugar nenhum”(HARAWAY, 1995a, p. 18), como nos discurso da medicina hegemônica brasileira que recusa localizar-se na perspectiva ideológica e política em que ela toma corpo e constrói os seus saberes como se fossem neutros e cientificamente incontestáveis, menos objetivos e mais violentos estes se tornam justamente porque negam a sua localização. Assim, ao localizar esta pesquisa no contexto histórico e político atual brasileiro, sobre o qual não seria descabido dizer que nos encontramos em uma franca e assustadora guerra discursiva entre de um lado os discursos dos movimentos sociais, das políticas de defesa do estado do bem-estar social e direitos das minorias e do outro um discurso que não esconde o seu flerte com o fascismo, considero pertinente concluir que a categoria violência obstétrica é uma arma e estratégia discursiva extremamente potente neste contexto precisamente porque esta é construída por movimentos ideológicos e políticos que não têm como esconder a sua localização por serem movimentos que sempre estiverem à margem das produções de saber, e por sujeitos subalternos que por não poderem escapar de suas corporalidades têm como desenvolver uma prática médica e uma ciência pautadas em uma objetividade corporificada(HARAWAY, 1995a, p. 18) que não se exima da sua responsabilidade ética pelo mundo e realidades que constrói. Em outras palavras a categoria da violência obstétrica é uma estratégia discursiva atual potente para a promoção de uma assistência à saúde das mulheres brasileiras que respeite os seus direitos e autonomia, uma assistência que não se envergonhe de assumir uma objetividade corporificada, das epistemologias do sul: uma práxis obstétrica latina americana e feminista.

Referências bibliográficas.

AGÊNCIA PATRÍCIA GALVÃO. **Contra violência obstétrica e em favela: como atuarão herdeiras de Marielle** Agência Patrícia Galvão, 28 nov. 2018. Disponível em: <<https://agenciapatriciagalvao.org.br/mulheres-de-olho/contra-violencia-obstetrica-e-em-favela-como-atuarao-herdeiras-de-marielle/>>. Acesso em: 1 abr. 2019

ALBINO, A. 17.097. Lei Estadual N.17.097, de 17 de janeiro de 2017. . 17 jan. 2017.

ALMEIDA, S. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte - MG: Letramento, 2018.

ALVA, M. E.; CASTAÑEDA, N. Feminismo y socialismo: Aportes teórico-prácticos en Venezuela (1999-2009). **Revista venezolana de estudios de la mujer**, v. 14, n. 33, p. 119–132, 2009.

ALVAREZ, S. E. Feminismos latinoamericanos. **Estudios feministas**, p. 265–284, 1998.

ALVAREZ, S. E. Um outro mundo (também feminista...) é possível: construindo espaços transnacionais e alternativas globais a partir dos movimentos. **Revista Estudos Feministas**, v. 11, n. 2, p. 533–540, 2003.

ALVAREZ, S. E. Para além da sociedade civil: reflexões sobre o campo feminista. **Cadernos Pagu**, n. 43, p. 13–56, dez. 2014b.

ALZUGUIR, F. V.; NUCCI, M. F. Maternidade mamífera? Concepções sobre natureza e ciência em uma rede social de mães. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, v. 20, n. 1, p. 217, 14 set. 2015b.

ANTUNES, L. Expansão da rede de casas de parto no Rio de Janeiro ainda não tem data para sair do papel | HuffPost Brasil. 2018.

ARGENTINA. Ley de Protección Integral de Mujeres. . 2009 b.

ARREGUY, J.; BLOWER, A. P. Drama de mulher presa na saída da maternidade reacende debate sobre violência obstétrica - Jornal O Globo. 2018.

ARTEMIS. **Associação Artemis - ONG contra Violência doméstica e obstétrica**. ONG. Disponível em: <<https://www.artemis.org.br/>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

Associação Artemis-ONG contra Violência doméstica e obstétrica. **Associação Artemis**, 2013. Disponível em: <www.artemis.org.br>. Acesso em: 9 jun. 2018

BALOGH, G. Justiça do RS manda grávida fazer cesariana contra sua vontade - 02/04/2014 - Cotidiano - Folha de S.Paulo. **Folha de São Paulo**, 2014.

BANCADA FEMINISTE. **Manifesto Bancada FeministE – Bancada Feministe – Medium**. Disponível em: <<https://medium.com/@bancadafeministe/manifesto-bancada-feministe-bb6854f440f5>>. Acesso em: 1 abr. 2019.

BASTOS, L. A. DE M. **Corpo e subjetividade na medicina**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

BATALLA, M. Una de miles: La violencia obstétrica en Costa Rica - Página 2 de 3 - Revista Vacío. **Revista Vacío**, 2016.

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 7–11, 1991.

BIROLI, F. Autonomia e justiça no debate sobre aborto: implicações teóricas e políticas. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 15, p. 37–68, dez. 2014.

BIROLI, F. **Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil**. São Paulo, SP: Boitempo, 2018a.

BORDO, S. A feminista como o Outro. p. 20, 2000.

BORDO, S. **Unbearable weight: feminism, Western culture, and the body**. 10. anniversary ed., [Nachdr.] ed. Berkeley, Calif.: Univ. of California Press, 2013.

BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J.-C.; PASSERON, J. C. **El oficio de sociólogo: presupuestos epistemológicos**. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores Argentina, 2002.

BRASIL. Lei Maria da Penha - Lei 11340/06. . 2006.

BRAZÃO, A.; OLIVEIRA, G. C. DE. **Violência contra as mulheres: uma história contada em décadas de lutas**. Brasília: Centro Feminista de Estudos e Assessoria, 2010.

BROWN, D. A surgeon experimented on slave women without anesthesia. Now his statues are under attack. **Washington Post**, 2017.

CAFÉ FILOSÓFICO CPFL. **Raça e Racismo no Brasil | Carlos Medeiros**, 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=RFYQ6axQSho>>. Acesso em: 31 mar. 2019

CALLISTER, L. C.; HOBBS-GARBETT, D. Cochrane Pregnancy and Childbirth Database: Resource for Evidence-Based Practice. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 29, n. 2, p. 123–128, mar. 2000.

CAMACARO CUEVAS, M. PATOLOGIZANDO LO NATURAL, NATURALIZANDO LO PATOLÓGICO... IMPRONTAS DE LA PRAXIS OBSTÉTRICA. **REVISTA VENEZOLANA DE ESTUDIOS DE LA MUJER**, v. 14, n. janeiro, 2009b.

CAMPO GUEDES, L. et al. **A Dor Além do Parto** Brasília, DF Branco Preto Produções, , 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPWs>>. Acesso em: 24 mar. 2019

CARNEIRO, R. **Outra ‘figura-relação’ de maternidade, parto e feminismo**. . In: FAZENDO GÊNERO 8 - CORPO, VIOLÊNCIA E PODER. Florianópolis: 2008 Disponível em:

<http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST58/Rosamaria_Giatti_Carneiro_58.pdf>.

Acesso em: 1 abr. 2019

CARNEIRO, R. “ To go past the Bojador, one must go beyond pain”: labor suffering and its potencial. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 20, p. 91–112, 2015.

CARNEIRO, R. G. Cenas de parto e políticas do corpo= uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. 2011b.

CAROSIO, A.; VALDIVIESO, M. (EDS.). **Feminismo y cambio social en América Latina y el Caribe**. Primera edición ed. Ciudad Autonoma de Buenos Aires, Argentina: CLACSO, 2012.

CARVALHO, M. S.; LEAL, M. DO C.; LIMA, L. D. DE. Nascendo no Brasil, uma entrevista com Maria do Carmo Leal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 6 set. 2018.

CASTAÑEDA, N. MARÍA ELENA ALVA COORDINADORA DE PLANIFICACIÓN DEL BANCO DE DESARROLLO DE LA MUJER. PROFESORA UNIVERSITARIA MALVAROXY@YAHOO.ES VENEZUELA. v. 14, p. 14, 2009.

CENTRO DE DERECHO REPRODUTIVO. **Informe sobre o caso Alyne Pimentel vs. Brasil**. [s.l.] Center for Reproductive Rights, 2014. Disponível em: <https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/LAC_Alyne_Factsheet_Portuguese_10%2024%2014_FINAL_0.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

CHAZAN, L. K. “Meio quilo de gente”: um estudo antropológico sobre **ultra-som obstétrico**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2007.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. suppl 1, p. 1523–1531, out. 2009.

COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE. **Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde - Atendimento primário à saúde**. ONG. Disponível em: <<http://mulheres.org.br/>>. Acesso em: 31 mar. 2019a.

COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE (ED.). **Direitos das mulheres no parto, Conversando com profissionais da saúde e do direito** Coletivo Feminista Sexualidade Saúde, , 2017b.

COLETIVO PARTIDA. **Meu Voto Será Feminista e o seu?** Disponível em: <<https://www.meuvotoserafeminista.com.br/candidatas>>. Acesso em: 24 mar. 2019.

COLETIVO SOMOSTODXSADELIR. **#SomosTodxsAdelir – Ato Nacional Contra a Violência Obstétrica**. blog. Disponível em: <<https://somostodxsadelir.wordpress.com/>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

COMITÊ SOBRE A ELIMINAÇÃO DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA AS MULHERES. **Recomendacoes-vii-relatorio-cedaw-brasil** CEDAW, , 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **CFM repudia campanha do governo sobre preconceito no SUS**. Disponível em: <https://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: 30 mar. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer nº 32/2018 sobre a expressão Violência Obstétrica**., 2018a.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Assistência obstétrica: CFM promoverá Fórum em abril**. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27567%3A2018-04-11-13-03-05&catid=3%3Aportal&Itemid=1>. Acesso em: 24 mar. 2019b.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Violência obstétrica: AM cria 1º curso credenciado para juízes - Portal CNJ**. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/judiciario/87458-violencia-obstetrica-am-abre-1-curso-do-pais-credenciado-para-juizes>>. Acesso em: 1 abr. 2019.

COOPER OWENS, D. **Medical bondage: race, gender, and the origins of American gynecology**. Athens, GA: University of Georgia Press, 2017.

COSTA, A. **Reformulação ou fim da Maré Rosa na América do Sul?** Disponível em: <www.cebri.org>. Acesso em: 15 set. 2018.

COUTINHO, G. L. A Era dos Smartphones: Um estudo Exploratório sobre o uso dos Smartphones no Brasil. p. 67, 2014.

CREMERJ. RESOLUÇÃO CREMERJ n^o 293/2019. . 2019.

CROWDMAP. **Welcome to Crowdmap**. Disponível em: <<https://crowdmap.com/>>. Acesso em: 1 abr. 2019.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S154–S168, ago. 2014.

DA SILVA, A.; SAUAIA, S.; DE MESQUITA SERRA, M. C. Uma Dor Além do Parto: Violência Obstétrica em Foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**, v. 2, n. 1, 2016.

DAS, V. Violence, Gender, and Subjectivity. **Annual Review of Anthropology**, v. 37, n. 1, p. 283–299, out. 2008.

DE BLASIO, H. B. **INSTITUTE FOR URBAN HEALTH FELLOWS LIBRARY**, 2017.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO; ARTEMIS. **Conversando sobre Violência Obstétrica** Defensoria Pública do Estado de São Pau, , 2014.

DERRIDA, J.; BASS, A. **Writing and difference**. Reprint ed. Chicago: Univ. of Chicago Press, 2002.

DIAS, J. DE F. **A Linguagem do Parto: discurso, corpo, identidade**. Campinas, SP: Pontes, 2015.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F.; OTHERS. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. 2006.

DINIZ, C. S. G. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. p. 265, 2001.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627–637, set. 2005.

DINIZ, C. S. G. et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 253–259, mar. 2016.

DINIZ, S. G. Violência contra a mulher: estratégias e respostas do movimento feminista no Brasil (1980-2005). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: Alcances e Limites**, p. 15–44, 2006.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. “The cut above” and “the cut below”: the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. **Reproductive health matters**, v. 12, n. 23, p. 100–110, 2004.

DUDEN, B. Historical concepts of the body. **Bulletin of science, technology & society**, v. 6, n. 1, p. 23–28, 1986.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Witches, midwives and nurses: a history of women healers**. New York: Feminist Press, 1973.

ESPINOZA, M. **La ofensiva del Colegio de Matronas para obstaculizar ley de Violencia Obstétrica «Diario y Radio U Chile**. Disponível em: <<https://radio.uchile.cl/2017/12/21/la-ofensiva-del-colegio-de-matronas-para-obstaculizar-ley-de-violencia-obstetrica/>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: UnB, 2001.

FANON, F. **Los condenados de la tierra/ the condemned of the earth.** Place of publication not identified: FONDO DE CULTURA ECONOMIC, 2018.

FEBRASGO. **Cuidados no Trabalho de Parto e Parto: Recomendações da OMS.** Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/556-cuidados-no-trabalho-de-parto-e-parto-recomendacoes-da-oms>>. Acesso em: 28 mar. 2019.

FEDERICI, S. **O Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva.** Tradução Coletivo Sycorax. Brasil: coletivo sycorax, 2016.

FELITTI, K. Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 18, n. suppl 1, p. 113–129, dez. 2011.

FISCHER, R. M. B. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de pesquisa. São Paulo. N. 114 (nov. 2001), p. 197-223**, 2001.

FOUCAULT, M. **A História da Sexualidade.** 13. ed. Rio de Janeiro: graal, 1988. v. 1. A Vontade de Saber

FOUCAULT, M. Em Defesa da sociedade curso no college de france, 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 1999

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso.** São Paulo: Loyola, 2009.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** Tradução Roberto Machado. 25. ed. Rio de Janeiro: graal, 2012.

FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos - Vol. II - Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento: Volume 2.** 3a. ed. São Paulo: Forense Universitária, 2013.

FOUCAULT, M. **A História da loucura.** 10. ed. São Paulo: perspectiva, 2014.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Fundação Perseu Abramo - Fundação Perseu Abramo**. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/fundacao-perseu-abramo/>>. Acesso em: 1 abr. 2019.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – UNFPA (ED.). Direitos Reprodutivos no Brasil. **FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – UNFPA**, p. 91, 2004.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GOER, H. Cruelty in Maternity Wards: Fifty Years Later. **Journal of Perinatal Education**, v. 19, n. 3, p. 33–42, 1 jan. 2010.

GONZALEZ, L. **Racismo e sexismo na cultura brasileira**. 1983. Disponível em:

<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4130749/mod_resource/content/1/Gonzalez.Lelia%281983-

[original%29.Racismo%20e%20sexismo%20na%20cultura%20brasileira_1983.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4130749/mod_resource/content/1/Gonzalez.Lelia%281983-original%29.Racismo%20e%20sexismo%20na%20cultura%20brasileira_1983.pdf)>.

Acesso em: 1 abr. 2019.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Lei 8054/18 | Lei nº 8054 de 17 de julho de 2018. do Rio de Janeiro, Governo do Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/607160905/lei-8054-18-rio-de-janeiro-rj>>. Acesso em: 1 abr. 2019.

GRUPO CERES (ED.). **Espelho de Vênus, identidade social e sexual da mulher**. São Paulo, SP, Brasil: Editora Brasiliense, 1981.

GUERRA, U. **Bolsonaro: “as minorias tem que se curvar às maiorias”**, 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=X_z6Hakdw3A>. Acesso em: 31 mar. 2019

HARAWAY, D. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos pagu**, v. 5, p. 07–41, 1995a.

HARAWAY, D. J. et al. **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano**. Belo Horizonte: Autentica, 2013.

HIRSCH, O. N. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 15, n. 2, p. 229, 4 set. 2015a.

HOLLANDA, H. B. DE; BOGADO, M. (EDS.). **Explosão feminista: arte, cultura, política e universidade**. 1a edição ed. São Paulo, SP: Companhia Das Letras, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. Cesáreas fora de controle: Regras para reduzir partos cirúrgicos desnecessários nos planos de saúde são avanço,mas ainda há muitos desafios para combater a epidemia de cesarianas no Brasil. **Revista do IDEC**, v. mar-abr, 2017.

INSTITUTO DA MULHER NEGRA. **Geledés-Instituto da Mulher Negra**. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

INTER-AMERICAN COMMISSION OF WOMEN; ORGANIZATION OF AMERICAN STATES. **Second hemispheric report on the implementation of the Belém do Pará Convention: follow-up mechanism to the Belém do Pará Convention (MESECVI)**. Washington, DC: Organization of American States, 2012.

JORNAL ESTADO DE MINAS. Médico que agrediu grávida durante o parto é afastado do cargo. **Estado de Minas**, 2019.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S192–S207, ago. 2014.

LAURETIS DE, T. A tecnologia do Gênero. In: BUARQUE DE HOLLANDA, H. (Ed.). **Tendência e Impasses. O feminismo como crítica da Cultura**. rio de janeiro: rocco, 1994. p. 293.

LEAL, M. DO C. **Nascer no Brasil- Sumário Executivo Temático da Pesquisa**, 2012. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2019

LEAL, M. DO C. **sumario_executivo_nascer_no_brasil (1).pdf**CCI, ENSP, , 2017. . Acesso em: 30 abr. 2018

LEAVITT WALZER, J. Birthing and Anesthesia: The Debate over Twilight Sleep. **Women: Sex and Sexuality**, p. 147–164, 1980.

LEBOYER, F. **Por un nacimiento sin violencia**. Mexico: Editorial Daimón de Mexico, 1980.

LEMES, C. Rede Feminista de Saúde alerta: A Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos. **Viomundo**, 2011.

LEMES, C. **Conselho Federal de Medicina deu atestado de ignorância ao repudiar campanha contra racismo**Geledés, 2014. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/conselho-federal-de-medicina-deu-atestado-de-ignorancia-ao-repudiar-campanha-contraracismo/>>. Acesso em: 28 mar. 2019

LEMOS, F. C. S. et al. Análise documental: algumas pistas de pesquisa em psicologia e história. **Psicologia em Estudo**, v. 20, n. 3, p. 461, 30 set. 2015.

LIMA, P. A. M. COM V.; CRESCER, DA R. **#SerMãeNegra: “Se você fosse branquinha, mais bonitinha, eles cuidariam melhor de você”**Geledés, 20 jun. 2018. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/sermaenegra-se-voce-fose-branquinha-mais-bonitinha-eles-cuidariam-melhor-de-voce/>>. Acesso em: 1 abr. 2019

LUPTON, D. (ED.). **Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives**. Cambridge ; New York: Cambridge University Press, 1999.

MACKINNON, C. A. **Feminism unmodified: discourses on life and law**. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1987.

MAIA, M. B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2010.

MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. **Raça, ciência e sociedade**. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 1996.

MANFRINI, D. B. “Somos todxs Adelir”: partir de si e ação política frente à violência obstétrica em Florianópolis. 2017.

MARTIN, E. The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male- Female Roles. **Signs**, v. 16, n. 3, p. 485–501, 1991.

MBEMBE. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. 3. ed. São Paulo: N-1 edições, 2018.

ME TOO MOVEMENT. **Me Too Movement**. Disponível em: <<https://metoomvmt.org/>>. Acesso em: 1 abr. 2019.

MEDRADO, A. M.; MULLER, A. P. Maternal Rights Digital Activism and Intersectional Feminism: an Analysis of the Independent Media Platform “Cientista Que Virou Mãe”. **Brazilian Journalism Research**, v. 14, n. 1, p. 174–201, 30 abr. 2018.

MELO, A.; LIMA, V. **#SerMãeNegra: “Enquanto fingimos que o racismo não existe, essas mulheres estão morrendo”**, 4 jul. 2018. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/sermaenegra-enquanto-fingimos-que-o-racismo-nao-existe-essas-mulheres-estao-morrendo/>>. Acesso em: 1 abr. 2019

MELO, V. H. Violência obstétrica e violência contra o obstetra: A dor além do parto. **Informativo Sogimig**, v. maio/junho, p. 16, 2014.

MESECVI. **Tercer Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará Prevención de la Violencia contra las Mujeres en las Américas Caminos por Recorrer**. Disponível em: <<http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/TercerInformeHemisferico.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento** Ministério da Saúde, , 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. . 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 1.459. Portaria Rede Cegonha. . 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **rede cegonha**. institucional. Disponível em: <www.dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php>. Acesso em: 27 nov. 2017a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humanização do parto, Humanização no Pré-Natal e Nascimento** ministério da Saúde, , 2012b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Mortalidade Materna no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, v. 43, n. 1/2012, 2012c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização - PNH**, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Campanha mobiliza a população contra o racismo no SUS**. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/efc5rv>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

MINSITÉRIO DA SAÚDE (ED.). **Cadernos HumanizaSUS**. 1a edição ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

MOREIRAS, L. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA - A voz das brasileiras**, 2012. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>>. Acesso em: 31 mar. 2019

MOREIRAS, L. **Cientista que virou mãe | Uma conversa com Adelir e Emerson**: "- **“Eu quero dizer às mulheres que estudem, estudem muito. Às ativistas, quero dizer que ‘Obrigada’ é pouco”**”. plataforma de ativismo. Disponível em: <<https://cientistaqueviroumae.com.br/blog/textos/uma-conversa-com-adelir-e>

emerson-eu-queiro-dizer-as-mulheres-que-estudem-estudem-muito-as-ativistas-queiro-dizer-que-obrigada-e-pouco>. Acesso em: 31 mar. 2019a.

MOREIRAS, L. **Não. Ela não é uma “comedora de placenta”. Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila mulheres no Brasil.** Disponível em: <<http://www.cientistaqueviroumae.com.br/nao-ela-nao-e-uma-comedora-de-placenta-ela-e-mais-uma-vitima-da-violencia-obstetrica-que-mutila-mulheres-no-brasil>>. Acesso em: 28 mar. 2019b.

MOSCUCCI, O. Holistic obstetrics: the origins of “natural childbirth” in Britain. **Postgraduate Medical Journal**, v. 79, n. 929, p. 168–173, 1 mar. 2003.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M.; OTHERS. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2005.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 23, n. 1, p. 155–172, mar. 2016.

NETO, P.; DE FARIA, A. Foucault, Derrida, and the history of madness: notes on a controversy. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 3, p. 367–641, 1998.

OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, BRASIL. **www.observatoriovobrasil.com.br**. Disponível em: <www.observatoriovobrasil.com.br>.

OKIN, S. M. Gender, the Public and the Private. **Revista estudos feministas**, v. 16, n. 2, p. 305–332, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Technical guidance on the application of a human rightsbased approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality** Koninklijke Brill NV, , 2012. Disponível em: <<https://primarysources.brillonline.com/browse/human-rights-documents-online/promotion-and-protection-of-all-human-rights-civil-political-economic-social>>

and-cultural-rights-including-the-right-to-development;hrdhrd99702016149>. Acesso em: 1 abr. 2019

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **convencao_belem_do_para.pdf**, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde** WHO, , 2014a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO | Individualized, supportive care key to positive childbirth experience, says WHO**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/positive-childbirth-experience/en/>>. Acesso em: 27 mar. 2019.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa**. Página da Rede. Disponível em: <<https://www.partodoprincipio.com.br/>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

PATEMAN, C.; AVANCINI, M. **O contrato sexual**. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

PEREIRA, A. L.; PITA, J. R. **THE_PAST_AND_THE_PRESENT_OF_OBSTETRIC_VI.pdf**. In: VI JORNADAS INTERNACIONAIS DE HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL. Coimbra: Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia-CEIS20 e Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2016

PRECIADO, P. B. **Liberar o feminismo das políticas identitárias | Universidade Nômade Brasil**. Disponível em: <<http://uninomade.net/tenda/liberar-o-feminismo-das-politicas-identitarias/>>. Acesso em: 28 mar. 2019.

RAGO, E. J. **Outras falas: feminismo e medicina na Bahia (1836-1931)**. 1a ed ed. São Paulo, SP, Brasil: FAPESP : Annablume, 2007.

RAITER, C. **1 em 4**. Disponível em: <<http://carlaraiter.com.br/1em4/>>. Acesso em: 1 abr. 2019.

RATTNER, D. Humanizing childbirth care: a brief theoretical framework. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 41–48, 2010.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê Humanização do Parto/Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**, 2002.

RÉGIA DA SILVA, V. **Bancada feministe se organiza para construir uma eleição feminista** **Gênero e Número**, 28 jun. 2018. Disponível em: <<http://www.generonumero.media/ativistas-bancada-feministe-2/>>. Acesso em: 1 abr. 2019

REHUNA. **CARTA DE CAMPINAS - ATO DE FUNDAÇÃO DA REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO – ReHuNa**, 1993. Disponível em: <<http://ongamigasdoparto.blogspot.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html>>. Acesso em: 31 mar. 2019

reproductiverights.org. org. Disponível em: <www.reproductiverights.org>. Acesso em: 26 maio. 2018.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento, 2017.

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

ROSA, G. Pezão sanciona lei que cria o Dia Marielle Franco contra o genocídio da mulher negra. **O Globo**, 18 jul. 2018.

SAFFIOTI, H. I. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos pagu**, n. 16, p. 115–136, 2001.

SAFFIOTI, H. I. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora fundação perseu abramo, 2004.

SALEM, T. **O ideário do “parto sem dor”, uma leitura antropológica**. [s.l.] Museu Nacional, 1983.

SÁNCHEZ, E. R. A. La violencia contra las mujeres en Venezuela: la respuesta institucional. **Revista europea de derechos fundamentales**, n. 19, p. 319–343, 2012.

SANTORO, G. **Porque 1 a cada 4 mulheres sofre violência obstétrica!** Post do Facebook. Disponível em: <<https://www.facebook.com/gabriellasantorodoula/photos/a.1521467104602057/2191266527622108/?type=3&theater>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

SANTOS, B. DE S. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico-informacional**. São Paulo: EDUSP, 2008.

SARTI, C. A vítima como figura contemporânea. **Caderno CRH**, v. 24, n. 61, p. 51–61, abr. 2011.

SAVAGE, V.; CASTRO, A. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. **Reproductive Health**, v. 14, n. 1, dez. 2017.

SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, n. 16, p. 137–150, 2001a.

SCOTT, J. W. Gender: Still a useful category of analysis? **Diogenes**, v. 57, n. 1, p. 7–14, 2010.

SCOTT, J. W. Uma categoria útil para análise histórica. **Cadernos de Historia UFPE**, n. 11, 2016.

SENA, L. M. “ Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração”: a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. 2016.

SOFIAGUERREIROPRODUTOS. **Simulador de episiotomia e suturas**. Loja Virtual. Disponível em: <http://www.sofiaguerreiro.com/produtos/sm/Simuladores_Aprendizagem?product_id=551>. Acesso em: 23 mar. 2019.

SOUSA, V. **Nota Técnica-Violência Obstétrica: Considerações sobre a Violação de Direitos Humanos das Mulheres no Parto, Puerpério e Abortamento** Editora Artemis, , 2015.

SPETTEL, S.; WHITE, M. D. The Portrayal of J. Marion Sims’ Controversial Surgical Legacy. **The Journal of Urology**, v. 185, n. 6, p. 2424–2427, jun. 2011.

SPIVAK, G. C. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

THE WHITE RIBBON ALLIANCE. **The White Ribbon Alliance (WRA) - Maternal Health and Rights**. organização. Disponível em: <<https://www.whiteribbonalliance.org/>>. Acesso em: 1 abr. 2019.

THÉBAUD, F. A medicalização do parto e suas conseqüências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, 2002.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 483–492, jul. 2002a.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 483–492, jul. 2002b.

TORRES, R. **Enfermagem privada em maternidades públicas** Outras Palavras: em defesa do SUS e sua transformação, 2018. Disponível em:

<<https://outraspalavras.net/outrasaude/enfermagem-privada-em-maternidades-publicas/>>. Acesso em: 27 mar. 2019

TRUDA, F. G1 - “Levantei a bandeira”, diz obrigada a fazer cesárea sobre parto humanizado - notícias em Rio Grande do Sul. **G1 Globo**, 2014.

VENEZUELA. g. o. (38668 de 23/4/2007. ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. . 23 abr. 2007 b.

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

VIANNA, R. DE C. DE S. **A violência institucional na assistência ao parto sob a perspectiva da mulher**. [s.l: s.n.].

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2002.

WIJNGAARD, M. VAN DEN. **Reinventing the sexes: the biomedical construction of femininity and masculinity**. Bloomington: Indiana University Press, 1997.

WIKIPÉDIA. **Hashtag – Wikipédia, a enciclopédia livre**. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Hashtag>>. Acesso em: 31 mar. 2019a.

WIKIPÉDIA. **Financiamento coletivo – Wikipédia, a enciclopédia livre**. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Financiamento_coletivo>. Acesso em: 31 mar. 2019b.

WIKIPÉDIA. **Facebook – Wikipédia, a enciclopédia livre**. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Facebook>>. Acesso em: 31 mar. 2019c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations**. [s.l: s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO IPC guideline**. Página web da Organização. Disponível em:

<https://www.dropbox.com/s/c02wlocv5itbqi5/WHO%20IPC%20guideline%20slidedocs_full%20version_share%20with%20COs.pptx?dl=0>. Acesso em: 31 mar. 2019b.

WYLLYS, J. **Requerimento à Comissão de Direitos Humanos e Minorias**, 2014a.

WYLLYS, J. 7633/2014. Projeto de Lei de Humanização do Parto. . 2014 b.

WYLLYS, J. **Jean Wyllys – Deputado do Rio, deputado do Brasil! » Um passo de cada vez: avança na Câmara o Projeto de Lei de humanização do parto!** Disponível em: <<http://jeanwyllys.com.br/wp/um-passo-de-cada-vez-avanca-na-camara-o-projeto-de-lei-de-humanizacao-do-parto>>. Acesso em: 1 abr. 2019.

YOUNG, I. M. Pregnant Embodiment: Subjectivity and Alienation. **Journal of Medicine and Philosophy**, v. 9, n. 1, p. 45–62, 1 fev. 1984.

ZANARDO, G. L. DE P. et al. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, n. 0, 2017.