

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA**

**ENTRE SIGNIFICAÇÃO E SILENCIAMENTO: O ATIVISMO PELO
ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA NO PARTO E A MOBILIZAÇÃO REATIVA
DA CLASSE MÉDICA NO BRASIL**

RUHANA LUCIANO DE FRANÇA

**Brasília
2024**

RUHANA LUCIANO DE FRANÇA

**ENTRE SIGNIFICAÇÃO E SILENCIAMENTO: O ATIVISMO PELO
ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA NO PARTO E A MOBILIZAÇÃO REATIVA
DA CLASSE MÉDICA NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de mestra em Ciência Política.

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Biroli

Brasília
2024

RESUMO

Partindo do questionamento sobre a atuação da classe médica nos entraves à construção de uma agenda de combate à violência obstétrica no Brasil, essa pesquisa teve como objetivo analisar os discursos da classe médica organizada em oposição ao movimento de humanização do parto durante o governo Jair Messias Bolsonaro (2019-2022). Utilizando como marco teórico a discussão sobre governança reprodutiva e os estudos sobre “backlash” de gênero, com destaque para a dinâmica relacional entre movimentos e contramovimentos, a disputa sobre o parto e as formas de assistência apareceu como uma disputa pelo Estado, que mobiliza questões sobre pluralidade, participação, cidadania e reconhecimento de demandas por parte de diferentes sujeitos. Ao perceber que parte importante dessa disputa se dá no campo discursivo, onde significação e silenciamento representam a conformação de interesses distintos, utilizo como ferramenta a análise de discurso de ofícios, resoluções, pareceres e despachos de conselhos de medicina publicados entre os anos de 2012 e 2022. Aponto que a estratégia de silenciamento por parte da classe médica a partir de 2019 se dá através de mecanismos de retrocesso democrático, convertendo-se em deslegitimação discursiva, reformulação de políticas públicas ligadas ao parto humanizado e a erosão de mecanismos de inclusão e accountability. Concluo que, ao buscar despolitizar a agenda em prol do parto respeitoso, a classe médica atua para garantir a perpetuação de sua autoridade às custas da autonomia das mulheres gestantes e parturientes. A reprivatização do tema da violência obstétrica se aproxima do que tem sido visto como tendência neoliberal de desresponsabilização estatal e, ao ser operacionalizada durante um governo de extrema-direita, mostra os contornos autoritários da seletividade estatal.

Palavras-chave: violência obstétrica; backlash; governança reprodutiva; seletividade estatal; reprivatização.

ABSTRACT

Based on the questioning of the role of the medical profession in hindering the construction of an agenda to combat obstetric violence in Brazil, this research aimed to analyze the discourses of the organized medical profession in opposition to the movement to humanize childbirth during the Jair Messias Bolsonaro administration (2019-2022). Using the discussion on reproductive governance and studies on gender “backlash” as a theoretical framework, with emphasis on the relational dynamics between movements and countermovements, the dispute over childbirth and forms of medical care appeared as a dispute over the state, which mobilizes questions about plurality, participation, citizenship and recognition of demands by different subjects. Realizing that an important part of this dispute takes place in the discursive field, where signification and silencing represent the conformation of different interests, I use discourse analysis of documents from medical organizations published between 2012 and 2022 as a tool of research and analysis. I point out that the strategy of silencing by the medical profession from 2019 onwards takes place through mechanisms of democratic regression, translating into discursive delegitimation, reformulation of public policies linked to humanized childbirth and the erosion of mechanisms of inclusion and accountability. I conclude that by seeking to depoliticize the agenda in favor of respectful childbirth, the medical profession is acting to ensure the perpetuation of its authority at the expense of the autonomy of pregnant and parturient women. The reprivatization of the issue of obstetric violence is close to what has been seen as a neoliberal trend of state de-responsibility and, by being operationalized during a far-right government, shows the authoritarian contours of state selectivity.

Keywords: obstetric violence; backlash; reproductive governance; state selectivity; re-privatization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
1 Medicalização, autoridade médica e saber obstétrico: conflitos sobre protagonismo, intervenção e controle na gestação e no parto	10
1.1 A reprodução como questão política	11
1.2 Medicalização e racionalidade obstétrica: controle e objetificação	16
1.3 Tecnologias médicas	20
1.4 A formação médica obstétrica	23
1.5 Estratificação reprodutiva	27
1.6 A figura da doula e da educadora perinatal no horizonte da justiça reprodutiva	30
1.7 Considerações finais do capítulo	33
2 A politização da gestação e do parto: O que está em disputa?	35
2.1 Novas perspectivas sobre gestação e parto	37
2.2 O caso da Rede Cegonha	41
2.3 A emergência do conceito de “violência obstétrica”	44
2.4 O Público e o Privado mobilizado desde o Movimento pela Humanização do Parto	49
2.5 Disputas entre narrativas: a violência imposta aos médicos	51
2.6 Considerações finais do capítulo	55
3. Privatização e silenciamento da “violência obstétrica”	57
3.1 Algumas considerações teórico-metodológicas	58
3.2 Mobilização reativa: as estratégias para conservar o poder médico	63
3.3 Mudanças a partir de 2019: as oportunidades do Governo Bolsonaro	70
3.4 Reprivatização e desresponsabilização do Estado	76
3.5 Considerações finais do capítulo	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
Referências bibliográficas	83
ANEXO I	96

INTRODUÇÃO

“Foi tortura”. Com essas palavras uma mulher relata a experiência de parto de uma adolescente de sua família que ela acompanhou em um hospital público em Manaus no ano de 2018. A adolescente de 17 anos foi agredida verbal e fisicamente pelo obstetra que a atendia durante o trabalho de parto, e o caso ganhou a atenção pública quando um vídeo circulou na internet mostrando o médico dando tapas na virilha da adolescente enquanto reclamava que ela não estava “ajudando”¹.

Estudos sobre atenção obstétrica revelam que esse não é um caso isolado. O modelo convencional de atenção à saúde perpetua um padrão de atenção obstétrica que faz com que muitas mulheres se sintam violadas e violentadas durante seus partos, e é comum que mulheres que passaram ou presenciaram partos traumáticos usem a noção de “tortura” para dar significado ao que vivenciaram e viram (Sena, 2016). Por muito tempo, porém, esse cenário de violências seguiu invisibilizado, abafado pelas paredes das maternidades, até que muitas mulheres começaram a expor seus relatos de parto na internet, em grupos de facebook e outras comunidades sociais, e se apoderar do termo “violência obstétrica” para dotar de sentido esse sofrimento até então inominado.

A categoria de violência obstétrica enfatizou o aspecto político desse tipo de violência, reforçando que não se tratava de um problema particular restrito aos hospitais e maternidades. Em diálogo com o ideário da humanização do parto, o atendimento impessoal, a infantilização e objetificação da mulher parturiente e a ausência de autonomia durante o trabalho de parto são vistos como reflexos da mesma estrutura de desigualdades que posiciona homens e mulheres de maneira desigual no mundo moderno. Como consequência, passa-se a demandar uma resposta do Estado a essa violência, entendendo que se trata de uma violência de gênero e uma violação aos direitos reprodutivos.

Seguindo o mapa que o movimento feminista esboçou, as experiências pessoais aparecem como experiências políticas no ativismo em prol do parto respeitoso. Mas, ao politizar essas experiências, o ativismo provocou uma reação por parte das organizações corporativas da classe médica. Intensificando-se, enquanto o Ministério da Saúde passa a abraçar algumas das demandas do Movimento pela Humanização do Parto, conselhos de medicina reagem às demandas desse movimento, buscando a garantia de sua autonomia e autoridade durante o ciclo gravídico-puerperal.

¹ Reportagem jornalística sobre o caso pode ser acessada em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2019/02/21/medico-agride-paciente-durante-trabalho-de-parto-em-manaus.htm>.

A disputa pelo que é constitutivo do parto e da assistência à saúde da mulher durante esse momento tem um longo caminho que envolve as mulheres dos movimentos em prol do parto respeitoso, parte da classe médica que se opõe ao ativismo, e também o Estado, que não é neutro, mas que é um ator disputado pelos dois lados. Observando o posicionamento do Estado no decorrer dos anos, nota-se que a eleição de um governo de extrema-direita abertamente anti-feminista significou uma nova estrutura de oportunidades para a classe médica, possibilitando a instrumentalização do aparelho estatal na promoção de uma agenda contrária às demandas de mulheres e feministas.

Marcos teóricos e escolhas metodológicas

Isso posto, essa pesquisa partiu da questão sobre *como a classe médica atua discursivamente para barrar os avanços na construção de uma agenda de combate à violência obstétrica no Brasil*, e teve como objetivo analisar a construção do discurso de oposição à humanização do parto incorporado pelo Estado durante o governo Jair Messias Bolsonaro (2019-2022). A hipótese principal é que a oposição à humanização do parto opera para despolitizar essa agenda ao recusar a expressão “violência obstétrica”.

O marco teórico para mapear e analisar a reação médica vem dos estudos sobre o “backlash” de gênero, em particular aqueles que têm apontado para a dinâmica de movimentos e contramovimentos sociais que têm caracterizado as disputas pelo parto humanizado. Nessa disputa, a noção de governança reprodutiva, consolidada pelas antropólogas Lynn Morgan e Elizabeth Roberts (2012), também é central, porque mostra como controles legislativos, políticas governamentais, mecanismos econômicos e aparatos morais e ideológicos, e até mesmo saberes científicos, podem ser utilizados na produção e no controle de comportamentos reprodutivos e práticas populacionais.

O conceito de governança reprodutiva se baseia na ideia foucaultiana de que a governança se dá não só por meio do poder do soberano, ou uso explícito da força, mas também através do biopoder, que se caracteriza por uma espécie de autoregulação onde os efeitos da disciplina social são marcados no corpo dos sujeitos governados. Assim, não escapa ao conceito de governança reprodutiva que o uso do biopoder se atrelou à necessidade de fortalecimento do Estado, à consolidação dos ideais burgueses e à formação do saber médico-jurídico como um dispositivo de medicalização e normalização da sociedade moderna.

Ao mesmo tempo, a noção de backlash, popularizado pela jornalista Susan Faludi (2001), nos ajuda a mapear reações conservadoras que se formam como resposta aos avanços de determinados movimentos sociais. Neste enquadramento, o conceito de contramovimento é útil para não perdermos de vista o panorama relacional completo, que vai além da relação entre movimento social e Estado ao acomodar forças políticas antagônicas que se organizam em determinado campo social. Assim, a literatura mostra que um contramovimento surge para se contrapor a determinado movimento social que ameaça os interesses daquele grupo e se organiza em referência direta a esse movimento (Mayer; Staggenborg, 1996).

Esclareço, de antemão, que o objetivo dessa pesquisa não foi discutir se a reação médica ao Movimento Pela Humanização do Parto pode ser considerada precisamente como um contramovimento. Optei por esse conceito como uma ferramenta analítica por entender que, juntamente com a noção de backlash, ele nos oferece um referencial produtivo para estudar a resistência das organizações médicas à agenda de combate à violência obstétrica. Isso porque esses dois conceitos nos ajudam a situar os mecanismos de governança reprodutiva em um campo social habitado por diferentes forças que impactam na janela de oportunidade umas das outras, e onde o Estado aparece como ator político relevante.

Compreendendo que essa disputa ocorre de maneira particular no campo discursivo (que, como será defendido, é também uma forma de agir político com impactos materiais em políticas existentes), explorei, por meio de uma análise discursiva, o conteúdo de despachos, resoluções e pareceres de conselhos de medicina publicados entre os anos de 2012 e 2022. A seleção dos documentos se deu através de uma busca no portal do Conselho Federal de Medicina, e como critério de inclusão utilizei a adequação do objeto principal de deliberação do documento ao tema da gestação e do parto. Os documentos foram divididos em categorias formuladas a partir da literatura sobre medicalização e autoridade médica. A lista com todos os documentos selecionados está organizada como anexo ao fim desta dissertação.

A análise dos documentos (ver anexo I) teve por objetivo investigar se existe uma tendência reativa nas publicações, dentro do cenário de disputa de sentidos sobre gestação e parto, buscando verificar a hipótese mencionada há pouco: que a oposição à humanização do parto opera para despolitizar essa agenda ao recusar a expressão “violência obstétrica”. O estudo parte de pesquisas que permitem argumentar que a visão de parto proposta pelo Movimento Pela Humanização representa uma maior autonomia para as mulheres e, conseqüentemente, a responsabilização dos médicos por abusos, negligências e outras violações possíveis durante o atendimento. Assim, a oposição a esse movimento se apresenta

como uma forma de restrição dessas demandas e, como tal, da responsabilização por esses abusos.

Os conflitos em torno dessa agenda são dinâmicos e se conectam ao processo político. Por isso, adicionalmente, foram analisados registros que indicam a posição do Ministério da Saúde para mapear as mudanças no posicionamento do Estado brasileiro antes e depois da eleição de Jair Bolsonaro, em 2018, tratada pela literatura como um caso de avanço de movimentos conservadores que produziu uma política oficial “anti-feminista”. Procuo analisar os reflexos dessa mudança política na materialização de uma agenda pública de combate à violência obstétrica no país.

Para responder à questão de como a classe médica atuou discursivamente para barrar os avanços nas discussões e políticas voltadas para a violência obstétrica, a presente dissertação está organizada em três capítulos, seguidos das considerações finais.

No primeiro capítulo discuto o advento da obstetrícia e das tecnologias médicas através da reflexão sobre a construção da autoridade médica e a exclusão das mulheres como sujeitos dentro da medicina. Essa perspectiva histórica colabora para compreender o problema central ao capítulo, que é a configuração do debate sobre atenção obstétrica e poder. Parto da compreensão de que, ao observar o fenômeno de resistência à construção da agenda de combate à violência obstétrica, por vezes o tema da humanização e da crítica ao paradigma biomédico se misturam, à medida em que o movimento pela humanização é responsável pela crítica e pela sensibilização acerca do problema da objetificação das mulheres e do atendimento violento possibilitado pelo dispositivo médico. É esse movimento que também tem construído alternativas e atuado de forma contra-hegemônica para uma atenção ao parto que tenha como protagonista a mulher gestante, como é o caso do trabalho das doulas e educadoras perinatais.

O segundo capítulo se volta mais especificamente para a luta pela humanização do parto no Brasil, tendo como foco a politização da gestação e do parto. Nessa parte do texto apresento as novas perspectivas sobre gestação e parto, emergentes nos anos 1950, aprofundando a crítica iniciada pela humanização. Mostro como essa crítica adentra a esfera pública e analiso o caso da Rede Cegonha, implementada em 2011, como uma política pública relacionada diretamente aos objetivos do movimento pela humanização. Aqui aparece também uma reflexão sobre a emergência da categoria de “violência obstétrica” e as reações provocadas a partir desse novo contexto. O conceito de governança reprodutiva é mobilizado para compreender os limites da dicotomia público e privado e as formas como as políticas de Estado e governo incidem diretamente sobre os eventos sexuais e reprodutivos.

Por fim, no terceiro capítulo, em diálogo com a literatura sobre movimentos sociais, discuto a forma como a classe médica tem se mobilizado para reagir às demandas do Movimento pela Humanização do Parto e reenquadrar a discussão de forma a silenciar o debate sobre violência obstétrica. Mostro como a reação da classe médica, apesar de sempre presente, se alterou durante o governo Jair Messias Bolsonaro (2019-2022). Durante o mandato desse presidente de extrema-direita, os médicos ganharam espaço relevante na estrutura do Executivo e, mesmo com o país enfrentando uma pandemia de consequências globais, esses médicos representantes do governo aliaram-se a discursos anti-científicos e contrários às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a gestão da crise provocada pela Covid-19. Nesse capítulo, também apresento a principal contribuição teórico-analítica resultante deste estudo, que é a proposta de distinção entre duas estratégias: a de silenciamento e despolitização, operada pela classe médica, e a de desresponsabilização do Estado pelo combate às violências de gênero, ativada por atores neoconservadores, que ganhavam força no Brasil nesse mesmo período.

CAPÍTULO I - Medicalização, autoridade médica e saber obstétrico: conflitos sobre protagonismo, intervenção e controle na gestação e no parto

Este capítulo tem como objetivo principal apresentar a discussão sobre o advento da obstetrícia e a consolidação das tecnologias médicas como dispositivos de objetificação e exclusão das mulheres como sujeitos da medicina. Como se verá, esse é um processo atravessado por críticas que têm relação direta com as formas de exercício do saber-poder pela classe médica, questão central a esta pesquisa.

Parto da discussão antropológica e sociológica sobre medicalização e formação obstétrica, entendendo a primeira como uma estratégia de controle biopolítico e a segunda como um rito de passagem. Aponto as consequências desses processos sobre os corpos das mulheres e, em especial, das mulheres negras, que enfrentam desafios específicos em decorrência do racismo obstétrico e da estratificação reprodutiva. E finalizo o capítulo apresentando brevemente a figura da doula e educadora perinatal como um agente importante de subversão da lógica interventiva, baseada em tecnologias duras, e tida como padrão máximo de cuidado pelo paradigma biomédico.

Para a proposta geral desta dissertação, que é discutir a construção do discurso de oposição da classe médica em relação à agenda pública de combate à violência obstétrica no Brasil, esse capítulo busca consolidar a compreensão de que os processos reprodutivos não são vivenciados em um vácuo institucional e sociocultural. Ao contrário, controles legislativos, práticas populacionais, valores culturais e interesses econômicos configuram o cenário histórico e social que delimita as possibilidades de experiência da gestação e do parto, assim como da escolha ou não pela maternidade ou mesmo sobre as formas como essa maternidade será vivida.

Assim, o solo teórico sobre o qual cultivo as reflexões aqui propostas se fundamenta na noção de governança reprodutiva, que enfatiza a importância dos controles legislativos, do sistema econômico e das estruturas morais sobre os processos reprodutivos e as práticas populacionais. Esse conceito nos permite mapear mudanças a partir de diferentes configurações históricas e sociais. Permite perceber, além disso, que as transformações nas práticas de assistência à gestação e ao parto, para muito além de aportes científicos, se dá também influenciada por interesses políticos do Estado e de uma classe, os médicos, que adquire uma legitimação cada vez maior de sua autoridade, tendo como ponto de partida o século XX (Alemán, 2023).

O capítulo está organizado em seis tópicos, seguidos das considerações finais. No primeiro, discuto a questão da reprodução na teoria política feminista, mostrando como a politização desse importante aspecto da vida foi possível por meio da crítica à dicotomia entre esferas pública e privada, que caracteriza o pacto social moderno. No segundo tópico, apresento brevemente o processo histórico de medicalização social a partir de uma perspectiva feminista-marxista, entendendo como esse processo afetou o status e a autonomia das mulheres a partir da consolidação da ginecologia e da obstetrícia como ferramentas de controle do Estado. Em seguida, no terceiro tópico, discuto a mediação das máquinas no trabalho da medicina, a fragmentação e mecanização do corpo, principalmente do corpo feminino que, na cena do parto, é tido como máquina de produção de bebês, e o acesso desigual às tecnologias médicas como forma de exclusão social de mulheres pobres e já vulnerabilizadas.

O quarto tópico, por sua vez, é focado na formação obstétrica como um rito de passagem significativo em práticas de injustiça reprodutiva. Utilizando o referencial teórico da antropologia e da sociologia, discuto aspectos do internato e da residência em obstetrícia que moldam a visão dos estudantes para compreenderem-se sujeitos da obstetrícia, ao passo que as mulheres atendidas são desumanizadas, nesse momento, para servirem como objetos de treinamento em prol do aperfeiçoamento técnico desses futuros profissionais.

No quinto tópico, construo o argumento da estratificação reprodutiva observando a atenção obstétrica como um dispositivo repressivo e produtivo, à medida que o acesso à intervenções e as formas de tratamento diferenciadas são produtoras de alteridade racial, em um contexto já marcado pelo racismo estrutural. Apresento o conceito de racismo obstétrico como significante da intersecção entre as formas de violência que acometem as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e o racismo médico. No tópico de número seis, concluo a argumentação do capítulo com um breve apontamento sobre o caminho de resistência vislumbrado no trabalho de doulas e educadoras perinatais no horizonte da justiça reprodutiva, através da valorização do protagonismo da mulher na cena do parto auxiliado por tecnologias leves de cuidado.

1.1 A reprodução como questão política

O campo feminista, do ativismo e acadêmico, tem argumentado que a reprodução é um terreno político de importância central (Ginsburg; Rapp, 1991), e que se tornaria ainda mais disputado com o avanço do neoconservadorismo a partir da segunda década do século

XXI (Biroli, Campos Machado, Vaggione, 2020). A relação entre a experiência reprodutiva e as relações de poder é objeto do pensamento feminista há um longo tempo. Influentes pensadoras feministas defenderam que a apropriação da função sexual e reprodutiva das mulheres pelos homens e a transformação da capacidade reprodutiva em mercadoria foi uma das principais bases da construção da estrutura de opressão das mulheres pelos homens e pelo Estado (Beauvoir, 1970; Millet, 1970; Lerner, 2019). A imposição da maternidade como um destino e a ideologia do maternalismo posicionaram a luta pelo direito ao aborto legal e seguro como um tópico central para o ativismo feminista (Biroli, 2014).

Por outro lado, a experiência reprodutiva também pode ser vista por determinadas correntes de pensamento como um poder único ligado às mulheres. Essas correntes valorizam o lugar da mulher na gestação e a experiência da maternidade como produtora de uma ética diferenciada, a ética do cuidado (Gilligan, 1982). A valorização dessa ética, que teria como foco as relações humanas e a solidariedade, levou até mesmo a uma defesa da inclusão das mulheres na esfera política, visto que essa postura particular contribuiria com uma nova perspectiva política, menos violenta e mais voltada à responsabilidade interpessoal (Elshtain, 1993; Ruddick, 1989; Valdés, 2008).

Apesar de representar uma contribuição interessante, a vertente maternalista se afasta de um dos objetivos principais do pensamento feminista, que é a politização das relações privadas, nesse caso, familiares (Biroli, 2013). Portanto, os estudos feministas têm insistido na desconstrução do binômio mulher-mãe, mostrando que este é, na realidade, uma construção essencializada da figura da mulher, e que as premissas do maternalismo restringem a experiência de projetos de vida alternativos para as mulheres (Iaconelli, 2023). Os estereótipos relacionados à maternidade têm servido, historicamente, para naturalizar hierarquias na esfera pública e apresentar a mulher como responsável nata pelo trabalho de cuidado. Considerando a divisão sexual do trabalho e a ausência de oferta de serviços públicos e comunitários que amparem as famílias nas tarefas de cuidado, a maternidade pode se tornar uma forma de vulnerabilidade e restrição da cidadania para quem assume esse papel (Biroli, 2018).

Esse não é, no entanto, um cenário simples. Em países onde o sistema de seguridade social é precário e poucas pessoas conseguem usufruir do direito de aposentadoria, ter filhos pode se mostrar uma estratégia de sobrevivência, garantia de amparo e reconhecimento social (Federici, 2023). A expressão “matriarcado da miséria”, popularizada pela filósofa Sueli Carneiro (2011) demonstra a complexidade da vivência da maternidade em comunidades

negras no Brasil, onde, em meio a exclusão e vulnerabilidade, muitas mulheres se encontram em papel de liderança em suas comunidades, como ícones de resistência.

Nessa chave de análise, entendo que as tradicionais fronteiras entre público e privado tem de ser vistas, como insiste o pensamento teórico feminista, como uma ficção ideológica e, portanto, questionadas em suas consequências. Uma delas é a despolitização dos abusos e violências impostos às mulheres em espaços tidos como privados e assim, equivocadamente interpretados como protegidos de regulação e ação estatal. Seguindo essa interpretação, a ideia de que o pessoal é político atravessa todo esse capítulo e continua nos capítulos seguintes, acompanhando a chegada da crítica do movimento em prol da humanização na esfera pública e as disputas ao redor da politização da gestação e do parto nos últimos anos, em um contexto em que políticas pautadas no gênero têm sido alvo de ataque de grupos religiosos e neoconservadores.

A produção teórica feminista tem mostrado que a fronteira entre o público e o privado faz parte de uma construção social moderna com consequências perigosas para as mulheres. Utilizando-se da narrativa do contrato social, a filósofa Carole Pateman (2020) apresenta uma outra perspectiva da história da gênese política mostrando que o pacto social é um pacto que cria a sociedade civil moderna enquanto uma ordem social patriarcal na qual os homens são os sujeitos do contrato. O pacto social seria, então, um contrato em duas partes: o contrato social visível, que começa com a construção do indivíduo a partir da figura masculina, e o contrato sexual, seu lado invisível, que inclui as mulheres na modernidade em uma posição de desigualdade.

O pacto social-sexual resulta em uma sociedade estruturada em duas esferas: (1) a esfera pública “universal”, criada com base no indivíduo masculino como um ambiente de liberdade entre homens brancos, e (2) a esfera privada, lugar por excelência do direito patriarcal e da sujeição das mulheres, mas considerada politicamente irrelevante. Um dos pontos centrais do trabalho de Pateman (2020) é que as mulheres são incluídas na modernidade como objetos do contrato e incorporadas, então, à esfera privada. No entanto, a esfera pública (civil) só adquire significado a partir da esfera privada (natural) e vice-versa: “o significado do que é ser um indivíduo, produtor de contratos e civilmente livre, é revelado através da sujeição das mulheres dentro da esfera privada” (Pateman, 2020, p. 26).

Uma característica expressiva do mundo moderno foi justamente a preservação da esfera privada com relação à interferência do Estado; essa esfera foi entendida como lugar da privacidade das relações pessoais e da intimidade (Biroli, 2014). Assim, vigorou por muito tempo a ideia de que os desentendimentos, violências ou abusos cometidos nesse espaço

diziam respeito apenas aos membros da família e, a menos que fossem criminalizadas, não deveriam ser assunto de questionamento público (Bandeira, 2014).

A compreensão do isolamento da esfera privada contribuiu, além da preservação das violências ocorridas nesse espaço, também para ofuscar a relação entre as duas esferas na construção de oportunidades para homens e mulheres (Biroli, 2014). Um exemplo da forma com que isso acontece pode ser compreendido através da divisão sexual do trabalho: a responsabilização desigual das mulheres pelas tarefas domésticas e de cuidado produz constrangimentos que limitam e dificultam suas possibilidades em espaços não-domésticos, ao impactar diretamente na alocação desigual de recursos significativos como tempo livre e renda (Biroli, 2016). Ao mesmo tempo, apesar da exploração patriarcal resultante da divisão do trabalho ser algo comum a todas as mulheres, (Delphy, 2013), na prática ela incide de forma desigual mesmo dentro desse grupo, a depender de fatores como raça e classe: algumas mulheres têm a possibilidade de terceirizar os serviços pelos quais são responsabilizadas a outras mulheres mais vulnerabilizadas (Biroli, 2018). Os homens, liberados dessas funções, e inclusive da preocupação de lidar com a terceirização delas (quando é o caso), se veem numa posição de vantagem na vida pública profissional e política (Okin, 2008).

Uma postura feminista envolve, então, o abandono da noção de que esfera pública e esfera privada são completamente separadas e de que é possível suspender as particularidades vividas na esfera privada ao “adentrar” a esfera pública (Biroli, 2014). Uma das críticas que marcou essa discussão foi a produção teórica da filósofa Nancy Fraser (1990), como proposta de repensar a noção de esfera pública habermasiana. Em suma, Habermas (1984) apresenta a esfera pública como um espaço onde os cidadãos constroem os interesses coletivos de uma determinada sociedade, deliberam sobre o bem comum (e não sobre interesses privados) e definem a “vontade pública”. Na teoria habermasiana, esses espaços funcionariam como contrapeso ao Estado propriamente dito. Fraser, porém, dentre outras críticas, questiona a ideia de “bem comum” como algo dado e argumenta que o que é considerado ou não como interesse público é objeto de contestação e deliberação.

Um conceito importante mobilizado por Fraser (1990) nessa discussão é o de *contrapúblicos subalternos*, que faz menção aos grupos historicamente excluídos da participação nas decisões políticas, e que se organizam em arenas paralelas dentro do espaço público para formação de seus discursos e interesses próprios. Esse conceito demonstra que não existe uma única “esfera pública” e que a construção do que significa o “bem comum” é uma formação conflituosa, visto que também não existe um único bem comum. Outro ponto da teoria habermasiana criticado por Fraser é a ideia de que uma esfera pública democrática

requer a separação entre sociedade civil e Estado. Fraser (1990) argumenta que uma rígida separação como essa impede que vários públicos sejam ouvidos nos processos de tomada de decisão e, portanto, é desfavorável para a democracia.

Enxergar o caráter político do que se passa na esfera privada é crucial para garantir a cidadania plena das mulheres (Biroli, 2014; 2018). O enfrentamento das desigualdades de gênero no mundo moderno exige certo grau de interferência do Estado na vida privada e, conseqüentemente, exige repensar a privacidade em termos mais complexos, de forma a valorizar a privacidade pessoal sem permitir que em nome desse valor uma estrutura favorável a abusos e violências permaneça intocada (Okin, 2008).

O feminismo conseguiu politizar, ao longo dos anos, dimensões importantes da intimidade, tais como a sexualidade, o corpo, a reprodução etc. Essa politização andou de mãos dadas com uma definição contra-hegemônica de autonomia, em muitos casos (Biroli, 2013), entendendo que o controle público desses aspectos não pode ser operado na chave da tutela, mas que a agência dos indivíduos deve ser o guia na definição daquilo que pode ou deve ser tornado “público”, e em que medida a interferência do Estado será necessária e desejável. A garantia da privacidade, nesses termos, está profundamente relacionada à revisão da dualidade entre público e privado nas formas como essa dualidade tem se apresentado tradicionalmente no liberalismo (Biroli, 2014).

No caso particular da medicina, os trabalhos de Michel Foucault (1982; 2008) sobre biopolítica e biopoder mostraram o saber médico como um dispositivo de controle e docilização de corpos e, portanto, um dos mecanismos centrais da governamentalidade moderna. Esse filósofo argumenta que o controle da sociedade capitalista sobre o corpo social está vinculado à necessidade de fortalecimento do Estado Nacional, à consolidação da burguesia enquanto classe modelo, e à construção de um dispositivo médico-jurídico voltado à normalização da população e o adestramento do corpo (Foucault, 1982; Ortega, 2008), a mais importante máquina do capitalismo (Federici, 2017).

Considerando que o controle obstétrico não aparece da mesma forma para todas as mulheres, feministas negras utilizam-se da abordagem da justiça reprodutiva para discutir as desigualdades e hierarquias reprodutivas na contemporaneidade. O enquadramento da justiça reprodutiva possibilita integrar saúde reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos às condições sociais que estruturam esses aspectos da vida. Centrada nas experiências de comunidades de pessoas racializadas, essa forma de encarar e lutar por um ideal de liberdade reprodutiva expande a discussão sobre direitos sexuais e reprodutivos para englobar diversos aspectos concernentes à reprodução da vida, como segurança alimentar, violência policial,

racismo ambiental etc. Ou seja, além do direito de ter ou não filhos, esse paradigma teórico tem como objeto também as condições de vida em que as mulheres tomam essas escolhas e terão que lidar com os resultados delas (Ross et al., 2017).

1.2 Medicalização e racionalidade obstétrica: controle e objetificação

O saber médico se organiza como um conjunto de técnicas, práticas e intervenções a partir dos fins do século XVIII, no contexto de emergência da sociedade capitalista (Vieira, 2002). A preocupação com a saúde e diferentes formas de bioasceses do corpo sempre esteve presente em diversos grupos humanos durante a história (Ortega, 2008). No entanto, a medicina contemporânea se diferencia por configurar um novo discurso sobre os corpos, a doença e o que significa estar saudável. Esse discurso, baseado na racionalidade científica moderna, se consolida por meio da ruptura entre razão e natureza, onde a segunda se torna objeto de conhecimento e domínio da primeira.

A filósofa Silvia Federici (2017), em uma releitura feminista do processo de acumulação primitiva descrito por Marx, aborda a transformação do corpo humano em máquina de trabalho como uma necessidade para a concentração de capital e, no caso das mulheres, a transformação de seus corpos em máquinas de reprodução de novos trabalhadores. Nesse contexto de transição para o capitalismo, o conhecimento médico, aliado aos interesses de controle populacional e redefinição das relações de trabalho, inaugura uma fase nova de alienação das mulheres de seus corpos: o potencial reprodutivo passa a ser controlado pelo Estado, principalmente por meio da instituição médica emergente.

Em contraponto à relativa liberdade de uso de métodos contraceptivos que as mulheres tinham durante a Idade Média, a partir do período de acumulação primitiva, as mulheres europeias foram submetidas a uma estratégia política que diminuiu significativamente sua autonomia reprodutiva. O trabalho das parteiras passou a ser fiscalizado diretamente pelo Estado, e na França e na Alemanha essas profissionais ficaram incumbidas de coletar informações sobre todos os nascimentos e investigar mulheres suspeitas de terem parido em segredo. O aborto passa a ser criminalizado sob o nome de infanticídio, levando à execução das mulheres até o final do século XVIII. Esse contexto pode ser percebido como uma verdadeira guerra contra as mulheres, onde a caça às bruxas representou a demonização de todas as formas de controle de natalidade e da experiência de uma sexualidade não voltada à procriação (Federici, 2017).

A partir do século XIX a prática médica se torna cada vez mais legitimada enquanto um saber científico e uma prática social, onde esses dois aspectos se relacionam e se significam mutuamente. Com a crescente urbanização e a necessidade de regulação de nascimentos, controle da demografia e higiene nos espaços urbanos, amplia-se o escopo de poder e normatividade médica, e a medicina passa a funcionar como uma estratégia política disciplinar em que a sexualidade e a reprodução ganham destaque (Foucault, 1982). Essa transformação faz com que fenômenos que anteriormente escapavam da gramática médica se tornem, então, objetos de definição, intervenção e manejo da medicina, como bem explica o conceito de medicalização, surgido no final da década de 1960 no campo da sociologia da saúde (Zola, 1972; Conrad, 1992).

A medicalização implica em uma mudança de valores: a valorização das tecnologias médicas faz com que as intervenções e respostas oferecidas pelos profissionais da medicina sejam vistas como superiores, desejáveis, mais eficientes e, por fim, inquestionáveis (Sens; Stamm, 2019). Ao mesmo tempo, o processo medicalizante transforma os sujeitos em objetos passivos de cuidado e vigilância, retirando a condição autônoma das pessoas de gerenciarem diferentes aspectos de suas vidas e decidirem por si (Szaz, 2007; Gaudenzi; Ortega, 2012). Ivan Illich (1975) chama de iatrogênese social o efeito de dependência que faz com que as pessoas se tornem reféns das prescrições médicas e abdicuem da responsabilidade de atuarem sobre si, ao se transformarem de “sujeitos” em “pacientes”. A discussão sobre o processo medicalizante, portanto, traz atenção para a força produtiva do saber-poder médico adestrando o corpo humano e as subjetividades com a expansão da medicina moderna. No entanto, para além da influência individual, esse controle aparece também sobre o corpo social: a medicina desponta enquanto ferramenta biopolítica, ao regular a sociedade formulando-a e categorizando-a em termos médicos (Foucault, 2008).

No caso específico da ginecologia, a antropologia da saúde mostra que essa disciplina, já em seu desenvolvimento no início do século XIX, progride sob a lógica de que o corpo feminino exige atenção e controle constantes por ser um corpo mais “propício a perturbações e desordem” (Rohden, 2001, p. 72). A antropóloga Fabíola Rohden (2001) argumenta que o conhecimento sobre ginecologia passa a ser construído com base na noção de distinção entre mulheres e homens, apontando para uma maior necessidade de associar o controle médico à mulher, e resultando em uma maior medicalização do corpo feminino com relação ao corpo masculino.

Interessante lembrar que até o século XVIII o discurso médico organizava-se pela teoria do sexo único, em que a mulher era percebida como uma versão inferior, não

desenvolvida, do homem. As diferenças entre homens e mulheres seriam de grau, e não exatamente de qualidade, visto que essa teoria baseava-se na compreensão de que, durante o desenvolvimento, o calor e a vitalidade faria com que os órgãos se desenvolvessem, formando os homens, e a ausência de calor faria com que os órgãos ficassem estanques em determinada etapa de evolução, formando as mulheres (Iaconelli, 2023). Com o surgimento da ginecologia, homens e mulheres passam então a ser interpretados e tratados como seres de ordens diferentes e naturezas opostas.

Além disso, à serviço das nações colonizadoras, grande parte do conhecimento em ginecologia se desenvolveu a partir da exploração dos corpos de mulheres negras escravizadas. Utilizadas como cobaias em países coloniais, a função reprodutiva dessas mulheres era vista como fonte de lucro e, portanto, eram submetidas a procedimentos e técnicas visando a continuidade reprodutiva (Owens, 2018). Essa exploração contribuiu inclusive para a consolidação da negritude como marca do universo natural/animal, e a percepção do corpo branco como propriamente humano, contribuindo para a naturalização da exploração dos corpos negros e de seu trabalho (Federici, 2017), e para sua exclusão do contrato social no mundo capitalista (Mills, 1997).

Outro modo pelo qual o Estado aumenta seu poder sobre os eventos reprodutivos por meio do saber obstétrico é a perseguição às diversas formas de cuidado popular, o que Federici (2017) identifica como uma modalidade particular de cercamento. Assim como os cercamentos das terras comunais serviram ao interesse do capitalismo para a proletarianização das pessoas, a profissionalização da medicina funcionou como uma muralha para as outras formas de assistir os doentes entre as camadas populares.

A antropóloga Vallana Sala (2020) chama atenção para a forma com que as mulheres, que eram responsáveis pelos saberes terapêuticos e associadas aos processos de cura antes do século XIV, foram progressivamente escanteadas da produção e execução desse conhecimento. Com a passagem da medicina de um saber empírico para um saber considerado acadêmico, e especialmente a partir da crescente diferenciação entre os sexos, alvo da produção científica do século XVIII, as mulheres foram perdendo seu lugar de destaque no ofício de cuidado com a saúde (Federici, 2017; Palharini, Figueirôa, 2018). De acordo com Sala (2020), foi principalmente a idealização da mulher vitoriana dependente, frágil e pura que ajudou a cristalizar o posicionamento do gênero feminino no lugar passivo atribuído à figura da 'paciente'.

As pesquisadoras L. Palharini e S. Figueirôa (2018) mostram que, para se consolidar a figura do médico como único sujeito capaz de assistir as mulheres durante a gestação e o

parto, foi necessária a construção do imaginário do parto como um evento potencialmente perigoso e da noção de que os instrumentos e técnicas utilizadas pelos médicos garantiriam maior segurança e menor sofrimento durante o trabalho de parto. O processo de cristalização da posição médica contou, igualmente, com a desqualificação e marginalização das parteiras: o desenvolvimento do instrumental cirúrgico, principalmente o fórceps, e a proibição das parteiras de utilizarem-se dessas ferramentas foi essencial para a aceitação do médico na cena do parto.

Assim, a percepção de que parir seria um fenômeno arriscado e o entendimento de que era preciso garantir o total controle sobre o processo do nascimento contribuiu para a retirada do parto do ambiente doméstico e a hospitalização da parturição. No Brasil, essa transição acontece principalmente a partir da criação das primeiras maternidades no século XX, como parte da agenda sanitária (Palharini, Figueirôa, 2018). Por outro lado, a passagem do parto para o hospital esteve associada também aos esforços para prevenir o aborto, com o argumento de que esses procedimentos eram frequentemente auxiliados pelas parteiras. As parteiras passam a ser associadas ao infanticídio (Brenes, 1991) enquanto os médicos construíam sua imagem de protetores da vida na transição para o capitalismo. Nessa missão, a vida priorizada passou a ser a do feto e o controle das mulheres sobre a reprodução foi reduzido drasticamente. Com o tempo, as maternidades se consolidaram como sinônimo de segurança para mulheres e bebês (Vieira, 2002; Palharini, Figueirôa, 2018) por meio da ideia de seguridade obstétrica (Alemán, 2023), e o parto hospitalar se tornou a regra.

Vale destacar, porém, que no interior do país o parto assistido por parteiras tradicionais ainda é maioria. De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) realizada no ano de 2006, os maiores índices de partos domiciliares foram percebidos entre mulheres de zona rural, de baixa escolaridade, e que não realizaram pré-natal de forma adequada. As regiões Norte e Nordeste do país aparecem na pesquisa com a maior porcentagem de partos assistidos por parteiras tradicionais (Brasil, 2010), mostrando que a hospitalização e o acesso ou imposição a tecnologias obstétricas também passa por um recorte regional e de classe.

Em 1991, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Parteiras Tradicionais (PNPT), voltado para o treinamento e capacitação dessas profissionais como estratégia de diminuição dos índices de mortalidade materna e neonatal e democratização do acesso à saúde em uma conjuntura de difícil acesso a hospitais e ao cuidado médico oficial. A antropóloga Soraya Fleischer (2010), em etnografia realizada na região do Pará, problematiza, no entanto, a compreensão equivocada acerca da mortalidade materna, mostrando como esse é um tema

complexo em que não se pode simplificar sua causa atribuindo culpa unicamente ao profissional que assiste o evento obstétrico. Na época do lançamento do PNPT, a título de exemplo, a taxa de mortalidade em partos realizados via cirurgia cesariana eram de 7 mulheres a cada 10 mil partos, enquanto os partos assistidos por parteiras possuíam índice de óbito de 2 mulheres a cada 10 mil partos via vaginal (Pires, 2010).

Dessa forma, ao mesmo tempo que o advento de tecnologias médicas serviu para afastar as mulheres de suas antigas posições de cuidado e assistência socialmente valorizadas, o uso e o acesso a essas tecnologias se dá em um contexto de desigualdades e se traduz em um importante diferenciador no usufruto da saúde reprodutiva.

1.3 Tecnologias médicas

Para além disso, a mediação das máquinas no trabalho da medicina serviu também para a despersonalização da pessoa assistida. Como o filósofo e pesquisador da área de medicina social Francisco Ortega (2008) bem relata em seu livro sobre corporeidade e tecnologias médicas, sempre que a tecnologia oferece uma imagem sobre o corpo essa imagem se distancia da experiência do corpo, visto que toda imagem é uma projeção que torna ausente a dimensão subjetiva do representado. No mesmo sentido, a pesquisadora em Saúde Coletiva Lilian Chazan (2007), em seu estudo sobre o ultrassom obstétrico, mostra que a construção do feto como uma pessoa ganha força com as tecnologias de computação gráfica que constroem as imagens obtidas pela ultrassonografia de forma independente do ambiente orgânico complementar. É como se o feto não dependesse da mulher, representado tridimensionalmente como uma pessoa autônoma e independente. A conclusão dos dois pesquisadores é que o imaginário do corpo fornecido pelas novas tecnologias médicas é o de um corpo fragmentado, isolado e desmaterializado.

O uso acrítico das inovações tecnológicas aproxima a medicina cada vez mais de um saber tecnicista, mecanizado e impessoal, onde o humano (o paciente) não é mais o centro de cuidado e o atendimento médico passa a ter como foco o mapeamento de doenças e irregularidades, e não a saúde e o bem-estar². A medicina passa a determinar, através de taxas, conceitos e exames tudo aquilo que é estatisticamente definido como normal (Amarante et.

² A partir das técnicas de machine learning, sistemas de inteligência artificial vêm sendo utilizados para a leitura de exames de imagem, resultados de laboratório ou mesmo dados de frequência cardíaca e saturação, para mapear anormalidades e contribuir no diagnóstico de doenças de modo automatizado. Por se tratar de um advento recente, mais estudos precisam ser feitos para entender os efeitos dessas novas tecnologias na medicina, no entanto, uma das hipóteses é que a digitalização da saúde contribui para a automação algorítmica do sistema de saber-poder médico (Modolo et al., 2023).

al., 2018) em oposição ao patológico, que ela é incapaz de normatizar (Dunker, 2015). Em linhas gerais, entende-se que o cuidado em saúde nas últimas décadas se torna cada vez mais despersonalizado e desumanizado (Dias, 2006), voltado a identificar e solucionar supostas falhas no funcionamento do corpo-máquina.

Nesse sentido, um trabalho de peso realizado pela antropóloga Emily Martin (2006), nos Estados Unidos, mostrou como as descrições médicas do corpo feminino ainda hoje são informadas por meio de metáforas de produção. O saber médico ocidental baseou o conhecimento sobre o parto no que era percebido no processo de industrialização: assim como acontece com as máquinas, a ideia é que as falhas do corpo podem ser consertadas por meio de manipulações mecânicas. Na cena do parto, a mulher é retirada de seu lugar de sujeito, passando a ser vista como a máquina a ser controlada. O produto final (o feto) deve ser protegido pelo operador das máquinas (o médico), e a etapa final da produção (o parto) é um momento arriscado que deve ser fiscalizado e gerenciado pelo operador em seus mínimos detalhes.

A hospitalização e mercantilização de práticas e tecnologias para vivenciar a gestação e o parto se tornaram regra a partir do século XIX dentro dessa necessidade de controle e gerenciamento (Nucci, Nakano, Teixeira, 2018). O recurso a essas tecnologias é visto como garantidor de segurança, afastando-se dos perigos da imprevisibilidade dos processos “naturais” do corpo feminino (Tempesta, Cavalcanti, França, 2023). No Brasil, a virada para o século XX é considerada o momento da modernização da ginecologia e obstetrícia (Nakano, Bonan, Teixeira, 2016). Com a valorização das técnicas de assistência que prometiam diminuir o sofrimento das mulheres (Diniz, 2005), o acesso à tecnologia suplanta o lugar ocupado anteriormente pela experiência e intuição, tornando o parto um evento hospitalocêntrico por excelência (Pichet, Crubellate, Verdu, 2018).

Em pouco tempo as rotinas cirúrgicas são cada vez mais apreciadas e o parto sob sedação total começa a despontar como procedimento que melhor atende aos requisitos de controle e disciplinamento da natureza instável do corpo feminino (Nakano, Bonan, Teixeira, 2016), tornando-se símbolo do parto ‘civilizado’ (Tempesta, Cavalcanti, França, 2023). A cirurgia cesariana aparece, então, como a máxima expressão da valorização das biotecnologias de parto, e o acesso ou não das gestantes a essa via de parto é alvo de disputas que mobilizam discussões sobre quais corpos têm de fato a possibilidade de se utilizar dessas tecnologias (França, 2020).

Vale pontuar que, apesar de o Brasil possuir taxas de cesarianas que provocam preocupação³, no ano de 2019 uma deputada de extrema-direita apresentou na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo um projeto de lei visando garantir às mulheres gestantes o direito de optar por uma cesariana eletiva, ou seja, sem indicação médica⁴. A deputada defendeu que o projeto, conhecido popularmente como “PL das cesáreas”, serviria para assegurar a autonomia das mulheres mais pobres que, diferente daquelas que possuem plano de saúde ou condições de arcar financeiramente com o cuidado em saúde, não podem escolher a forma como irão parir.

Essa proposta, no entanto, ocorreu em um contexto de ascensão de um governo de extrema-direita neoconservador no país, que teve como uma de suas estratégias de campanha a deslegitimação de demandas políticas pautadas na chave do gênero e a replicação de uma lógica neoliberal meritocrática, ignorando desigualdades de raça e classe e desresponsabilizando o Estado, sob uma postura de restrição de direitos sociais (Biroli, Campos Machado, Vaggione, 2020). Seguindo uma tendência global (Brown, 2019; Hochschild, 2020), o governo Jair Messias Bolsonaro (2019-2022) representou uma aliança entre a nova roupagem do conservadorismo e o neoliberalismo, levando adiante uma ofensiva antigênero (Corrêa, 2018; Corrêa, Kalil, 2020) que, a partir de então, se traduziu mais facilmente em políticas públicas e diretrizes estatais e conseguiu impor maior constrangimento a posturas dissidentes.

O uso liberal da categoria de ‘escolha’ na promoção da cultura da cesariana, em um contexto de abstração das dificuldades específicas que mulheres vulneráveis e sem estrutura financeira enfrentam na recuperação de uma cirurgia eletiva de grande porte, representa a elevação da autonomia de maneira despolitizada como referencial máximo e independente do contexto estrutural mais amplo. Por isso, entendendo que muitas mulheres optam pela cirurgia cesariana para fugir de violências que as acometem durante o trabalho de parto, e que essa via de parto envolve riscos que podem comprometer o futuro reprodutivo das mulheres, e ainda resulta em uma recuperação mais lenta (consequentemente mais complicada para mulheres que não possuem rede de apoio ou não estão socialmente amparadas para afastarem-se de seus afazeres domésticos ou remunerados durante um período mais longo), o PL das cesáreas foi

³ Enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o número de cirurgias não passe de 15% do total de partos, no Brasil esse número chega a 40% na rede pública e 84% na rede particular de saúde.

⁴ Projeto de Lei 435/2019. Texto disponível em:

<<https://www.al.sp.gov.br/norma/?tipo=Lei&numero=17137&ano=2019>>. Acesso em 04 de abril de 2023.

criticado em audiências públicas por grupos de doulas, defensoras públicas, advogadas de ONGs de humanização e outros coletivos de mulheres⁵.

Outro fator relevante é que o custo da cirurgia cesariana é, em média, 15% maior do que o custo do parto via vaginal nos serviços de seguradoras médicas. Estudos recentes têm demonstrado que a meta de redução das cesarianas em hospitais da rede privada dependeria, portanto, de incentivos financeiros que vinculem o pagamento dos profissionais por plantão, ao invés do sistema de repasse por procedimento (Borem et al., 2020; Silva, Pazin-Filho, 2024).

Para além das disputas sobre segurança e acesso, o fato é que a valorização das tecnologias médicas se consolida como parte da lógica de controle, eficiência e gerenciamento de riscos intrínseca à mentalidade biomédica e contribui para a justificação da prática e do poder médico na modernidade. Por possuir o saber técnico sobre essas tecnologias, o médico é posicionado socialmente como o único capaz de garantir a segurança durante as intercorrências obstétricas, e a própria formação médica o prepara para esse processo de subjetivação, habituando-o a performar esse papel.

1.4 A formação médica obstétrica

Em um estudo sobre os processos intersubjetivos da formação em obstetrícia, a socióloga Sonia Hotimsky (2007) argumenta que a concepção construída sobre o risco e a instabilidade envolvendo os processos de gestação e parto contribuiu para configurar a assistência obstétrica como sendo um “drama médico”. O conceito de drama médico, cunhado pelos pesquisadores Becker, Geer, Hugues e Strauss (2002), é uma forma de se referir à maneira que os estudantes internalizam o valor da responsabilidade profissional durante seus anos de formação. Segundo esses pesquisadores, os estudantes de medicina são ensinados, de forma bastante dramática, que suas ações ou inações são o diferencial na salvação de seus pacientes e que seu trabalho é uma constante mediação entre a vida e a morte.

A partir de uma revisão integrativa de um conjunto de artigos sobre a construção da identidade médica, percebeu-se que os estudantes de medicina já chegam ao curso com uma concepção pré-estabelecida do que significa ser um médico. Essa concepção geralmente se baseia numa imagem caricaturada do médico como um tipo de super-herói, que é reforçada

⁵ No dia 2 de julho de 2019 ocorreu uma audiência pública com o tema “enfrentamento à violência obstétrica no Brasil”, e no dia 3 de setembro do mesmo ano, foi realizada audiência para discutir especificamente o parto via cesariana. As duas aconteceram na Câmara Federal.

socialmente por meio da representação desses profissionais em filmes e séries televisivas (Fernandes et al., 2023). A vivência da formação aparece como um momento ambíguo: ao mesmo tempo em que existe uma frustração ao não se perceberem inteiramente nesse papel, existe também a conquista de um status que os diferencia do restante da população e, principalmente, daqueles que contribuem por meios de seus corpos para o seu aprendizado.

É possível notar que o processo de formação em medicina se compõe de duas dimensões distintas: a capacitação técnico-científica e as interações entre os sujeitos envolvidos no processo de assistência. Nesse conjunto, a dimensão relacional tende a ser tratada como secundária em relação ao saber técnico, mais valorizado tanto por alunos quanto pelos professores (Hotimsky, 2007). Para Fernandes et al. (2023), essa valorização excessiva da técnica pode explicar inclusive a mudança no perfil dos estudantes de final do curso, com relação aos seus valores e idealizações ao começar a faculdade: os alunos chegam aos últimos anos de formação com uma preocupação voltada ao mercado de trabalho, à eficiência e ao retorno financeiro.

A partir de entrevistas realizadas com estudantes de medicina do estado de São Paulo, Hotimsky e Schraiber (2005) concluíram que grande parte dos alunos não percebem as aulas ligadas à medicina social como medicina “de verdade”. Um dos estudantes entrevistados por essas pesquisadoras explicou que é costume entre os alunos deixar para marcar compromissos durante os horários das disciplinas de psicologia médica ou saúde integral da mulher, por exemplo, evitando faltar durante as aulas de anatomia, fisiologia e outras relacionadas.

A hierarquização nas dimensões do aprendizado resulta também numa maior dificuldade dos profissionais da saúde em reconhecer e acolher o sofrimento das pessoas atendidas quando este sofrimento não decorre diretamente de alguma doença ou disfunção, mas, sim, é identificado como oriundo de um aspecto mais subjetivo (Hotimsky, 2007). Intensificando essa tendência, pesquisas identificaram que a medicalização da vida tem sido responsável pela patologização e farmacologização dos mais diversos aspectos do sofrimento humano nos últimos anos (Amarante et al., 2018; Fisher, 2020; Han, 2021; Cabanas, Illouz, 2022).

A noção de que o neoliberalismo envolve uma nova forma de gestão do sofrimento, em especial do sofrimento psíquico, passa pela crítica ao paradigma anatomoclínico, ou seja, da ideia de que existe necessariamente uma correspondência orgânica identificável para todo sintoma manifesto em um paciente (Safatle et al., 2021). É esse mesmo paradigma que fortalece a hierarquização das áreas de ensino e faz com que os aspectos do aprendizado prático passíveis de maior interação entre alunos e pacientes não contem com a mesma

preocupação dos supervisores por serem considerados espaços de atuação de profissionais não-médicos (Hotimsky, 2007). Nesses casos, não se destina uma instrução aprofundada sobre a forma como os alunos devem se dirigir aos pacientes, o que leva, inclusive, a diversos casos em que alunos discutem informações importantes diante das pacientes sem a preocupação de traduzir seus termos em uma linguagem acessível, ou se certificar de que elas estão compreendendo o plano de ação médico (Smith-Oka, 2015), além de impedir que os alunos desenvolvam intencionalmente as características de sensibilidade e empatia, importantes dentro de uma lógica de cuidado humanizado e holístico (Hotimsky, 2007).

Assim, na cultura médica, a dimensão da competência técnica e a dimensão do cuidado são dissociadas, sendo a técnica considerada uma atribuição médica de primeira ordem, baseada no conhecimento científico ‘neutro’, enquanto o cuidado seria um atributo profissional secundário, subjetivo e correspondente à linguagem dos valores e emoções (Tempesta, Cavalcanti, França, 2023). Como consequência, os interesses dos estudantes e os dos pacientes podem figurar de maneira concorrente no contexto do ensino obstétrico: o anseio por dominar os procedimentos faz com que ocorra, por vezes, a naturalização de condutas assistenciais invasivas, constrangedoras ou desnecessárias e que, inclusive, podem colocar em risco o bem estar e a saúde das pacientes, priorizando a aprendizagem e o treinamento dos alunos.

Para Hotimsky (2007), a forma como os estudantes são ensinados sobre a assistência obstétrica, assumindo o útero como um local perigoso (Martin, 2006) e atribuindo ao médico a responsabilidade pela proteção do produto do trabalho de parto, o bebê-perfeito (Davis-Floyd, 2001), certamente faz dessa especialidade uma grande oportunidade de performar o papel de protagonista no drama médico. Em sua pesquisa, essa autora constatou que esse seria um dos principais motivos que tornam o internato em obstetrícia atraente para os estudantes de medicina (Hotimsky, 2007, p. 203).

A internalização de valores próprios ao processo de formação médica levou muitos pesquisadores a estudarem esse período como uma espécie de rito de passagem (Davis-Floyd, 1987; Becker et. al., 2002; Nott, Harris, 2020; Van Der Wall et. al., 2021). Nessa chave de compreensão, uma parte importante do rito envolve aprender a desempenhar o papel de médico, o que implica em se reconstruir enquanto sujeito do olhar médico sobre a ‘paciente’, ou seja, sobre a pessoa que também é reconstruída mas, por sua vez, não como sujeito, e sim como objeto desse olhar (Hotimsky, 2007).

Como consequência, a reafirmação do médico enquanto sujeito da obstetrícia se dá através da exclusão da mulher gestante como igual sujeito. De acordo com as pesquisadoras

Rodante Van Der Waal et al. (2021), a formação obstétrica inclui a passagem dos estudantes por uma racionalidade em que as mulheres gestantes figuram como “the necessary (m)other” (Van Der Wall, 2021, p. 38) em uma cena protagonizada pelo obstetra. O outro do médico é o sujeito, ou a paciente, necessária para o processo medicalizante do parto mas, ao mesmo tempo, excluída dele enquanto sujeito.

Pesquisadores feministas demonstraram como a obstetrícia é um campo importante de perpetuação de desigualdades de gênero dentro da medicina (Pimentel et al., 2014; Smith-Oka, 2015; Sadler et al., 2016). A persistência do ensino e da prática de procedimentos desatualizados, ou até mesmo proscritos pela Organização Mundial da Saúde, indica, além da subserviência dos novos profissionais dentro da hierarquia hospitalar (Hotimsky, 2007), a perpetuação de um atendimento voltado a restringir a mobilidade das mulheres e, conseqüentemente, sua agência durante o trabalho de parto (Sen et al., 2018). O trabalho de Martin (2006) destaca, inclusive, a exigência da posição litotômica e o uso de um acesso intravenoso ligando a mulher ao espaço físico do hospital como uma estratégia de controle sobre o corpo feminino que serve, na maior parte das vezes, apenas à conveniência dos provedores da assistência, e não da mulher.

Principalmente em hospitais-escola, mulheres pobres são vistas como “material de ensino” para prática de internos e residentes (Diniz et al., 2016; Sen et al., 2016). Em um cenário obstétrico interventivo, como é o caso brasileiro, existe uma grande expectativa por parte dos estudantes em aprender a realizar episiotomias, episiorrafias e outras intervenções cirúrgicas possíveis no período do estágio em obstetrícia. Diferenciando-se de outros países, no entanto, muitas vezes esses procedimentos são treinados diretamente nas pacientes, usuárias do Sistema Único de Saúde, e não em modelos sintéticos, a despeito do desconforto e dos riscos envolvidos para as mulheres, que figuram nessa cena como objetos de treinamento (Diniz et. al., 2016).

A etnografia de Hotimsky (2007) sobre a formação obstétrica é cheia de exemplos de como essas condutas só são possíveis através de vários marcadores de diferenciação entre estudantes e pacientes. Mesmo não sendo médicos formados, é exigido durante as aulas práticas que os alunos estejam sempre de jaleco ou, ao menos, roupa branca. Funcionando como instrumento de identificação, esse uniforme, no entanto, impede que as pacientes possam discernir a posição dos internos na hierarquia médica, que já são chamados de “doutores” pelos residentes e demais assistentes no atendimento ao trabalho de parto.

Ao que tudo indica, os lembretes de diferenciação social entre alunos (futuros médicos) e pacientes funcionam como facilitadores do processo de ‘objetificação’ dos corpos

das mulheres (Wan Der Waal et al., 2021) em mais um instrumento no treino da medicina (Hotimsky, 2007; Bridges, 2011), fazendo das instituições de internato e residência um espaço singular de naturalização da violação da integridade física e dos direitos humanos das mulheres (Hotimsky, 2009, Tempesta, Cavalcanti, França, 2023). A formação em obstetrícia aparece aqui como um rito de iniciação em práticas de injustiça reprodutiva, reproduzidas durante o exercício da profissão.

1.5 Estratificação reprodutiva

Para o objetivo deste trabalho, destaco que a visão do atendimento obstétrico como um drama médico contribuiu, como exposto, para justificar formas de desrespeito e abuso (Sen et al., 2018) empregados durante a assistência ao parto mas defendidos como necessários ao exercício de autoridade médica em um contexto arriscado (Becker et al., 2002; Sens, Stamm, 2019). Ademais, na interpretação desse drama é esperado também que a mulher gestante desempenhe de forma correta o seu papel de paciente. Pesquisas sobre a percepção de profissionais da saúde sobre o atendimento obstétrico mostram que a obediência e a passividade são qualidades esperadas das mulheres atendidas (Aguiar, D'oliveira, Schraiber, 2013; Sens, Stamm, 2019; Teixeira et al., 2021). Uma postura questionadora e incisiva é vista como agressiva por parte dos médicos, podendo, esta última, levar à negligência ou até mesmo à violência na tentativa de fazer valer a autoridade médica e reiterar a hierarquia médico-paciente (Sena, 2016).

Como demonstrou a filósofa Sara C. Shabot (2016), a medicina moderna tem o cadáver como modelo de corpo adotado no treino e na prática. Nessa lógica de assistência a passividade, e não o questionamento, é o comportamento padrão esperado de quem é atendido. Apesar do corpo grávido não se caracterizar como um corpo doente, mas sim um corpo que experimenta um processo comum da vida reprodutiva, quando a mulher gestante assume um comportamento desviante do que se entende o comportamento passivo do sujeito constituído enquanto paciente, ela é alvo de controle e tentativas de domesticação (Tempesta, Cavalcanti, França, 2023) ou até mesmo punição (Sena, 2016).

Não é apenas uma coincidência que o momento do parto seja uma das possibilidades que as mulheres têm de experienciar a antítese do mito da feminilidade branca, que entende o corpo feminino como delicado, frágil e sensível (Lage, Cal, Silva, 2020). Sem a pretensão de romantizar o processo de parir, ou essencializar corpos parturientes, Shabot (2016) argumenta que o corpo feminino ativo, criativo e resistente aparece então como um desvio que precisa

ser disciplinado por meio do aparato da medicina: as mulheres precisam ser “colocadas em seus lugares”, a feminilidade precisa ser imposta, seja pela violência ou pela constante ameaça dela. Essa forma de lidar com o comportamento feminino desviante é característico da misoginia, ou seja, de um sistema que polícia, estigmatiza e pune mulheres percebidas como uma ameaça às estruturas da instituição patriarcal (Santos; Jalalzai, 2021).

A obstetria, então, aparece como um dispositivo de execução das normas de gênero e uma instituição simultaneamente repressiva e produtiva do sistema patriarcal, mas também de desigualdades raciais. De acordo com a antropóloga Khiara Bridges (2011) é possível perceber como as práticas de atenção à gestação e ao parto são também produtoras de raça, na medida em que constantemente reiteram a alteridade construída, dentro e fora da disciplina obstétrica, entre corpos negros e brancos. A ideia de que mulheres negras são mais resistentes e menos afetadas pelas dores do parto, sintetizada pela noção de “obstetrical hardiness” (Hoberman, 2005; 2007), leva a produção do corpo da mulher negra como um corpo inerentemente indisciplinado (Bridges, 2011), tendo por consequência a naturalização de uma atenção obstétrica negligente e omissa, ao passo que o corpo da mulher branca, sob o qual recai o mito da feminilidade, é entendido como aquele apto a receber uma assistência mais atenta, interventiva, tida como superior e complexa (Tempesta, Cavalcanti, França, 2023).

As consequências dessa diferenciação podem ser percebidas por meio de indicadores de atenção no pré-natal e no parto, que mostram que mulheres pretas recebem menos anestesia quando submetidas ao procedimento de episiotomia, apresentam prevalências mais altas de parto pós-termo e tem razão de mortalidade materna duas vezes e meia superior à de mulheres brancas (Leal et al, 2017). Em um contexto em que a atenção obstétrica interventiva é sinônimo de boa assistência, a negligência aparece como um marcador de uma estrutura de hierarquias reprodutivas (Diniz, Mattar, 2012) que desqualifica a maternidade de mulheres negras ao autorizar o ideário da mãe, enquanto símbolo de família e civilidade, apenas para as mulheres brancas (Davis, 2019).

O conceito de racismo obstétrico, desenvolvido pela antropóloga Dána-Ain Davis (2019), pretende dar conta justamente dos mecanismos de subordinação reprodutiva impostos às mulheres negras ao longo da história. Esse termo compreende a intersecção entre violência obstétrica e racismo médico (Davis, 2020) e é útil para entender as particularidades dos desafios enfrentados pelas mulheres negras nos ambientes hospitalares, em posição de subordinação por serem pacientes obstétricas (Davis, 2018). O racismo obstétrico aparece em diferentes dimensões: (1) lapsos críticos de diagnóstico, (2) tratamento negligente, desdenhoso ou desrespeitoso, (3) imposição de dor de forma intencional e (4) coerção à

realização de procedimentos ou mesmo a realização desses procedimentos sem o consentimento da mulher (Davis, 2019).

A partir de entrevistas com mulheres negras estadunidenses que se utilizaram de tecnologias reprodutivas, como a fertilização *in vitro*, em suas gestações, Davis (2020) identificou mais três dimensões do racismo obstétrico, que ela chamou de (1) cerimônias de degradação, que abarca as formas pelas quais mulheres negras se sentem degradadas durante o atendimento, (2) abuso médico, envolvendo o sentimento de serem usadas como experimentos, e (3) reconhecimento racial, que dá significado ao esforço que essas mulheres se obrigam a ter para evitar ou minimizar experiências racistas durante seu tratamento reprodutivo.

Em relação ao reconhecimento racial, o trabalho de Rochelle Maurice (2023) apresenta estratégias de mulheres negras nos Estados Unidos para mitigar os efeitos do racismo obstétrico durante o trabalho de parto. Exagerar na descrição da dor ou de outros sintomas, ou mesmo performar atitudes que as façam parecer menos ameaçadoras e mais dóceis para a equipe de saúde, são táticas que as mulheres desenvolvem e aconselham suas familiares e amigas afro-americanas a executar enquanto pacientes em maternidades.

Observando o caso brasileiro, a pesquisadora Eliza Williamson (2021) aponta a ligação entre racismo obstétrico e saúde materno-infantil. Baseando-se nos estudos de Davis (2018; 2019), essa autora argumenta que a forma como a medicalização do parto opera sobre os corpos de mulheres negras demonstra a continuidade iatrogênica do racismo sistêmico presente em sociedades que passaram pelo sistema colonial escravagista.

No Brasil a taxa de mortalidade materna é cerca de 2,5 vezes superior entre as mulheres pretas do que entre as mulheres brancas. Mesmo com as altas taxas de cesariana no país, e com esse parto sendo considerado pelos médicos como mais seguro e controlado, as mulheres pretas têm menor probabilidade de passar por um parto via cesárea. E, no entanto, quando essas mulheres são submetidas à cirurgia têm maior chance de desenvolver complicações pós-cirúrgicas (Williamson, 2021).

A partir desses dados, Williamson (2021) argumenta que a crítica ao cenário de atenção reprodutiva interventiva precisa levar em conta que as intervenções obstétricas acontecem de maneira racializada. Ao passo que as mulheres brancas e mais favorecidas economicamente se encontram numa situação de altas taxas de cesárea, continua sendo norma nos hospitais públicos o parto vaginal auxiliado por procedimentos dolorosos, desatualizados, potencialmente perigosos e, conseqüentemente, iatrogênicos. Em seu trabalho, a pesquisadora cita que a episiotomia de rotina e a manobra de Kristeller são intervenções de difícil

erradicação, seja pela continuidade de seu ensino de forma protocolar, seja por demanda das próprias mulheres das classes populares que associam intervenção a cuidado adequado, fenômeno também identificado por Hirsch e Mendonça (2020).

1.6 A figura da doula e da educadora perinatal no horizonte da justiça reprodutiva

Nas últimas décadas, o saber médico intervencionista sobre o corpo feminino e os processos reprodutivos vem sendo questionado por grupos de mulheres ao redor do mundo (Pichet, Crubellate, Verdu, 2018). Essas mulheres demandam inclusive o direito de parir em casa, contrariando fortemente a valorização das tecnologias médicas e a hospitalização como sinônimo de um bom desfecho de parto (Sala, 2020). No Brasil, o Movimento pela Humanização do Parto, do qual falarei de forma mais aprofundada no capítulo seguinte, protagoniza esse debate que, dentre outras coisas, propõe ressignificar as noções atribuídas à gestação e ao parto por meio das noções de ‘protagonismo’, ‘empoderamento’ e ‘autonomia’ da mulher gestante (França, 2020).

Entre as mulheres que circulam nesse universo, o princípio da autonomia e a ideia de empoderamento significam a busca por uma postura ativa durante a gestação e o parto, desde o planejamento até a vivência integral desse momento por parte das mulheres gestantes. A noção de protagonismo é mobilizada para indicar a centralidade da mulher grávida, e relaciona-se com os outros termos ao evocar a capacidade de tomar decisões informadas sobre os processos que tomam lugar em seus corpos e impactam diretamente suas vidas (Pimentel et al., 2014; França, 2020).

O movimento pela humanização do parto surge entre mulheres de camadas médias urbanas e, inicialmente aparecendo como um contraponto às altas taxas de cesariana e à medicalização excessiva do parto e nascimento, foi associado pejorativamente a uma ideia de primitivismo e retorno a um suposto estado de natureza (Tempesta, 2018). Todavia, parte importante desse movimento fundamenta suas demandas e propostas em dados fornecidos pela medicina baseada em evidências (Tempesta, 2018). A partir dessa vertente, o movimento aponta que, em muitos casos, a assistência protocolar inclui procedimentos e técnicas proscritas e desatualizadas. Assim, o recurso à MBE contribui para embaralhar a divisão entre uso de tecnologias *versus* insegurança e perigo (Tempesta, 2019), constitutiva do paradigma biomédico tecnocrático (Davis-Floyd, 2001).

Com foco no trabalho das doulas e educadoras perinatais, Tempesta e França (2021) enfatizam a necessidade de situar sociologicamente a crítica do Movimento pela

Humanização do Parto, entendendo o caráter estrutural e ao mesmo tempo estruturante dos abusos, negligências e formas de violências impostas a diferentes grupos de mulheres durante o processo de gestação, parto ou pós-parto.

A doula, em linhas gerais, é uma profissional que se responsabiliza pelo apoio físico e emocional da mulher durante a gestação, o trabalho de parto e o pós-parto. Essas profissionais atuam por meio de abordagens diversas, podendo ser mais tecnicistas, aproximando-se do trabalho desempenhado pela enfermagem obstétrica, ou mais tradicionalistas, absorvendo saberes de parteiras tradicionais (Tempesta, 2018). Seja como for, faz parte do trabalho da doula prestar informações qualificadas, apoiar emocionalmente a gestante, atuar oferecendo métodos não farmacológicos de alívio da dor (chamados no meio da doulagem de “tecnologias leves”) e outras técnicas vinculadas ao estado físico e emocional da mulher gestante e parturiente, além de promoverem também rodas de conversa e espaço de diálogo e trocas de experiências entre mulheres.

Tempesta e França (2021) sugerem que o ofício das doulas representa a afirmação de uma forma alternativa, contra-hegemônica, de viver o ciclo gravídico-puerperal, afastando-se da impessoalidade e da rigidez que têm conformado esse momento a partir do paradigma biomédico. Nos últimos anos a doulagem tem contribuído de forma relevante para a construção de novos pressupostos culturais que desafiam as desigualdades e hierarquias vigentes e o monopólio impositivo do poder obstétrico (Ramírez, 2020) sobre o corpo das mulheres. Ao mesmo tempo, é emblemático que a valorização de tecnologias “leves”, que priorizam o cuidado personalizado e o apoio emocional, apareça como contraponto direto ao enaltecimento das tecnologias médicas invasivas e despersonalizantes que se tornaram regra no atendimento hospitalar.

O trabalho realizado por doulas e educadoras perinatais, por apresentar uma alternativa ao domínio tecnológico e medicalizante de atenção reprodutiva (Tempesta; França, 2021), reflete uma abordagem holística de cuidado obstétrico que se aproxima do ideal da justiça reprodutiva (Tempesta, Cavalcanti; França, 2023), ao insistir na autonomia e liberdade das mulheres, na construção de redes de apoio e no protagonismo no planejamento do trabalho de parto em seus próprios termos (Davis, 2020).

A cientista política Talita Fernandes (2020) enfatiza que, por atuar sem a compreensão do parto sob a ótica da patologia e por agir para garantir o protagonismo da mulher parturiente, a doula é uma figura de enfrentamento e resistência dentro das salas de parto, promovendo ideais democráticos de autonomia e igualdade. Além disso, essa perspectiva contra-hegemônica afirmada pela atuação dessas profissionais relaciona-se com o escopo dos

movimentos feministas de confronto às desigualdades de gênero em seus mais diferentes aspectos. No caso da produção intelectual feminista no campo da teoria política, esse confronto parte da compreensão da democracia como um valor que deve ser estendido para todos os âmbitos da vida e das relações sociais (Phillips, 2011) e, portanto, localiza essas desigualdades como problemas políticos de primeira ordem.

Os princípios preconizados a partir da doulagem e da atuação em prol da humanização do parto como um todo aproximam esse movimento de outros ativismos de mulheres contra violências e formas de restrições da autonomia e do controle sobre o corpo feminino. O movimento pela humanização, e em especial a prática da doulagem, parte da problematização da estrutura que naturaliza os diversos abusos aos quais as mulheres são sujeitas na sociedade, e contribui para a disseminação das premissas da luta por justiça de gênero e justiça reprodutiva.

Não se pode, porém, acreditar que não existam contradições nessa relação. O pensamento feminista teve como uma de suas grandes contribuições situar os sujeitos de forma corporificada no debate político, mostrando que o corpo é atravessado por relações de poder e atribuindo dimensão política ao que se passa no e com o corpo, como é o caso da reprodução e da sexualidade. Nesse processo, a forma como as mulheres vivenciam a gestação, o parto e a maternidade passam a ser problematizados a partir dos significados sociais, dos constrangimentos e dos dispositivos de regulação dos corpos, para além da dimensão biológica (Scavone, 2001). A denúncia da maternidade compulsória e das implicações da ausência de autonomia sobre a vida reprodutiva foram pontos sempre presentes nas mais diversas formas de ativismo em prol da igualdade de gênero (Biroli, 2018).

Em pesquisa etnográfica realizada em Buenos Aires, observando a relação entre grupos de ativistas pelo parto humanizado e movimentos feministas na Argentina, a antropóloga Celeste Jerez (2023) apresenta as ressalvas de parte do feminismo argentino com relação ao que percebiam como uma exaltação e defesa da maternidade por parte das ativistas do parto humanizado nos Encontros Regionais de Mulheres. Nesses encontros, durante a década de 2010, a reivindicação por direitos no parto aparecia como um tema embaraçoso, visto que uma das principais questões dos movimentos feministas era a demanda por uma lei que garantisse o direito ao aborto no país.

Outras pesquisas antropológicas já vinham atentando para o emprego de noções essencializantes como “instinto maternal”, “maternidade natural”, e a própria noção de que “mulheres sabem parir e bebês sabem nascer” por parte do movimento em prol da humanização do parto e do nascimento como um ponto de afastamento desse movimento e do

ideal feminista (Tornquist, 2002; Carneiro, 2014). Na pesquisa de Jerez (2023), o encontro entre esses dois movimentos se dá de forma marcante a partir da nomeação dos abusos e violações ocorridos na gestação e no parto dentro da categoria de “violência obstétrica”, da politização dessa violência enquanto violência de gênero, e da demanda pela construção de uma agenda pública estatal para combatê-la. Esse novo enquadramento, portanto, permitiu identificar a luta em prol do parto respeitoso como um *continuum* do que vinha sendo politizado pelo movimento feminista nas últimas décadas e facilitou o diálogo entre ativistas do parto e feministas.

1.7 Considerações finais do capítulo

Iniciei este capítulo com uma breve discussão sobre a crítica feminista ao público e privado, que é importante nas disputas em torno dos sentidos da maternidade e da reprodução. Nele, tratei de maneira específica da medicalização e da construção da autoridade médica, situando esses fenômenos historicamente e entendendo que a consolidação do poder médico contou com o apoio do Estado, visando interesses políticos de controle social e populacional. Utilizei como fundamento teórico a governança reprodutiva e discuti a implementação de tecnologias médicas no ciclo gravídico-puerperal, a despersonalização das mulheres atendidas por meio dessas tecnologias mas, ao mesmo tempo, a valorização desse instrumental tido como símbolo de assistência moderna e segura. O acesso a essas tecnologias mostra-se um indicador significativo das desigualdades existentes no alcance a um cuidado de qualidade por diferentes mulheres e mobiliza demandas, como é o caso do direito à cesariana eletiva, que aparece nos últimos anos como demanda no espaço legislativo dentro de um enquadramento liberal de consumo.

Desde seu início, a formação obstétrica constituiu-se enquanto prática preparatória para um exercício profissional baseado na intervenção e no controle. Até os dias de hoje os cursos de medicina, ao priorizarem a formação técnica a despeito do aspecto do cuidado, contribuem para que os estudantes internalizem a ideia de que mais intervenção equivale a uma assistência de maior qualidade. Nesse cenário, as hierarquias reprodutivas aparecem como forma de determinar as fronteiras entre os corpos que, na visão dos profissionais, podem, ou mesmo precisam, receber uma assistência mais impositiva e vigilante.

A figura da doula, despontando nos últimos anos como personagem importante no Movimento pela Humanização do Parto, contribuiu para disseminação de uma visão de cuidado de qualidade que envolve a escuta ativa, o apoio emocional, a companhia qualificada

e tudo aquilo que essas profissionais chamam de “tecnologias leves” na hora do trabalho de parto, contrapondo-se ao paradigma tecnocrático e priorizando aquilo que a formação obstétrica trata como secundário.

Nos próximos capítulos apresento o surgimento do Movimento pela Humanização do Parto no Brasil, mostro como o trabalho das doulas e educadoras perinatais ganha força nesse cenário de contestação da lógica hospitalar e medicalizante, e como as novas perspectivas sobre gestação e parto cultivadas nesse momento chegam ao Estado, influenciando políticas públicas de atenção à saúde. Além disso, discuto a emergência do conceito de “violência obstétrica” e as diferentes narrativas mobilizadas por médicos e ativistas do parto nos últimos anos.

Analiso também a forma como, durante o governo Jair Bolsonaro (2019-2022), importantes atores da classe médica passaram a atuar dentro da estrutura do Poder Executivo para representar seus interesses no apagamento da discussão pública sobre a violência obstétrica, de forma a garantir a manutenção do poder e da autoridade médica dentro dos hospitais. Discuto a oposição ao movimento pela humanização através das possibilidades oferecidas pela perspectiva teórica do backlash e o conceito de contramovimento, e defendo que a contramobilização da classe médica se dá através da construção de um enquadramento discursivo de despolitização da agenda em prol do parto respeitoso, principalmente por meio da recusa à noção de violência obstétrica.

CAPÍTULO II - A politização da gestação e do parto: O que está em disputa?

Por meio deste capítulo pretendo apresentar o panorama atual do confronto político em torno do parto e nascimento no Brasil, localizando seus principais atores e os diferentes sentidos atribuídos ao processo reprodutivo e ao parto a partir das demandas pretendidas por esses agentes. Além disso, mostro como essa disputa, que acontece principalmente no campo do enquadramento discursivo, chega ao Poder Executivo brasileiro e impacta políticas públicas e programas governamentais voltados à assistência a mulheres e outras pessoas que gestam. De maneira mais ampla, discuto como o debate sobre humanização do parto e o papel do Estado no combate a violência obstétrica podem ser estudados a partir de suas implicações na dicotomia público-privado, e como a politização da qualidade da atenção obstétrica se encontra dentro de uma dinâmica maior de exposição do caráter político do que se passa nos espaços privados, sintetizada pelo lema feminista “o pessoal é político”.

Considerando o objetivo principal desta dissertação, que é analisar como a classe médica enquadrou o discurso sobre a violência obstétrica no Brasil de forma a dificultar a construção de uma agenda pública de combate a esse tipo de violência, esse capítulo tem como proposta a consolidação do argumento de que o Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento, ao questionar a qualidade da assistência obstétrica e objetificação das mulheres como instrumentos de saber da medicina, traz para a discussão pública um aspecto importante da intimidade ao mesmo tempo que expõe o caráter político das violações e abusos que se passam em hospitais e maternidades, justificados pela estrutura totalizadora do saber médico que significa suas práticas em termos de modernização, eficiência e gerenciamento de riscos.

Portanto, ênfase desde já que a disputa sobre o parto é uma disputa pelo Estado, que vêm sendo feita a partir de perspectivas antagônicas e que representam enquadramentos diferentes dentro da dinâmica moderna de proteção da esfera privada. Essa disputa tem como principais atores o Movimento pela Humanização do Parto, que objetiva a regulação do Estado, e os conselhos de medicina, que têm atuado para deslegitimar e, no limite, silenciar a discussão sobre violência obstétrica.

O capítulo está organizado em cinco tópicos, seguidos das considerações finais. No primeiro, apresento brevemente a trajetória do Movimento pela Humanização do Parto no Brasil e o diálogo desse movimento com o Estado. O contexto de oportunidade política propiciado pela redemocratização permitiu que muitos movimentos sociais adotassem uma estratégia menos combativa e mais dialógica com o poder público. Esse período viu florescer, então, políticas públicas construídas em parceria com ativistas em prol do parto humanizado,

voltadas à adaptação da assistência ao parto a um modelo de cuidado menos interventivo e mais garantidor de autonomia à mulher parturiente.

No segundo tópico apresento o caso emblemático da Rede Cegonha, programa construído durante o primeiro governo Dilma Rousseff e voltado ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada ao ciclo gravídico-puerperal. Discuto as contradições do programa naquele período, a ressalva de parte do movimento feminista ao viés essencializador do papel da maternidade no ciclo reprodutivo feminino e o apagamento das mulheres por meio da imagem da cegonha como símbolo do programa. Ao mesmo tempo, defendo que o programa foi uma resposta a demandas de usuárias do sistema de saúde e fez parte de uma iniciativa importante de redução das taxas de morbimortalidade materna no Brasil.

No terceiro tópico discuto a emergência do conceito de violência obstétrica e a mobilização desse termo pelo Movimento pelo Parto Humanizado nos últimos anos. Defendo que esse conceito conferiu nova roupagem ao ativismo em prol do parto respeitoso, enquadrando as diversas formas de violações, negligências ou abusos cometidos pela equipe de saúde na atenção obstétrica como violações aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres e, dessa forma, exigindo a responsabilização do Estado pelo reconhecimento e combate a essa forma de violência.

Assim, a emergência da categoria de violência obstétrica aparece de forma decisiva na forma como o ativismo em prol do parto respeitoso subverte as fronteiras entre o domínio público e o domínio privado da vida, ao politizar as formas pelas quais as mulheres são manipuladas, controladas e, por vezes, violadas em nome do saber e autoridade médicos durante o ciclo gravídico puerperal. Esse embaralhamento das fronteiras público e privado é objeto do quarto subtópico, onde discuto a estratégia do Movimento pela Humanização do Parto como herança do movimento feminista, que foi pioneiro em mostrar como o isolamento da esfera privada contribui para a manutenção de violências fundadas no patriarcado, no racismo e em outras formas históricas de dominação social.

Reagindo a essa politização e ao consequente questionamento da hierarquia que posiciona o saber e a decisão médica acima da vontade da mulher gestante, parte importante da classe médica passa a se organizar no intuito de desacreditar a ideia de que possa existir um tipo de violência praticada por esses profissionais. No tópico de número cinco, discuto como passam a se construir narrativas concorrentes sobre a violência nos hospitais e maternidades. De um lado, as mulheres apontam que a própria construção do saber é violenta e invisibiliza os abusos praticados de maneira protocolar. De outro, os médicos se percebem

como vítimas em um contexto hostil e difícil, onde sua autoridade é cada vez mais desafiada e sua liberdade profissional encontra-se cerceada.

2.1 Novas perspectivas sobre gestação e parto

A consolidação do modelo obstétrico tecnocrático de que falei no capítulo anterior, apesar de seu amplo sucesso como paradigma de assistência, não se deu sem resistências e críticas. Já nos anos 1950, a ideia de que o parto poderia ser vivenciado de forma agradável e sem dor era propagada pelo médico francês Fernand Lamaze, que desenvolveu um método de preparação para o parto baseado no padrão de assistência em maternidades soviéticas. Essas maternidades se utilizavam de hipnose em encontros de preparação para o parto e a ideia era que, por meio dessa técnica, a mulher seria capaz de controlar as emoções durante o trabalho de parto e dominar a dor, podendo até mesmo substituí-la por uma sensação de prazer (Ayres et al., 2019).

Também em caráter de contestação ao paradigma tecnocrático, nos anos 1980, uma educadora perinatal inglesa chamada Janet Balaskas iniciou um movimento em prol do parto ativo no país. Suas ideias se espalharam e ganharam força para além da Inglaterra e, na década de 1990, Balaskas publica um livro em que instrui as mulheres gestantes a como entrarem em sincronia com seu próprio corpo ao parir, conectando-se com seus instintos, e podendo então experienciar esse momento como protagonistas, e não mais como personagens secundárias em seus próprios partos (Ferreira, 2019).

Esses discursos chegam ao Brasil por volta dos anos 1980 e, por seu caráter subversivo e contrário à visão negativa sobre a experiência do parto, ganham força entre casais de camadas médias urbanas, afeitos ao movimento hippie e a novas ideologias do ecológico e da contracultura (Carneiro, 2011). Visões alternativas sobre a gestação e o parto, sobre o uso de tecnologias médicas e até mesmo sobre a relação médico-paciente começam a encontrar um terreno produtivo nesse contexto, considerando, principalmente, o processo de abertura democrática vivido a partir de 1985, após 21 anos de ditadura militar no país.

Vale apontar que em 1984 ocorre a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no contexto da reforma sanitária brasileira. Nesse período, o movimento sanitarista e o movimento feminista se uniram na pauta da saúde integral, ampliando a noção de saúde para englobar os impactos das condições de moradia, alimentação, renda, tempo de lazer e outros aspectos da vida no bem-estar das pessoas (Silveira et al., 2019). Até então, o enfoque da assistência à saúde para as mulheres brasileiras

era voltado quase exclusivamente para a atenção materno-infantil, reduzindo as necessidades das mulheres ao aspecto reprodutivo.

A elaboração do PAISM contou com sanitaristas, pesquisadores, membros de movimentos feministas, além de representantes do Ministério da Saúde. O Programa pretendia englobar os diversos momentos do ciclo de vida das mulheres e abranger também o planejamento familiar e a anticoncepção do ponto de vista do princípio da integralidade. No entanto, justamente por surgir em um contexto delicado, os anos finais da ditadura militar brasileira, e contar com um programa de regulação de fecundidade, acabou sendo visto com suspeita por parte do movimento feminista e não recebeu apoio unânime desses grupos em um primeiro momento (Silveira et al., 2019).

Para os propósitos desta dissertação, enfatizo que o PAISM aparece em um período de mudanças no campo da saúde e de novas demandas políticas por parte de vários movimentos sociais de contestação, servindo-se do período de liberalização dos anos finais do militarismo. Dentro do movimento feminista, as discussões sobre saúde da mulher e o exercício livre da sexualidade estavam em alta e apareciam diversas críticas aos dispositivos de controle de corpos, inclusive ao poder médico (Carneiro, 2011). Com relação à gestação e ao parto, os movimentos sanitarista e feminista foram grandes responsáveis por questionar o uso crescente de tecnologias, o excesso de intervenções e as altas taxas de cesáreas no país, propondo reflexões sobre o tema naquele momento (Santos et. al, 2022; Teixeirense, Santos, 2018).

Em 1986, o PAISM foi incorporado pelo Ministério da Saúde. Nesse mesmo ano acontecia a oitava edição da Conferência Nacional de Saúde, onde começava a tomar corpo o projeto do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta do PAISM se voltava para a integralidade biopsicossocial da mulher, incluindo saúde mental, vida sexual e reprodutiva como aspectos da cidadania das mulheres (Carneiro, 2011). O programa também trazia a novidade do incentivo ao parto via vaginal, por meio de pagamento da anestesia, e também previa a ampliação do escopo de atuação da enfermagem obstétrica, aderindo a um ideal menos interventivo e patologizante do ciclo gravídico-puerperal. Também no ano de 1986, acontecia a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, onde enfatizavam-se os questionamentos acerca do atendimento médico, do acesso à saúde integral, mas também das necessidades abrangentes das mulheres, para além da sexualidade limitada à reprodução (Caldwell, 2017).

No cenário internacional, os anos 1990 foram palco de uma Agenda Global de Gênero, com os acontecimentos da Conferência de Cairo, em 1994, e a Conferência de Pequim, em 1995, que aproximaram em nível transnacional o feminismo da temática do parto e da

violência institucional (Carneiro, 2011). Esse período é marcado pela relativa consolidação de princípios normativos sobre equidade de gênero, participação e direitos das mulheres dentro de um ideal desenvolvimentista, como consequência de uma agregação delicada entre as demandas feministas por justiça social a leitura neoliberal dessas demandas na demarcação tecnocrática do capital e da inclusão no mercado (Alvarez, 2014).

Assim, nesse contexto de oportunidade internacional e nacional, o final dos anos 1990 e início dos anos 2000 assiste a dois aspectos distintos de mobilizações voltadas à atenção ao parto e nascimento. Por um lado, o Movimento pela Humanização do Parto ganha forma e consegue maior visibilidade para suas demandas, favorecido pela receptividade de algumas camadas sociais para uma abordagem menos medicalizante da reprodução. Em 1993, a Carta de Campinas⁶ marca o início da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) - organização formada por médicos dissidentes, feministas e mulheres engajadas no ativismo pela humanização - e simboliza a consolidação desse movimento social em prol da humanização do parto no Brasil. As ações da ReHuNa se dão voltadas às mudanças na assistência via SUS, buscando incidir em políticas públicas e abordando também uma crítica à própria formação obstétrica e ao abuso de tecnologias médicas.

A influência do feminismo foi central na forma como os direitos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal foram enquadrados como uma questão de direitos humanos. O parto passa a ser defendido enquanto experiência humana protagonizada pela mulher, e de importância familiar, e não como um evento médico-cirúrgico vivenciado pela lógica tecnocrática do risco (Diniz, 2005).

Por outro lado, algumas mulheres, desta vez denominando-se “usuárias” ou “clientes” do sistema de saúde privado no país, começam uma mobilização por se sentirem insatisfeitas com o serviço oferecido. Essas mulheres organizavam-se ao redor da demanda pela autodeterminação em seus partos, questionando a obrigatoriedade de procedimentos e práticas obstétricas recorrentes. Na etnografia realizada por Rosamaria Carneiro (2011), muitas dessas mulheres não se consideravam feministas e, quando questionadas, não relacionavam suas demandas por um parto humanizado ao feminismo. Carneiro (2011), porém, aponta que, apesar de se desvincular do feminismo, o ativismo desse grupo as torna herdeiras das críticas das feministas que as antecederam: a reflexão sobre as práticas de atenção ao parto só são possíveis nos anos 2000 porque os feminismos dos anos 1980 pautaram a questão dos direitos

⁶ Para ter acesso à carta fundadora da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, acessar: <<http://ongamigasdoparto.blogspot.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html>>.

sexuais e reprodutivos, da qualidade da assistência e, em especial, da integralidade da saúde das mulheres.

A despeito da polissemia presente no movimento pela humanização do parto, é possível dizer que um dos sentidos atribuídos à humanização é justamente o de buscar trazer atenção para a autodeterminação da pessoa gestante sobre sua gestação, trabalho de parto e puerpério. O movimento pela humanização do parto propõe um novo paradigma na atenção obstétrica que, diferente do que tem sido a norma, traga o foco para as relações humanas, o protagonismo e a satisfação da mulher gestante (Diniz, 2005). Como contraponto à sua visão colonial, esse movimento tem o parto como experiência humana centrada na mulher (Pimentel et al., 2014). O próprio termo “humanização” desponta nesse cenário para denunciar as relações de desigualdade por trás dos protocolos de cuidado que se baseiam em um corpo fragmentado, objetificado (Diniz, Mattar, 2012).

Em meio a essa conjuntura de significados plurais agrupados sob o significante da humanização, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 985 de 1999, autorizando o funcionamento de Centros de Parto Normal pelo SUS. Em seguida, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi implementado nos anos 2000, como parte de um esforço maior por parte do Estado brasileiro de se aproximar de práticas tidas como “humanizadas” na atenção à saúde como um todo. Também nos anos 2000 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (2000-2002) entrou em vigor tendo por estratégia o mapeamento de ações possíveis para melhorar a relação entre usuários e profissionais de saúde. No ano de 2004 o Ministério da Saúde reformulou o plano de humanização da assistência com o lançamento do HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização. A ideia era que a humanização fosse entendida não apenas como um programa, mas como uma dimensão fundamental da assistência em saúde que atravessasse todas as instâncias do sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2004).

Encaixando-se nessa busca por garantir uma assistência à saúde mais satisfatória, podemos citar também a Lei 11.108/2005, de autoria de uma deputada do Partido dos Trabalhadores, que ficou conhecida como “lei do acompanhante”. A partir desse dispositivo legal, ficou reconhecido o direito da mulher parturiente de ser acompanhada nas instalações do hospital por pessoa de sua escolha durante todo o trabalho de parto. No entanto, cabe mencionar que ainda hoje essa lei não é cumprida em todas as maternidades, e que o movimento pela humanização denuncia que, apesar da existência dessa garantia, muitas mulheres são obrigadas a passar pelo trabalho de parto sem o apoio de alguém do seu ciclo afetivo.

Nos últimos anos, os contornos do Movimento Pela Humanização do parto, para além da virada corporal, apontam para a busca de uma legitimação científica para suas demandas. As antropólogas Jane Russo e Marina Nucci (2020) mostram que o recurso à medicina baseada em evidências (MBE) faz parte dessa tentativa de questionamento informado, utilizando-se de pesquisas, revisões sistemáticas e manuais técnicos. Outra característica desse movimento tem sido sua atuação política, demandando políticas públicas, buscando influenciar legislações sobre atenção reprodutiva e utilizando-se das redes sociais como espaço importante de debate e recrutamento militante.

Um aspecto significativo é que a crítica ao excesso do uso de tecnologias e à patologização da gestação e do parto por vezes aparecem como uma naturalização desses fenômenos, colocando o debate sobre humanização do parto dentro do enquadramento natureza *versus* cultura e contribuindo para uma visão essencialista do corpo feminino e do potencial de parir como algo intrínseco às mulheres. Nesse sentido, posições mais críticas chegaram a pontuar que o próprio termo “humanização” acaba por levar a uma ideia de ser humano descolado do processo civilizatório da história e da cultura (Tornquist, 2002).

Esse quadro complexo do Movimento pela Humanização aparece como forma de embaralhar a estrutura de poder e controle disposta pelo conhecimento e prática biomédicos, colocando-se, então, como forma de resistência no cenário de governança reprodutiva delineado a partir do século XIX. Tendo isso em vista, insisto que, desde seu início, parte importante do Movimento pela Humanização do Parto buscou construir um diálogo com órgãos públicos e agências estatais no intuito de incidir na atenção ao parto e, de maneira mais ampla, efetivar a humanização enquanto política pública. Tornquist (2002) argumenta que essa atuação em parceria com o Estado marcou a trajetória do movimento feminista assim como de movimentos ligados à saúde coletiva desde a redemocratização, afastando-se da tendência de outros movimentos que se relacionam com o Estado de forma mais combativa.

Em 2006, uma das organizações da sociedade civil engajadas na humanização do parto, a rede Parto do Princípio, protagonizou uma ação civil pública no Ministério Público de São Paulo denunciando o alto número de cirurgias cesarianas no sistema de saúde suplementar. A rede organizou um dossiê contendo propostas para lidar com a “epidemia de cesarianas” e a ação teve como consequência a criação do Programa Parto Adequado, com a posterior exigência da oferta de enfermeiras obstétricas e obstetristas nos planos de saúde (Fernandes, 2020).

2.2 O caso da Rede Cegonha

Igualmente impulsionada pelo ativismo em prol de mudanças na assistência às mulheres parturientes, a Rede Cegonha foi um programa construído com o objetivo de assegurar o planejamento reprodutivo e a atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério (Russo; Nucci, 2020). Instaurado em 2011, esse programa foi criado com o objetivo de reduzir danos iatrogênicos no parto, como a prematuridade infantil, a mortalidade materna e as lesões físicas, e traumas emocionais resultantes do uso excessivo de intervenções médicas na gestação e parto. Como reflexo da mobilização de membros de movimentos pela humanização do parto e nascimento, a Rede Cegonha tinha como uma de suas principais estratégias a prioridade em cuidados de baixa intervenção, o investimento na sensibilização dos profissionais, e a prioridade do parto via vaginal sempre que possível, em concordância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (Williamson, 2021).

Vale pontuar que a Rede Cegonha foi lançada durante o governo da presidente Dilma Rousseff, a primeira, e até o momento única, mulher a ocupar o cargo de chefe de Estado no Brasil. Em estudo sobre a carreira política dessa presidente, os cientistas políticos Pedro Santos e Farida Jalalzai (2021) mostram que Rousseff, além de expandir muitas políticas que beneficiavam as mulheres brasileiras, foi responsável pelo enquadramento de gênero em políticas públicas que tinham uma abordagem mais genérica. Desde sua campanha presidencial, o gênero foi um fator central na corrida pelo cargo no Poder Executivo e na execução da função de Rousseff como governante. A presença de uma mulher em um espaço historicamente masculino também provocou uma reação misógina, e as próprias críticas a sua gestão carregavam um viés punitivo ligado ao reforço das normas de gênero, além do próprio processo de impeachment imposto a ela de uma maneira particularmente violenta por ser uma mulher (Santos; Jalalzai, 2021).

Em pesquisa sobre formas de ativismo no interior do Estado, a cientista política Rebecca Abers (2021) mostra que a maioria dos funcionários da equipe que administrava a Rede Cegonha dentro do Ministério da Saúde possuía vínculos contratuais fracos com o governo, mas era ativa em movimentos sociais antes de trabalhar no órgão. Essa afirmação confirma a tendência dos movimentos de humanização, desde a redemocratização, de buscar trabalhar com o Estado, o que passou a ser um fator ainda mais marcante nos governos petistas não só para esse movimento, mas também para outros movimentos sociais de esquerda no cenário político brasileiro (Avritzer, 2008).

O debate sobre participação política entende que a década de 1990 é palco de uma “nova” sociedade civil: os atores políticos e movimentos sociais que emergem pós Ditadura

Militar constroem um novo projeto de democracia e, portanto, um ideal renovado do que significa a cidadania naquele contexto (Lavalle, 2003). Os governos petistas, ao adotarem uma orientação participativa (Avritzer, 2016), deram visibilidade a questões até então secundarizadas no debate público, como raça e gênero, institucionalizando canais de participação social e abrindo espaço na estrutura do Estado para alguns setores dos movimentos sociais emergentes (Dagnino, 2018).

Por outro lado, pesquisadores observaram que a aliança entre os movimentos sociais incluídos na participação institucional e o Estado exigiu como barganha uma certa perda de autonomia por parte dos movimentos, que diminuíram a pressão sobre o governo e ficaram à mercê dos interesses e dos projetos do governo (Avritzer, 2016; Dagnino, 2018). No caso da Rede Cegonha, os funcionários da Atenção Primária ligados à implementação da política e conectados ao ativismo pelo parto respeitoso enfrentaram resistências vindas de dentro da burocracia estatal, que já era marcada por uma coalizão de forças conservadoras ligadas a movimentos pró-vida e que, principalmente a partir de 2015, com a troca da chefia do Ministério da Saúde, teve que lidar com a diminuição de financiamento para a área da saúde da mulher (Abbers, 2021).

Ao mesmo tempo, os funcionários do programa enfrentaram também resistência fora do governo: membros de movimentos feministas viam com desconfiança o fato de que esse programa, ligado à maternidade, seria a principal iniciativa do governo Dilma Rousseff para a saúde da mulher a despeito de uma abordagem mais integral e menos essencialista das necessidades das mulheres nessa área (Abers, 2021). Esse tipo de conflito mostra que a disputa pelo Estado não se apresenta numa dicotomia simples de progressistas *versus* conservadores, por exemplo. Mas que, mesmo no caso de um mesmo campo movimentalista, existem divergências internas que impactam as prioridades e as estratégias dos grupos. O posicionamento da Rede Feminista de Saúde, por exemplo, expressou suas ressalvas ao programa por entender que ele se afastava de demandas importantes para as mulheres, como o debate sobre a liberdade de escolha e a legalização do aborto no país. Outra crítica foi à escolha da figura da cegonha, e não da mulher, como fachada da política pública, o que contribuiu para a desumanização da gestação e do parto e a ideia da mulher gestante como apenas uma incubadora ou receptáculo (Carneiro, 2013).

Apesar da relevância dessas críticas, é importante ter em mente que a instauração da Rede Cegonha fez parte de um investimento na área da saúde que buscava combater falhas na assistência percebidas e questionadas pelas usuárias, como destacado anteriormente. Além disso, a adoção de políticas ligadas à humanização como um todo relacionou-se com a

preocupação acerca das taxas de morbimortalidade materna, extremamente altas no país à época (Barreto, 2013). O debate ao redor da Rede Cegonha acentuou a importância de considerar a interseccionalidade na formulação das políticas públicas, enquanto muitas feministas engajadas em movimentos urbanos questionavam o viés possivelmente maternalista da proposta, os problemas endereçados pela Rede Cegonha tinham como objetivo melhorar a qualidade e o acesso à saúde de muitas mulheres, principalmente em áreas rurais, que sofriam com a falta de assistência adequada (Santos, Jalalzai, 2021).

No ano anterior ao estabelecimento da Rede Cegonha, a publicação da pesquisa *Mulheres Brasileiras nos Espaços Público e Privado*, realizada pela Fundação Perseu Abramo em conjunto com pesquisadores da USP (Venturi, Godinho, 2010), mostrava que 25% das mulheres brasileiras entendiam ter passado por algum tipo de violência durante seus partos em hospitais públicos ou privados (Sena, 2016). A compreensão de que alguns atos praticados pela equipe de saúde são violentos e o reconhecimento, pelas próprias mulheres, de seu lugar como vítimas de uma violência específica durante o ciclo gravídico-puerperal começava a ganhar força. Denúncia e reivindicações impulsionaram, então, um olhar mais atento ao que se passava dentro dos hospitais durante a assistência à gestação e ao parto, mobilizando novas pesquisas para complementar os achados da Fundação Perseu Abramo e favorecendo ações que visavam uma transformação mais profunda no atendimento obstétrico, com projetos de lei e políticas públicas e até mesmo propostas de mudanças nos currículos das faculdades de medicina.

2.3 A emergência do conceito de “violência obstétrica”

A partir de entrevistas com doulas em Brasília, a antropóloga Giovana Tempesta explica que a crítica do Movimento pela Humanização do Parto a alguns dos procedimentos e condutas médicas praticados regularmente na atenção obstétrica não devem ser vistos simplesmente como uma recusa de intervenções e uma busca por um parto mais “natural”. Na realidade, trata-se da problematização de práticas médicas invasivas e/ou desnecessárias que carecem de indicação clínica e que, em muitos dos casos, são feitas sem que a vontade da mulher parturiente seja ouvida e respeitada (Tempesta, 2018). Assim, o ativismo em prol do parto humanizado, para além de apontar a falta de “humanização” na assistência, passa também a denunciar a existência de um aspecto intrinsecamente violento em como se dá a atenção obstétrica (França, 2020).

O conceito de “violência obstétrica” desponta, então, como uma forma de dar sentido ao sofrimento vivenciado por muitas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal (Abdala, 2021). Ao relacionar esse sofrimento a condutas desatualizadas, autoritárias e abusivas, ou negligentes por parte de profissionais da medicina, o uso desse termo aparece como estratégia para reivindicar o reconhecimento social de que, do modo como o saber médico se constrói e opera (Martin, 2006; Van Der Wall et al., 2021), a violência tem sido parte central da atenção ao parto e nascimento (Sena, 2016; Pulhez, 2013; Palharini, 2017; Ferreira, 2019). Assim, ao criticar frontalmente o entendimento medicalizante e a assistência impositiva e por vezes degradante sobre gravidez e parto, as ativistas contra a violência obstétrica estão disputando os sentidos de violência e de quem se espera que “sejam suas vítimas e seus perpetradores” (Pulhez, 2013, p. 557).

De acordo com a antropologia da violência, a figura da vítima na contemporaneidade associa-se ao reconhecimento social do sofrimento e a maneira como diversas violações ganham inteligibilidade em um cenário de demandas por enfrentamento e reparação. A categoria social de “vítima” confere, então, legitimidade moral às pautas de determinados grupos de pessoas construídas como tal, mas exige a tradução dos sentimentos expressos nos códigos sociais assumidos e reconhecidos pelos agentes naquele determinado contexto (Mauss, 1979). Dessa forma, a antropóloga Cynthia Sarti (2011) enfatiza que não se pode partir de um pressuposto do que constitui a violência. Pelo contrário, essa noção depende da gramática social e política que qualifica ou não um ato como violência, e um ator como agressor.

Cabe ressaltar que a América Latina foi o berço do termo “violência obstétrica”, e a Venezuela o primeiro país a tipificar essa categoria em sua legislação por meio de lei orgânica aprovada em 2007. Nessa lei, o conceito de violência obstétrica abrange o tratamento desumanizante, o abuso da medicalização e a patologização dos processos naturais do corpo da mulher parturiente, o que por sua vez resulta na perda da autonomia e da capacidade de decidir de forma livre sobre seu corpo e sua sexualidade⁷. Posteriormente, Argentina e México também tipificaram a violência obstétrica como um delito em suas legislações.

No ano de 2012, a organização Parto do Princípio, um rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro e ativistas pela maternidade ativa, apresentou ao Congresso Nacional um dossiê denominado “Violência obstétrica: parirás com dor”⁸ no contexto de uma

⁷ VENEZUELA, Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, artículo 15.

⁸ O documento pode ser acessado em:

<<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>.

investigação conduzida pela Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) sobre a violência contra a mulher no Brasil. O documento reúne informações, dados e relatos sobre diversas formas de violência praticadas por profissionais de saúde em maternidades e hospitais durante o ciclo gravídico-puerperal, e foi recebido e citado posteriormente no relatório final da CPMI⁹.

A partir de 2012, o termo “violência obstétrica” começa a se popularizar e é possível perceber um crescimento significativo na circulação de matérias sobre o tema de forma impressa e virtual (Ferreira, 2019). Em 2013, o primeiro filme documentário da série *O Renascimento do Parto* é lançado no Brasil. Retratando o cenário obstétrico contemporâneo, o filme versa sobre as consequências das altas taxas de cesariana, o caráter mecanizado e despersonalizante do modelo obstétrico e a importância da humanização dos partos e nascimentos para as mulheres e famílias. Em 2015 é publicado o documentário *Parir é Natural*, abordando a hipermedicalização do parto vaginal e o recurso exagerado às cirurgias cesarianas. No mesmo ano, um documentário chamado *A dor reprimida*, traz como foco a violência obstétrica entre as mulheres negras brasileiras, mostrando os impactos do racismo nesse tipo de violência. Esses são apenas alguns exemplos da forma como esse debate ganha espaço, e de como as ativistas utilizam-se de estratégias de comunicação para trazer visibilidade à demanda do parto humanizado.

Com a emergência da categoria de violência obstétrica no debate público, o movimento pela humanização passa a reivindicar não só a mudança na assistência, mas também o reconhecimento das mulheres gestantes como vítimas de uma violência praticada pelos profissionais da saúde e que ultrapassa os limites do íntimo e do privado (Pulhez, 2013). O uso dessa categoria produz as mulheres como vítimas, mas, como em outros processos de construção de identidade coletiva contemporâneos, o ativismo de mulheres, ao utilizar-se desse termo como uma forma de tradução de suas demandas em valores públicos (Siegel, 2004), pretende retirar as mulheres gestantes do lugar de passividade e organizá-las ao redor da causa da humanização (Barandela, 2023). Dentro dessa estratégia, o enquadramento da violência obstétrica como um problema de direitos humanos é um exemplo interessante da forma como esse movimento tem tensionado os limites entre público, privado e privacidade, mostrando que a não superação da dicotomia público/privado ainda acarreta dificuldades para o alcance dos direitos das mulheres.

⁹ Comissão de 2013. Composição: Presidente: Deputada Federal Jô Moraes (PCdoB/MG); Vice- Presidente: Deputada Federal Keiko Ota (PSB/SP); Relatora: Senadora Ana Rita (PT/ES).

As demandas do ativismo de combate à violência obstétrica envolvem a construção de uma agenda pública de enfrentamento, exigindo legislações que tipifiquem essa forma de violência e também conscientizando mulheres puérperas a judicializar, quando for o caso, buscando trazer atenção para o problema (França, 2020) e, de certa forma, encarar a questão da impunidade que existe com relação aos médicos e demais profissionais de saúde, visto que essa impunidade é uma forma de incentivo à continuação das práticas que ferem os direitos das mulheres (Ferreira, 2019). Esse ativismo traduz-se em um espaço de manifestação política para essas mulheres (Tempesta, 2018) cobrarem do Estado responsabilização e respostas. Ao mobilizar a categoria ‘violência obstétrica’, o movimento pela humanização traz para o espaço público um sofrimento vivido em um espaço da vida tido como privado, e demanda que esse problema seja visto como um problema político.

Em sua tese de doutorado, a pesquisadora Maíra S. Ferreira (2019) faz uma análise sociológica da violência obstétrica no contexto brasileiro na tentativa de contribuir com a construção conceitual do termo. A hipótese norteadora de sua pesquisa foi a compreensão desse tipo de violência enquanto um ato misógino de função punitiva, resultado do processo histórico de negação da sexualidade e autonomia das mulheres.

Ao mesmo tempo, a violência obstétrica aparece diretamente ligada ao tema da mortalidade materna, tendo em vista que grande parte dos casos de mortalidade materna são resultado da má assistência e, portanto, são evitáveis. De acordo com Ferreira (2019), a criminalização do aborto, assim como a burocracia encontrada para exercer o direito de abortar mesmo nos casos permitidos em lei, pode ser entendida como uma das formas pelas quais a violência obstétrica faz vítimas na América Latina, onde predominam altos índices de mortalidade materna e neonatal (Diniz et al., 2015).

Importante destacar também o caráter de violência de gênero presente nesse tipo de violência (Sánchez, 2015), por meio da tolerância social à manipulação do corpo feminino, com ou sem sua anuência, não apenas nas situações de parturição ou abortamento, mas justificando-se com o uso dos mais diversos discursos para reprimir a autonomia das mulheres (Ferreira, 2019). Tomando como referência o debate sobre biopoder e biopolítica, é possível perceber que a utilização de procedimentos sem evidências científicas e, muitas vezes, causadores de sofrimento e constrangimento (Sena, 2016) se ancoram na manutenção da ordem de um Estado patriarcal que autoriza a violação, mutilação e abuso na assistência à saúde sexual e reprodutiva nos hospitais públicos, assim como define quais corpos serão anestesiados e cortados nos hospitais particulares (Ferreira, 2019).

Ao entender a violência obstétrica como uma forma de punição ou disciplinamento é preciso ter em mente, portanto, que essa violência é exercida de forma diferenciada, a depender dos marcadores raciais e sociais, como também foi mencionado no capítulo anterior. Ao passo que, para as mulheres brancas, a violência obstétrica aparece como excesso de intervenções ou uma cesariana imposta de maneira desnecessária e contra a vontade da gestante, a pesquisa *Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento*, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) entre 2011 e 2012, mostrou que mulheres negras sofrem menos intervenções no parto do que as mulheres brancas¹⁰. Considerando o padrão intervencionista na atenção ao parto, isso quer dizer que em muitos casos essas mulheres são negligenciadas. Os dados da pesquisa apontam que as mulheres pretas recebem menos anestesia local durante o procedimento de episiotomia¹¹ do que as mulheres brancas e pardas, e que mulheres pretas e pardas passaram por um número menor de consultas no pré-natal do que as mulheres brancas.

É possível relacionar esses dados com os achados das cientistas sociais Hirsch e Mendonça (2020), que analisam a percepção de cuidado obstétrico entre camadas populares. Essas pesquisadoras mostram que muitas vezes ausência de intervenções é vista como um sinônimo de descaso, insensibilidade e mau atendimento, provocando uma reflexão sobre as particularidades da dimensão violenta da assistência obstétrica a depender da classe e, no caso da pesquisa da Fiocruz citada anteriormente, da raça da mulher gestante. Interpretação parecida foi constatada entre os próprios estudantes de medicina, que enxergam as propostas da humanização ligadas à desmedicalização como precariedade e retrocesso na atenção obstétrica, visto que prover tecnologias médicas equivaleria a um atendimento de maior qualidade (Hotimsky, Schraiber, 2005).

Assim, os sentidos da humanização vão sendo questionados, à medida que o acesso à tecnologias e a recursos pode traduzir uma experiência em algo “humanizado” (Diniz, 2005) e o respeito ao desenvolvimento mais natural do trabalho de parto pode ser tido como algo desumano e negligente (Hotimsky, Schraiber, 2005). Em pesquisa com doulas em Brasília, a antropóloga Giovana Tempesta (2018) mostrou que muitas delas passaram a preferir o termo “parto respeitoso” para se referir a um parto livre de violências e com respeito à autonomia da pessoa gestante. Essas doulas afirmam evitar o termo “humanizado” por entender que, nos últimos anos, a humanização se tornou um novo nicho de mercado, onde o parto satisfatório

¹⁰ Ver <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>.

¹¹ Corte cirúrgico feito no perineo com a justificativa de facilitar a saída do bebê durante o parto vaginal.

aparece como um produto possível apenas para as mulheres com condições financeiras de arcar com os altos custos de uma equipe que reivindica para si o título de “humanizada”.

Em resumo, apesar do ideário da humanização não ter sido recebido de forma pacífica, o termo em si não havia sido alvo direto de ataques por parte dos profissionais da saúde, pelo contrário, a humanização se tornou um nicho de mercado fértil ao passo que muitos profissionais da obstetrícia se dizem humanizados para valorizar economicamente seu serviço (Tempesta, 2018). Assim, é possível perceber que a reação médica às demandas da humanização não se converteu numa negação ao termo, ao contrário do que caracterizou o backlash ao uso da categoria de violência obstétrica pelas ativistas.

Enquanto o uso do termo “humanização” faz parte também de uma estratégia para tentar dialogar com os profissionais de saúde de maneira mais diplomática e menos acusatória (Diniz, 2005), o termo violência obstétrica tem causado grande incômodo em boa parte da classe médica. Esses profissionais têm se oposto à ideia de que possa existir algum tipo de “violência” praticada por médicos durante a assistência no ciclo gravídico-puerperal e, nos últimos anos, importantes órgãos de representação dessa categoria vêm se posicionando ativamente contra o uso do termo violência obstétrica em notas técnicas e documentos oficiais (França, 2020; Tempesta, França, 2021).

A escolha do movimento pelo termo “violência obstétrica” faz parte de uma estratégia política que vai muito além do questionamento de “deficiências” na assistência ou erros médicos. O que o ativismo objetiva, como apontado anteriormente, é enfatizar a violência característica de muitas das práticas normalizadas via protocolos institucionais no modelo hegemônico de assistência ao parto (Palharini, 2017). O ativismo em torno desse tema pretende enfatizar que a construção do conhecimento médico, por meio de exclusões e do afastamento das mulheres desse campo, contribuiu para a formação de paradigmas biomédicos que repercutem as desigualdades estruturais de gênero e que, até hoje, tem por consequência uma assistência ao parto impositiva e desumanizadora (Pimentel, 2014).

2.4 O Público e o Privado mobilizado desde o Movimento pela Humanização do Parto

Ao observar o Movimento pela Humanização do Parto, em seus mais diversos contornos, é possível perceber que a luta pela humanização é, ao mesmo tempo, sobre a qualidade da atenção à saúde - opondo-se ao paradigma tecnocrático desumanizador e prejudicial - e sobre a exclusão das mulheres como sujeitos da medicina - tomadas como objetos do saber médico e, como consequência, sujeitas às mais diversas formas de controle e

violência. Ao dar nome a violência percebida durante o ciclo gravídico-puerperal, o ativismo passa então a politizar o universo privado das mulheres e famílias, enquadrando essa violência e outros abusos como consequências do sistema patriarcal e da mesma estrutura responsável por anular o controle das mulheres sobre seus próprios corpos em outros eventos de suas vidas (Barandela, 2023).

Como demonstrado pelo movimento feminista nas temáticas da violência doméstica, do trabalho de cuidado, do estupro marital e outros temas, a garantia dos direitos das mulheres implica na exigência de certa interferência estatal na vida privada. Essa é uma discussão complexa que nos provoca a não abrir mão da privacidade enquanto valor mas, ao mesmo tempo, entender que a proteção irrestrita da esfera privada tem como consequência a manutenção de relações de poder desiguais e a invisibilização de violências decorrentes dessa balança de poder.

Uma contribuição importante da teoria e do ativismo feminista, nesse sentido, foi a mobilização de uma definição de autonomia afastada do ideal liberal de autossuficiência e individualismo, característica do liberalismo. Nas demandas feministas, entende-se o papel do Estado na garantia da autonomia plena dos sujeitos com a ressalva de que a interferência estatal não pode ser operada na chave da tutela, mas sim, tendo como horizonte a agência dos indivíduos e grupos na definição de seus projetos de vida, seus objetivos e desafios (Biroli, 2013; 2014)

Dessa forma, o movimento pela humanização do parto tensiona hoje os limites, ainda presentes, entre público, privado e privacidade, ao mobilizar a categoria de violência obstétrica e, principalmente, ao exigir a intervenção do Estado para combatê-la. Por outro lado, em muitos momentos as práticas das mulheres pertencentes ao movimento aproximam-se de uma privatização do processo gestacional e do parto, ao passo que implicam em uma série de novas responsabilizações para os núcleos familiares, que antes eram apenas receptores da assistência. A necessidade de se informar cada vez mais sobre as fases da gestação, do trabalho de parto e possíveis intercorrências, faz com que as famílias e, em especial, a mulher parturiente, assumam parte da responsabilidade que por muito tempo foi colocada como exclusiva dos médicos (Van Der Wall et al., 2021), mas que agora está sendo disputada.

Como demonstrado, o ativismo contra a violência obstétrica tem trabalhado no sentido de construir uma agenda pública de conscientização e combate à violência que ocorre no período gravídico-puerperal. A insistência das mulheres em conseguir uma lei nacional que trate da violência obstétrica, por exemplo, mostra que a indeterminação normativa (Segato,

2016) é uma forma de privatizar essa violência, contribuindo para sua invisibilização e permanência. No entanto, existe nesse debate um conflito de percepções: enquanto o ativismo pelo parto humanizado pretende enquadrar essa violência como uma violação de direitos humanos, atentando para o problema da patologização do parto e retirada da autonomia das mulheres, a categoria médica resiste em ser associada à imagem de profissionais capazes de praticar violência e, em alguma medida, insistem em manter seu lugar de tutela dos corpos das mulheres e, principalmente, dos fetos e bebês (França, 2020).

2.5 Disputas entre narrativas: a violência imposta aos médicos

Com a politização das diversas formas de violência vividas por mulheres durante a gestação e o parto e a popularização da demanda pelo parto humanizado como um direito das mulheres e demais pessoas com potencial de gestar, nota-se também uma mobilização por parte da categoria médica reagindo a essas demandas e à linguagem pelas quais elas aparecem no debate público. Desde 2014 o Ministério da Saúde passou a fazer uso do termo ‘violência obstétrica’ em seus documentos internos e de divulgação (Teixeira et al., 2021), adotando, em parte, a gramática utilizada pelo movimento de mulheres para significar o sofrimento vivenciado durante a gestação e o trabalho de parto (Pulhez, 2013; França, 2020; Abdala, 2021).

Boa parte da classe médica, porém, têm visto com preocupação a utilização do termo violência obstétrica, à medida que esse termo leva à interpretação de que existe algo de “violento” em suas práticas profissionais (Teixeira et al., 2021). Desde 2012, importantes órgãos de representação dessa categoria vêm se posicionando, por meio de pronunciamentos, documentos e recomendações, contra o que enxergam como uma contestação de aspectos que fazem parte de seu trabalho e de sua autoridade médica. No ano de 2018, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou o Parecer nº 32/2018¹², no qual afirma que a utilização do termo “violência obstétrica” é uma agressão aos médicos obstetras e ginecologistas, e que esse termo transfere a responsabilidade da falta de recursos e da ineficiência do acesso à saúde unicamente aos médicos e, portanto, deve ser abolido. Essa reação indica que parte importante do backlash acontece na forma de uma disputa de enquadramentos, onde o campo discursivo ganha destaque.

¹² Disponível em:

https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas&buscaEfetuada=true&tipoNormaP=P&normasUf=BR&>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2023

Pesquisas indicam que os médicos têm enxergado seus locais de trabalho como espaços hostis (Aguiar, D'oliveira, Schraiber, 2013). Com o aumento das denúncias das mulheres que se veem violadas ou negligenciadas durante sua gestação e parto, e a “crise de confiança” (ibid., 2013) da população nessa classe, os médicos se entendem cada vez mais vulneráveis ao exercer suas atividades profissionais, adotando uma forma de “medicina defensiva” que resulta no excesso de exames e em hipermedicalização (Sens, Stamm, 2019). Essa postura defensiva está relacionada inclusive ao alto número de cirurgias cesarianas no país, pelo fato dessa intervenção obstétrica simbolizar, para os profissionais, a modernização do trabalho do obstetra (Tesser et al., 2011; Chacham, 2012) e o domínio deles sobre o parto (Nakano et al., 2017), minimizando os riscos de permitir que o parto siga os ritmos instáveis do corpo da mulher (Martin, 2006).

Por meio de entrevistas sobre a percepção de médicos acerca do cenário de violência dentro de hospitais e maternidades, pesquisadores conseguiram demonstrar que os médicos admitem a prática de uma postura mais ríspida e impositiva como forma de garantir a “colaboração” das mulheres parturientes quando elas se mostram insubmissas à obediência esperada (Aguiar, D'oliveira, Schraiber, 2013; Teixeira et al., 2021). Grande parte dessas práticas não são tidas como violentas, mas como respostas ao contexto difícil (Sens, Stamm, 2019) e dramático (Becker et al., 2002) do serviço obstétrico.

Assim, a demanda das mulheres por maior autonomia e, principalmente, a recusa de procedimentos ou intervenções são interpretadas como uma afronta à hierarquia técnico-científica e uma provocação. Essas posturas, que destoam do lugar de dependência esperado, colocam as mulheres numa posição de “má paciente” e, portanto, gera consequências na dinâmica do serviço em saúde. De acordo com a pesquisa de Sens e Stamm (2019), apesar dos médicos afirmarem concordância com o discurso da autonomia e da importância das decisões serem tomadas em conjunto com as mulheres parturientes, o discurso desses profissionais também deixa claro que acreditam que a palavra final com relação ao plano de assistência, aos procedimentos e intervenções deve ser a do médico.

A falta de preocupação, ou mesmo a recusa, em informar a mulher sobre os riscos e benefícios de procedimentos, visando a formação de uma escolha esclarecida que possa ser respeitada pelos profissionais, confirma a tese de Wan Der Waal et al. (2021) de que a instituição obstétrica retira da mulher parturiente a chance de assumir a responsabilidade e, portanto, ignora a capacidade das mulheres de tomar decisões conscientes e responsáveis no que diz respeito aos seus corpos, sua saúde e os riscos que querem ou não assumir.

Outro ponto importante nesse sentido é que, ao mesmo tempo em que os profissionais sentem que seu ambiente de trabalho os expõem à violência, a construção social da violência nesses ambientes parte, majoritariamente, da compreensão da violência como algo físico. Sarti (2009) mostra que o tema da violência aparece na área da saúde como resultado do impacto dos movimentos sociais no campo jurídico. Isso quer dizer que, é a partir da construção da figura da ‘vítima’, juridicamente reconhecida e socialmente legitimada, que determinado ato passa a ser considerado violento. De acordo com a autora, “não é o ato em si que configura a violência, mas a definição prévia de quem é a vítima” (Sarti, 2009, p. 96).

A consequência desse sistema é a essencialização dos lugares de vítima e agressor, fazendo com que as camadas da violência de gênero que escapam ao imaginário geral de violência sexual ou violência doméstica não sejam percebidas e reconhecidas como violência. Se existe uma recusa por parte dos profissionais da saúde em se reconhecerem como potenciais agressores, e se o Direito se escusa em nomear como violência aquilo que as mulheres sofrem durante a gestação e o trabalho de parto, as condutas duvidosas executadas durante a assistência obstétrica ficam em um limbo a ser interpretado arbitrariamente pelos profissionais.

É importante não perder de vista que um dos desafios enfrentados pelo ativismo contra a violência obstétrica com incidência nas cortes judiciais é a ausência da tipificação jurídica desse tipo de violência em muitos estados do país. Muitos dos casos de violência obstétrica judicializados acabam sendo julgados através da categoria de erro médico, levando a uma compreensão equivocada dessa forma de violação (França, 2020). Nesses casos, a avaliação dos descuidos e falhas cometidos pelos médicos está na alçada desses mesmos profissionais, que são vistos como os únicos capazes de avaliar técnica e objetivamente seus pares. Cabe a uma junta médica decidir sobre a ocorrência ou não de negligência, imperícia ou imprudência, que configuraria o erro médico. Assim, uma das consequências da tipificação da violência obstétrica seria retirar dos médicos a competência de autojulgamento e, conseqüentemente, criar entraves à sensação de impunidade albergada pelo corporativismo.

Como vimos, a disputa em torno do reconhecimento da categoria de violência obstétrica se dá no terreno da mobilização das noções do que faz parte do domínio público e do que deveria ser deliberado e discutido apenas no âmbito privado. Nesse conflito, as narrativas se apresentam de maneira complexa, e os limites entre o público e o privado são alargados ou escolhidos de maneira particular durante a reação da classe médica, transformando a mobilização dessas fronteiras numa espécie de estratégia para manter sua autoridade e poder social.

Pelo menos desde 2012, os conselhos de medicina, em nível local e federal, utilizam-se de suas competências regulamentares para questionar as tentativas de desmedicalização e reafirmar sua autoridade. Um exemplo dessa mobilização é uma resolução do CREMERJ publicada em 2012¹³ vedando a participação de médicos em partos domiciliares. A publicação desta normativa foi uma reação à entrevista do médico Jorge Kuhn à Rede Globo defendendo o parto domiciliar para gestantes de risco habitual. Além da normativa, o CREMERJ solicitou a punição do médico, que passou por um processo de sindicância após seu pronunciamento em rede nacional.

O ano de 2014 foi marcado por um evento emblemático do uso do direito para garantir o cumprimento do poder obstétrico. No dia primeiro de abril daquele ano uma mulher chamada Adelir Goes foi escoltada por um oficial de justiça na companhia de policiais armados a um hospital no interior do Rio Grande do Sul com o objetivo de garantir que ela realizasse uma cirurgia cesariana. O que motivou a ordem judicial foi o acionamento da justiça pela médica que acompanhava Adelir através Sistema Único de Saúde, porque ela se recusou a consentir com a cesariana recomendada pela médica e havia deixado o hospital depois de assinar um termo de responsabilidade com o objetivo de esperar o trabalho de parto começar naturalmente (Simas; Mendonça, 2016).

Em 2018 o Conselho Federal de Medicina publica um parecer¹⁴ em que afirma que a assistência exclusiva da enfermagem obstétrica põe o binômio materno-fetal em risco e, por isso, se posiciona contra o acontecimento de partos em Casas de Parto, já que essas não contam com a presença do médico obstetra. Vale lembrar que esse é o mesmo ano em que o órgão se pronunciou, também em parecer, contra o termo “violência obstétrica”, argumentando que a figura do médico vem sendo atacada e sua participação diminuída e questionada.

Assim, podemos afirmar que a relação entre a classe médica e os movimentos de contestação do sistema obstétrico tecnocrático (Davis-Floyd, 2001) nunca foi uma relação pacífica. À medida em que as demandas do movimento em prol da humanização do parto passam a ser vistas como uma ameaça para o já consolidado saber-poder biomédico (Foucault, 2008), a classe médica reage, mobilizando um poder conferido pelo Estado e pela Justiça, com vistas a conservar sua posição de poder e manter intacto a crença em seu papel performado no drama médico (Becker et al., 2002).

¹³ Resolução CREMERJ nº 265/2012. Disponível em:
<<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/RJ/2012/265>>.

¹⁴ Parecer CFM nº 2/2018. Disponível em:
<<https://portal.cfm.org.br/buscar-normas-cfm-e-crmhttps://portal.cfm.org.br/buscar-normas-cfm-e-crm>>.

2.6 Considerações finais do capítulo

Pretendi mostrar que o ideário da humanização do parto tensiona e coloca em questão a assistência médica impessoal e tecnicista reforçada pela formação obstétrica. Mostrei, em diálogo com o marco teórico desta dissertação, que ao ver sua autoridade ameaçada, os médicos disputam a narrativa da violência: os conflitos com o Movimento pela Humanização precedem o período mais específico do “backlash”, que foi incluído já na última seção deste capítulo e segue sendo analisado de forma mais específica no próximo. No caso do parto e nascimento, trata-se não só da crítica ao uso excessivo de tecnologias e à desvalorização do aspecto subjetivo do ser humano, mas também da crítica à construção do conhecimento ginecológico e obstétrico, ao controle da medicina sobre o corpo feminino através da patologização e medicalização, e a redução das mulheres à sua capacidade reprodutiva. Desse modo, a categoria de violência obstétrica emerge da percepção de que a prática obstétrica produz diversas formas de sofrimento, antes não nomeadas, que agora adquirem sentido por meio dessa categoria. O uso do termo violência obstétrica torna-se então uma estratégia de denúncia que busca por transformações de ordem política, ao enquadrar essa violência como uma violação de direitos humanos a exigir respostas do Estado.

Nessa empreitada, o movimento pela humanização politiza o tema da atenção à gestação e ao parto e torna opacas as fronteiras entre público e privado que organizam o mundo moderno. As demandas claramente acarretam o posicionamento da violência que marca esse período como um problema político de primeira ordem. No entanto, existe também uma demanda pela garantia da privacidade desse momento, que aparece de formas distintas para as mulheres que possuem condições de se dedicar à corrida informacional e de disputar a responsabilização com os médicos que se colocam como detentores do saber técnico necessário para assumir unilateralmente essa responsabilidade. Como característica da racionalidade neoliberal, a mercantilização e, ao mesmo tempo, familiarização da vida cotidiana (Brown, 2019), aparece como uma armadilha perigosa para o Movimento Pela Humanização do Parto, à medida que pode implicar no esvaziamento do sentido de humanização como um objeto de consumo.

O ativismo em torno do parto e nascimento se organizou por meio de diferentes paradigmas: desde a luta pelo PAISM e a valorização do parto via vaginal como uma forma de enfrentamento aos altos números de cesarianas sem indicação real, até a construção de um novo imaginário sobre o parto com a ReHuNa, o trabalho das doulas e a mobilização de outras organizações que buscam alterar os sentidos médicos patologizantes atribuídos ao ciclo

gravídico-puerperal. Por fim, vale lembrar da reação médica conservadora e a reivindicação do direito à cesárea desde o campo neoconservador de extrema-direita no país, como apresentado no capítulo anterior, como um paradigma relevante, mesmo que contraditório, constituinte desse cenário de disputa que tem como foco o Estado, por meio de seus recursos e políticas públicas.

A disputa pelos mecanismos estatais se intensifica, por parte do ativismo contra a violência obstétrica, na busca do avanço de direitos em termos de justiça reprodutiva e na tentativa de assegurar alguma forma de controle sobre o excesso de poder dos médicos na cena do parto. Existe uma preocupação em retirar dos médicos a autoridade para julgar casos de violência durante a gestação e o parto, buscando a tipificação da “violência obstétrica” de forma a diferenciá-la dos casos de erro médico. Reagindo à essa mobilização, a classe médica tem se utilizado de sua influência na esfera pública para fazer frente à luta dessas mulheres e enquadrar o problema de forma a blindar a contestação de seu poder. Na narrativa imposta pelos médicos, a gestação e o parto devem se manter como questões a serem resolvidas no âmbito do privado, onde a autoridade dessa classe aparece como a última palavra.

No próximo capítulo, em diálogo com a literatura de movimentos sociais, aprofundo a discussão sobre a mobilização reativa da classe médica buscando apontar as mudanças percebidas durante o governo Jair Bolsonaro (2019-2022) na forma como esses profissionais se organizaram para manter sua autoridade na cena do parto a partir da recusa do termo violência obstétrica e da reformulação de políticas públicas que tinham como objetivo a humanização da gravidez e do parto. Além disso, observando a estratégia adotada pelos médicos durante esse período, apresento uma reflexão sobre os efeitos da tentativa de despolitização do tema da violência na gestação e no trabalho de parto, dentro da discussão maior, que norteia todo esse trabalho, sobre os limites entre os domínios político e privado.

CAPÍTULO III - Privatização e silenciamento da “violência obstétrica”

Neste capítulo apresento os contornos da reação médica ao Movimento Pela Humanização do Parto. Aqui se configura o que tem sido entendido como “backlash” na medida em que analisamos a recusa das organizações profissionais em reconhecerem o termo violência obstétrica. Em diálogo com a teoria de movimentos sociais, utilizo os conceitos de contramovimento e backlash ou reação conservadora como ferramentas analíticas que nos possibilitam estudar os aspectos políticos da mobilização da classe médica nos últimos anos.

Essa reação aparece de forma particular no nível discursivo, que, como defendido pela perspectiva teórica que adoto, é também uma forma de agir político à medida que difunde uma narrativa que busca deslegitimar a discussão acerca do parto respeitoso e do combate à violência obstétrica. Além disso, apresento como essa reação ganha nova roupagem a partir do governo Jair Messias Bolsonaro (2019-2022), com uma mudança importante nas oportunidades políticas da classe médica e, como consequência, um fechamento do Estado para os movimentos sociais ligados à humanização e a outras demandas articuladas na chave do gênero.

De forma geral, pretendo mostrar como a estratégia de contramobilização médica adotada durante o Governo Bolsonaro operou com o objetivo de silenciar e despolitizar a agenda de combate à violência obstétrica. Ao tentar empurrar esse tema para o campo do privado, retira-se do Estado a responsabilidade pela condução de uma agenda de combate aos diversos abusos e violências impostas às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. Essa disputa, portanto, ratifica a importância da crítica à dicotomia público-privado para a garantia da cidadania completa das mulheres e a superação do duplo contrato social (Pateman, 2020).

O capítulo está organizado em quatro tópicos, seguidos das considerações finais. No primeiro tópico, apresento algumas considerações teórico-metodológicas sobre os caminhos percorridos para reflexão do problema de pesquisa. A opção metodológica de trabalhar com documentos partiu da percepção de que parte importante da reação médica toma forma no campo discursivo, disputando o sentido da categoria de violência obstétrica e confrontando as posições de vítima e violador acionadas com o uso desse termo. Desse modo, trabalho com o referencial epistemológico da análise de discurso, em especial com o conceito de silenciamento político desenvolvido pela pesquisadora Eni Puccinelli (2007).

No segundo tópico, demonstro, a partir dos documentos selecionados, parte da mobilização reativa da classe médica para conservar sua posição de autoridade na assistência ao ciclo gravídico-puerperal. Nas últimas duas décadas, o Conselho Federal de Medicina

reagiu à popularização do parto domiciliar, ao incentivo à presença da enfermagem obstétrica e à ocorrência de protocolo para partos desassistidos por médicos em Centros de Parto Normal, financiados pelo governo federal. A partir de 2018 o CFM passa a defender a categoria dos obstetras com mais afinco, visto que o surgimento de leis sobre violência obstétrica é percebido como uma agressão a essa classe e que prejudica a relação médico-paciente e o cuidado adequado ao binômio materno-fetal.

Com a eleição, em novembro de 2018, do candidato de extrema-direita Jair Messias Bolsonaro à presidência do Brasil, direitos e garantias conquistados no enquadramento do gênero viram-se ameaçados. Houve também uma reconfiguração da aliança governista de modo que atores com trajetórias marcadamente antifeministas passaram a ser os principais responsáveis pela gestão de políticas relacionadas à reprodução (Biroli, Tatagiba e Quintela, 2024). No caso do enfrentamento à violência obstétrica, a classe médica conseguiu se utilizar da estrutura do Poder Executivo para emitir normativas e alterar políticas públicas para cristalizar sua autoridade. O terceiro tópico, então, aborda como a reação médica ganha novos canais institucionais durante o Governo Bolsonaro, que mesmo com uma postura negacionista diante de uma crise sanitária de impactos globais, contou com o apoio dos conselhos profissionais de medicina numa aliança que representou um retrocesso em termos de direitos sexuais e reprodutivos, além de levar o país a finalizar o período pandêmico com a maior taxa de mortalidade materna devido à covid-19.

Por fim, no quarto tópico discuto como essa tentativa de silenciamento do aspecto político da violência obstétrica pode ser vista como uma tentativa de reprivatizar essa violência. No contexto de neoliberalismo e ampliação da esfera privada protegida, essa estratégia significa a desresponsabilização estatal e o aumento da autonomia e liberdade dos médicos às custas do direito das mulheres gestantes de decidirem sobre seus corpos e de terem sua integridade física respeitada.

3.1 Algumas considerações teórico-metodológicas

Ao se observar uma disputa por determinada demanda, como é o caso da humanização do parto, é possível se utilizar de diversas abordagens de análise, com ênfases diferentes voltadas para tipos de perguntas de pesquisas distintas. A abordagem proposta pela sociologia relacional coloca ênfase nas interações que se passam entre atores e grupos afetados por um mesmo campo social e, ao mesmo tempo, mobilizados com o objetivo de afetar as normas desse campo. A sociologia relacional revela, portanto, que no campo em que se constrói

determinada demanda social existem forças de resistência (Emirbayer, 1997), podendo provocar a organização de grupos de oposição com o objetivo de resistir à mudança e conservar a estrutura daquele campo (Meyer; Staggenborg, 1996).

Para refletir sobre o problema da violência obstétrica e, mais especificamente, sobre a reação da classe médica para deslegitimar a demanda por uma agenda de combate estatal a esse tipo de violência, os conceitos de backlash e contramovimento serão empregados neste capítulo como ferramentas analíticas. A noção de backlash pretende dar conta da reação de resistência à movimentos de mudança na hierarquia de poder. Esse conceito ganha sentido para os movimentos sociais nos anos 1990, a partir da publicação do livro *Backlash: the undeclared war against women*, da jornalista Susan Faludi, e se refere à resposta ou reação conservadora aos avanços de determinado movimento social.

Também trabalhado na literatura sobre movimentos sociais, o conceito de contramovimento enfatiza o caráter relacional dos conflitos sociais para além da relação dual entre movimento social e Estado (Mottl, 1980). Os pesquisadores David Mayer e Suzanne Staggenborg (1996) argumentam que os contramovimentos surgem quando um movimento social mostra sinais de sucesso ameaçando os interesses de determinado segmento social. Nesse sentido, para denominar um movimento de “contramovimento” o critério cronológico é relevante, assim como o critério relacional. O contramovimento se forma numa relação de espelhamento com o movimento social a que se opõe, formulando seus enquadramentos, repertórios e estruturas de organização em referência direta a esse movimento (Silva; Pereira, 2020). Contribuindo para esse debate, a cientista política Alba Ruibal (2014) mostra que mobilização e contramobilização configuram as janelas de oportunidade uma da outra, afetando a relação de cada um desses movimentos com o Estado e, por vezes, refletindo essa dinâmica no interior da estrutura estatal.

Parte da literatura acrescenta um outro critério, de cunho ideológico, para que um grupo seja denominado contramovimento: esses grupos teriam uma posição conservadora, reacionária ou à direita no espectro político. No entanto, não existe consenso quanto a esse ponto, assim como quanto ao pressuposto de que os contramovimentos são protagonizados por elites sociais/econômicas ou outros grupos dominantes, eliminando a possibilidade de que outros segmentos da sociedade se organizem em contramovimentos. A concordância na literatura está na compreensão do contramovimento como uma oposição a um movimento social, e no entendimento de que as ferramentas analíticas utilizadas para estudar os movimentos servem também para o estudo de seus oponentes (Silva; Pereira, 2020).

Sendo assim, os conceitos oferecidos pela sociologia relacional nos ajudam a evitar uma análise isolada dos efeitos da ação coletiva, atribuindo relevância analítica às várias forças políticas que se organizam em um mesmo campo social e contribuindo para a compreensão de seus efeitos na mobilização por determinadas demandas. A perspectiva relacional nos provoca a observar os efeitos combinados da ação dos movimentos sociais e dos movimentos de reação em sua relação entre si e com o Estado, provando-se útil para os propósitos desta pesquisa.

Esclareço que, apesar de não ter como objetivo discutir se a reação médica se configura precisamente nos moldes de um contramovimento, acredito que essa noção, juntamente com a ideia de mobilização reativa ou backlash, formam um instrumental interessante para entender a reação da classe médica que resiste à agenda de combate à violência obstétrica e, principalmente, posicionar essa disputa em um campo maior, habitado por diferentes forças, e considerando também o Estado como um ator político importante que pode facilitar ou dificultar a abertura política para os movimentos sociais. Mais do que tentar encaixar o fenômeno da reação médica dentro desses conceitos, a preocupação está em como os conceitos nos ajudam a ler o fenômeno de maneira mais complexa e produtiva.

Ao redor da categoria de violência obstétrica, o movimento de mulheres se organiza para reafirmá-la, conscientizar a população e exigir resposta estatal, enquanto parte importante da classe médica atua no sentido de desacreditá-la e, ao fim, censurar esse termo, como exemplificado através do parecer do CFM de 2018, citado no capítulo anterior. Proponho então, que uma frente importante da disputa ao redor da categoria de violência obstétrica tem acontecido no campo discursivo, onde significação e silenciamento representam a conformação de interesses distintos e representariam, como consequência, posturas diferentes do Estado.

A teoria crítica do discurso revela o discurso como algo que é construído mas, ao mesmo tempo, constitutivo por relações e práticas sócio-históricas (Puccinelli, 2007). É dito que no discurso, sujeito e sentido se configuram à medida em que certos discursos possibilitam determinadas posições de sujeito (Hook, 2001). No capítulo anterior mostrei como, ao utilizar-se da categoria de violência obstétrica, o Movimento pela Humanização do Parto oferece sentido para uma forma específica de sofrimento e cria condições para o posicionamento dos sujeitos que sofrem essa violência no papel político de 'vítima'. Essa gramática tem consequências importantes para a construção de uma identidade coletiva, a mobilização de atores e grupos sociais e a legitimação de suas demandas frente ao Estado (Melucci, 1989; 1996; Honneth, 2009).

Autores como Elshtain (1982), Foucault (1989) e Butler (2003; 2017) já demonstraram a relação entre linguagem e política em seus trabalhos. Utilizando o conhecimento produzido pela linguística, esses autores mostram que a comunicação, falada ou escrita, faz muito mais do que informar: ao produzir os signos, os seres humanos estão produzindo sua própria vida. Dessa forma, a língua é um espaço de produção de sentidos, mas também de disputas e conflitos (Puccinelli, 2013). A formação de discursos é um processo relacional de normalização em que o discurso pode se tornar um mecanismo de controle e disciplina (Lewin, 2021) ou uma estratégia de emancipação (Elshtain, 1982).

Para a análise do discurso, o texto aparece como o material bruto linguístico, ou seja, o registro é a materialidade do discurso. Isso posto, passo agora a explorar, por meio de uma análise discursiva, o conteúdo de ofícios, resoluções, pareceres e despachos de conselhos de medicina publicados entre os anos de 2012 e 2022. Os documentos foram selecionados a partir de uma busca no portal do Conselho Federal de Medicina,¹⁵ e como critérios de inclusão utilizou-se a adequação da matéria principal debatida no documento ao tema da gestação, parto e nascimento. Ao todo foram reunidos dezessete documentos, separados em três categorias principais: (1) manutenção da hospitalização e medicalização do parto; (2) garantia da vontade/decisão médica durante o trabalho de parto e nascimento; e (3) proteção do profissional médico. Essas categorias surgiram em diálogo com a teoria mobilizada nos capítulos anteriores, assumindo que a medicalização do parto foi uma estratégia biopolítica de consolidação do saber-poder médico sobre o corpo feminino e, em conjunto aos interesses do Estado, do controle sobre a reprodução¹⁶.

Optei por incluir preferencialmente os documentos emitidos pelo Conselho Federal de Medicina por seu alcance nacional. No entanto, quando conselhos regionais de medicina se pronunciaram sobre o mesmo tema antes da publicação do documento federal, os documentos regionais foram adicionados também com o intuito de demonstrar a capilarização da postura medicalizante e anti-humanização entre os conselhos.

O objetivo foi confirmar a tendência reativa das publicações desses conselhos em um cenário onde o Movimento Pela Humanização disputa os sentidos da gestação e do parto e atua na construção de um olhar crítico para a assistência impositiva e desumanizadora que faz parte do paradigma biomédico. Com esse intuito, registros sobre a posição do Ministério da Saúde acerca da violência obstétrica são contrastados para avaliar as mudanças no posicionamento do Estado brasileiro antes e depois de 2019, início do Governo Bolsonaro, e

¹⁵ Acesso por meio do site: <<https://portal.cfm.org.br/>>.

¹⁶ Ao final do trabalho está a tabela com as fontes organizadas.

seus reflexos na materialização de uma agenda pública de combate à violência obstétrica no país. De forma complementar, recupero a discussão ocorrida em uma audiência pública sobre violência obstétrica realizada na Câmara Federal em 2018, que contou com a presença de representantes do Ministério da Saúde e do CFM, além de membros de organizações da sociedade civil relacionadas ao tema.

A análise discursiva realizada aqui parte do diálogo com a escola francesa de discurso, que sofre influência direta do materialismo histórico dialético e compreende o reflexo das relações materiais de submissão e desigualdades nas possibilidades de formação discursiva (Pêcheux, 2014). O discurso, portanto, não é fechado em si mesmo, mas fruto de ideologias que estruturam o mundo material e conformam o campo semântico, através da reiteração do que se pode ou não dizer. Sendo assim, recorro à noção de silenciamento político, proposta pela linguista Eni Orlandi Puccinelli (2007), para entender como a narrativa mobilizada pela classe médica tem por objetivo silenciar outros sentidos propostos pelo Movimento pela Humanização do Parto na disputa discursiva observada aqui.

Em diálogo com a produção sobre backlash, aponto que essa tentativa de silenciamento está relacionada a um retrocesso político no campo da igualdade de gênero. As cientistas políticas Conny Roggeband e Andrea Kriszán (2020), a partir do estudo das experiências de desdemocratização na Croácia, Hungria e Polônia, propuseram uma estrutura conceitual que delinea os mecanismos pelos quais o retrocesso político ocorre em quatro dimensões complementares: (1) a deslegitimação discursiva dos objetivos das políticas de gênero, (2) o dismantelamento e reformulação de políticas já existentes, (3) ações no sentido de prejudicar a implementação de políticas percebidas como ameaçadoras e (4) a erosão de mecanismos de accountability e inclusão.

No caso da reação médica ao ativismo em prol do parto respeitoso, o retrocesso se dá principalmente por meio da deslegitimação discursiva, presente desde o início do período de backlash. A partir do governo Jair Bolsonaro as dimensões de reformulação de políticas públicas e de erosão de mecanismos de inclusão e accountability também se tornam aparentes, como exemplificado pelo caso da substituição da Rede Cegonha pela Rede de Atenção Materno-Infantil.

Por fim, explico que o limite temporal escolhido parte do ano de 2012 por perceber nesse período um marco da reação ao Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento. Por volta da segunda década dos anos 2000, os debates sobre parto em casa ganharam força e muitas mulheres de camadas médias urbanas buscavam mais informações sobre essa forma de

serviço, contratando equipes de parto domiciliar e, como consequência, vivenciando uma experiência de parto divergente do ideal hospitalocêntrico (Carneiro, 2011).

3.2 Mobilização reativa: as estratégias para conservar o poder médico

Conforme já citado no capítulo anterior, no ano de 2012 a entrevista do médico obstetra Jorge Kuhn sobre a segurança do parto domiciliar e o direito das mulheres de decidirem onde parir atraiu a atenção do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), que solicitou a punição desse médico pelo CREMESP, o conselho do estado de São Paulo, no qual Jorge Kuhn estava registrado. A ação desses conselhos de medicina foi vista por grupos de mulheres engajadas no movimento do parto humanizado como uma perseguição ao médico e, conseqüentemente, uma ameaça a outros profissionais aliados à causa do parto domiciliar e da humanização. Nesse mesmo ano, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Salvador e Recife foram palco de manifestações, chamadas de Marchas pelo Parto em Casa, de grupos em defesa do médico e a favor do parto domiciliar¹⁷.

Além da sindicância aberta contra J. Kuhn, o ano de 2012 contou com mais duas ações importantes por parte das organizações médicas acerca do parto domiciliar. No dia 13 de julho o CREMERJ publicou uma resolução proibindo a participação de médicos em ações domiciliares ligadas ao parto e à assistência perinatal, exceto em situações de emergência, que deveriam ser notificadas obrigatoriamente ao conselho¹⁸. E em agosto de 2012 o Conselho Federal de Medicina, CFM, publicou uma recomendação, válida para todo o território nacional, para que os partos ocorram preferencialmente em ambiente hospitalar¹⁹. O CFM justificou essa posição com argumentos sobre o respeito à autonomia do médico e da mulher na relação médico-paciente, a consideração da viabilidade do feto ou recém-nascido como um fator condicionante à legitimidade da autonomia materna, e recorrendo também a critérios de segurança e de acesso à tecnologia assistencial.

A partir de 2014, durante o governo da presidente Dilma Rousseff, o Ministério da Saúde passou a se utilizar do termo violência obstétrica em seus documentos internos e de divulgação (Teixeira et al, 2021). Desde a implementação da Rede Cegonha, em 2011, esse

¹⁷ Algumas coberturas jornalísticas sobre as Marchas pelo Parto em Casa podem ser acessadas em: <<https://vejasp.abril.com.br/cidades/jorge-kuhn>> e <<https://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2012/06/mulheres-fazem-protesto-pelo-direito-de-fazer-o-parto-em-casa.html>>.

¹⁸ A resolução pode ser lida na íntegra por meio do link: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/RJ/2012/265>>.

¹⁹ O documento pode ser lido na íntegra em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/recomendacoes/BR/2012/1>>.

órgão destinava financiamento a Centros de Parto Normal, chamados também de Casas de Parto, afastando-se do ideal hospitalizado e medicalizante de atenção ao parto. Por meio da Rede Cegonha, o governo federal investia em iniciativas voltadas à humanização da atenção obstétrica, inclusive desde a formação médica.

Em 2017, integrando a Rede Cegonha, o Ministério da Saúde instituiu o Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, o Apice ON. O projeto é composto de 97 hospitais de ensino distribuídos pelo território brasileiro e tem a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como instituição executora. Seu objetivo principal é qualificar o ensino obstétrico e neonatal com base em evidências científicas, segurança e garantia dos direitos das mulheres e outras pessoas que podem gestar (Brandão e Mendes; Rattner, 2020).

Cabe informar que, apesar do maior incentivo a partir da Rede Cegonha, os Centros de Parto Normal já existiam desde 1999, oficializados pelo Ministério da Saúde. Em pesquisa realizada com estudantes de medicina no estado de São Paulo, Hotimsky e Schraiber (2005) mostram que a implementação desses espaços complementares aos hospitais foi alvo de resistência por parte dos profissionais médicos e estranhamento por parte dos estudantes. Para os profissionais, a obstetrícia seria uma especialidade exclusivamente médica, não podendo ser realizada por enfermeiros (ou obstetrizes²⁰), como ocorre nos CPNs. Os alunos de medicina, por sua vez, estranham as práticas alternativas dessas casas de parto, ambiente que, em sua concepção, “não se parece com um hospital”. A presença de cavalinhos e da bola suíça de pilates provocou risos dos estudantes em uma das observações feitas por essas pesquisadoras, que não identificaram esses instrumentos como pertencentes a atenção ao parto e demonstraram não saber como utilizá-los. Outro motivo de estranhamento e crítica foi a falta de uma postura ativa dos médicos presentes como supervisores nos centros de parto normal. A postura não interventiva foi vista com apreensão, confirmando a concepção patológica sobre o parto cultivada pelos alunos de medicina.

Desde os anos 2000, com os programas de humanização e de saúde integral, intensificando-se em 2011 com os recursos destinados para a Rede Cegonha, o governo federal vinha em maior ou menor grau se mostrando um ator político aberto às demandas do ativismo em prol do parto humanizado e, inclusive, absorvendo sua gramática. Em junho de 2018, por exemplo, em uma audiência pública realizada pela comissão permanente de combate à violência contra a mulher na Câmara Federal, a representante do Ministério da Saúde fez uso do termo violência obstétrica e definiu essa violência como aquela vivida no

²⁰ Atualmente, o único curso de obstetrícia existente no Brasil é oferecido pela Universidade de São Paulo, USP.

momento da gestação, parto ou pós-parto e evidenciada “entre outras coisas, pela violência física, psicológica, verbal, simbólica, sexual, assim como a negligência na assistência e discriminação”²¹. Em sua fala, ela citou o objetivo do órgão de implantação de um modelo amplo de atenção e cuidado centrado na mulher e na família e colocou ênfase no potencial do programa Rede Cegonha para a diminuição de partos via cesariana, redução da mortalidade e morbidade materna e valorização do protagonismo da mulher gestante.

Na mesma audiência, a fala do representante do Conselho Federal de Medicina trouxe vários elementos que representam a posição médica acerca da abordagem que vem sendo feita pelos movimentos de mulheres sobre a violência no ciclo gravídico-puerperal:

Logicamente, aqui eu represento médicos, e nós não gostamos muito dessa expressão violência obstétrica, porque, no Brasil, em sendo o parto uma ação centrada no médico, o que a paciente vê é o médico. (...) E também há o viés de formação nossa de médico, pois nós nos entendemos protagonistas dessas coisas, porque somos formados para intervir em benefício da saúde, para resgatar a saúde (Fala do representante do CFM, em audiência realizada no dia 20/06/2018 na Câmara dos deputados).

No primeiro capítulo, ao apresentar a produção da antropologia sobre a formação em medicina, mostrei como esse processo se estrutura com foco nas necessidades do estudante, e que a ideia de “drama médico” tem papel fundamental na manutenção da imagem desses futuros profissionais como guardiões da saúde e da vida. Esse enquadramento da função médica repercute na necessidade internalizada por estudantes e profissionais da medicina de controle sobre o trabalho de parto e o excesso de intervenções realizadas durante esse momento (Becker et al, 2002; Hotimsky, 2007; Van der Wall et al, 2021).

A narrativa do parto como um evento arriscado e incerto levou à construção social da cesárea como via de parto mais segura e moderna no Brasil. Nos últimos anos, com o aumento da demanda das mulheres por autonomia e pelo respeito às suas decisões, os médicos se apropriaram desse vocabulário para justificar a realização de cirurgias cesarianas sem necessidades, através do termo “cesárea a pedido” (Hotimsky, Schraiber, 2005). Assim, como parte desse processo, em 2016 o CFM publicou um parecer no qual discorre sobre a decisão da via de parto por parte da mulher gestante. Nesse documento, apesar de considerar que a via cesariana se torna uma opção, na maioria das vezes, “pelo medo da paciente ou pela comodidade do médico assistente” e que o parto cirúrgico acarreta mais risco para a mulher

²¹ A audiência pode ser vista na íntegra por meio do site: <<https://www12.senado.leg.br/multimedia/evento/80697>>.

parturiente e para o neonato, conclui-se que é ético atender a vontade da mulher de realizar a cesariana, garantida a autonomia do médico²². Em determinado trecho é escrito que:

O parto normal ocorre de forma fisiológica, não trazendo, habitualmente, complicações nem para a mãe e nem para o bebê, contudo, deve ser realizado em maternidades ou hospitais, em virtude das intercorrências que podem acontecer. No entanto, o que predomina é a conveniência da cesariana programada que é realizada em menor tempo do que o parto vaginal, cuja duração é imprevisível. Outro motivo seria o fato dos partos cesáreos serem considerados mais convenientes pelos médicos que o parto vaginal em virtude de deficiências de treinamento na condução de partos complicados e medo de processo por imperícia (CFM, 2016).

Vale notar que alguns conselhos regionais de medicina do país já vinham se posicionando sobre esse tema em nível local. Em 2013 o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo publicou um parecer de resposta à Consulta nº 109.384/2013²³ defendendo a possibilidade de escolha da via de parto pela mulher grávida após a devida orientação sobre os procedimentos, riscos e benefícios envolvidos. Em 2015 foi publicado pelo CRM do Distrito Federal o Parecer nº 50/2015²⁴ sobre o que é entendido como um “censuramento” de cesarianas. Nesse documento é defendido que “o obstetra não pode ser constrangido em sua autonomia profissional” e que a cesariana a pedido ou eletiva pode ser realizada de acordo com os princípios da bioética e dos preceitos legais, sendo característico da boa prática médica o esclarecimento à gestante sobre os riscos e benefícios desta intervenção.

Ao mesmo tempo, é interessante notar que existiu um movimento para evitar a transparência com relação às taxas de cesarianas assistidas por médicos obstetras. Como parte da demanda das mulheres, a Agência Nacional de Saúde Suplementar publicou uma resolução normativa²⁵ no ano de 2015, dispondo sobre o direito das beneficiárias de plano de saúde de informarem-se sobre os percentuais de cirurgia cesáreas e de partos via vaginal das operadoras, dos estabelecimentos de saúde e dos médicos. O Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Norte reagiu por meio de uma resolução²⁶ que tinha por objetivo “proibir de forma definitiva por parte dos Planos de Saúde, através de seus médicos responsáveis, o fornecimento de dados estatísticos do médico com o objetivo de ranqueá-lo de acordo com o perfil do tipo de parto que realiza”. Em nível nacional, o CFM respondeu com um despacho

²² Acesso na íntegra em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2016/37>>.

²³ O documento pode ser acessado em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SP/2013/109384>>.

²⁴ Acesso em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/DF/2015/50>>.

²⁵ Acesso na íntegra em: <https://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=12822&versao=integra>.

²⁶ Acesso em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/RN/2015/2>>.

publicado no mesmo ano²⁷, estabelecendo que diretores de plano de saúde não devem fornecer o número de cirurgias via cesariana e partos normais de determinado médico, sendo sua obrigação garantir o acesso a informações gerais apenas do número de partos efetivados pelo plano de saúde.

A discussão sobre a escolha da via de parto é um exemplo interessante de como o Movimento pela Humanização e a classe médica organizada dialogam em uma batalha de enquadramentos, característica da dinâmica percebida entre movimentos e contramovimentos. A teoria sobre movimentos sociais mostra que os enquadramentos também são produzidos de maneira relacional, de forma que diferentes grupos sociais disputam sentidos, se apropriam de termos, adaptam conceitos em torno de determinado conflito social que os afeta (Silva, Pereira, 2020). Nesse caso, o CFM se apropria do discurso de respeito à vontade da mulher parturiente, sem levar em conta, no entanto, o processo de formação de preferências e o peso que a recomendação médica tem sobre as escolhas das mulheres em um contexto de medicalização da vida. Além disso, fica claro que a opção pela via cirúrgica beneficia os médicos, que enxergam nessa escolha uma chance menor de serem alvos de processos e uma maior comodidade na assistência, configurando-se, portanto, como uma medida de proteção dessa classe.

Outro aspecto da reação médica são os esforços pela manutenção da hospitalização e medicalização da assistência ao parto, em resposta ao aumento da procura por partos domiciliares, o investimento do governo em centros de parto normal e o aumento da presença da enfermagem obstétrica nesse contexto, marcada por uma postura menos interventiva. No ano de 2018, o CFM publicou um parecer (Parecer CFM nº 2/2018) sobre a assistência prestada exclusivamente por enfermeiros obstétricos em centros de parto normal²⁸. No documento é possível perceber que o CFM vê o Ministério da Saúde alinhado ao paradigma da humanização e se coloca, portanto, do outro lado desse “embate”:

(...) pode-se perceber o embate entre duas instâncias no plano nacional no que diz respeito ao CPN, ou casa de parto: de um lado, médicos obstetras e, do outro, enfermeiros especializados em obstetrícia. Apoiando a enfermagem, está a inequívoca participação do Ministério da Saúde, com o discurso da chamada “humanização” da assistência à mulher e ao neonato durante o parto (CFM, Parecer nº 2/2018).

²⁷ O documento completo pode ser lido em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/despachos/BR/2015/517>>.

²⁸ Documento completo em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2018/2_2018.pdf>.

Como citado anteriormente, os Centros de Parto Normal coexistem com hospitais e maternidades e podem prestar atendimento apenas para partos via vaginal que estejam classificados como risco habitual. É interessante perceber que não se classifica o risco da gestação/parto de maneira dicotômica: com ou sem risco. Considera-se que toda gestação envolve riscos, no entanto, nem todo risco é motivo de alerta e necessita de constante atenção médica. Assim, o risco habitual seria um baixo risco e o Ministério da Saúde considera que partos desse tipo podem ser atendidos por enfermeiros obstetras em Centros de Parto Normal. Apesar disso, o CFM argumenta em seu parecer que são

inadmissíveis, além de temerárias, as tentativas insistentes e frequentes de afastar o médico obstetra do processo do atendimento ao parto, tendo em vista ser este o profissional que detém os maiores conhecimentos e habilidades nos cuidados assistenciais (CFM, Parecer nº 2/2018).

Conclui-se, no documento, que os Centros de Parto Normal, onde existe atendimento ao parto sem supervisão médica, “não atendem aos preceitos de uma boa assistência à mulher nem a criança” e que “do ponto de vista ético, prejudica a segurança na assistência do binômio materno-fetal”. Percebe-se, desse modo, um receio do espaço ocupado pelo profissional da enfermagem na assistência ao parto que pode ser percebida também no universo do cuidado em saúde reprodutiva no geral. No ano de 2020, por exemplo, o CFM se posicionou no embate sobre a permissão dos enfermeiros para realizar o procedimento de inserção de dispositivo intrauterino (DIU) em seres humanos. De acordo com o Conselho de Medicina, a inserção de DIU é ato médico exclusivo, sendo vedado para quaisquer outras categorias de profissionais de saúde a realização do procedimento²⁹.

A análise desses documentos corrobora o que vem sendo exposto pela literatura sobre autoridade médica, governança reprodutiva e medicalização. A consolidação do poder médico na história contou com o apoio do Estado que, a partir das novas lutas protagonizadas pelas mulheres, parece ter se afastado da posição de agente garantidor incondicional da autoridade médica na estrutura de poder, saber e controle sobre o corpo feminino. O discurso sobre humanização do parto e, mais recentemente, o ativismo de denúncia sobre o comportamento violento dos profissionais de saúde durante a assistência vêm provocando uma mobilização dessa classe no sentido de conservar sua posição através da insistência da hospitalização do parto e da manutenção da exclusividade médica na assistência ao parto, com ênfase na competência diferencial que esses profissionais possuiriam para lidar com os riscos desse

²⁹ O CFM se pronunciou por meio do Parecer nº 24/2020, disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/24>.

processo. Assim, essa dinâmica, como será apresentado no próximo tópico, pode ser lida dentro do marco teórico do backlash de gênero, a medida em que se trata de uma mobilização reativa de caráter conservador.

No plano legislativo, o ativismo contra a violência obstétrica teve conquistas importantes: em 2017 a Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina aprovou a lei nº 17.097, que tem por objeto medidas de informação e proteção de mulheres gestantes contra a violência obstétrica. No mesmo sentido, Distrito Federal, Minas Gerais e Pernambuco aprovaram leis similares no mesmo ano, elencando condutas que caracterizam esse tipo de violência.

Em resposta ao que denominou de “proliferação” de leis que tratam do tema da violência obstétrica, o CFM publicou no final do ano de 2018 o Parecer nº 32/2018³⁰, no qual afirma que

A expressão “violência obstétrica” é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética (CFM, Parecer nº 32/2018).

O argumento do CFM é que a “a autonomia da mulher deve ter limites” e que a expressão violência obstétrica, em substituição à “violência no parto” ou “violência institucional” coloca uma ênfase desmedida no profissional obstetra estando “impregnada de uma agressividade que beira a histeria”. Fazendo um histórico da medicina baseada em evidências, argumenta-se que

Os movimentos sociais e feministas, (...), organizaram protocolos de atenção ao parto voltados para a chamada “atenção humanizada ao parto”, com foco principal na assistência provida pela enfermeira obstétrica e a doula. 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 Ministério 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 (CFM, Parecer nº 32/2018).

A conclusão exposta no documento é que a postura do Ministério da Saúde tem significado a diminuição e o questionamento da participação da figura do médico obstetra no cenário do parto e nascimento, desautorizando condutas consagradas por essa especialidade médica. No campo legislativo, argumentam que a harmonia das equipes multiprofissionais tem sido afetada negativamente pelo surgimento das leis, embutidas de “posições político-ideológicas”, justificadas por seu objetivo de combater esse tipo de violência. De

³⁰ Acesso em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/32>>.

acordo com esse órgão, “sob o manto de suposta proteção às gestantes, [essas leis] transferem de forma inconsequente para o médico obstetra toda a responsabilidade das mazelas da ineficiência do acesso à saúde”.

Assim,

o CFM repudia os atos que reduzem a participação dos médicos obstetras na integralidade do atendimento à gestante, assim como na demonização progressiva a que esta especialidade está sendo exposta (...). O CFM considera que o termo “violência obstétrica”, além de ser pejorativo, traz em seu bojo riscos permanentes de conflito entre pacientes e médicos nos serviços de saúde e, para efeito de pacificação e justiça, avalia que tal termo seja abolido, e que as deficiências na assistência ao binômio materno-fetal tenham outra abordagem e conceituação (CFM, Parecer nº 32/2018).

Ao considerar a expressão “violência obstétrica” como uma agressão aos médicos, o Conselho Federal de Medicina se posiciona então a favor da abolição desse termo, buscando silenciar os significados atribuídos a ele que, diferente do que esse órgão alega, vão além do reconhecimento de deficiências na assistência. Tendo isso em vista, por meio desse documento o CFM parece se engajar em uma estratégia de captura de discurso, envolvendo a ressignificação ou distorção de conceitos de forma intencional com o objetivo de substituir o fundamento ideológico que sustentava esses conceitos em seu uso anterior (Lewin, 2021). Nessa disputa de enquadramento, o termo utilizado pelas ativistas pelo parto respeitoso é esvaziado de seu significado político para indicar uma agressão equivocada a um grupo específico que se defende colocando-se também como vítima da estrutura deficitária do sistema de saúde.

3.3 Mudanças a partir de 2019: as oportunidades do Governo Bolsonaro

Com a chegada do candidato de extrema-direita Jair Messias Bolsonaro (PSL, naquele momento) à presidência da república em 2019, os interesses da classe médica contrária aos avanços do enfrentamento à violência obstétrica ganham espaço institucional. A eleição de um governo de extrema-direita, que se aliou a grupos conservadores na ofensiva anti-gênero (Biroli; Campos Machado; Vaggione, 2020), forneceu uma oportunidade política para a mobilização dos médicos dentro do Poder Executivo, representando o recuo em termos de direitos sexuais e reprodutivos, desde à educação sexual e prevenção da gravidez na adolescência até o direito ao aborto dentro dos permissivos legais.

Cedendo aos interesses do CFM, o Ministério da Saúde, acusado anteriormente pelo CFM de estar aliado ao Movimento pela Humanização, publicou em maio de 2019 um

despacho no qual afirmava que “o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério”³¹. Nesse documento, argumenta-se sobre a impropriedade da expressão escolhida pelas mulheres no atendimento a gestantes e parturientes, visto que “tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano”.

A conclusão, portanto, é que

A expressão “violência obstétrica” não agrega valor e, portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada. Ratifica-se, assim, o compromisso de as normativas deste Ministério pautarem-se nessa orientação (Brasil, Ministério da Saúde, 2019)

A ação do Ministério da Saúde foi logo criticada por organizações de mulheres e por parte da mídia brasileira. Na mesma semana, o CFM saiu em defesa do órgão³², declarando que

O médico tem como fundamento de sua profissão minorar o sofrimento do ser humano, conseqüentemente não há qualquer sentido pressupor que esse profissional, no exercício de suas funções, vá praticar atos que prejudiquem seus pacientes (CFM, 2019).

A partir dessa argumentação, é possível inferir que os médicos se recusam a ser identificados como potenciais agressores, impedindo, portanto, que as mulheres utilizem uma categoria que as posicione politicamente na condição de vítimas de uma violência por muito tempo ignorada e não compreendida. O que o CFM buscava fazer desde a publicação do Parecer nº 32/2018 era justamente impedir a sustentação do discurso sobre violência obstétrica de forma a obstar as rupturas na significação do obstetra como herói no drama médico (Becker et. al, 2002). Nesse sentido, recupero como exemplo um trecho do Parecer à Consulta de nº 94.869/2014³³ do Conselho Regional do Estado de São Paulo, onde lemos que

A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade, a qual toda a atenção do médico visa o bem estar do ser humano. Dessa forma, o termo “violência” não se aplica ao exercício da Medicina e, portanto, “violência obstétrica” não configura qualquer ação médica propriamente dita (CREMESP, 2014).

³¹ O Despacho publicado no dia 03/05/2019 pode ser lido em: <<https://bit.ly/2CypfDp>>.

³² A nota do CFM à imprensa pode ser lida em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota-violencia-obstetrica.pdf?fbclid=IwAR0KJt-0WfJKGeBG04eN_8xHk1FsCKvK6XNBdjO5nnOANFoCwcDMt3mh24>.

³³ Disponível na íntegra em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SP/2014/94869>>.

Além disso, a análise desses documentos demonstra uma recusa radical à ideia de que o processo de assistência ao parto se dá numa relação de poder que pode ser questionada. Tem-se uma normalização da autoridade e das assimetrias que envolvem a construção do conhecimento médico e a atuação desses profissionais, demonstrando uma aproximação com a forma como o pensamento autoritário opera. Com o espaço adquirido no Ministério da Saúde, o Conselho Federal de Medicina consegue, então, o apoio do Estado e o acesso aos seus recursos nessa empreitada pelo silenciamento do discurso das mulheres ativistas pelo parto respeitoso.

Também em 2019, foi publicada no Diário Oficial da União uma resolução do CFM instituindo normas para a recusa terapêutica. A resolução, em seu artigo 5º, prevê que os médicos não devem aceitar a recusa ao atendimento/tratamento médico quando essa recusa coloque em risco a saúde de terceiros. O segundo parágrafo desse artigo diz que “a recusa terapêutica manifestada por gestante deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto”³⁴.

Com esses termos, a resolução criou um caminho para contornar a questão do consentimento da mulher gestante a partir do que o profissional de saúde julga ser melhor para o feto, dando margem até mesmo para a medicalização compulsória, já que possibilita que, em caso de recusa terapêutica que se configure como abuso de direito, sejam tomadas as “providências necessárias perante as autoridades competentes, visando assegurar o tratamento proposto”³⁵.

Após pressão popular de grupos de mulheres e com a mobilização do Ministério Público Federal, a Justiça Federal do Estado de São Paulo decidiu em dezembro de 2019 pela suspensão do parágrafo segundo do artigo 5º, que tratava especificamente das mulheres gestantes. A decisão do Estado de São Paulo determina que “somente o risco efetivo à vida ou saúde da gestante e/ou do feto deverá ser considerado como justificativa legal para afastar a escolha terapêutica da gestante em relação ao parto”³⁶.

No entanto, vale pontuar que a noção de “risco”, utilizada para justificar a possibilidade do médico desconsiderar a escolha da gestante, é uma categoria sociocultural contextual e fluida. Quando usada para justificar a autoridade científica, essa categoria se

³⁴ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.232/2019. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232>>.

³⁵ Artigo 6º da resolução do CFM nº 2.2232/2019 na íntegra: O médico assistente em estabelecimento de saúde, ao rejeitar a recusa terapêutica do paciente, na forma prevista nos artigos 3º e 4º desta Resolução, deverá registrar o fato no prontuário e comunicá-lo ao diretor técnico para que este tome as providências necessárias perante as autoridades competentes, visando assegurar o tratamento proposto.

³⁶ Disponível em: <<https://pje1g.trf3.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121714455517000000023959760>>.

mostra como uma estratégia de poder e controle, negando a possibilidade de uma relação menos assimétrica entre a pessoa atendida e o profissional médico. O uso da categoria de risco justifica, então, a recusa à condição de sujeitos competentes das mulheres gestantes e parturientes. No discurso biomédico sobre parto e nascimento, funciona ao mesmo tempo como um artifício de garantia da autoridade médica de tutela - já que os profissionais da medicina seriam os únicos capacitados para lidar com os riscos do trabalho de parto -, além de reafirmação das mulheres, e outras pessoas com útero, como seres incompetentes e incapazes de tomar as melhores decisões relativas a seus corpos e seu futuro (Pimentel et al, 2014).

Um outro exemplo de como o argumento do risco foi utilizado para cercear os direitos das mulheres gestantes encontra-se no Parecer do Conselho Regional do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) sobre a presença da doula e/ou acompanhante dentro da sala de parto. No parecer de número 1/2019, permite-se que o médico impeça a presença de doula ou acompanhante durante o parto com a justificativa de que

o médico por trabalhar em momento de tanta responsabilidade e risco, como o é o de trabalho de parto e parto precisa, ter uma equipe concatenada com o único objetivo do melhor para a mãe e para o bebê resguardando o bem maior que é o direito à vida, sendo ele o responsável pelos desfechos positivos e negativos (CREMERJ, Parecer nº 1/2019).

O ano de 2020 marcou o início de uma pandemia. A covid-19 foi uma preocupação de nível mundial que trouxe uma classificação de risco aumentada para mulheres gestantes, o que, por si só, representou uma ameaça a direitos já consolidados e uma apreensão com relação ao pré-natal e o parto (Silva et al., 2021). Ao fim da pandemia o Brasil era o país com a maior taxa de mortalidade materna devido à covid-19, sendo que dados epidemiológicos demonstraram que 59% das mulheres grávidas ou puérperas que morreram no ano de 2021 devido ao coronavírus não apresentavam riscos pré-existentes ou comorbidades (Diniz et al., 2022).

As pesquisadoras Debora Diniz, Luciana Brito e Gabriela Rondon (2022) realizaram entrevistas com familiares de mulheres que morreram devido à covid-19 durante o período pandêmico buscando compreender como se deu a busca dessas mulheres por assistência médica. Os achados dessas pesquisadoras mostraram que houve uma resistência dos profissionais da medicina em relacionar os sintomas apresentados pelas mulheres com a covid-19. Muitas vezes, após confirmar a saúde fetal, os sintomas respiratórios relatados pelas mulheres eram considerados “nervosismo”, fadiga gestacional ou até mesmo algo psicológico.

Adicionalmente, mesmo após a comprovação da covid, os serviços de saúde relutaram em admitir as mulheres para internação, fato que apareceu de maneira mais evidente no caso das mulheres negras. Intervenções consideradas mais invasivas, como a intubação ou mesmo a indução antecipada do parto, foram postergadas priorizando o desenvolvimento fetal. Assim, esses achados revelam uma falha na atenção médica que, no caso das famílias entrevistadas, comprometeu a vida das mulheres gestantes, levando ao alto número de mortes maternas durante esse período (Diniz et al., 2021).

Também durante a pandemia, aconteceram mudanças importantes na direção do Ministério da Saúde, como consequência da forma pela qual o presidente Jair Bolsonaro optou por lidar com a crise sanitária. Em março de 2020, o então presidente dos Estados Unidos, Donald Trump, defendeu liberação de medicamentos como a hidroxicloroquina e a cloroquina para o tratamento da covid-19. No mesmo mês, Jair Bolsonaro passou a defender o uso desses medicamentos em rede nacional, inclusive de forma a prevenir a doença, como uma espécie de tratamento precoce (Neves; Ferreira, 2020).

Mesmo sem comprovação científica, o Conselho Federal de Medicina se manteve inerte no combate aos equívocos relacionados ao tratamento precoce e a ação, considerada negacionista, do governo federal de se posicionar contra o isolamento proposto pela Organização Mundial da Saúde na época. Em abril de 2020, mesmo após a escrita de um parecer pelo próprio CFM confirmando a ausência de evidências acerca da eficácia da hidroxicloroquina no tratamento à covid-19, o presidente do conselho defendeu que os médicos têm autonomia para prescrever o medicamento se julgarem necessário (Martins, 2021).

Em Junho de 2020 um dos conselheiros do CFM, Raphael Câmara, conhecido por sua postura contrária ao aborto e em defesa da abstinência sexual como política de prevenção à gravidez na adolescência, assumiu o cargo de secretário de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde³⁷, então sobre a gestão do militar Eduardo Pazuello. Cabe mencionar que durante o Governo Jair Messias Bolsonaro a presença de militares em cargos de natureza civil na administração pública federal aumentou em cerca de 70% (Schmidt, 2022).

Em sua atuação no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, Raphael Câmara esteve à frente da resolução nº 293/2019³⁸, que proibia aos médicos do

³⁷ Aproveito para mencionar que esse não é um caso isolado no Estado brasileiro. As pesquisadoras Biroli, Tatagiba e Quintela (2024) mostraram que ativistas anti-aborto foram conduzidos a postos de comando de políticas de gênero durante o governo Jair Bolsonaro.

³⁸ CREMERJ. Resolução no 293/2019. Disponível em: <<https://www.cremerj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1390>>.

Estado assinarem o plano de parto – documento em que a mulher esclarece tudo o que gostaria ou não que fosse realizado durante o seu parto – de mulheres gestantes. Por oferecer a oportunidade da mulher autorizar ou não certas condutas médicas e hospitalares, esse documento é visto pelas ativistas como um grande veículo de empoderamento ao desnaturalizar a ideia de um acesso irrestrito dos médicos ao corpo da mulher gestante e ao processo do parto.

Logo no início do período de atuação de Câmara como secretário, o Ministério da Saúde publicou uma portaria dificultando o acesso ao aborto nos casos já permitidos em lei. No Brasil, o aborto tem três permissivos legais: gravidez decorrente de estupro, gravidez que oferece risco de vida à mulher gestante e casos diagnosticados de anencefalia fetal. A Portaria nº 2.282/2020³⁹ estipulava a exigência de notificação à autoridade policial pelo médico, ou outro profissional de saúde, responsável pelo acolhimento da mulher vítima de estupro. Uma resolução similar (Resolução nº 296/2019) já havia sido publicada pelo Cremerj, sob relatoria de Raphael Câmara, em 2019, sendo replicada, então, em âmbito nacional em agosto do ano seguinte.

No ano de 2022, o Ministério da Saúde lançou a Rede de Atenção Materna e Infantil⁴⁰, RAMI, como um programa substituto da Rede Cegonha. Como explicado no capítulo anterior, a Rede Cegonha foi um reflexo da mobilização de ativistas pela humanização do parto e nascimento e priorizava uma atenção obstétrica menos invasiva, mais sensível e em concordância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (Williamson, 2021).

Diferente da Rede Cegonha, a RAMI deu ênfase à atuação do médico obstetra na assistência ao parto e nascimento sem especificar como parte significativa da rede a presença da enfermagem obstétrica ou obstetras, ameaçando assim a garantia de um modelo de cuidado menos intervencionista. Os textos normatizadores da RAMI também não abordaram os Centros de Parto Normal peri-hospitalares que são capazes de fornecer para a mulher gestante a privacidade de um ambiente mais acolhedor do que o hospital, um menor risco de intervenções, e resultados igualmente seguros quando comparados aos partos realizados em ambiente hospitalar (Schneck, 2012).

Também foi alvo de críticas o caráter excludente da formulação da RAMI, que não consultou órgãos como CONASS e Conasems, que por lei deveriam ter a oportunidade de contribuir para a estruturação dessa política pública, bem como organizações da sociedade

³⁹ Acesso em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2282_28_08_2020.html>.

⁴⁰ As duas portarias que institucionalizam a RAMI podem ser acessadas em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/rami/portarias>>.

civil que atuam na área de humanização do parto e tiveram um papel marcante no processo de criação da Rede Cegonha (ReHuNa, 2022). Essa suspensão das consultas aponta para uma das dimensões do retrocesso democrático mapeado na estrutura conceitual de Roggeband e Krizsán (2020), que é a quebra dos laços de accountability e a desdemocratização dos processos de formulação das políticas em governos autoritários e marcadamente antifeministas. Como argumento adiante, esse fechamento do Estado costuma acontecer de forma seletiva, com a reconfiguração do espaço cívico e institucional de forma a se afastar do ideal de pluralidade democrática.

Atualizada para se adequar às diretrizes da RAMI, uma nova caderneta da gestante foi lançada pelo Ministério da Saúde no mesmo ano. No entanto, a nova caderneta também foi criticada por muitas entidades de saúde, que divulgaram notas críticas apontando a normalização de procedimentos defasados cientificamente, a propagação de informações imprecisas sobre métodos contraceptivos e o retrocesso que essa caderneta representou para a assistência ao parto no Brasil.⁴¹

3.4 Reprivatização e desresponsabilização do Estado: a expansão da esfera privada protegida em um contexto de neoconservadorismo

Considerando o histórico da relação entre o movimento pela humanização do parto e o Estado brasileiro, e as influências dessa relação na promoção de políticas públicas que nos últimos anos vinham cobrindo, em maior ou menor grau, as demandas desse movimento, podemos entender o ano de 2019 como um ponto de inflexão nesse modelo de comportamento estatal. Percebe-se uma mudança do Estado no sentido de aliar-se a interesses contrários aos desse ativismo, favorecendo parte importante da classe médica numa suposta disputa onde pautar o combate à violência obstétrica seria, para usar o termo do documento de 2018 do CFM, “demonizar” a especialidade obstétrica.

Pesquisas sobre governos que adotam políticas neoconservadoras têm mostrado que o retrocesso democrático por eles conduzido ao redor do mundo significa um fechamento seletivo do espaço cívico. Na maioria das vezes o que se percebe é uma marginalização dos movimentos e atores em defesa dos direitos das mulheres, ao mesmo tempo em que o Estado se aproxima de novas organizações da sociedade civil que atuam contra a igualdade de gênero (Roggeband; Krizsán, 2020). No caso brasileiro, a cruzada contra a “ideologia de gênero” foi

⁴¹ Acesso à nota do COFEN sobre a caderneta da gestante de 2022: <http://www.cofen.gov.br/nova-caderneta-para-gestantes-contraria-evidencias-e-diretrizes-do-ms_98900.html>.

fator crucial para o sucesso de Jair Messias Bolsonaro durante a corrida eleitoral em 2018 (Rondon; Brito, 2022). Essa cruzada se traduziu em agenda de governo com a criação do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, gerido por uma pastora evangélica (Campos; Bernardes, 2022). No Ministério da Saúde, como busquei demonstrar, a cruzada se deu, dentre outras frentes, a partir de ações em prol do silenciamento da discussão sobre a violência na gestação e no parto, mobilizada politicamente por meio da categoria de violência obstétrica.

Assim, a eleição de um governo de extrema-direita em 2018, aliado a atores neoconservadores, em especial grupos religiosos fundamentalistas, correspondeu a uma nova estrutura de oportunidades para médicos que já se posicionavam contra as demandas do movimento pela humanização do parto no Brasil. Apesar do apagamento da denúncia do problema da violência obstétrica não ser um objetivo claro dentro do conservadorismo, ao localizar o movimento pela humanização dentro de um fenômeno maior de ativismo pelos direitos sexuais e reprodutivos e contestação de uma ordem desigual de gênero, os objetivos da classe médica de silenciar o debate sobre violência obstétrica se aproximam da reação conservadora anti-gênero, que teve sua agenda também representada no governo Bolsonaro.

Vale citar que já durante o período eleitoral de 2018 relacionou-se a luta pelo parto humanizado à esquerda e também à demanda por aborto seguro. Em outubro daquele ano, um site informal de notícias publicou um texto afirmando que movimentos “abortistas” estavam se utilizando da agenda da humanização para impor seus interesses à sociedade, propagando uma ideologia “anti-médico” por meio do que se considera violência obstétrica e medicalização do parto⁴². Porém, é importante ter em consideração que reação médica e reação neoconservadora não são fenômenos que se sobrepõem concentricamente. Enquanto o neoconservadorismo opera, principalmente, na chave da politização reativa (Vaggione, 2005; 2015; 2020), a reação médica pode ser entendida, diferentemente, como uma tentativa de re-privatizar o problema da violência que as mulheres sofrem no ciclo gravídico-puerperal. A recusa em reconhecer a existência da violência na gravidez, parto, puerpério e abortamento como um problema político seria uma forma de conservar a hierarquia médica e isolar no âmbito daquilo que é íntimo e pessoal o sofrimento vivenciado pelas mulheres como consequência dos abusos decorrentes dessa hierarquia.

⁴² DEROSA, Marlon. Problemas e Interesses do Movimento pelo Parto Humanizado. Estudos Nacionais. 25 de Outubro de 2019. Disponível em: <<https://www.estudosnacionais.com/9079/problemas-e-interesses-do-movimento-pelo-parto-humanizado/>>. Acesso em 29 de março de 2024.

Ao falar sobre a construção da Lei Maria da Penha e dos desafios que essa legislação enfrenta no Brasil, a socióloga Lourdes Bandeira (2014) mostra que existe um movimento sexista de privatização da violência de gênero que ainda a silencia, apesar dos esforços do movimento feminista em tornar pública as diversas violências impostas às mulheres nas várias dimensões da vida. Do mesmo modo, a antropóloga Rita Segato (2016), ao falar sobre o que denomina femi-genocídio, argumenta que a permanência da violência contra as mulheres está ligada à compreensão do espaço privado enquanto um espaço de menor importância, residual, não incluído naquilo que se considera concernente ao interesse público geral. Para ela, a manutenção da estrutura patriarcal é, portanto, uma questão de Estado. Ao furtar-se de pautar determinados temas, o Estado preserva a capacidade letal da violência patriarcal e garante que essa violência permaneça inalterada.

Podemos dizer que, a partir do espaço institucional possibilitado durante os anos de 2019 e 2022, a classe médica mobilizou com relativo sucesso a face invisível do poder, ou seja, aquela que está além do processo de tomada de decisão ou veto (Bachrach; Baratz, 2011, p. 151). Utilizando-se do Poder Executivo a classe médica atuou numa espécie de disputa de enquadramento para impedir que o tema da violência obstétrica sequer se tornasse objeto de deliberação pública. Essa forma de censura mirou um dos pontos centrais do ativismo pela humanização nos últimos anos, que é a demanda por ações do Estado no combate à violência no ciclo gravídico-puerperal (Russo; Nucci, 2020).

Nesse sentido, é importante ter em vista que a diminuição das responsabilidades do Estado no que diz respeito à proteção social e garantia de condições básicas de cidadania tem sido percebida como um efeito da governamentalidade neoliberal (Brown, 2015; Lorey, 2015; Fisher, 2020). Essa propensão ao enxugamento do papel do Estado como encarregado de oferecer respostas e atuar na mitigação das mazelas sociais adequa-se aos anseios do movimento conservador, que reage às tentativas de mudança por parte de grupos que questionam o caráter desigual, injusto e violento de algumas estruturas vigentes e insistem na responsabilidade do Estado em alterar essas estruturas. As pesquisadoras Wendy Brown (2019) e Melinda Cooper (2017) apontaram que a expansão da esfera privada protegida é uma marca do neoliberalismo que, em sua face conservadora, representa a intensificação da responsabilização sobre as famílias e, em especial, sobre as mulheres.

Os instrumentos utilizados pela classe médica em prol da reprivatização da violência obstétrica, desde o silenciamento (Puccinelli, 2007) até a deslegitimação e reenquadramento de políticas públicas existentes, com o enxugamento dos mecanismos de inclusão e accountability (Roggeband; Kriszán, 2020) têm pontos de encontro expressivos com essa

tendência atual de desresponsabilização do Estado, noção proposta por Biroli, Machado e Vaggione (2020) em sua análise das disputas sobre gênero na América Latina. No escopo desta pesquisa, essa desresponsabilização amplia a autonomia de atores que já estão historicamente posicionados em lugar de autoridade devido ao saber-poder médico que, como vimos, só se consolidou com ajuda do poder do Estado, por meio de uma estratégia de governança reprodutiva. A reação médica de censura ao termo implica não só na ausência de questionamento do exercício da autoridade médica como sinônimo de abuso de poder, mas também na retirada do problema da agenda pública e, conseqüentemente, na escusa do Estado em oferecer políticas e respostas às demandas das mulheres na forma de normatização, isolando no âmbito daquilo que é íntimo e pessoal o sofrimento vivenciado por essas mulheres, e sobre o qual elas vêm exigindo reconhecimento e resposta.

3.5 Considerações finais do capítulo

Ao visualizar o discurso e as práticas da humanização como uma ameaça ao poder consolidado pelos médicos ao longo dos anos, os conselhos de medicina passam a atuar por meio de suas normativas, visando conservar a hegemonia discursiva que garante sua posição na hierarquia de autoridade relacionada à gestação e ao parto. Buscando enfatizar a segurança do parto hospitalar, a exclusividade do atendimento feito pelo médico e a superioridade do saber médico, os conselhos de medicina atuaram desde 2012 de forma conservadora e ignorando as novas evidências científicas defendidas pela OMS e, por muito tempo, corroboradas pelo Ministério da Saúde.

Em determinadas normativas publicadas pelo Conselho Federal de Medicina foi possível perceber a defesa de uma narrativa em que os médicos, únicos capazes de garantir a segurança das mulheres gestantes e de fetos, estava do lado contrário de uma disputa onde o Estado, representado pelo Ministério da Saúde, aliava-se aos “movimentos sociais e feministas” (CFM, Parecer nº 32/2018) na cruzada em prol da humanização do parto. Essa classe, portanto, via-se atacada, principalmente, pelo uso do termo “violência obstétrica” para se referir a parte de suas condutas nos últimos anos.

A partir de 2019, no entanto, com o início de um governo que representou a ascensão dos interesses de grupos conservadores antigênero, representantes de conselhos de medicina, em especial do Cremerj – que assumiu um papel de relativa liderança na cruzada contra o ativismo pelo parto respeitoso (Ferreira, 2023) – passaram a integrar a estrutura do Ministério da Saúde e defender sua narrativa a partir de normativas do ministério. Ações foram tomadas

buscando deslegitimar e, no limite, suprimir o discurso da violência obstétrica, reenquadrando esse termo como uma agressão infundada à classe médica e, portanto, deslegitimando politicamente as demandas de enfrentamento à violência no parto levantadas pelo ativismo de mulheres.

Mostrei como a disputa de enquadramentos contou com uma estratégia de silenciamento político, em que determinadas posições de sujeito foram consolidadas e outras impedidas: os médicos insistem em seu lugar de guardiões e heróis enquanto as mulheres são impedidas de reivindicar o lugar político de vítimas de violência obstétrica e, portanto, de se colocar na disputa pública como sujeitos que têm direito à proteção do Estado no enfrentamento às violências as quais estão suscetíveis no ciclo gravídico-puerperal.

De maneira mais ampla, defendi que a oposição à humanização do parto, ao despolitizar a agenda em defesa do parto respeitoso e recusar a expressão violência obstétrica, se insere numa tendência neoliberal de desresponsabilização estatal e expansão da esfera privada protegida que, livre da interferência do estado, se mantém como lócus de reprodução de desigualdades. No caso da atenção à gestação e parto, a escusa estatal contribuiu para o aumento da autonomia dos médicos e, conseqüentemente, manutenção da posição das mulheres como pacientes passivas, que têm o respeito à sua vontade condicionado à conveniência médica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do questionamento sobre a atuação discursiva da classe médica para barrar os avanços na construção de uma agenda de combate à violência obstétrica no Brasil, pretendi mostrar que a disputa ao redor da assistência à gestação e ao parto é uma disputa pelo Estado, que mobiliza questões sobre pluralidade, participação, cidadania e reconhecimento de demandas por parte de diferentes sujeitos.

Mostrei que a consolidação da autoridade médica foi uma estratégia de governança reprodutiva, que dependeu da medicalização da sociedade e, no caso da ginecologia e obstetrícia, se configurou por meio da exclusão das mulheres como sujeitos da construção e operacionalização desse saber e inclusão de seus corpos como objetos de experimentação e treinamento médico. Busquei demonstrar também que, até os dias de hoje, a formação obstétrica se configura como um importante rito de passagem, sendo um momento de iniciação dos estudantes em práticas de injustiça reprodutiva que dependem de marcadores importantes de diferenciação entre os médicos, os sujeitos da medicina, e os pacientes, seus objetos. No caso da obstetrícia isso aparece de forma ainda mais marcante por ser o feto o produto final a ser priorizado e protegido.

No entanto, com a difusão do ideário da humanização do parto e o crescente questionamento da assistência médica tecnicista e impessoal, parte importante da classe médica vem reagindo ao que percebem como um ataque à sua profissão. Principalmente ao recusar a categoria de “violência obstétrica”, mobilizada pelas mulheres para significar o sofrimento vivido durante a gestação e o parto, conselhos de medicina utilizam-se de seu poder regulamentar e disputam também os mecanismos estatais para manter intacta a narrativa sobre gestação e parto que justifica o exercício de sua autoridade às custas da autonomia e do protagonismo das mulheres gestantes durante esse momento.

Ao apresentar o conteúdo de documentos selecionados de conselhos de medicina a partir de 2012, mostrei que a disputa ao redor do parto não é algo recente: os médicos reagem no intuito de preservar a hospitalização do parto, de assegurar o cumprimento de suas decisões durante o trabalho de parto, e de proteger sua categoria, seja em termos de manutenção da exclusividade de seu ofício (como no caso das disputas envolvendo os profissionais da enfermagem), seja na manutenção da sua imagem como guardiões da vida (recusando o reconhecimento de suas condutas como violentas).

Essa reação que, como enfatizei, objetiva a deslegitimação do debate proposto por grupos de mulheres sobre a violência no parto, aparece por vezes de maneira agressiva e

hostil, com a utilização de termos como “histeria” para se referir às ações do ativismo dessas mulheres. Assim, a forma como os conselhos de medicina tem enquadrado essa discussão, afirmando, como em um dos documentos analisados, que a autonomia das mulheres deve se limitar ao poder médico, demonstra uma insistência em manter intocada e protegida de qualquer questionamento a estrutura hierárquica que autoriza o acesso irrestrito desses profissionais ao corpo das mulheres.

No entanto, o que pretendi demonstrar, em diálogo com a teoria sobre backlash de gênero, é que a chegada de um governo de extrema-direita correspondeu a uma nova estrutura de oportunidade para grupos conservadores e anti-feministas, que puderam promover uma agenda anti-gênero com o uso da estrutura estatal. No caso dos médicos, com a reconfiguração da liderança do Ministério da Saúde, esse órgão passa de apoiador da humanização para porta-voz dos interesses médicos de silenciamento da discussão sobre violência obstétrica e naturalização das relações de poder desiguais performadas durante o trabalho de parto.

Ao retratar, portanto, a disputa sobre o parto como uma disputa de enquadramentos, apresentei a estratégia médica como uma estratégia de silenciamento político com o objetivo de impedir a formação da posição de sujeito reivindicada pelo ativismo de mulheres: a posição de vítimas de violência obstétrica e, como consequência, como sujeitos de direito à proteção estatal no enfrentamento a essa violência. Essa estratégia de silenciamento se relaciona com o retrocesso político no campo da igualdade de gênero que, nesse caso, toma forma de deslegitimação discursiva, reformulação de políticas públicas e erosão de mecanismos de inclusão.

De forma geral, aponte que esse caso, ao desenvolver o backlash como forma de despolitização da agenda em defesa do parto respeitoso, se aproxima do que tem sido visto como tendência neoliberal de desresponsabilização estatal mas, também, com contornos perceptivelmente autoritários, que afasta a participação política plural, normalizando a autoridade médica por meio do silenciamento das demandas de movimentos de mulheres.

Referências bibliográficas:

ABDALA, Leila. “Sé que me cortaron, pero lo olvidé inmediatamente cuando te vi”. La violencia obstétrica como un nuevo marco para dotar de inteligibilidad las memorias y experiencias de los partos en la argentina reciente. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, n. 37. 2021.

ABERS, Rebecca Neaera. 2021. “Institutions, Networks and Activism Inside the State: Women’s Health and Environmental Policy in Brazil.” **Critical Policy Studies** 15 (3): 330–49.

AGUIAR, Janaina Marques; D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires; SCHRAIBER, Lila Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(11):2287-2296, nov, 2013

ALEMÁN, Natalia Magnone. Gobernanza reproductiva en la asistencia al parto en el Uruguay. Una mirada en perspectiva histórica. **Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía - RUAE**, Volume VIII, n. 1, enero-junio 2023, ISSN: 2393-6886.

ALVAREZ, Sonia E. Engajamentos ambivalentes, efeitos paradoxais: Movimentos feminista e de mulheres na América Latina e/em/contra o desenvolvimento. **Revista Feminismos**, Vol. 2, n. 1, jan-abr, 2014.

AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira. **Patologização e medicalização da vida: Epistemologia e Política**. São Paulo: Zagodoni, 2018.

AVRITZER, Leonardo. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**, Campinas, v. 14, n. 1, 2008, pp.43-64.

AVRITZER, Leonardo. **Impasses da democracia no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

AYRES, Lilian Fernandes Arial; TEIXEIRA, Luiz A.; HENRIQUES, Bruno; DIAS, Anna Karolina; AMORIM, Wellington. Métodos de preparação para o parto: um estudo sobre materiais impressos publicados no Brasil em meados do século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, jan.-mar. 2019, p.53-70.

BACHRACH, Peter; BARATZ, Morton S. Duas faces do poder. **Revista de Sociologia Política**. Curitiba, v. 19, n. 40, p. 149-157, 2011.

BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Revista Sociedade e Estado** - Volume 29, nº 2, 2014.

BARANDELA, Ana Clara. Producción socio-legal de la violencia obstétrica: apuntes sobre sus condiciones de posibilidad en la argentina del siglo XXI. **Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía - RUAE**, Volumen VIII, número 1, enero-junio de 2023, issn: 2393-6886

BARRETO, Bianca Leão. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. **Rev Enferm Contemp**. 2021;10(1):127-133

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo**. Fatos e mitos. São Paulo, Difusão Européia do Livro - DIFEL. 1970.

BECKER, Howard S., GEER, Blanche, HUGHES, Everett C., STRAUSS, Anselm M. **Boys in White: student culture in medical school**. New Brunswick: Transaction Publishers, 2002

BIROLI, Flávia. **Autonomia e desigualdades de gênero: contribuições do feminismo para a crítica democrática**. Ed. Horizonte. 2013. Kindle Edition.

BIROLI, Flávia. “O público e o privado” e “O debate sobre aborto”. Em: MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia, **Feminismo e Política: uma introdução**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2014; pp. 31-46.

BIROLI, Flávia. Divisão sexual do trabalho e democracia. **Dados**, vol. 59, n. 3, 2016; pp. 719-53.

BIROLI, Flávia. **Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil**. São Paulo, Boitempo Editorial, 2018.

BIROLI, Flávia; CAMPOS MACHADO, Maria das Dores; VAGGIONE, Juan Marco. **Gênero, neoconservadorismo e democracia: disputas e retrocessos na América Latina**. São Paulo: Boitempo. 2020.

BIROLI, Flávia; TATAGIBA, Luciana; QUINTELA, Débora. Reações à igualdade de gênero e ocupação do Estado no governo Bolsonaro (2019-2022). **Opinião Pública**, 30 (1), 2024.

BOREM Paulo; SANCHEZ, Rita de Cássia, TORRES, Jacqueline, DELGADO, Pedro, PETENATE, Ademir; PERES, Daniel; PARRY, Gareth; BETRÁN, Ana Pilar; BARKER, Pierre. A quality improvement initiative to increase the frequency of vaginal delivery in Brazilian hospitals. **Obstetric & Gynecology**; 135(2):415-425, 2020

BRANDÃO e MENDES, Yluska Myrna Meneses; RATTNER, Daphne. Estruturas e práticas de hospitais integrantes do Projeto Apice ON: estudo de linha de base. **Revista de Saúde Pública, RSP**, 54:23, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2010. Disponível em:<https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf>.

BRASIL, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde. **Despacho 03/05/2019**. Disponível em <<https://bit.ly/2CypfDp>>. Acesso em 28 de março de 2024.

BRENES, Anayansi C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v.7, n.2, p.135-149. 1991.

BROWN, Wendy. **Undoing the Demos: Neoliberalism's Stealth Revolution**. New York: Zone Books, 2015.

BROWN, Wendy. **Nas ruínas do neoliberalismo. A ascensão da política antidemocrática no Ocidente**. São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2019.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero. Feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira. 2003.

BUTLER, Judith. **A vida psíquica do Poder. Teorias da sujeição**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

CABANAS, Edgar; ILLOUZ, Eva. **Happycracia. Fabricando cidadãos felizes**. São Paulo: Ubu Editora, 2022.

CALDWELL, Kia Lilly. **Health Equity in Brazil: Intersections of Gender, Race, and Policy**. Urbana, IL: University of Illinois Press. 2017.

CAMPOS, Carmen Hein; BERNARDES, Márcia Nina. Ideologia de gênero e o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Revista de Estudos Feministas**, v. 30 (3), 2022.

CARNEIRO, Rosamaria, Giatti. **Cenas de Parto e Políticas do Corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado**. 2011. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2011.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.17, n.44, p.49-59, jan./mar. 2013.

CARNEIRO, Rosamaria. Em nome de um campo de pesquisa: antropologia (s) do parto no Brasil contemporâneo. **Vivência: Revista de Antropologia**, 1(44), 11-22. 2014

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, Summos Editorial. 2011

CHACHAM, Alessandra S. **Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal com “um risco” e a medicalização do parto no Brasil**. In: JACÓ-VILELA, A.M.; SATO, L. (Orgs.). **Diálogos em psicologia social**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012, p. 420-451

CHAZAN, Lilian Krakowski. **“Meio quilo de gente”:** um estudo antropológico sobre **ultrassom obstétrico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 230 p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Nota à imprensa e à população**. 09/05/2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota-violencia-obstetrica.pdf?fbclid=Iw>

[AR0KJt-0WFJKGeBG04eN_8xHk1FsCKvK6XNBdjQ5nnQANFoCwcDMt3mh24>](#).

Acesso em 28 de março de 2024.

CONRAD, P. Medicalization and Social Control. **Ann. Rev. Sociology**, v. 18, pp. 209-232, 1992.

COOPER, Melinda. **Family Values. Between Neoliberalism and the New Social Conservatism**. 2017. New York. Zone Books.

CORRÊA, Sonia. A “política do gênero”: um comentário genealógico. **Cadernos Pagu** (53), 2018.

CORRÊA, Sonia; KALIL, Isabela. **Políticas antigênero em América Latina: Brasil**. Observatorio de Sexualidade y Política (SPW). 2020.

DAGNINO, Evelina. Participação e projetos políticos: os horizontes da democracia brasileira. Entrevista concedida a TEIXEIRA, Ana Claudia Chaves; TRINDADE, Thiago Aparecido. **Idéias**, Campinas, SP, v.9, n.1, p. 249-274, jan./jun. 2018.

DAVIS, Dana-Ain. Obstetric Racism: The racial politics of pregnancy, labor, and birthing. **Medical Anthropology**. 2018. DOI: 10.1080/01459740.2018.1549389.

DAVIS, Dana-Ain. **Reproductive injustice: racism, pregnancy, and premature birth**. New York: New York University Press, 2019.

DAVIS, Dana-Ain. Reproducing while black: The crisis of Black maternal health, obstetric racism and assisted reproductive technology. **Reproductive BioMedicine and Society** [Online], n. 11, 2020.

DAVIS-FLOYD, Robbie. Obstetric training as a rite of passage. **Medical Anthropology Quarterly**. 1987;1(3):288-318.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. 2001. **International Journal of Gynecology & Obstetrics** 75. S5 - S23.

DELPHY, Christine. O inimigo principal: a economia política do patriarcado. **Revista Brasileira de Ciência Política**, nº 17. 2015, pp. 99-119.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. **Humanização da assistência ao parto. Conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública**. 2006. Tese (Doutorado) – Departamento de Ensino e Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.627-637. 2005.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; MATTAR, Laura Davis. Hierarquias Reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface - comunicação, saúde e educação**, v.16, n.40, p.107-19, jan./mar. 2012.

DINIZ, Simone Grilo; SALGADO, Heloisa; ANDREZZO, Halana Faria; CARVALHO, Paula Galdino; CARVALHO, Priscila Cavalcanti; AGUIAR, Cláudia de Azevedo; NIY, Denise Yoshie. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: Origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; NIY, Denise Yoshie; ANDREZZO, Halana Faria; CARVALHO, Priscila Cavalcanti; SALGADO, Heloisa de Oliveira. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface, comunicação, saúde, educação**. 20 (56), p. 253-259, 2016.

DINIZ, Debora; BRITO, Luciana; RONDON, Gabriela. Maternal mortality and the lack of women-centered care in Brazil during COVID-19: Preliminary findings of qualitative study. **The Lancet Regional Health**, v. 10, jun, 2022.

DUNKER, Christian I. L. **Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros**. São Paulo: Boitempo, 2015.

ELSHTAIN, Jean Bethke. Feminist Discourse and Its Discontents: Language, Power, and Meaning', **Signs** 7 (3), 1982. p. 603–621.

ELSHTAIN, Jean Bethke. **Public man, private woman: women in social and political thought**. 2. ed. Princeton: Princeton University Press, 1993.

EMIRBAYER, Mustafa. “Manifesto for a Relational Sociology.” **American Journal of Sociology** 103, no. 2 (1997): 281–317.

FALUDI, Susan. **Backlash. O contra-ataque na guerra não declarada contra as mulheres**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001 [1991].

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a Bruxa. Mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Editora Elefante, 2017

FEDERICI, Silvia. **Além da Pele. Repensar, refazer e reivindicar o corpo no capitalismo contemporâneo**. São Paulo: Editora Elefante. 2023

FERNANDES, M. Talita. A Prática da doulagem como ferramenta de resistência e promoção democrática. **12º encontro da ABCP**. 2020.

FERNANDES, Débora A.; TAQUETTE, Stella; SOUZA, Luciana Maria. Aspectos relacionados ao estudante na construção da identidade médica: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 47, n. 1, 2023.

FERREIRA, M. S. **Pisando em óvulos: a violência obstétrica como uma punição sexual às mulheres**. 2019. Tese. (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019.

FERREIRA, Jaqueline. Cesáreas en el fuego cruzado: conflictos entre médicos y activistas del parto humanizado. **Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía**, v. 8, nº 1, jan-jun, 2023.

FISHER, Mark. **Realismo Capitalista. É mais fácil imaginar o fim do mundo do que o fim do capitalismo?** São Paulo: Autonomia Literária, 2020.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão**. Petrópolis: Editora Vozes, 1989.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANÇA, Ruhana L. **A categoria ‘violência obstétrica’ no debate público brasileiro: uma reflexão interdisciplinar sobre movimentos, embates e articulações**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciência Política) – Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

FRASER, Nancy. Rethinking the Public Sphere: A Contribution to the Critique of Actually Existing Democracy. **Social Text**, n. 25/26, 1990, pp. 56-80.

GILLIGAN, Carol. **In a different voice**. Cambridge-MA: Harvard University Press, 1982.

GINSBURG, Faye; RAPP, Rayna. The Politics of Reproduction. **Annual Review of Anthropology**, Vol. 20 (1991), pp. 311-343.

GAUDENZI, Paula.; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.40, pp. 21-34, 2012.

HABERMAS, Jürgen. “Estruturas sociais da esfera pública”. Em: **Mudança estrutural da esfera pública**. Tempo Brasileiro, 1984; pp. 42-74.

HAN, Byung-Chul. **A sociedade paliativa. A dor hoje**. São Paulo: Editora Vozes, 2021.

HIRSCH, O.; MENDONÇA, S. **Violência obstétrica: um novo termo que engloba novas e velhas demandas**. In: VIVEIROS DE CASTRO, T. D. (coord.) **Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020. p. 73-90.

HOBERMAN, John. The Primitive pelvis: The role of racial folklore in obstetrics and gynecology during the twentieth century. In: **Body parts: Critical explorations in corporeality**, Christopher E. Forth, Ivan Crozier (org). Lanham, MD: Lexington Books, 2005.

HOBERMAN, John. Medical racism and the rhetoric of exculpation: How do physicians think about race? **New literary History**, 38 (3): 505-25. 2007

HOCHSCHILD, Arlie. **Extraños en su propia tierra: Réquiem por la derecha estadounidense**. Capitán Swing Libros; 1ª edição, 2020.

HONNETH, Axel. **A luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. São Paulo, Editora 34, 2009.

HOOK, Derek (2001) 'Discourse, knowledge, materiality, history: foucault and discourse analysis', **Theory & Psychology** 11(4): 521–547

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; SCHRAIBER, Lilia Blima. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, pp. 639-649, 2005.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. Tese apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) para a obtenção do título de Doutora em Ciências. São Paulo: 2007.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. A violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia. I ENADIR [Internet]. 2009. Disponível em: <https://www.academia.edu/21564891/A_violência_institucional_no_parto_no_processo_de_formação_médica_em_obstetrícia>.

IACONELLI, Vera. **Manifesto antimaternalista. Psicanálise e políticas da reprodução**. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JEREZ, Celeste. Huellas de la relación entre activistas del parto y feministas: des/encuentros en torno a la maternidad en el área metropolitana de Buenos Aires. **RUAE - Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía**. v. 8, n. 1 jan-jun, 2023;

LAGE, Leandro Rodrigues; CAL, Danila; SILVA, Bárbara Tuanni Veloso. Corpo e Poder: as condições de vulnerabilidade da mulher mãe no debate midiático sobre o parto. **Cadernos Pagu** (59). 2020.

LAVALLE, Adrian Gurza. Sem pena nem glória: o debate da sociedade civil nos anos 1990. **Novos Estudos**. CEBRAP. São Paulo, v. 66, n. 66, p. 91-110, 2003.

LEAL, Maria do Carmo, et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2017.

LERNER, Gerda. **A criação do Patriarcado. A história da opressão das mulheres pelos homens**. São Paulo: Ed. Cultrix, 2019 [1986]

LEWIN, Tessa. Nothing is as it seems: 'discourse capture' and backlash politics. **Gender & Development**, v. 29, n. 2-3, 2021, p. 253-268.

LOREY, Isabell. **State of Insecurity: Government of the Precarious**. New York: Verso, 2015.

MARTIN, Emily. **A Mulher no Corpo. Uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond. 2006.

MARTINS, Leonardo. Ex-conselheiros contam por que o CFM não ousa desmentir o governo sobre falsos tratamentos para COVID-19. **The Intercept Brasil**. Jan, 2021. Disponível em: <<https://www.intercept.com.br/2021/01/27/cfm-nao-ousa-desmentir-governo-sobre-falsos-tratamentos-para-covid-19/>>.

MAURICE, Rochelle. We bawl so we are heard: the stories we must tell about obstetric racism. **Sexual and Reproductive Health Matters**, v. 31, n. 1. 2023

MAUSS, Marcel. **A expressão obrigatória dos sentimentos**. In: OLIVEIRA, R.C. (Org.) Mauss. São Paulo: Ática, [1921]. 1979. p.147-53.

MELUCCI, Alberto. “Collective Action: a Constructivist View”. **Nomads of the Present: Social Movements and Individual Needs in Contemporary Society**. Philadelphia, Temple University Press, 17-37. 1989.

MELUCCI, Alberto. 1996. “The Process of Collective Identity”. **Challenging Codes: Collective Action in the Information Age**. Cambridge University Press, 68-86. 1996.

MEYER, David; STAGGENBORG, Suzanne. Movements, Countermovements, and the Structure of Political Opportunity. **AJS, University of Chicago**, v. 101, n. 6, May 1996, 0. 1628-60.

MILLET, Kate. **Sexual politics**. New York: Ballantine books, 1970.

MILLS, Charles W. **The racial contract**. New York: Cornell University Press, 1997.

Ministério da Saúde (MS). **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004.

MODOLO, Leandro; CARVALHO, Sérgio; DIAS, Thais. Questões da saúde digital para o SUS: a “saúde móvel” e a automação algorítmica do saber-poder da medicina. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n.3, 2023.

MORGAN, Lynn; ROBERTS, Elizabeth. Reproductive governance in Latin America. **Anthropology & Medicine**, v. 19, n. 2, p. 241-254, 2012.

MOTTL, Tahi (1980). “Sociology of political knowledge issue: theoretical inquiries, critiques and explications”. **Social Problems**, v. 27, n. 5, p. 620-635.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, jan.-mar. 2016, p.155-172.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 27 [3]: 415-432, 2017.

NEVES, André Luiz Machado; FERREIRA, Breno de Oliveira. Narrativas entre ciência e política no ativismo da cloroquina. **Psicologia & Sociedade**, v. 32, 2020.

NOTT, John; HARRIS, Anna. Sticky models. History as friction in obstetric education. **Medicine Anthropology Theory** 7 (1): 44–65; 2020.

NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.979-998.

OKIN, Susan Moller. Gênero, o público e o privado. **Revista Estudos Feministas**, n. 16, vol. 2, 2008; pp. 305-332.

ORTEGA, Francisco. **O corpo incerto. Corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

OWENS, Deirdre Cooper. Medical Bondage. **Race, Gender and the Origins of American Gynecology**, Georgia University Press, Athens. 2018.

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu** (49), 2017.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1039-1061.

PÊCHEUX, Michel. **Semântica e Discurso. Uma crítica à afirmação do óbvio**. Campinas, São Paulo: Editora Unicamp, 2014.

PHILLIPS, Anne. “O que há de errado com a democracia liberal?”. *Revista Brasileira de Ciência Política*, n. 6, 2011, pp. 339-363.

PICHETH, Sara Fernandes; CRUBELLATE, João Marcelo; VERDU, Fabiane Cortez. A transnacionalização do parto normal no Brasil: um estudo das últimas cinco décadas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1063-1082.

PIMENTEL, Camila; RODRIGUES, Laís; MULLER, Elaine; PORTELLA, Mariana. Autonomia, risco e sexualidade. A humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. **REALIS**, v.4, n. 01, 2014.

PIRES, Tainá. “Profissão: Parteiras”. *Outras palavras* 7, 2000. Disponível em: <http://www.ac.gov.br/outraspalavras/outras_7/parteira.html>.

PUCCINELLI, Eni. **As formas do silêncio**. No movimento dos sentidos. Campinas, SP: Editora Unicamp, 2007.

PUCCINELLI, Eni. **O que é linguística**. São Paulo: Brasiliense, 2013.

PULHEZ, Mariana Marques. “Parem a violência obstétrica!” A construção das noções de “violência” e “vítima” nas experiências de parto. **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 12, n. 35, pp. 544-564, Agosto de 2013.

RAMÍREZ, Gabriela Arguedas. Poder obstétrico, aborto terapéutico, derechos humanos y femicidio de Estado: una reflexión situada en América Latina. Em: **Violencia obstétrica en América Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias**. Patrizia Quattrocchi; Natalia Magnone (org.). 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2020.

ROGGEBAND, Conny; KRIZSAN, Andrea. **Democratic Backsliding and the backlash against women’s rights**: Understanding the current challenges for feminist politics. Research and Data Section, nº. 35, June, 2020. UN Women.

REHUNA, Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. Parecer técnico nº 1/2022. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2022/04/Parecer-Tecnico-no-01-de-2022-25-de-abril-retificado.pdf>>. Acesso em 28 de março de 2024.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

RONDON, Gabriela; BRITO, Luciana Stoimenoff. Justiça reprodutiva e democracia: reflexões sobre as estratégias antigênero no Brasil. **Revista Em Pauta**, n. 50, v. 20, p. 137-153, jul/dez, 2022.

ROSS, Loretta J; ROBERTS, Lynn; DERKAS, Erika; PEOPLES, Whitney; TOURE, Pamela Briggewater (org.). **Radical reproductive justice: foundation, theory, practice, critique**. New York: The Feminist Press, 2017

RUDDICK, Sara. **Maternal thinking: toward a politics of peace**. Boston: Beacon, 1989.

RUIBAL, Alba. Feminismo frente a fundamentalismos religiosos: mobilização e contramobilização em torno dos direitos reprodutivos na América Latina. **RBCP - Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 14, 2014

RUSSO, Jane; NUCCI, Marina Fisher. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. **Interface (Botucatu)**. 2020.

SADLER, M; SANTOS, MJ; RUIZ-BERDÚN, D; ROJAS, GL; SKOKO E; GILLEN P; CLAUSSEN, J. A. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. **Reprod Health Matters**. May: 24 (47), 2016.

SAFATLE, Vladimir; JÚNIOR, Nelson da Silva; DUNKER, Christian (Orgs.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

SALA, Viviana Valeria Vallana. La enfermedad normal: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 34, p. 90-107, 2020.

SÁNCHEZ, Silvia Bellón. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. **Dilemata**, ano 7, n. 18, p. 93-111, 2015.

SANTOS, Maryelle P., CAPELANES, Beatriz C. S., REZENDE, Kátia T. A.; CHIRELLI, Mara Q. Humanização do Parto: desafios do Projeto Apice On. **Ciência & Saúde Coletiva** (27), 2022, pp. 1793–1802.

SANTOS, Pedro A. G. dos; JALALZAI, Farida. **Women’s empowerment and disempowerment in Brazil. The rise and fall of president Dilma Rousseff**. Filadélfia: Temple University Press, 2021.

SARTI, Cynthia A. Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n.1, 2009 - pp.89-103

SARTI, Cynthia. A vítima como figura contemporânea. **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. 61, p. 51-61, 2011.

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu** (16) 2001: pp.137-150.

SCHMIDT, Flávia de Holanda. **Presença de militares em cargos e funções comissionados do Executivo Federal**. Nota Técnica Diest, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2022.

SCHNECK, Camilla Alexandra et al. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. **Revista de Saúde Pública**, 2012, v. 46, n. 1

SEGATO, Rita Laura. **La guerra contra las mujeres**. Madrid: Traficantes de sueños, 2016.

SEN, Gita; REDDY, Bhavya; IYER, Aditi. Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. **Reproductive Health Matters**, 26: 53, 2018.

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. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. **Interface (Botucatu)**. 2019; n. 23.

SHABOT, S. C. Making loud bodies “feminine”: a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. **Human Studies**, [s. l.], v. 39, n. 2, p. 231-247, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>.

SIEGEL, Reva. “**The jurisgenerative role of social movements in United States Constitutional Law**”. Apresentado em Conferencia SELA, Oaxaca, México, Junio. 2004.

SILVA, Marcelo Kunrath; PEREIRA, Matheus Mazzilli. “Movimentos e Contramovimentos Sociais: O Caráter Relacional Da Conflitualidade Social.” **Revista Brasileira de Sociologia-RBS** 8 (20): 26–49, 2020.

SILVA, Fernanda Loureiro; RUSSO, Jane; Nucci, Marina. Gravidez, parto e puerpério na pandemia: os múltiplos sentidos do risco. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 27, n. 59, jan/abr. 2021.

SILVEIRA, Paloma Silva; PAIM, Jairnilson; ADRIÃO, Karla Galvão. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 8, p. 276-291.

SIMAS, Raquel; MENDONÇA, Sara Sousa. O Caso Adelir e o Movimento pela Humanização do Parto: Reflexões sobre violência, poder e direito. 2016. **Vivência. Revista de Antropologia**, 48: 89-104.

SMITH-OKA, Vania. Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico. **Social Science & Medicine** [Internet]. Oct;143:9–16, 2015.

SZASZ, T. **The Medicalization of Everyday. Selected Essays**. Syracuse NY: Syracuse University Press, 2007.

TEIXEIRA, Luiz Antônio da Silva. RODRIGUES, Andreza Pereira. LIMA, Thais Carneiro. PONTES, Diogo Eiras. NICIDA, Lucia Regina. Violência Obstétrica: perspectiva de médicos professores de Obstetrícia. **Revista Saúde em Redes**, 2021; v. 7, n. 3.

TEIXEIRENSE, Marília Mendes, SANTOS, Sara Leon. From expectation to experience: humanizing childbirth in the Brazilian National Health System. **Interface (Botucatu)** [Internet]. 2018 Apr; 22: pp. 399–410.

TEMPESTA, Giovana. Trabalhando pelos bons vinculamentos: reflexões antropológicas sobre o ofício das doulas. **Anuário antropológico**, v. 43 (1). 2018.

TEMPESTA, Giovana. Quando cuidar é sinônimo de prevenir e combater a violência institucional. A doulagem como agenciamento social em saúde. 2019 . Paper apresentado na **XIII Reunião de Antropologia do Mercosul – Porto Alegre (RS)**. Disponível em: <https://www.ram2019.sinteseeventos.com.br/simposio/view?ID_SIMPOSIO=58>. Acesso em 04 de abril de 2023.

TEMPESTA, Giovana Acácia; FRANÇA, Ruhana L. Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. **Horizontes Antropológicos** [online]. 2021, v. 27, n. 61. pp. 257-290.

TEMPESTA, Giovana Acácia; CAVALCANTI, Clarissa Lemos; FRANÇA, Ruhana L. Ventres livres? Pensando sobre cesariana, violência obstétrica e histerectomia no horizonte da justiça reprodutiva. **Interseções** [Rio de Janeiro] v. 24 n.3, p.472-498, fev. 2023

TESSER, Charles D.; KNOBEL, Roxana; RIGON, Thomaz; BAVARESCO, Gabriela Z. Os médicos e o excesso de cesáreas no Brasil. **Saúde & Transformação Social**, v. 2, n. 1, p. 4-12, 2011.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas**, n. 483, v. 2, 2002.

VAGGIONE, Juan Marco. Entre reactivos y disidentes: desandando las fronteras entre lo religioso y lo secular. In: La trampa de la moral única: argumentos para una democracia laica. Lima: Mayo, 2005.

VAGGIONE, Juan Marco. Texto panorámico: sexualidad, religión y política en América Latina. In: CORREA, Sonia; PARKER, Richard (org.) **Sexualidade e política na América Latina: histórias, interseções e paradoxos**. Sexuality Policy Watch 2011 (recurso eletrônico).

VAGGIONE, Juan Marco. “A religião e a política no tempo dos direitos sexuais e reprodutivos. In: ROSADO, Maria José (org). **Gênero, feminismo e religião. Sobre um campo em construção**. Rio de Janeiro: Garamond, 2015.

VAGGIONE, Juan Marco. “A restauração legal: o neoconservadorismo e o direito na América Latina”. In: BIROLI, Flávia; CAMPOS MACHADO, Maria das Dores; VAGGIONE, Juan Marco. **Gênero, neoconservadorismo e democracia: disputas e retrocessos na América Latina**. São Paulo: Boitempo, 2020.

VALDÉS, Diana Hoyos. Ética del cuidado: una alternativa a la ética tradicional? **Discusiones Filosóficas**. Año 9 N° 13, jul - dic, 2008, pp. 71-91.

VAN DER WALL, Rodante; MITCHELL, Veronica; VAN NISTELROOIJ, Inge; BOZALEK, Vivienne (2021). Obstetric violence within students’ rite of passage: The reproduction of the obstetric subject and its racialised (m)other, **Agenda**, v.25, p36-53.

VENTURI, G.; GODINHO, T. (orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo, Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2013.

VIEIRA, Elisabeth M. **A medicalização do corpo feminino**. 2002. FIOCRUZ.

WILLIAMSON, K. Eliza. The iatrogenesis of obstetric racism in Brazil: beyond the body, beyond the clinic. **Anthropology & Medicine**, 2021.

ZOLA, Irving K. Medicine as an institution of social control. **The Sociological Review**. v. 20, n. 4, pp. 487-504, 1972.

Anexo I

Ano	Documento	Categoria	Acesso
2012	Resolução CREMERJ nº 265/2012	Manutenção da hospitalização do parto e da medicalização	< https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/RJ/2012/265 >.
	Recomendação CFM nº 1/2012	Manutenção da hospitalização do parto e da medicalização	< https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/recomendacoes/BR/2012/1 >.
2014	Consulta CREMESP nº 94.869/2014	Proteção do profissional médico	< https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SP/2014/94869 >.
2015	Despacho CFM nº 517/2015	Proteção do profissional médico	< https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/despachos/BR/2015/517 >.
2015	Parecer CRM-DF nº 50/2015	Assegurar a garantia da vontade/decisão médica durante o parto	< https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SP/2013/109384 >.
2015	Resolução CREMERN nº 2/2015	Proteção do profissional médico	< https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/RN/2015/2 >.
2016	Consulta CREMESP nº 109.384/2016	Proteção do profissional médico	< https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SP/2013/109384 >.
2016	Parecer CFM 37/2016	Proteção do profissional médico	< https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2016/37 >.
2018	Parecer CFM 2/2018	Manutenção da hospitalização do parto e da medicalização	< https://portal.cfm.org.br/buscar-normas-cfm-e-crm < https://portal.cfm.org.br/buscar-normas-cfm-e-crm >.
	Parecer CFM 32/2018	Proteção do profissional médico	< https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/32 >.
2019	Parecer Cremerj 1/2019	Assegurar a garantia da vontade/decisão médica durante o parto	< https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/RJ/2019/1 >.
	Despacho Ministério da Saúde (maio, 2019)	Proteção do profissional médico	< https://bit.ly/2CypfDp >.

	Resolução CFM 2.232/2019	Assegurar a garantia da vontade/decisão médica durante o parto	< https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232 >.
	Resolução Cremerj nº 296/2019	Outros	< https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/RJ/2019/296_2019.pdf >
	Resolução Cremerj nº 293/2019	Assegurar a garantia da vontade/decisão médica durante o parto	< https://www.cremerj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1390 >
2020	Parecer CFM 24/2020	Proteção do profissional médico	< https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/24 >.
	Ministério da Saúde, Portaria nº 2.282/2020	Outros	< https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2282_28_08_2020.html >