

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA**

**“Na hora de fazer não gritou”:
a “violência obstétrica” como um fenômeno contemporâneo**

FABIANE CRESCÊNCIO TRINDADE

Porto Alegre

2018

FABIANE CRESCÊNCIO TRINDADE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Antropologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Sociais.

Orientadora: Prof^a Dra. Ceres Gomes Victora

**Porto Alegre
2018**

CIP - Catalogação na Publicação

Trindade, Fabiane Crescêncio
"Na hora de fazer não gritou": a violência
obstétrica como um fenômeno contemporâneo / Fabiane
Crescêncio Trindade. -- 2018.
78 f.
Orientadora: Ceres Gomes Victora.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Filosofia e Ciências Humanas, Bacharelado em
Ciências Sociais, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Violência Obstétrica. 2. Antropologia das
emoções. 3. medo. I. Victora, Ceres Gomes, orient.
II. Título.

FABIANE CRESCÊNCIO TRINDADE

**“Na hora de fazer não gritou”:
a “violência obstétrica” como um fenômeno contemporâneo**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Antropologia da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel em Ciências
Sociais.**

Orientadora: Profª Dra. Ceres Gomes Victora

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

**Dra. Ceres Gomes Victora (Orientadora)
(UFRGS)**

**Fernanda Rifiotis
(UFRGS)**

**Camilla Schneck
(UFRGS)**

AGRADECIMENTOS

Quantas pessoas fizeram parte dessa trajetória! Muitos ouvidos atentos e corações abertos me consolaram em momentos difíceis e vibraram comigo nos instantes felizes.

Carol, Miriam, Miguel, Candi e Luís: vocês me ensinaram as maravilhas e os desafios do morar em coletivo na CEU, companhias apaixonadas nos primeiros anos de faculdade. Amigos irmãos que compartilharam comigo as aventuras de iniciar uma vida nova numa cidade diferente.

Clarinha, Tainá e Lívia: minhas referências na maternidade. Obrigada pela inspiração que proporcionaram para que hoje eu pudesse tanto ser a mãe que sou quanto a pesquisadora que me tornei. Vocês me apontaram o caminho dos mistérios do mundo da gestação e do nascimento.

Comuna do Arvoredo: minha morada, meu projeto, minha família escolhida. Só tenho a agradecer a todas as pessoas que estiveram ao meu lado nesse processo de aprofundamento do ser. Viver em coletivo, acontecer em coletivo, florescer em coletivo. Não tenho como colocar aqui todos os nomes, pois são muitos, mas quero deixar registrado o salto quântico que esse espaço encantado no centro de Porto Alegre proporcionou (e segue proporcionando) para o meu entendimento de mundo. Neste lugar adentro, cada dia mais, nas profundezas dos significados de laços de solidariedade e apoio mútuo, dois atributos inerentes à vida em coletivo, em especial à vida nesta Comuna.

Caleb, meu querido mestre, tu me acolheu nas minhas dificuldades de compreender os textos das ciências sociais, contigo aprendi a fazer fichamentos e, através de tuas aulas, caí de amores pela antropologia. Agradeço imensamente a confiança que sempre depositou no meu potencial. Ao teu lado tive a oportunidade de expandir meus saberes, além de aprender a valorizar a minha caminhada até chegar nas ciências sociais. Grata, acima de tudo, pela amizade que nos une!

Marcelo e André pelas imensas reflexões acadêmicas (e as não acadêmicas também) que sempre trocamos, pelas escutas e pelas risadas, e é claro, pelas lamúrias e sofrências. Agradeço de coração por toda a troca intelectual que cerca a nossa relação e que certamente se faz presente nas elaborações dessa pesquisa.

Laurence: presença tão importante nos meses finais de elaboração desse trabalho. Agradeço pelas coorientações e mini puxadas de orelha “acadêmica” nesse período de escrita. Teu carinho faz toda a diferença na minha vida, pode ter certeza!

Henrique e Lyli: agradeço a ajuda diretamente relacionada ao esse trabalho, muito obrigada pela atenção!

Pipoca, amiga-irmã e cumadre ariana! Grata por tudo que envolve nossa relação, aqui palavras são de pouco valor. Tu sabe do que eu estou falando. Agradeço teu amor com o Sid, e comigo também.

Paulinho, pai do meu filho e amigão, agradeço a parceria e a disposição na tentativa de quebrar, ou, pelo menos, fissurar esse sistema patriarcal no qual estamos compulsoriamente inseridos. Te agradeço por acreditar junto comigo na transmutação das relações.

Diogo, meu amigo lindo, uma inspiração pra mim, sempre. Grata pelas dicas certeiras e as profundas trocas.

Ceres, orientadora atenta e afetuosa, além de uma professora extremamente inspiradora. Obrigada pela paciência que tiveste no processo desse TCC, foram meses de encontros e muita disposição para que eu chegasse até aqui. Agradeço de coração a leitura detalhada deste trabalho e as perfeitas correções sugeridas.

Sidarta, meu amado filho, o grande responsável pela minha entrada nos temas que envolvem os processos de parto e nascimento. Tua luz me guia nessa jornada, os desafios trazidos pela tua chegada no meu mundo me levaram a ver além, a sentir além, relação visceral, remexe minhas entranhas. Agradeço infinitamente, meu filho, por me mostrar o que é ser responsável por outra pessoa nesse planeta em colapso.

E por fim, minha família. Se consegui estudar, trocar de faculdade duas vezes e ir atrás do que realmente eu desejava na vida, sem dúvida é porque tive o suporte de vocês. Em especial, dedico esse trabalho ao meu vô Seu João Crescêncio, que no auge dos seus 99 anos se encontra em plena lucidez e saúde impecável. Vô, tu sempre me apoiou em todas as decisões que me conduziram até aqui, mesmo nas vezes que tu não concordava com o rumo que as coisas podiam tomar. Por isso, tens meu mais sincero e amoroso agradecimento. Realmente, se

tem uma pessoa que eu posso dizer “sem ti eu não estaria aqui”, essa pessoa é tu,
vô.

RESUMO

Esse trabalho discute a construção e o reconhecimento da “violência obstétrica” como um fenômeno social contemporâneo. A partir de pesquisa bibliográfica em sites, blogs, materiais de divulgação de grupos de ativismo e conversas informais com mulheres grávidas em diferentes contextos, aponto inicialmente o cenário complexo em que o problema se situa e como diferentes agentes se posicionam, entre eles: mulheres que afirmam ter sofrido “violência obstétrica”, grupos de ativistas feministas, órgãos nacionais e internacionais de Saúde, o campo da enfermagem obstétrica e o da biomedicina. Na sequência, a partir da perspectiva da Antropologia das Emoções, chamo atenção para o trabalho ativo das emoções, particularmente do medo na construção dos sentidos do parto e de intervenções. Apresentando criticamente procedimentos como a episiotomia, a cesariana agendada e o “ponto do marido” destaco, entre outras coisas, o campo de disputas dentro do qual a “violência obstétrica” se conforma.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Obstétrica, Antropologia das Emoções, Medo.

ABSTRACT

This study discusses the construction and recognition of “obstetric violence” as a contemporary social phenomenon. Based on the bibliographical research realized in websites, blogs, activist groups divulgation material and informal talks with pregnant women in different contexts, I initially point out the complex scenery in which the problem is situated and how different agents position themselves, between them: women who affirm having suffered “obstetric violence”; activist feminist groups; national and international health agencies; the field of obstetric nursery and of biomedicine. In the sequence, based on the perspective of the Anthropology of Emotions, I recall attention to the active role of emotions, particularly of fear, in the construction of the senses of childbirth and of interventions. Presenting critically procedures as epistemology, the cesarean operation, and the "husband stitch", I highlight, among other things, the field of dispute in which the "obstetric violence" conforms itself.

KEYWORDS: Obstetric Violence, Anthropology of Emotions, Fear.

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	10
1 INTRODUÇÃO.....	14
2 SITUANDO A “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA”.....	21
2.1 O advento da obstetrícia e as mudanças da sensibilidade em relação ao parto.	21
2.2 Os termos nos quais a “violência obstétrica” se manifesta.....	30
2.3 A percepção da violência obstétrica a partir dos discursos dos grupos sociais	32
2.4 O aprendizado da “violência obstétrica”.....	36
2.5 “Violência Obstétrica”: problema social, políticas públicas e investimentos em pesquisas.....	40
3 “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA” E MEDO.....	44
3.1 As Ciências Sociais e as Emoções.....	44
3.2 A concepção emocional da gestação e do parto.....	47
3.3 O medo como uma emoção produtiva.....	56
3.4 As intervenções cirúrgicas no contexto da “violência obstétrica”.....	61
3.5 “Violência obstétrica” e o hospital.....	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS.....	73

PREFÁCIO

Início o texto desse TCC com um relato pessoal sobre os caminhos que me levaram à escolha do tema, do objeto e da metodologia da pesquisa que resultou neste trabalho:

Meu primeiro encontro afetivo com questões relacionadas ao parto e ao nascimento foi no ano de 2013, quando estive presente durante um parto domiciliar planejado. A gestante que pariu é uma grande amiga e ao longo de sua gestação me explicou, superficialmente, mas com eficiência, sobre a existência da violência no parto e como se manifestava na prática. Inclusive, foi por conhecer a possibilidade de desrespeitos durante o parto que ela acabou optando por planejar um parto domiciliar e se preparou durante gestação para esse momento. Falou-me sobre episiotomia e sobre intervenções pelas quais o recém-nascido é submetido compulsoriamente. Contou-me sobre a noção de protagonismo da mulher no parto e comentou sobre o receio de fazer o pré-natal com um médico de seu convênio de saúde, e ser levada a realizar uma cesárea agendada sem motivo médico. Essas foram algumas informações que trocamos nos momentos de conversas despreziosas no decorrer de sua gestação. Até esse momento de minha vida eu não havia escutado falar no termo “violência obstétrica”.

No ano seguinte, 2014, engravidei. Munida dessas informações, tinha certeza que não gostaria de passar pelo parto hospitalar por sentir medo de receber tratamento desrespeitoso ou ser submetida a intervenções consideradas desnecessárias e obsoletas, de acordo com uma perspectiva menos intervencionista. Ao longo da gestação me preparei para o parto domiciliar planejado, realizei as consultas pré-natal e exames necessários para comprovar que eu não era uma gestante considerada de risco. Nesse período intensifiquei as buscas por informações relativas à gestação e ao parto. Centrei a procura, principalmente na preparação para o parto natural, mais do que nas questões cujo enfoque era a “violência obstétrica”. Participei de grupos de gestantes, assisti filmes e realizei diversos encontros com a equipe de parto escolhida, além de muitas trocas de ideias com amigas que já tinham passado pelo parto.

Após mais de 10 horas de trabalho de parto, em casa, tive complicações e fui transferida para o hospital, já com dilatação total. Havia preparado um “plano de

parto”, que é um documento onde a gestante deixa registrado por escrito o que deseja em relação às etapas do trabalho de parto, aos procedimentos médicos do parto em si e aos cuidados com o recém-nascido no pós-parto. Esse documento precisa ser protocolado no hospital e assim o fez o pai do meu filho, enquanto eu recebia o atendimento inicial. Nesse atendimento, inacreditavelmente mediram até a minha altura enquanto eu estava com contrações fortíssimas e mal conseguia me colocar em posição de coluna reta, tal era a dor que eu sentia.

Mesmo assim, considero que tive sorte pois fui atendida por uma equipe que não criminalizou a minha escolha a respeito do modo de parir, afinal de contas eu claramente vinha de uma tentativa de parto em casa. Mas como eu estava num hospital-escola e recebendo atendimento pelo Sistema Único de Saúde não tive a mesma sorte em relação ao sem número de exames de toque que recebi enquanto estava na sala de pré-parto. Algo que chamou a minha atenção enquanto permaneci nessa sala foi o auscultador fetal, que ao se movimentar na minha barriga e, por isso deixar de detectar os batimentos cardíacos do bebê, passou a emitir um som em alto volume através de caixas acústicas. Esse som foi extremamente assustador naquele momento. Ouvi-los, me remeteu àqueles sons de “parada cardíaca” que costumamos escutar em filmes, digo em filmes pois, como não tenho intimidade com os equipamentos da área da saúde, essa é a referência que eu tenho. Enfim, para nós que estávamos ali num momento extremamente delicado e tenso, esse som só serviu para nos apavorar ainda mais, pois pensamos que nosso filho tinha morrido! E o pai dele saiu correndo da sala atrás de alguém que pudesse nos ajudar.

Após esse incidente com o auscultador, chegou uma enfermeira (ou técnica em enfermagem) e reposicionou o aparelho de forma a restituir nas caixas acústicas o som dos batimentos cardíacos do bebê. Depois desse acontecimento que causou tensão entre nós, fui avisada por outra mulher membro da equipe que precisaria receber um “sorinho” para ajudar no parto. Eu sabia que esse “sorinho” era o ocitocina¹ sintética e inclusive havia colocado no plano de parto que não desejava receber esse hormônio. Mas, naquele momento de extrema fragilidade,

¹ É um hormônio produzido pelo hipotálamo tendo como função: promover as contrações musculares uterinas; reduzir o sangramento durante o parto; estimular a liberação do leite materno; desenvolver apego e empatia entre pessoas; produzir parte do prazer do orgasmo; e modular a sensibilidade ao medo.

insegurança e um certo desespero, resolvi dizer sim pois me sentia exausta e com medo de que algo ruim pudesse acontecer com meu filho.

Minutos após receber a ocitocina sintética na veia, o ritmo das contrações aumentou exageradamente e a dor que senti foi insuportável. Uma outra mulher, imagino ser enfermeira, entrou no quarto, pegou no meu braço e me conduziu em direção à sala de parto pois julgou que já era o momento. Essa mulher me transmitiu segurança, eu dizia a ela que não ia conseguir, que não aguentava mais. Ela olhou nos meus olhos enquanto segurava meus ombros com as suas mãos e nessa posição me disse: “quando vier a contração tu se agacha”. E assim o fiz. Nesse momento senti restituída a confiança e me senti acolhida e cuidada. Inacreditável como, em ambiente hostil (me senti assim dentro do hospital), qualquer ato que denote um certo cuidado já é sentido por quem recebe como algo extremamente carinhoso.

Eu gritei muito e não ouvi nenhuma retaliação nesse sentido, apenas percebi que causava um certo incômodo nas pessoas ao meu redor. Quero deixar claro que eu me encontrava num momento de extrema vulnerabilidade e as lembranças que estão na memória chegam um pouco embaçadas. Contemplo neste relato o que lembro com clareza, ou o que mais chamou minha atenção naquele contexto.

Ao adentrar na sala de parto, já vestida com os trajes correspondentes, eu estava com receio de ter que parir deitada de barriga para cima e, por conta dessa posição, sofrer as diversas intervenções decorrentes dela (manobra de Kristeller², fórceps³ e episiotomia⁴). Porém, fiquei impressionada positivamente com a “cama de parto”⁵. Não precisei deitar pois a estrutura dessa cama conta com degraus para os pés e local para segurar na parte de cima. Dessa forma, pude parir quase na posição vertical, num ângulo de 45 graus. Isso foi um alento.

² Pressão fúndica, quando o médico ou a enfermeira faz pressão sobre o abdômen para acelerar o parto.

³ É um instrumento utilizado na medicina obstétrica para auxiliar a retirada do bebê.

⁴ É um corte na vulva e na vagina feito com uma tesoura ou bisturi com a justificativa de evitar lacerações e facilitar a saída do bebê.

⁵ As chamadas Camas PPP (pré-parto, parto, pós-parto) são idealizadas para permitir a escolha da parturiente em relação à posição de parir. São inclináveis e possuem suporte para apoio dos pés e barras de esforço para os braços. Possibilitam o posicionamento confortável da parturiente durante os procedimentos de parto, constituindo-se como uma alternativa à posição de barriga para cima onde o parto se torna mais demorado.

Segurei firme no suporte para as mãos e comecei a fazer a força do expulsivo. Num determinado momento chega ao meu lado uma jovem mulher, talvez uma residente em obstetrícia, não sei. Ela falou delicada e pausadamente no meu ouvido: “a gente vai ter que fazer o cortezinho, tudo bem?”. Esse “cortezinho” é a episiotomia, o procedimento que eu abomino e que sabia que nunca teria certeza se ele era ou não necessário no meu parto. Não tive forças para dizer que não queria, pois naquele momento já estava submetida a altos níveis de exaustão. No final das contas recebi o corte mas acredito que não tenha recebido o “ponto do marido”⁶.

Deixo claro aqui, que assim como escrevi no plano de parto (protocolado do setor administrativo do hospital) que não queria receber ocitocina e episiotomia, a equipe não respeitou a minha vontade oficial. “Ofereceu” o procedimento num momento em que eu e meu companheiro consideramos que não estávamos em plenas condições emocionais para negar ou aceitar algo de forma consciente.

Instantes após ouvir essa delicada voz me avisando do corte, experienciei meu filho saindo de dentro de mim. Nunca senti tanto alívio na vida quanto naquele momento. Colocaram o bebê no meu colo e ali ele permaneceu por poucos minutos, contrariando uma das indicações baseadas em evidências científicas que o contato pele a pele com a mãe nos primeiros momentos do bebê é de suma importância. Ele foi tirado de mim para receber toda a série de procedimentos de rotina: banho, peso, medida do comprimento, aspiração, etc.

Permaneci por algum tempo, não tenho noção de quanto, deitada numa cama na sala de recuperação. Enquanto estava lá ouvia meu filho chorando muito e queria estar com ele nos braços, mas o alívio que eu estava vivendo naquele momento me ajudou a relaxar e esperar até que os protocolos fossem cumpridos.

Termino aqui meu relato, que é apenas uma parte de minha vivência. Optei por não escrever sobre a experiência que tive durante as 10 horas de trabalho de parto domiciliar e tampouco descrevi a pressão e os desrespeitos pelos quais eu, meu filho e seu pai passamos dentro do hospital por termos decidido negar, no plano de parto, alguns procedimentos rotineiramente realizados com os recém-nascidos. Considero que essa parte da minha experiência seria melhor caracterizada se a

⁶ Refere-se a um ponto a mais realizado durante a sutura da episiotomia com a (única) justificativa de deixar a vagina mais apertada e preservar o prazer masculino. A justificativa para a existência desse procedimento seria a dificuldade dos músculos do assoalho pélvico voltarem “ao normal” depois da passagem do bebê.

chamásemos de “violência neonatal” pois não envolveu a equipe obstétrica e sim a equipe de neonatologia.

1 INTRODUÇÃO

O objetivo do presente trabalho é apresentar, discutir e problematizar, o que veio a ser chamado de “violência obstétrica”. Tendo em vista meu envolvimento pessoal e político com o tema, o exercício do distanciamento que é fundamental para a pesquisa antropológica apresentou-se desde o início como um grande desafio. Afinal, eu, pesquisadora, mas também mulher e mãe, como evidenciado no prefácio desta monografia, sinto-me extremamente tocada com essas questões relacionadas à “violência obstétrica”. Meu esforço nessa direção é apresentar, segundo recomenda o sociólogo Pierre Bourdieu (1989), uma postura de objetivação participante, ou seja, realizar o exercício de ruptura das adesões que constituem os interesses sobre o objeto estudado. Para Bourdieu, isso significa deixar emergir as diferentes vozes e discursos implicados no tema da “violência obstétrica”. A partir do exercício proposto, aliado à vigilância epistemológica, me coloco no desafio de empreender essa ruptura.

No ano de 2016, dois anos depois da experiência pessoal relatada no prefácio, trabalhei como entrevistadora na pesquisa cujo título é “Inquérito multicêntrico sobre o funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do Acesso à Atenção Especializada em Regiões Metropolitanas Brasileiras”, coordenada pelo professor da faculdade de Saúde Coletiva, Dr. Dario Pasche. Esta investigação se desenvolveu em quatro grandes cidades brasileiras: São Paulo, Campinas, Fortaleza e Porto Alegre. Minha função dentro dessa pesquisa era aplicar questionários com as gestantes atendidas no pré-natal de alto risco, nos seguintes hospitais: Conceição, Fêmeina, Hospital de Clínicas e Santa Casa; todos na cidade de Porto Alegre. Durante os três meses em que frequentei esses serviços entendi melhor como funciona o Sistema Único de Saúde em relação aos cuidados com a gestação considerada de alto risco.

Essa experiência de trabalho auxiliou na materialização da ideia de fazer o trabalho de final do curso de Ciências Sociais sobre a questão da gestação e nascimento. Nas manhãs em que permaneci na sala de espera com essas mulheres, escutei muitas conversas entre elas. As que já tinham filhos relatavam os atendimentos considerados ruins ou desrespeitosos, histórias engraçadas ou elogios às equipes que realizaram seu trabalho de maneira considerada positiva e exemplar.

Em alguns momentos me juntei na troca de ideias com essas gestantes, o que foi facilitado por termos em comum a experiência da maternidade e, ainda, realizado nossos partos através do SUS.

A experiência de sala de espera com gestantes foi de suma importância, tanto para a minha construção como pesquisadora do tema da gestação e parto, quanto para o olhar que trago nessa monografia. Não coletei relatos, tampouco realizei entrevista com elas, apenas apliquei o questionário da pesquisa mencionada. Algumas vezes perguntava se consideravam ter “sofrido violência obstétrica” em seus partos e muitas, embora não tivessem tido contato com o termo, acreditaram que tinham passado por isso. E as que não tinham passado sempre sabiam de alguma conhecida ou parente que afirmava ter sofrido desrespeito e maus tratos durante o parto. Diferente dos discursos elaborados por mulheres que se preparam para o parto domiciliar planejado, e estão por dentro dos detalhes das intervenções consideradas desnecessárias, essas mulheres, com as quais convivi no serviço de alto risco do SUS, quando se referiam ao tratamento que receberam da equipe de saúde levavam em consideração o fato de serem mal ou bem tratadas apenas.

Dentre as mulheres que conversei nesse período, em nenhum momento evidenciaram algum procedimento ou intervenção como pertencente à categoria maus tratos. Algumas falaram sobre a vergonha de ter muitas pessoas fazendo o exame de toque, mas consideravam que “era assim mesmo”. Ou seja, as possíveis situações que se caracterizam como “violência obstétrica” podem ser naturalizadas a ponto do sofrimento resultante dessas situações ser banalizado, e o bom atendimento ser considerado algo excepcional.

Depois desse trabalho como entrevistadora, frequentei como pesquisadora, algumas atividades organizadas pelo Grupo Parto Alegre cujas integrantes atendem tanto partos domiciliares planejados quanto conduzem grupos de gestantes que buscam mais informações sobre gestação e parto. Além de organizarem uma série de atividades voltadas para as questões do parto e nascimento. Minha pesquisa ainda estava pouco definida quanto ao objeto, mas, mesmo assim, desejei realizar esse trabalho de campo. Diferente da vivência nas salas de espera do pré-natal de alto risco do SUS, nos encontros do grupo Parto

Alegre eu me apresentei como pesquisadora, realizei entrevista com uma das parteiras e cheguei a fazer alguns apontamentos por escrito.

Mas algo me inquietava nesse campo. Queria trabalhar uma questão mais abrangente, e pesquisar um grupo socialmente privilegiado não era o que eu desejava naquele momento. Digo socialmente privilegiado porque o parto domiciliar é um serviço de custo elevado, dada a renda média da população em geral. Esse serviço não é coberto por planos de saúde, tampouco é realizado pelo SUS. Porém considero extremamente relevante que esse tema do parto domiciliar seja trazido à tona pelas ciências sociais, já que pode ser pensado como uma resistência ao modelo tecnocrático hegemônico do qual as páginas seguintes vão tratar com mais detalhes.

Após um período de reflexão e muitas leituras, cheguei ao tema da “violência obstétrica”. Inicialmente intencionei buscar um grupo que se reunisse periodicamente e que eu pudesse estar junto e realizar uma etnografia. Mas não encontrei especificamente um grupo cujas atividades estivessem de acordo com meu desejo de investigação.

Minha alternativa foi buscar na internet os relatos de “violência obstétrica”, além dos relatos encontrados nas produções acadêmicas consultadas. Foi de suma importância para as reflexões contidas nesse texto os materiais produzidos pela Rede Parto do Princípio, em especial o Dossiê elaborado em 2012, que serviu como subsídio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Câmara dos Deputados que investigava Violência contra as Mulheres. A tese de doutorado de Carmen Susana Tornquist: “Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil” além de inspiradora foi fonte de dados e relatos contidos aqui. Esse material contém inúmeros relatos e detalha todos os direitos negados às mulheres que se consideram afetadas por procedimentos considerados “violência obstétrica”.

Segundo Luciana Aparecida Palharini (2016), a internet está se consolidando como espaço de militância da cena obstétrica por mulheres engajadas em movimentos feministas e/ou da área da saúde. Além disso, os meios de comunicação virtuais como blogs e redes sociais, têm auxiliado na obtenção de informação acerca da “violência obstétrica”, convidando a reflexões, promovendo identificação entre as mulheres que se consideram vítimas e, ainda, incentivando a tomada de consciência sobre o evento vivido, como mostra o excerto a seguir

No que concerne à discussão sobre violência institucional na assistência ao parto, essa possibilidade de troca que as novas tecnologias da informação favoreceram e impulsionaram, mostraram na prática a possibilidade de fortalecimento das lutas por meio de ciberativismo. Assim, a utilização do ciberespaço se configura como um espaço de continuidade de reivindicação de direitos reprodutivos, neste caso, de enfrentamento à violência obstétrica. (SENA & TESSER, 2017: 213)

Além do material citado anteriormente, recorri inúmeras vezes aos relatos contidos no “mapa da violência obstétrica”⁷. Esse mapa é um apanhado de relatos e gerenciado pela Associação Artemis⁸ com o intuito de dar visibilidade aos inúmeros abusos e violências ocorridos por todo o Brasil na assistência ao parto e processos de abortamento. Esse *site* recebe relatos de pessoas, tanto mulheres quanto homens, que passaram ou presenciaram maus tratos durante o parto. Mais do que uma garantia a respeito da veracidade dos relatos, o que está em jogo é o padrão que eles obedecem.

Observei através da pesquisa de relatos, tanto de sites da internet⁹ quanto em produções acadêmicas e materiais de grupos que trabalham com garantias de direitos das mulheres, que eles obedecem a um certo padrão: xingamentos recebidos, intervenções desnecessárias realizadas sem consentimento, direitos negados mesmo quando garantidos em lei (lei do acompanhante), falta de informação para as gestantes, cesárea agendada sem motivo plausível, dentre outros, que detalharei mais a frente. Por conta desse padrão, considereei que analisar esses dados secundários, a partir da perspectiva da Antropologia, não diminuiria a qualidade de minhas observações. Percebi que a referência ao medo aparece com frequência nesses relatos, e de maneira geral na literatura consultada também era

⁷ <https://violenciaobstetrica.crowdmap.com/>

⁸ Artemis é uma organização comprometida com a promoção da autonomia feminina e prevenção e erradicação de todas as formas de violência contra as mulheres, através da garantia de seus direitos e implantação de políticas e serviços que assegurem a mudança efetiva do cenário atual, em direção a uma sociedade mais justa e igualitária. A partir da questão da humanização do nascimento nos mobilizamos durante muitos anos, atuando informalmente como uma rede ativista que encontrou espaço na mídia, nas telas de cinema, na prestação de serviços, na área acadêmica, no legislativo, no executivo e no judiciário.

⁹ <https://violenciaobstetrica.crowdmap.com/>; <http://www.partodoprincipio.com.br/>; <https://www.artemis.org.br/>; <https://bebe.abril.com.br/familia/violencia-obstetrica-o-meu-relato/>; <https://www.vix.com/pt/bdm/bebe/violencia-obstetrica-8-relatos-fortes-e-chocantes-de-quem-passou-por-isso>

uma emoção recorrente. Diante disso adentrei o estudo da Antropologia das Emoções para compreender não a essência dessas experiências, mas o seu sentido produtivo. Ou seja: o que o medo produz no contexto da gravidez e do parto?

A universalidade e relevância da temática do parto sempre foi reconhecida pelas ciências sociais. Arnold Van Gennep (2013) foi o primeiro antropólogo que referenciou o parto como um ritual de passagem. Em sua obra “Os ritos de passagem”, ele trouxe exemplos de culturas não-ocidentais para caracterizar as diferentes etapas que demarcam o parto, desde a etapa de separação até a de reagregação, passando pelo momento liminar, um momento crucial e decisivo vivenciado pela parturiente. Robbie Davis-Floyd, antropóloga estadunidense, utiliza Van Gennep para analisar o parto hospitalar no livro *Birth as an American Rite of Passage* (1992). Nessa obra, ela mostra que também no parto hospitalar estão presentes as etapas do clássico rito de passagem. Como tive acesso apenas à obra na língua inglesa, trago aqui elementos contidos na resenha do livro, realizada pela médica Carmen Simone Grilo Diniz:

A partir de mais de cem entrevistas com mulheres de classe média e profissionais de saúde nos Estados Unidos, a autora explora as experiências pessoais desses personagens em relação ao parto e sua 'formatação cultural'. Ela parte do reconhecimento de que todas as sociedades humanas canalizam o processo de nascer para ritos de passagem, que têm a marca dos valores que essa sociedade partilha. Uma das contribuições mais inovadoras do texto é demonstrar que, diferentemente do que costumamos pensar, a transferência do local de parto da casa para o hospital não representou uma des-ritualização daquilo que em outras sociedades ditas primitivas foi sempre um processo carregado por superstições e tabus. Pelo contrário, a transferência do parto para o hospital "resultou na mais elaborada proliferação de rituais em torno deste evento fisiológico já vista no mundo cultural humano" (p. 2). (Diniz, 2002: 524)

Sobre as formas de perceber o evento, a pesquisa de Davis-Floyd realizada entre mulheres que tiveram diferentes tipos de parto – (1) partos naturais e (2) partos nos moldes tecnocráticos – apontou que o primeiro grupo se refere graficamente à beleza e à magia do nascimento, enquanto o segundo foca nas complicações ocorridas. Para Davis-Floyd, médicos tem o olhar focado na doença e, além disso, são socialmente vistos como aqueles que não podem falhar nunca. Isso não é surpreendente na medida que no contexto ocidental contemporâneo observa-

se uma grande ênfase na tecnologia como elemento de salvação do mundo (Davis-Floyd apud Diniz, 2002).

Não pretendo aqui estabelecer uma leitura estanque do sistema de saúde, estabelecendo um lado como agressor (equipes médicas e instituições de saúde) e outro lado as mulheres como vítimas, pois para dar conta de uma análise a respeito da “violência obstétrica” precisamos fugir das dicotomias e encarar os diversos discursos envolvidos nessas questões. Para Diniz (2005), nos debates acerca da assistência ao parto e nascimento no Brasil, é necessário que se encontre uma saída da polaridade parto normal versus cesárea. Até porque, conforme argumenta essa autora, diante das evidências atuais, não é possível defender que a cesariana sem indicação médica não tenha resultados inferiores ao parto fisiológico nos moldes tecnocráticos. Mas quando comparado ao parto vaginal repleto de intervenções desnecessárias, dolorosas e danosas, pode parecer uma alternativa menos danosa. Em que pese o reconhecimento da importância dessa comparação para a militância da causa da “humanização do parto”, como já referido, o presente trabalho vai se focar mais na discussão teórica a partir dos referenciais da Antropologia das Emoções, em especial à emoção medo.

O presente trabalho é composto por três capítulos, além desta introdução. No primeiro capítulo situo a “violência obstétrica” na discussão sobre direitos sexuais e reprodutivos, e descrevo as transformações na percepção sobre o parto, sugerindo a emergência de uma nova sensibilidade socialmente construída que resulta na valorização a experiência do parto “natural” e na abominação da intervenção médica. Somado a isso mostro, de forma geral, os discursos dos grupos sociais que moldam a existência da “violência obstétrica”. E, por fim, busco apresentar os termos nas quais a “violência obstétrica” se manifesta e ainda, pontuo algumas questões que situam esse fenômeno no panorama das políticas públicas no Brasil e nos investimentos em pesquisas.

No segundo capítulo, contextualizo o leitor no campo da Antropologia das Emoções, a partir de alguns autores que se dedicaram a delinear essa discussão dentro das Ciências Sociais. Também trago alguns apontamentos sobre a construção emocional da gestação e do parto. Dou atenção especial ao medo pois foi o sentimento que apareceu com recorrência nos relatos acessados durante essa pesquisa.

Por último, nas considerações finais, destaco possíveis questionamentos relativos à “violência obstétrica”, deixando claro que antes de obter respostas esta monografia pretende abrir espaço para a constante agregação de informações e dados que possam auxiliar no levantamento do problema e como ele pode estar interagindo com uma parcela relevante de mulheres no Brasil.

2 SITUANDO A “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA”

2.1 O advento da obstetrícia e as mudanças da sensibilidade em relação ao parto.

Para que seja possível analisar o tema do parto e as reivindicações atuais por maior protagonismo das mulheres faz-se necessário colocar em contexto esse evento complexo que se tornou ao longo dos últimos séculos um assunto médico, desenvolvido na instituição hospitalar e separado da vida familiar e comunitária (Tornquist, 2004). O que pretendo argumentar nesta sessão é que a construção do protagonismo das mulheres relaciona-se a um conjunto de transformações sociais e políticas nas últimas décadas. Essas transformações têm motivado mudanças na percepção sobre o que é apropriado ou correto em relação ao parto e, logo, como se construiu o que hoje se reconhece como um excesso de intervenções e/ou como “violência obstétrica”. Há uma interessante literatura contemporânea pontuando que a medicalização do corpo das mulheres acontece dentro de um contexto maior do que a da vida privada, através de mecanismos de biopoder que visam o controle populacional, a disciplinarização da força de trabalho e a higienização dos espaços e das relações sociais (Tornquist, 2000; Thebáud, 2002; Vieira, 2002; Chacham, 2012; Foucault, 2009; Natansohn, 2005; Diniz, 2016).

Para Michel Foucault, a partir do século XVII, opera-se na Europa um intenso processo de politização dos corpos, através do qual se desenvolve a organização do poder sobre a vida (Foucault, 2003 apud Carvalho, 2012). Para este autor, o século XVIII inaugura, na sociedade ocidental, o processo de entrada dos fenômenos da vida humana na ordem do saber e na dimensão do poder. A institucionalização do saber sobre a vida humana, no início do século XIX, dá origem a um poder soberano, no qual o direito de causar a morte ou de deixar viver, que lhe é característico, é substituído por um poder que gera a vida e a faz ordenar, em função de suas reivindicações. A partir dessa mutação, o saber biomédico institucionalizado passa a atuar sobre o corpo do sujeito, percebido como doente. Exige-se então uma intervenção que seja capaz de salvar e prolongar a vida, além de dar conta de sua singularidade (Foucault, 2008). Segundo Davis-Floyd (2003) o declínio da parteira e a ascensão do parto mecanicamente manipulado e assistido por homens seguiu de perto a difusão cultural da leitura do corpo como máquina no

Ocidente e a aceitação da comparação do corpo feminino com uma máquina defeituosa – uma metáfora que afinal fundou filosoficamente a obstetrícia moderna.

No caso do parto, para Elisabeth Vieira (2002):

Embora date do início do século XVI a aproximação dos médicos ao parto, será durante os séculos XVIII e XIX que a prática dos cuidados com o corpo feminino, considerada como competência exclusiva dos médicos, irá desenvolver-se, organizar-se, enfim, legitimar-se. A história da apropriação do corpo feminino pelo saber médico foi efetivamente marcada pelo desenvolvimento de um conhecimento cirúrgico e tecnológico promovido pela aproximação da medicina com o momento do parto, a partir do qual esse saber se ordena e se sistematiza como no nome de obstetrícia. Esta dará origem a outras disciplinas médicas que pretendem cuidar do corpo feminino, tal como a ginecologia e outras relativas à reprodução humana, como a embriologia, a genética, a contracepção. Será também a partir da obstetrícia que se irá promover a expansão da assistência médica à gravidez e ao parto, através de serviços e programas específicos. (Vieira, 2002: 23)

Fernando de Magalhães, considerado o pai da Obstetrícia Brasileira, defende no início do século XX o uso da narcose e fórceps como amenizadores e proporcionadores de um parto mais “humano” e gerador de menor sofrimento para a mulher. O uso dessas técnicas, em especial o fórceps, a partir das referências da Medicina Baseada em Evidências (MBE)¹⁰ já é considerado desnecessário e recomenda-se, inclusive a sua não utilização, ou ainda a sua abolição (Diniz, 2005: 628)

Segundo Diniz (2005), o que está em jogo é o contraponto ao modelo anterior, onde o sofrimento no parto era inerente e considerado uma penalidade advinda do pecado original. Dentro da tradição religiosa judaico-cristã, Eva foi a mulher que, além de ter sido criada por Deus a partir da costela do homem (Adão), adquiriu, assim, a posição de dependência e segundo lugar na criação, “tentou” o homem e fez o ser humano cair em pecado e desgraça. Deus, então, puniu o homem e a mulher, expulsando-os do paraíso. Porém, um dos componentes mais interessantes a se analisar nesse contexto é a passagem da Bíblia: “E à mulher

¹⁰ Medicina baseada em evidências não trata apenas do tema do parto, ocupando-se de uma corrente mais ampla que vem se estabelecendo dentro do campo médico, a partir da crítica ao regime hospitalocêntrico, em função de seus altos custos econômicos e de seus mecanismos iatrogênicos. Cf. DRUMMOND, J.P. SILVA, E. Medicina baseada em evidências: Novo Paradigma assistencial e pedagógico. São Paulo: Atheneu, 1998.

disse: Multiplicarei sobremodo os sofrimentos da tua gestação; e em meio de dores darás à luz os teus filhos” (Gênesis, 3:16).

Portanto, qualquer mecanismo de alívio das dores do parto era dificultado ou até ilegalizado em casos mais extremos, por conta do destino inexorável em relação ao desígnio divino derivado do pecado original. Fica claro o paradigma religioso baseado na culpa cristã. Como exemplo, exponho aqui o caso do desenvolvimento da anestesia, em meados do século XIX, que abriu portas para uma nova era na história do parto. Em 1847, o escocês James Young Simpson descobriu as propriedades anestésicas do clorofórmio e, com sucesso, o introduziu para aliviar a dor do parto. Não obteve, a princípio, grande aceitação da sociedade que, na época, acreditava que o procedimento era um ato contra a natureza e a vontade de Deus¹¹.

Sendo assim, até meados do século XX, a obstetrícia médica funda sua sensibilidade no oferecimento de solidariedade humanitária e científica diante desse sofrimento inerente ao parto e derivado desse desígnio divino, em especial à dor do parto. Essa especialidade médica, reivindica seu protagonismo no resgate de mulheres que são consideradas vítimas a serem salvas da dor e da sentença do paraíso.

A medicina hegemônica adentrou em um campo ocupado por mulheres e investiu em corpos femininos cujas dinâmicas até então eram pouco conhecidas. Essas mulheres eram denominadas aparadeiras, comadres ou parteiras. Elas detinham o saber empírico e assistiam às mulheres em seus domicílios em todas as fases que envolvem gestar e parir, incluindo os cuidados com o recém-nascido. Elas eram de inteira confiança das mulheres e eram frequentemente consultadas sobre temas como os cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio (Brenes, 1991).

Tanto elas eram de confiança que de acordo com Tornquist (2004), até o século XVIII na Europa, a noção de parto não era associada ao processo de saúde-doença e persistiu assim por bastante tempo no imaginário das populações com significados ligados à família, parentesco e religiosidade. O domínio da parturição foi um dos últimos e mais difíceis de ser conquistado pela medicina. Embora o processo

¹¹ Parente, Raphael Medeiros et al. A História do Nascimento (Parte 1): a cesariana. FEMINA. Vol 38 nº 9. Setembro 2010.

de medicalização da gestação e do nascimento guarde especificidades regionais e nacionais, os estudos relacionados a essa questão apontam que houve uma lenta adesão ao parto hospitalar, tendo em vista a relutância das parturientes em deixar as suas casas para darem à luz em quartos ou enfermarias de hospitais, e além disso, assistidas por homens.

Tentativas de diminuir as dores do parto não são novas: desde as tentativas de usar clorofórmio, ópio e outras substâncias, até o uso de analgesias fármaco-químicas ou a noção de controle da dor proposto pelo método psicoprofilático, como vimos anteriormente. Nas décadas de 70 e 80, no mundo alternativo, surgiram as técnicas corporais, místicas e psicológicas, ampliando o leque de opções que antes era proporcionada pela analgesia peridural, como um método eficiente e considerado por muitos como inócuo para o bebê. (Tornquist, 2004: 341)

Os grupos de defensoras do parto humanizado argumentam hoje que essa medicina incorreu em inúmeros equívocos, tendo contribuído, em muitos casos, para a elevação das taxas de mortalidade de mulheres e bebês. Um dos inventos, no início do século XX, que possibilitou esse resgate do destino inexorável da dor das mulheres foi o chamado “sono crepuscular”. Nessa modalidade de parto, a mulher era medicada com morfina e escopolamina (um tipo de alucinógeno), o parto era induzido com ocitócitos¹², colo do útero dilatado com instrumentos e, na sequência, o bebê era retirado com fórceps¹³. Por conta da escopolamina ser alucinógena e causar delírios, há relatos que muitas mulheres precisavam ser amarradas para parir pois se debatiam durante o procedimento, e ao final do parto se encontravam cheias de hematomas (Dossiê Violência Obstétrica, 2012: 11).

É importante chamar atenção para o que se identifica como uma transformação na sensibilidade em relação ao parto que ocorre simultaneamente a esses processos políticos, sociais e tecnológicos que incidem sobre a assistência ao nascimento. Pode-se sugerir que a sensibilidade manejada pelo “sono crepuscular” era a relacionada ao alívio da dor e da completa alienação da mulher no processo de parto e nascimento. Porém, esse modelo mostrou-se causador de alta mortalidade de mulheres e bebês. Lembrando aqui que a mortalidade materno-infantil tem pouco a ver com o uso de tecnologias sofisticadas e sim com cuidados básicos no campo da medicina preventiva (Dossiê Violência Obstétrica, 2012: 32).

¹² Agentes que aceleram o parto estimulando o útero, sendo o mais conhecido a ocitocina sintética.

¹³ Dossiê Violência Obstétrica “Parirás com Dor”, Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012.

A partir de meados do século XX, essa sensibilidade sofreu uma pequena modificação, de forma que as mulheres passaram a viver o parto conscientes mas imobilizadas. Pernas e braços amarrados na cama de parto, de pernas abertas e levantadas, funcionamento do útero acelerado ou reduzido por indução medicamentosa e separada dos parentes. Foi nesse período histórico que o parto hospitalar tornou-se uma prática comum entre grande parte das mulheres urbanas¹⁴. A associação entre parto medicalizado e civilidade tornou-se uma marca comum entre os diversos países ocidentais capitalistas, inclusive os países do terceiro mundo, para os quais modernizar significa “compartilhar os modelos e costumes dos países centrais, em diversos âmbitos da vida social”. Inovações, costumes e modas, trazidas do exterior, tornaram-se comuns entre as elites e pequena burguesia, transformando costumes cotidianos em elementos de distinção. (Tornquist, 2004: 79)

Olhando historicamente o contexto político, social e econômico dos anos 60, segundo Díaz, Cabral e Santos, é possível identificar diferentes atores, interesses, preocupações e intencionalidades. Por exemplo, os organismos e instituições dos países desenvolvidos estavam com o olhar voltado para o crescimento da população mundial. Nesse caso, o movimento de mulheres que inicialmente reivindicava a capacidade de ter controle do seu corpo e de regular a sua fertilidade, numa etapa posterior demandaram e advogaram pelo reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos.

Também teve um papel fundamental algumas políticas específicas dos Estados Unidos que, interessado em diminuir o crescimento demográfico nos países ditos subdesenvolvidos, colocou no centro de sua agenda estratégias de cooperação com esses países, introduzindo de forma massiva métodos anticoncepcionais na América Latina, na década de 60. Esses programas, embora visassem controlar a natalidade de maneira autoritária, atenderam de certo modo às necessidades das mulheres que desejavam métodos anticoncepcionais para evitar uma gravidez não desejada, o que lhes permitiria estudar e trabalhar fora de casa. (Díaz, Cabral e Santos, 2004: 3)

Paralelamente, se intensificaram as pesquisas científicas com ênfase biomédica para o desenvolvimento de métodos anticoncepcionais, demográfica para o controle de natalidade, e posteriormente se ampliou para outros campos das

¹⁴ No Brasil 98% dos partos são realizados em hospitais (DATASUS, 2015)

ciências sociais com uma abordagem de direitos. É importante ressaltar que se observa claramente a desigualdade de gênero tanto nas pesquisas biomédicas de desenvolvimento de métodos anticoncepcionais como nas demográficas, porque estas focalizavam principalmente as mulheres, colocando claramente a responsabilidade da anticoncepção sobre elas.

Nessa mesma época, a pauta dos movimentos de mulheres, na Europa e nos Estados Unidos, também se centrou nos aspectos ligados à sexualidade e reprodução. Foi o momento em que as lutas das mulheres se centraram na conquista do direito de decidir sobre seu próprio corpo.

Frases como “Nosso corpo nos pertence”, “Esse corpo que é nosso”, percorreram o mundo e fizeram parte da agenda e dos processos educativos que permitiram a muitas mulheres conhecerem e (re) conhecerem os seus próprios corpos, pensar e refletir pela primeira vez nas questões relacionadas à vivência da sexualidade, (re)conhecer o direito ao prazer sexual e, principalmente, refletir sobre a construção dos papéis do homem e da mulher, da desigualdade e da iniquidade entre homens e mulheres. Esses movimentos ao longo de todo o mundo fizeram com que a voz das mulheres começasse a ser ouvida nas demandas políticas de saúde pelos direitos de decidir sobre o corpo e a fertilidade, até a reivindicação da legalização do aborto. (Díaz, Cabral e Santos, 2004: 6)

Já nos anos 70, conforme Tornquist (2004), estudiosos do campo médico: sanitaristas, epidemiologistas e neonatologistas dedicaram-se ao estudo das correlações entre as cirurgias cesarianas e os indicadores de saúde materna e infantil, apresentando dados que contrastavam com a tese, difundida pela categoria médica, que o parto cirúrgico traz maiores benefícios que o parto vaginal.

As críticas originadas desde a neonatologia, um campo em franca expansão na década de 70, certamente contribuíram para que as objeções à cirurgia ganhassem legitimidade em um contexto mais amplo, no seio do qual a infância, como alvo das preocupações, passou a ser crescentemente valorizada. Colaboraram igualmente para os questionamentos das consequências do parto cirúrgico, análises provenientes do campo da psiquiatria, psicologia, psicanálise, enfocando a questão a partir do ponto de vista do bebê. (Tornquist, 2004: 9)

Segundo Diniz, a crítica ao modelo tecnocrático do parto e nascimento se acentua no ano de 1979, Ano Internacional da Criança, com a criação do comitê europeu para estudar as intervenções para reduzir a morbimortalidade perinatal e

materna no continente. Como resultado dessa colaboração foi realizada no Brasil em 1985 uma conferência sobre tecnologia apropriada no parto. Conforme a autora:

Esse encontro foi um marco, com forte apelo de saúde pública e de defesa de direitos das mulheres, assim como a resultante Carta de Fortaleza, texto que teve a capacidade de inspirar muitas ações de mudança. Recomenda a participação das mulheres no desenho e avaliação dos programas, a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes, o fim dos enemas, raspagens e amniotomia, a abolição do uso de rotinada episiotomia e da indução do parto. Argumenta que as menores taxas de mortalidade perinatal estão nos países que mantêm o índice de cesária abaixo dos 10% e afirma que nada justifica índice maior que 10 a 15% (WHO, 1985). (DINIZ, 2005: 2)

A partir dos anos 80 observa-se a emergência de uma sensibilidade crítica em relação ao modelo hegemônico de parto. Nessa década cresce o movimento da Medicina Baseada em Evidências (MBE), que contesta esse modelo obstétrico hegemônico e realiza diálogo com agências de saúde governamentais. Nesse período, o modelo tecnocrático passa a ser mais contestado por possuir enfoque patológico, perda do protagonismo da mulher, abuso de procedimentos artificiais e violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres. (Palharini, 2017)

Nas últimas três décadas, em especial após os anos 90, o movimento da MBE construiu fortes evidências a partir de ensaios clínicos e revisões sistemáticas a favor de rotinas menos agressivas, mais cuidadosas a mulheres e bebês, protegendo-os de abusos. Segundo Diniz (2016) destacam-se os benefícios da atenção ao conforto físico e emocional da mulher, da presença de acompanhantes e doulas e da liberdade de movimentar-se e escolher a posição de parir, da valorização da integridade genital materna, do contato pele a pele entre mãe e bebê na primeira hora de vida, do corte tardio do cordão, entre outros. Nas suas palavras:

Em países permeáveis às evidências científicas, este movimento foi muito efetivo em questionar a tradição, e em mudar as rotinas de assistência e os valores subjacentes. Porém, em outros contextos, sobretudo nos países de renda média com uma medicina pouco regulada, a prática clínica tem sido pouco permeável às evidências, como no caso do Brasil, criando uma contradição adicional: a permanência, não regulada, de intervenções reconhecidamente inseguras e dolorosas, o que configura uma forma de violação de direitos 'nova', sendo a novidade o seu reconhecimento como problema e não sua ocorrência. (Diniz, 2016: 254)

Em setembro de 2014 a Organização Mundial da Saúde publicou uma declaração contra os abusos no parto e nascimento¹⁵, escrita em 6 idiomas, que convoca para maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre esse tema da saúde pública e direitos humanos, com o título “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde”. Segundo essa declaração, toda a mulher tem direito ao melhor padrão atingível em saúde, o qual inclui o que a OMS entende como “direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso no sentido da garantia de direitos sexuais e reprodutivos”.

Como medidas, esse documento indica a necessidade de maior apoio aos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus tratos; iniciar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com enfoque no cuidado respeitoso como essencial na qualidade da assistência; enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e parto. Além disso, produzir dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde, como sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais e envolver todos os interessados, incluindo as mulheres nos esforços para “melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas”. (OMS, 2014)

A partir do olhar centrado nessas mudanças de sensibilidades em relação ao parto, destaco aqui que o parto, até o advento da obstetrícia, era um fenômeno fisiológico e centrado na figura da mulher. Por fim, o que estou argumentando é que vivemos nos dias atuais uma nova sensibilidade em relação ao parto que veio a ser conjugada ao do que passou a ser conhecido como “direitos reprodutivos e sexuais”¹⁶ das mulheres. Segundo Maria Betânia Ávila:

O feminismo lançou os questionamentos e as ideias que vão historicamente produzir o conceito de direitos reprodutivos e servir de base para a construção de direitos sexuais. Pode-se dizer que no primeiro caso há uma autoria original do feminismo, e no segundo uma autoria compartilhada entre vários movimentos sociais, sendo os mais relevantes o movimento gay, o movimento lésbico e o movimento feminista. Hoje, esses conceitos estão amplamente utilizados, pode-se mesmo afirmar que há uma disputa

¹⁵http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=4507F465AFA57049A2269138BA970922?sequence=3 Visitado em 23 Fev. 2018.

¹⁶ Para maiores informações sobre os direitos sexuais e reprodutivos: Correa e Petchesky (1996); Barsted (2003); Díaz, Cabral e Santos (2004).

de significados em torno deles, que engloba muitos outros atores e sujeitos para além desses que estão ligados a suas origens. (Ávila, 2003: S466)

Segundo Margarita Díaz, Francisco Cabral e Leandro Santos (2004), aqui no Brasil, no contexto da redemocratização nos anos 80, é que os movimentos das mulheres atuaram de forma sistemática na luta pelos direitos à justiça social e democracia, incorporando na sua agenda o tema da saúde da mulher e dos direitos reprodutivos.

No contexto da democratização, foram criados o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), a Comissão Nacional de Estudos dos Direitos da Reprodução Humana no Ministério da Saúde, e foi formulado o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, onde o acesso aos anticoncepcionais foi reconhecida como um direito básico de cidadania das mulheres que deveria ser oferecida na rede pública de saúde como um dos componentes de uma política mais ampla da saúde da mulher ou da saúde reprodutiva, que incluiria também assistência de qualidade ao pré-natal, parto e puerpério, prevenção das DST e do câncer cervical e de mama, atenção às adolescentes e à mulher no período da menopausa. Tudo isto, representa a institucionalização da agenda feminista pelo Estado. (Díaz, Cabral e Santos, 2004: 6)

Nos dias atuais, esta sensibilidade em relação ao parto se encontra ainda mais reforçada pelos estudos da Medicina Baseada em Evidências que vem aos poucos desconstruindo a necessidade de realização de um sem número de intervenções. Nesse modelo de sensibilidade, embora não hegemônico, há preocupação com o “protagonismo da mulher” no processo de parto e nascimento, que se expressa em termos das escolhas realizadas a partir de “claras informações” sobre as intervenções a serem realizadas. A partir dessa perspectiva, o “sofrimento” não é mais visto como desígnio divino e relacionado à dor no parto. Ele se desloca para o “sofrimento” ligado às possibilidades das “violências” que as mulheres sofrem cotidianamente tanto dentro das salas de pré-natal, quanto nas salas de parto e pós-parto. Essa sensibilidade também se encontra intimamente ligada ao protagonismo da mulher durante o parto e a liberdade para escolher onde, como e com quem vai parir.

2.2 Os termos nos quais a “violência obstétrica” se manifesta

O que hoje se chama de “violência obstétrica” diz respeito às formas com que profissionais da saúde atuam sobre o corpo das mulheres em seus processos reprodutivos. Constitui-se, dentre outros, de atenção desumanizada, abuso de intervenções (independentemente de terem eficácia comprovada), medicalização excessiva, foco na leitura patológica dos processos de parturição fisiológicos. Esses processos, na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, estão relacionados a uma série de situações consideradas degradantes pelas quais várias mulheres são submetidas ao se depararem com o sistema médico de saúde, em especial nos hospitais.

Gostaria de situar brevemente a discussão sobre o campo de estudos da violência a partir das reflexões do antropólogo Theophilos Rifiotis (1998). No artigo intitulado “Dilemas éticos no campo da violência”, esse autor discute como “a percepção dos significados da palavra violência revela a ambiguidade característica de um sistema social pouco afeito à democracia”. Trago abaixo um fragmento que auxilia no debate que a presente pesquisa tenta desenvolver:

Quando procuramos circunscrever o campo semântico da palavra violência, deparamo-nos com um jogo de linguagens onde diferentes tipos de fenômenos são aproximados, enredados numa teia discursiva cuja amplitude equivale a uma visão de mundo. Assim, aquilo que chamamos violência recobre fenômenos muito diferentes que não podem ser reduzidos ao crime e à violência institucional. Desse modo, no nosso cotidiano, referimo-nos à violência no esporte, no trânsito, nas ruas, nas prisões, ou ainda com relação às precárias condições de vida, à fome e, evidentemente, com relação à criminalidade; a violência contra as mulheres, contra as crianças, contra a natureza, a violência física, psicológica, simbólica, cognitiva. Esta série, cuja regra de formação ainda nos é invisível, pode englobar as relações de força, as tensões, as hierarquias, as desigualdades sociais e as situações de conflito em geral. (Rifiotis, 1998: 27)

No caso deste trabalho, a violência obstétrica se manifesta, na prática, através da forma como as mulheres relatam ser tratadas durante o processo de pré-natal, parto, trabalho de parto, pós-parto e abortamento. Nos relatos estudados, muitas mulheres contam terem sido tratadas de forma grosseira, humilhante, desrespeitosa, agressiva ou até mesmo violenta durante atendimentos em serviços de saúde. É importante observar que esta percepção da experiência de violência é aprendida no contexto cultural de criação e desenvolvimento da defesa dos direitos das mulheres.

Nos tempos atuais abundam relatos de mulheres que revelam sua percepção negativa de experiências de partos, relacionadas à ideia de maus tratos e tratamentos desrespeitosos. Mas acessar essa percepção é um trabalho mais complexo, pois ela se insere num contexto de “violência institucional”¹⁷ onde é comum observar a banalização de condutas baseadas em estereótipos de gênero e classe, que são vistas como brincadeiras pelos sujeitos envolvidos e até esperadas pela paciente; reprodução e banalização por parte dos profissionais, de intervenções consideradas desnecessárias; dificuldades que os usuários têm, em geral, de criticar o serviço de saúde e os profissionais que os atenderam, sobretudo no caso de assistência perinatal onde as mulheres tendem a se sentir aliviadas e agradecidas após o nascimento de um bebê saudável, o que para muitas delas compensaria qualquer mau tratamento recebido durante a assistência.

D’Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) definem a violência contra as mulheres nas instituições de saúde e discutem em maior detalhe sobre quatro tipos de violências: 1) negligência ou omissão de atendimento; 2) violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional; 3) violência física e negação de alívio da dor quando há indicação técnica e, 4) violência sexual na forma de assédio e estupro. Outros autores definem violência obstétrica como violência psicológica na forma de ironias, ameaça e coerção.

A tese de doutorado de Carmen Susana Tornquist, publicada em 2004 e intitulada “Parto e Poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil” nos traz o panorama da criação da Rede Nacional pela Humanização do Nascimento (REHUNA). Observei que nesse trabalho não aparece em nenhum momento o termo “violência obstétrica”, o que indica que essa noção ainda não havia sido cunhada (esta questão será explorada mais adiante). Porém, já aparecem as formas nas quais essa violência se manifesta.

Em termos mais abrangentes, as autoras de referência identificam situações em que a violência obstétrica se manifesta como aquelas de não cumprimento de direitos básicos, tais como: direito ao acompanhante, direito à informação, direito à privacidade, direito ao atendimento digno, direito a se

¹⁷ A violência institucional em maternidades públicas tem sido tema recente de estudo em diversos países. Pesquisas demonstram que, além das dificuldades econômicas e estruturais que os serviços públicos de saúde enfrentam, encontram-se, subjacentes aos maus-tratos vividos pelas pacientes, aspectos socioculturais relacionados a uma prática discriminatória quanto a gênero, classe social e raça/etnia (Aguiar e D’Oliveira, 2011: 79)

movimentar e a ficar na posição mais confortável, direito à anestesia, direito ao atendimento respeitoso, direito aos atendimentos baseados em evidência científica.

Segundo Sara Souza Mendonça (2015), podemos encontrar no Brasil dois modelos de assistência obstétricas que são concorrentes e antagônicos. O primeiro, seria o modelo tecnocrático representado pela epidemia de cesáreas, enquanto o segundo, que ela define como modelo humanista/humanizado representando pelo parto normal ou vaginal que valoriza o protagonismo da mulher e o respeito à escolha informada a respeito das intervenções as quais são submetidas.

Muitos pontos dos discursos dos grupos apontados por Mendonça são comuns. Um deles é a função de eliminar a dor e o sofrimento no trabalho de parto. Enquanto que o modelo tecnocrático utiliza-se de diversos métodos oriundos da área da saúde, o modelo humanitário considera que sofrimento seria a condição que as mulheres vivenciam por serem privadas de protagonizarem o parto e o trabalho de parto. Percebemos aqui que estão em jogo duas visões sobre o significado de sofrimento. Por um lado sofrer seria sentir dor, e por outro lado, a dor faria parte de um processo no qual a mulher toma a frente e protagoniza o seu parto.

A epidemia de cesáreas no Brasil é percebida através dos dados estatísticos. Enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a taxa de partos cirúrgicos seja em torno de 15% tanto na rede pública quanto na rede privada, aqui no Brasil, o número de cesáreas aumenta a cada ano. Entre 2000 e 2010, tivemos aumento de 37,8% para 52,3%, sendo que na rede privada chega a 82%. Além disso, é constatado que mais de 70% das mortes durante o parto derivam da qualidade da assistência, ou seja, quanto mais intervenções desnecessárias, mais probabilidade de mortes fetais (Oliveira, 2016: 15)

2.3 A percepção da violência obstétrica a partir dos discursos dos grupos sociais

Podemos considerar que o termo “violência obstétrica” surgiu recentemente. Segundo Pulhez (2013), esse termo foi cunhado no meio acadêmico em 2010, pelo presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Pérez D’Gregorio em editorial do International Journal of Gynecology and Obstetrics. É utilizado comumente para se referir a uma série de desrespeitos e

desconfortos que algumas mulheres relatam sofrer durante o pré-natal, trabalho de parto, parto, pós-parto e abortamento. Refere-se a:

Apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, através de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos na sexualidade. (Pulhez, 2013: 2)

A partir dos dados coletados para compor esse trabalho, conforme descrito na introdução, pude detectar que vários discursos moldam a existência e a percepção da “violência obstétrica”. Dentre os grupos sociais que se posicionam em relação a esse assunto e dos quais emergem discursos a respeito do tema, considereei relevantes os seguintes: relatos de mulheres que afirmam ter sofrido violência obstétrica; o discurso oriundo do campo da enfermagem obstétrica; o discurso dos grupos de ativistas feministas pelo fim da violência obstétrica; o discurso das agências e órgãos nacionais e internacionais de Saúde, e o da classe médica. Esses discursos, em sua maioria, estão inseridos no campo da assistência à saúde e se encontram em permanente disputa de poder. Também pude identificar o discurso proveniente do campo jurídico, mas como a “violência obstétrica” no Brasil não tem tipificação legal e portanto não pode ser considerada crime do ponto de vista jurídico, esse discurso ainda não se encontra estabelecido.

Minha intenção não é dissecar os discursos a partir de análises profundas. Antes disso, pretendo trazer um panorama geral do teor dos enunciados que são amplamente divulgados e encontrados quando realizamos uma pequena busca pelo termo “violência obstétrica” na internet. Intenciono mapear e deixar claro que a noção de “violência obstétrica” é manejada por diferentes grupos sociais.

Para Ligia Sena e Charles Tesser (2017), embora relatos de percepção negativa da experiência de parto, relacionados à ideia de maus tratos ou tratamentos desrespeitosos já estejam presentes em estudos, há alguns anos, acessar a percepção da violência sofrida pode ser um duro trabalho, muitas vezes dificultado pela invisibilização da violência institucional.

Para Pierre Bourdieu (2012), a noção de violência simbólica abrange a violência exercida sobre o corpo sem coação física, ou seja, se diferencia da

violência física no sentido de não se utilizar de força bruta. Nas palavras desse sociólogo:

Violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento. (Bourdieu, 2012: 7)

É possível sugerir que este caráter aprendido da experiência indique que a “violência obstétrica”, assim como outras formas de violência simbólica (Bourdieu, 2012), são potencializadas por outras relações de hierarquia e poder da sociedade que trabalham no sentido da naturalização e banalização de certas situações. Por exemplo, a relação da mulher parturiente com o médico (mesmo que este não seja do sexo masculino) mimetiza relações de gênero preestabelecidas onde a submissão feminina é naturalizada. Paralelamente pode-se também pensar na relação das mulheres com a instituição hospitalar que é possível que se espelhe em outras relações de violência institucional, onde lógicas de funcionamento burocráticas e sexistas desconsideram as particularidades do corpo feminino (Emily Martin, 1987).

Nesse sentido, considera-se a “violência obstétrica” como um dos tipos de violência contra a mulher ou violência de gênero que é formulada pelo Comitê Latino Americano e do Caribe para a defesa dos Direitos da Mulher (1996: 6), da seguinte maneira: “Qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológica à mulher, tanto na esfera pública quanto na privada”. Podemos perceber nessa definição que a ideia de violência é expandida, ou seja, deslocada da ação física direta e objetiva para uma ótica subjetiva de agressão.

No Brasil, uma pesquisa divulgada em 2010, conhecida pelo título “Na hora de fazer não gritou”, mostra uma situação preocupante: uma em cada quatro mulheres brasileiras já sofreram violência no parto. A pesquisa, que faz parte de uma investigação mais ampla intitulada Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado¹⁸ (Venturi e Godinho, 2010), coordenada pela Fundação Perseu

¹⁸ No Brasil, em agosto de 2010 foi publicada pela Fundação Perseu Abramo a pesquisa intitulada “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” cujos dados revelam que uma em cada quatro mulheres relatou sofrer violência (maus tratos e desrespeito) durante o parto. Foram entrevistadas 2635 mulheres distribuídas em 25 UFs, nas 5 macrorregiões do país, cobrindo as áreas urbana e rural de 176 municípios. Esse conjunto de desrespeito e maus tratos é conhecido como

Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC), ficou conhecida por esse nome pela ampla divulgação realizada na internet, especialmente pelo sítio eletrônico da Agência de Reportagem e Jornalismo Investigativo. “Na hora de fazer não gritou” é a segunda frase mais ouvida pelas mulheres (14%). A primeira é “Não chora, não, que ano que vem você está aqui de novo” (15%). Ao todo, 23% das mulheres entrevistadas ouviram algum despropósito durante o parto. Os tipos de violência identificados variam desde verbal à violência física, incluindo procedimentos médicos de rotina não recomendados por pesquisas recentes e pela própria OMS (WHO, 1985), além de violência de cunho sexual. (Palharini, 2017:6)

É importante ressaltar que diversos autores têm mostrado que esse tipo de violência não ocorre devido a equipes ou indivíduos mal treinados e nem se configuram como exceção de comportamento e sim diante de questões culturais, que se refletem no tipo de treinamento recebido por profissionais. Conforme Diniz (2009):

O ensino de obstetrícia no Brasil, tradicionalmente, requer que o aluno realize um certo número de procedimentos para que seja avaliado. Em outros países, a episiotomia e o fórceps, por exemplo, são treinados, preferencialmente, em modelos sintéticos e peças específicas, ao passo que, no Brasil, muitos profissionais relatam começar seu treinamento das habilidades cirúrgicas nas pacientes, via de regras usuárias do SUS. Vários autores mostram a cultura disseminada do ensino do uso não informado, não consentido, das vaginas das parturientes pobres pelos alunos de medicina e outras profissões, para fins de treinamento de habilidades. Tais abusos permanecem normalizados por uma cultura institucional que não os reconhece como violações de direitos. (Diniz, 2009: 15)

Esse tipo de crítica tem se materializado em publicações e orientações dirigidas a instâncias de saúde e de direito como por exemplo a “Primeira Nota Técnica sobre Violência Obstétrica no Brasil”, um do documento produzido pela Artemis, ONG que trabalha no combate à violência contra a mulher no Brasil. Esse dossiê de alerta sobre a questão da violência obstétrica foi entregue ao Superior Tribunal Federal Em abril de 2015.

violência obstétrica. Como muitas mulheres não sabem que foram vítimas por não terem sido expostas de forma crítica a essas informações, acredita-se que esse número esteja subestimado.

2.4 O aprendizado da “violência obstétrica”

Para Michel Foucault (Foucault, 1986 apud Fischer, 2001: 198), é necessário que recusemos as explicações unívocas, as fáceis interpretações e a busca do sentido último ou até mesmo oculto dos discursos. Para ele, é preciso atentar para as coisas ditas. Analisar o discurso seria dar conta das relações históricas, de práticas muito concretas, que estão vivas nos discursos. Esse autor chama de discurso um conjunto de enunciados que se apoiam na mesma formação discursiva (Foucault, 1986 apud Fischer, 2001: 203). Discurso é um número limitado de enunciados para os quais podemos definir um conjunto de condições de existência.

Percebi que os discursos inscritos nos relatos de mulheres que se consideram vítimas de “violência obstétrica” são carregados de teor emocional. Nesses relatos estão presentes, muitas vezes com detalhes, diversas situações que causaram tanto sofrimento físico quanto emocional. Retornarei a essa questão no capítulo 2 onde analiso relatos de mulheres que consideram ter passado por “violência obstétrica”. Por ora, julgo importante ressaltar que muitas delas só ficaram sabendo que passaram por “violência obstétrica” depois do parto. Em parte, isso ocorre por que a violência no parto é rotineira e naturalizada e sendo assim, é aceita e percebida como procedimentos padrão da área de saúde. Mas, ao mesmo tempo deve-se considerar que existe um aprendizado sobre as formas de sentir e que é necessário que haja um contato com os termos que definem essa violência, que pode ser um texto ou alguma conversa pessoal, redes sociais ou material informativo.

Fizeram eu ficar deitada durante todo o parto, sentindo muita dor, a enfermeira empurrou minha barriga. Nunca tinha ouvido falar nessa violência obstétrica aí, mas um dia tava na internet, no facebook e descobri. A gente não sabe né, passa pelas coisas sem saber. (E. S, Atendida na Rede Privada em Porto Alegre, RS)

Dentre os relatos que analisei, boa parte dessas mulheres soube da existência dessa noção de violência através da internet. Nos últimos cinco anos aumentaram as manifestações e ações coletivas organizadas e mediadas pela

internet, em especial nas redes sociais (Sena, Tesser, 2017: 212). Além disso, houve ampla divulgação, pela mídia tradicional, dos resultados obtidos pela pesquisa da Fundação Perseu Abramo¹⁹ o que foi importante pois rompeu em parte com a invisibilização causada pela legitimação do conhecimento médico hegemônico.

Para Sena e Tesser (2017), o ciberativismo é usado como ferramenta de quebra da invisibilidade e auxilia na mobilização contra a violência obstétrica, tanto como fonte de informações como meio de acesso a dados que, de outra maneira, não poderiam ser acessados ou tornaria o processo praticamente inviável. Segundo essas autoras, a internet pode ser usada tanto como estratégia quanto como ferramenta de ação.

Grande parte das produções acadêmicas consultadas e referenciadas aqui foram produzidas na área da enfermagem obstétrica. Nesses trabalhos observei questões relativas à identificação dos termos nos quais ocorre essa violência, relevante presença de relatos de mulheres que passaram por situações de violência durante pré-natal, parto, trabalho de parto e abortamento. E, ainda, sugestões de medidas a serem adotadas para que esse quadro possa vir a se modificar, a partir dos estudos da Medicina Baseada em Evidências (MBE). Segundo Lopes:

MBE se traduz pela prática da medicina em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica de forma a melhorar a qualidade da assistência médica. Na MBE, as dúvidas que surgem ao resolver problemas de pacientes são os principais estímulos para que se procure atualizar os conhecimentos. A MBE, sendo um movimento voltado para a formação de médicos com espírito crítico aguçado e aptos a manter o processo de educação continuada, tem ajudado a definir novas estratégias e métodos didático-pedagógicos e a divulgar outros anteriormente desenvolvidos. (Lopes, 2000: 285)

Os discursos relacionados à “violência obstétrica” que circulam a partir das publicações de grupos de ativistas feministas têm sua centralidade na questão das violações de direitos humanos e reprodutivos às quais as mulheres estão submetidas na sua relação com a assistência ao parto e ao nascimento. Tive um

¹⁹ Em agosto de 2010 foi publicada pela Fundação Perseu Abramo a pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços público e privados cujos dados revelam que uma em cada quatro mulheres relatou sofrer maus tratos e desrespeito durante o parto. Foram entrevistadas 2635 mulheres distribuídas em 25 estados, nas cinco macrorregiões do Brasil, cobrindo as áreas urbana e rural de 176 municípios.

contato mais profundo com os materiais elaborados pela Rede Parto do Princípio²⁰ que foi responsável pela elaboração de um Dossiê²¹ sobre violência obstétrica para ser entregue à Comissão Parlamentar Mista de Inquérito²² no ano de 2012. Esse levantamento detalha inúmeros casos desse tipo de violência, unindo tanto relatos de mulheres que consideram ter passado por isso quanto pesquisas e trabalhos de especialistas no assunto. O documento composto de 188 páginas contribuiu sobremaneira na elaboração desse trabalho.

A pesquisa de Luciana Aparecida Palharini (2017) analisou discursos gerados a partir de publicações da classe médica, em diversos materiais de comunicação ou divulgação oriundos de instituições médicas que versam sobre o tema da violência obstétrica. Ela centrou seu olhar na noção de práticas discursivas cunhada por Foucault, e percebe que predomina um discurso que generaliza “toda” a atenção médica como voltada exclusivamente para o bem-estar coletivo, o que gera o não reconhecimento por parte da medicina sobre o caráter histórico de suas práticas.

Nessa concepção foucaultiana, “os discursos são entendidos como práticas coletivas, que implicam escolhas políticas, e que colocam em visibilidade certos enunciados sobre o tema e não outros” (Palharini, 2017: 11). Nesse caso, em especial, a partir dessa análise fica revelado o caráter de neutralidade autoatribuído pelos médicos a respeito de seu trabalho de forma que é praticamente inconcebível que qualquer ato proveniente de um profissional com tal formação possa ser considerado violento. O relato de Diniz, como profissional da saúde, nos auxilia a refletir sobre isso:

²⁰A rede Parto do Princípio é uma rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela melhoria da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e aborto, tendo como principal norteador a defesa da autonomia da mulher. A rede atua na articulação de mulheres nos âmbitos local, regional e nacional, oferecendo espaços (presenciais e virtuais) para troca de experiências entre mulheres sobre assistência ao parto e de informações sobre gestação, parto e nascimento baseadas em evidências científicas e recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). A rede realiza denúncias referentes à assistência e ao acesso à saúde, reivindicações de políticas públicas efetivas a fim de combater a violência obstétrica (violência institucional na assistência à gestação, ao parto, pós-parto e abortamento), ações de divulgação de direitos das mulheres, entre outras ações. (Rede Parto do Princípio, Fórum Mulheres do Espírito Santo, 2014)

²¹ Violência Obstétrica: “Parirás com Dor” Dossiê elaborado pela rede Parto do Princípio – Mulheres em rede pela Maternidade ativa. 2012.

²² CPMI é grupo formado por representantes do Senado Federal e Câmara dos Deputados com o objetivo de investigar supostas irregularidades no setor público.

Como profissionais de saúde, somos socializados a crer que nosso atendimento é sempre uma ajuda às mulheres, e ficamos chocados, às vezes hostis, diante das narrativas das parturientes que percebem nossa assistência como um abuso, um desrespeito, uma forma de indignidade. As mulheres, por sua vez, receiam falar sobre o assunto, temendo melindrar aqueles dos quais podem um dia depender. (Diniz, 2016: 253)

A análise realizada por Palharini conduz a uma questão muito clara de desigualdade de classe e raça apontada por estudos feministas desde a década de 1970 para os quais, colaborando com esse argumento temos Diniz (2001: 213):

Além da dimensão constitutiva do gênero implicada na descrição da fisiologia e da anatomia, há também, inscritos nestas descrições, atributos de classe e raça. Estes atributos justificariam uma assistência à saúde distinta por classe social, pois buscam explicar a fragilidade sexual e reprodutiva das mulheres brancas, abastadas e sedentárias por um lado, e por outro, a noção de que o sofrimento fortalece as mulheres pobres e não-brancas, mais habituadas ao esforço e à dor física.

A pesquisa da Fundação Perseu Abramo, já citada, sobre a “violência obstétrica” também revela índices maiores de violência entre mulheres negras e pardas. (Palharini, 2017: 20). Fica evidente nas publicações elaboradas por Entidades Médicas, mencionadas por Palharini, que as desigualdades são reafirmadas pela classe médica em várias instâncias, nas quais o discurso é reforçado em termos de “quem paga tem melhores chances do que quem não paga”. Assim, os riscos de violência no parto, bem como a impossibilidade da escolha pela cesariana nos atendimentos públicos, são colocados por essas entidades como a verdadeira face da violência e decorrente dos atrasos que caracterizariam a assistência oferecida pela rede pública. (Palharini, 2017: 21)

O discurso acerca da “violência obstétrica” emerge também a partir da disputa de poder inserida no campo de saberes da medicina, e grande parte dos artigos disponíveis foram produzidos por profissionais da área de enfermagem. Neste fragmento de Rodrigues (2014) ficam claros em que termos se manifesta essa disputa:

Uma das alternativas para o incentivo do parto normal é a mudança de mentalidade e valores da sociedade brasileira e das relações estabelecidas no contexto hospitalocêntrico, cuja figura principal e unânime tem sido o médico. Isso pode ser modificado com a ascensão da enfermagem obstétrica no incentivo e otimização da utilização de tecnologias não invasivas, oferecendo à mulher essa abordagem do processo, com autonomia do seu corpo e de seu direito, que são utilizados em prol da

promoção do parto fisiológico e de seu protagonismo. Nesse sentido, o desrespeito e a violência podem ser atenuados, já que as relações de poder entre equipe de saúde e parturiente tornam-se mais equânimes. (RODRIGUES, 2014: 28)

Vale destacar que por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 2815/98, de 29 de maio de 1998, o Ministério da Saúde incluiu na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde o procedimento “parto sem distócia” ou parto normal, realizado pelo enfermeiro obstétrico, assegurando sua autonomia no cuidado obstétrico²³. Pode-se perceber, assim, que há toda uma complexidade que cerca a conformação da “violência obstétrica”, onde grupos de ativismo feminista e enfermeiros(as) obstétricos(as) se constroem enquanto agentes sociais, ao mesmo tempo que constroem o fenômeno a violência obstétrica enquanto um problema social.

2.5 “Violência Obstétrica”: problema social, políticas públicas e investimentos em pesquisas

A fim de refletir sobre a emergência como um problema social do que hoje chamamos de “violência obstétrica”, utilizo as palavras de Diniz:

Desde a década de 1950, quando se criaram as primeiras associações a apontar a “crueldade contra as grávidas”, numerosas iniciativas, grupos e redes se formaram com a finalidade de visibilizar e reduzir as várias formas de desrespeito e abuso contra as mulheres na assistência ao parto. O que no Brasil, hoje, chamamos de violência obstétrica é um tema antigo, que eclode periodicamente, sob diferentes termos e conformado segundo inúmeros discursos. (2016: 253)

A violência nos processos de gestação, parto, pós-parto e abortamento não deixou de ser alvo de denúncias e reflexão pelos movimentos feministas desde então, em especial depois dos anos 60. Mas foi principalmente a partir dos anos 2000 que esse debate atingiu uma efervescência no meio acadêmico, nos órgãos governamentais e nas redes sociais do Brasil (Sena e Tessler, 2017) sendo ainda um tema incipiente e permeado por imprecisões.

²³ Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK, 2014: 722

A partir dos anos 70, os movimentos feministas ao redor do mundo protagonizaram uma série de reivindicações com o objetivo de incorporar às políticas de saúde da mulher outras questões como, sexo, trabalho, desigualdade, sexualidade, anticoncepção, prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, etc.

No que concerne às políticas públicas, no Brasil da redemocratização (anos 80) foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PAISM) que pretendia iniciar um processo de rompimento do enfoque biologicista e medicalizador, características fundantes do modelo hegemônico de assistência à saúde. Tinha como metas uma maior participação social e uma concepção mais humanitária e inclusiva das políticas de saúde; concepções essas que eram as bases de estruturação do projeto da reforma sanitária que deu origem ao SUS (Progiant, Mouta e Santos, 2011)

A participação do movimento de mulheres brasileiras, na introdução da violência de gênero na pauta do Setor Saúde no Brasil, teve uma expressão fundamental na construção do PAISM, promulgado em 1983. Esse programa incorpora de forma clara a pauta dos direitos sexuais e reprodutivos cuja reflexão sobre violência de gênero tem lugar de destaque. (Minayo, 2006: 54)

As décadas de 80 e 90 são marcadas pelo protagonismo de grupos de profissionais de saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, impulsionados por uma parcela do movimento feminista, e vêm se organizando a fim de promoverem a discussão sobre “violência obstétrica” e combatê-la. Esse movimento se baseia no reconhecimento da participação ativa da mulher e de seu protagonismo no processo de gestação e parto, com ênfase nos aspectos emocionais e no reconhecimento dos direitos reprodutivos femininos, a respeito dos quais já comentei anteriormente.

A Venezuela, em 2007, foi o país pioneiro na América Latina em tipificar essa forma de violência, no documento chamado “*Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias*” (Venezuela, 2007). Essa lei defende os direitos das mulheres e estabelece dezenove formas de violências, dentre as quais está inserida a “violência obstétrica”. As intervenções consideradas violentas para essa lei são: não atender emergências obstétricas; obrigar a mulher a parir em posição de litotomia; impedir o apego inicial da criança sem causa médica justificada; alterar o processo natural do parto através do uso de técnicas de

aceleração sem consentimento voluntário da mãe; praticar o parto via cesárea quando há condições para o parto natural. Porém, segundo Pulhez (2013) essa lei ainda se encontra pouco divulgada para a população em geral, em especial entre os médicos e as grávidas.

É possível identificar dois discursos bem definidos em relação ao que é esperado como um bom parto: o primeiro seria um processo rápido, indolor e que resulte num bebê sadio, essa seria a fórmula onde a violência obstétrica se insere e é naturalizada, pois justamente todos os procedimentos considerados violentos servem para acelerar o parto. O segundo discurso é o manejo tanto pelas ativistas e teóricas que se posicionam de forma crítica em relação à violência obstétrica quanto pelas ativistas do parto natural. Nesse segundo caso, o que está em jogo é o protagonismo da mulher, é ter seus direitos garantidos na vivência de todos os processos que envolvem gestar e parir. É escolher com quem, como e onde vai parir, munida de todas as informações necessárias para que essa uma tomada de decisão consciente.

Na pesquisa bibliográfica realizada para fins dessa investigação, foi recorrente encontrar expressões que consideram os discursos institucionais como resposta a uma ideia de que a mulher tem que “pagar” pelo prazer do ato sexual, isso fica explícito na frase “na hora de fazer gostou, então agora aguenta”. Nas suas diversas variações porém com semelhante significado, essa foi a frase mais ouvida por mulheres entrevistadas na pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010, já referida anteriormente neste trabalho.

Segundo documentos da UNICEF, o Brasil dispara na liderança mundial em número de partos cesarianos: próximo de 50% dos partos anualmente são realizados por vias cirúrgicas. Na rede pública o percentual é em torno de 35% de cesarianas enquanto que nos serviços privados de saúde essa média chega a mais de 80%. Segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) a taxa máxima de cesáreas não pode passar de 15%. Isso porque a indicação de parto cirúrgico só seria essencial no caso de risco para a mãe e/ou para o bebê. Esse uso abusivo do recurso cirúrgico, além de ser um problema de saúde pública, alimenta as taxas de morbidade para mãe e bebê e é considerado violência obstétrica pelo fato de não haver a exposição das reais necessidades do procedimento, de forma que a escolha que a gestante realiza não é através da

consciência de todos os prós e contras dessa cirurgia. Além disso, é pouco explicitada a lista de desvantagens decorrentes da cesárea.

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde considera que a “violência obstétrica” constitui um problema de saúde pública. A partir das pesquisas que realizei, constatei que grande parte dos estudos que trazem essa questão como foco estão situados no campo da enfermagem. Muito poucos artigos, monografias, teses, dissertações são produzidos por médicos, a exceção é a médica Carmen Simone Diniz cuja produção foi de suma importância para compor essa monografia. Lendo essas pesquisas fica evidente que está em jogo uma disputa de poder já conhecida de quem investiga o campo da saúde. Na assistência obstétrica existe uma sobreposição de funções, sendo que algumas atividades são da competência tanto do médico quanto da enfermeira obstetra, desencadeando uma disputa de poder entre estes profissionais.(Fujita; Nascimento; Shimo, 2015: 1366). Não vou adentrar profundamente na questão das disputas de poder no campo das ciências da saúde, porém considero de vital importância pontuá-las de forma mais profunda em trabalhos posteriores.

3 “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA” E MEDO

3.1 As Ciências Sociais e as Emoções

As ciências sociais têm contribuído para a desnaturalização da universalidade das emoções através de pesquisas que mostram que cada cultura produz as normas nas quais esses sentimentos são manifestados. Há diversos trabalhos teóricos que problematizam tanto a biologização das mesmas quanto à visão de que acontecem apenas no âmbito subjetivo dos indivíduos. Para além da emoção de cunho individual e subjetivo, nessa perspectiva, elas são consideradas também fenômenos incorporados cultural e socialmente. É verdade que podem estar situadas no corpo, mas sem que isso implique dizer que sejam somente biológicas e pertencentes ao subjetivo individual. As emoções são discursos produtivos que afetam realidades, e não apenas estados interiores de espírito ou humor. Concordando aqui com Cláudia Barcellos Rezende e Maria Cláudia Coelho,

A emoção é entendida pelo senso comum como algo que diz respeito às singularidades psicológicas do sujeito, o que a tornaria, portanto refratária a condicionamentos de natureza sociocultural. O exercício que propomos é a desconstrução dessa visão da emoção como um aspecto da experiência humana que seria, por sua natureza individual, refratária a uma abordagem socioantropológica. (Rezende e Coelho, 2010: 19)

Segundo o antropólogo David Le Breton (2007: 52), os sentimentos experienciados e suas repercussões estão fundados em normas coletivas implícitas. Longe de serem espontâneos, são organizados e significados de forma ritual, visando os outros. Eles se inscrevem no corpo. O amor, a amizade, o medo, o sofrimento, a humilhação, a alegria, a raiva, o ciúme, não são realidades em si, facilmente transponíveis de um grupo social a outro. As condições de seu surgimento e a maneira como são simbolizados aos outros implica uma mediação significativa.

Considerando as observações de Mauro Koury, a emergência do campo da Antropologia das Emoções pode ser considerada oriunda do conjunto de críticas levantadas nos anos 60 relativas às lógicas de análise lineares de cunho estrutural dentro das ciências sociais, cuja ação social individual, os atores sociais e sua vida emocional eram relegadas ao segundo plano. Para esse autor, a emoção é “uma teia de sentimentos dirigidos diretamente a outros e causados pela interação com outros em um contexto de situação social e cultural específicas” (Koury, 2004: 1). Nesse sentido, a Antropologia das Emoções parte do pressuposto que as experiências emocionais singulares, sentidas e vividas por um indivíduo específico são produtos relacionais entre esses indivíduos e a cultura e sociedade no qual se encontram imersos.

Marcel Mauss, no texto de 1921 intitulado “Expressão obrigatória dos sentimentos”, mostra o caráter ritualizado da expressão dos sentimentos, que se acentua ou recua segundo momentos demarcados na sequência ritual. Segundo Mauss:

É meu propósito mostrar, através do estudo do ritual oral dos cultos funerários australianos, que, num considerável grupo de populações [...] Não só o choro, mas toda uma série de expressões orais de sentimentos não são fenômenos exclusivamente psicológicos ou fisiológicos, mas sim fenômenos sociais, marcados por manifestações não-espontâneas e da mais perfeita obrigação. Vamo-nos limitar ao ritual funerário, que inclui gritos, discursos e cantos. Mas poderíamos estender nossas pesquisas a muitos outros ritos, particularmente ritos manuais, nos mesmos cultos funerários e entre os mesmos australianos. (Mauss, 1921: 147)

Essa expressão obedeceria a uma estética comum: gritos, lamentações ou lágrimas não seriam apenas expressões externas de sentimentos oriundos do íntimo de cada um. E sim, seriam pautados por uma gramática comum, ou seja, o que é esperado que seja expressado em determinada circunstância e que foi apreendido ao longo da socialização, um aprendizado das emoções (Rezende e Coelho, 2010).

Para Rezende e Coelho (2010), seguindo o raciocínio de Mauss (1921), a Antropologia reconhece que existem certas regras de expressão que condicionam a manifestação dos sentimentos não apenas de acordo com o contexto social, como também em grupos sociais diferentes. Existem normas que conduzem a expressão de emoções e as autoras utilizam o luto para exemplificar. Tanto a forma de sentir quanto a forma de expressar o luto varia entre os grupos sociais. Por exemplo, para alguns grupos chorar intensamente pode ser a expressão aceita e esperada após a morte de um ente querido, assim como expressões mais contidas de pesar e tristeza podem fazer parte da norma em outros contextos. Nessa perspectiva, existe uma distinção entre o sentimento, entendido como individual e não cultural e sua expressão, vista como regrada por prescrições sociais.

As emoções podem ser vistas como elementos de uma linguagem que fala das relações de um sujeito com outros e com o mundo. Em diferentes sociedades pode-se perceber diferentes vocabulários emotivos que servirão para expressar as emoções através da linguagem verbal e/ou através da linguagem corporal. Toda teoria nativa sobre emoção, como Catherine Lutz argumenta, está atrelada a concepções culturais sobre pessoa, expressando assim visões sobre como e porque as pessoas se comportam, sentem, pensam e interagem. Neste sentido, implica modelos do que seja uma pessoa, em termos de articulações variadas entre subjetividade e corpo, como também definições culturais sobre o modo ideal de estar com os outros. (Lutz, 1988 apud Rezende, 2012: 830). Ou seja, os discursos emotivos afirmam, negociam ou contestam visões de mundo e valores morais de um grupo ou sociedade.

A perspectiva contextualista é inspirada numa leitura Foucaultiana do social e considera que as emoções moldam e nomeiam o social, vindo por isso, atravessadas por relações de poder, hierarquias e concepções de moralidade que desenham fronteiras entre grupos. Nessa perspectiva, as emoções não seriam

apenas uma construção histórica e cultural, elas existem em contexto, ou seja, emergem da relação entre interlocutores. E nesse sentido podemos falar em micropolítica das emoções, ou seja, de sua “capacidade de dramatizar, reforçar ou alterar as macrorrelações sociais que emolduram as relações interpessoais nas quais se desenvolve a experiência emocional individual” (Rezende e Coelho, 2010: 100). É assim que as emoções surgem permeadas por relações de poder, estruturas hierárquicas ou igualitárias, concepções de moralidade e demarcação de fronteiras entre os grupos sociais.

Outro autor cujo trabalho tem importância para a sociologia e antropologia das emoções é Norbert Elias (1994). Ele se debruçou sobre os fatores que levaram ao “processo civilizador” mostrando de forma clara e contundente as diferentes e numerosas formas de controle emotivo pelas quais as sociedades ocidentais estão sujeitas. Ele focou sua análise na preocupação com o autocontrole emotivo e corporal, tomando essa preocupação como eixo fundamental do processo civilizador. Ou seja, a análise das emoções é, assim, tão importante nos processos micro como nos macrosociais. Esse autor pontuou a noção de aprendizado emocional cujo conteúdo é internalizado desde muito cedo, ao longo e através do processo de socialização.

Esse processo civilizador, na ótica de Elias, resultou da gradativa especialização funcional que por sua vez exigiu uma interdependência entre as pessoas cada vez maior e da centralização e monopólio do uso da força pelo Estado. Essas transformações se solidificaram principalmente no século XIX e tiveram como contrapartida, para o indivíduo, o autocontrole extensivo e constante. Exigiu-se dele um controle de suas emoções e do seu corpo cada vez mais amplo – todos os afetos deveriam ser moderados e automatizados continuamente. Se em épocas anteriores a repressão feita por outros era o agente de controle, com o processo civilizador o autocontrole passou a ser internalizado pela socialização desde a infância.

O contexto onde são manifestados os conceitos emotivos é deveras relevante para o estudo antropológico das emoções, para buscar além das relativizações e analisar sob um ponto de vista pragmático as situações sociais específicas em que elas são expressas. A preocupação dessa abordagem contextualista é salientar como o significado das emoções varia dentro de um

mesmo grupo social dependendo das circunstâncias em que se manifestam, e atentar para as consequências da expressão dos sentimentos nas relações sociais e de poder.

3.2 A concepção emocional da gestação e do parto

Emily Martin, antropóloga feminista, na sua análise de artigos científicos da área da biologia e medicina, publicados em periódicos internacionais, se dispõe a entender como se dá o processo de construção dos corpos pela ciência, em especial dos papéis do óvulo e do espermatozoide. Nesse estudo, ela percebe que a construção do papel dos gametas não é um discurso científico neutro e sim impregnado de atributos relacionados aos desempenhos de papéis sociais esperados por homens e mulheres. Os estereótipos implicam não apenas que os processos biológicos femininos valem menos que seu correspondente masculino, mas também que as mulheres valem menos que os homens. Fica evidente no fragmento abaixo:

É extraordinário como o óvulo se comporta “femininamente” e o esperma se comporta “masculinamente”. O óvulo é visto como grande e passivo. Ele não se move, nem viaja, mas passivamente “é transportado”, “é arrastado”, ou “desliza” pelo tubo falopiano. Em completo contraste, o esperma é pequeno, “dinâmico”, e invariavelmente ativo. Eles “entregam” seus genes ao óvulo, “ativam o programa de desenvolvimento do óvulo”, e têm uma velocidade que é frequentemente assinalada. Suas caudas são “fortes” e eficientemente dotadas de potência. Junto com as forças da ejaculação eles podem propelir o sêmen nos mais profundos recessos da vagina. Para isso eles precisam de “energia”, “combustível”, de tal forma que com um “movimento como o de um chicote e fortes sacudidelas” eles podem furar a superfície do óvulo e penetrá-lo. (Martin, 1996: 106).

Seguindo a artigo cujo título é “O óvulo e o espermatozoide: como a ciência construiu um romance baseado em papéis estereotípicos macho – fêmea”, Martin nos conta que mesmo quando novos entendimentos sobre óvulo e o espermatozoide emergem, essas descobertas seguem alimentando representações estereotipadas do óvulo e do espermatozoide, e assim simplesmente replicam elementos das imagens de gênero nos livros textos numa forma diferente. Quando os cientistas descobriram que o óvulo “puxava” o espermatozoide, essa nova versão da saga foi contra as expectativas culturais onde os estereótipos de gênero são

fundantes. Mas mesmo assim, os pesquisadores que fizeram a descoberta continuaram a escrever artigos e resumos como se o espermatozoide fosse a parte ativa que ataca, liga, penetra, e adentra o óvulo. Esse último seguiu aparecendo dotado de atributos relacionados à sensibilidade, passionalidade, delicadeza e uma certa fragilidade (Martin, 1996: 109).

Seguindo a linha de Martin, pode-se questionar o quanto a medicina aplicada ao parto encontra-se guiada pela objetividade e o quanto acaba reproduzindo representações sociais sobre uma “natureza” – culturalmente determinada – do corpo feminino. Neste capítulo pretendo seguir nessa direção, e indagar o quanto os procedimentos considerados violentos e frequentemente empregados na assistência ao parto são, muitas vezes, mais frutos de uma cultura que objetivou o corpo da mulher, do que exatamente de pesquisas e experimentos científicos que comprovem a sua eficácia.

Para Rezende e Coelho (2010), a forma como operam as categorias na sociedade ocidental segue a lógica de que alguns grupos são considerados mais emotivos que outros, qualidade que implica atributos negativos ou positivos, dependentes do contexto. Por exemplo, crianças são percebidas como mais emotivas pois ainda não desenvolveram o domínio da razão. Assim como pessoas negras e pobres e povos primitivos que ao longo dos séculos de colonização, eram vistos como detentores de pouco controle sobre suas emoções pelos segmentos médios e altos das sociedades euro-americanas. Por conta dessa carência de autocontrole, esses povos foram considerados mais vulneráveis e, ao mesmo tempo, mais perigosos que os povos ditos civilizados. Esse discurso endossa a dominação e exploração desses povos pelos grupos que possuem maior autocontrole, pois fica implícito que tais grupos necessitam de ajuda para se desenvolverem cultural e socialmente.

Ainda hoje, seguindo esse pensamento, o grupo marcado e associado às emoções são as mulheres, em especial associado ao excesso delas e, sendo assim, associado também ao descontrole emocional. Em seu estudo sobre o nascimento da Ginecologia, a antropóloga Fabíola Rohden destaca que as mulheres eram vistas pela sociedade, especialmente pela medicina, como sendo mais sujeitas a todo tipo de influência externa, tendo em vista que se concebia que eram mais frágeis e vulneráveis tanto física quanto moral e intelectualmente. Essa permeabilidade

estaria relacionada a uma suposta sensibilidade exagerada que as caracterizaria (Rohden, 2001: 226). Nessa mesma direção Rezende e Coelho postulam que:

De um modo geral a qualificação emocional de pessoas revela elementos de relações de poder nos quais se justifica a subjugação da parte mais fraca em virtude do seu menor controle sobre as emoções, demonstrando a dimensão micropolítica dos sentimentos (Rezende e Coelho, 2010: 26).

Ou seja, as emoções participam integralmente das dinâmicas sociais de poder, atuando como uma força que normatiza relações de gênero em diferentes contextos. É para isso que Rezende chama atenção ao sugerir a tonalidade moral das dinâmicas emotivas. Essa moralidade, para ela, “encontra-se intimamente articulada ao gênero e as construções de feminilidade, em particular a uma gestação e a consequente maternidade, vistas como desejadas” (Rezende, 2012: 831). A alegria e a felicidade devem coroar a gravidez e a maternidade, vistas como um “dom” que as mulheres têm. Em pesquisa realizada com grupos de gestantes de classe média e alta na cidade do RJ, Claudia Rezende percebeu que, para aquelas mulheres, este modelo de maternar – a mãe que se dedica exclusivamente à maternidade e suporta dor pelo bebê – produzia sentimentos ambivalentes. Porém, mesmo nessa esteira da ambivalência, no final das contas a gravidez era quase sempre referenciada como desejada.

Por outro lado, em especial no caso da maternidade, nem sempre a emoção é menos valorizada que a razão. Em alguns contextos os termos se invertem e a emoção torna-se uma força positiva, criadora, natural e autêntica. Constituiria também a dimensão mais verdadeira da subjetividade individual.

Em contraste, a razão representaria, nessa visão, o pensamento consciente tomado como artificial. Em diálogo com esses sentimentos, encontramos também a ideia de que a emoção é sinal de acolhimento e humanidade, tanto em relação à frieza e distanciamento do racional, quanto à fisicalidade dos instintos nos animais. Nesse ótica, então, a pessoa mais emotiva seria mais comprometida, mais envolvida, mais humana, em oposição à alienação e frieza da pessoa mais racional. (Rezende e Coelho: 26).

Vale ressaltar que as dinâmicas de gênero expressas nas relações de cuidado não são exclusivas dos contextos da maternidade. Essas mesmas capacidades de acolhimento e humanidade, atribuídas àquelas que seriam regidas pela emoção, servem também de justificativa para a atribuição às mulheres da

maioria dos postos de cuidadoras em nossa sociedade. Mas em que pese o fato de serem trabalhos de suma importância para a reprodução social, são ainda mal (ou não) remunerados, e pouco valorizados e referenciados socialmente. Isso se expressa tanto nos cuidados com as crianças, quando dos doentes e dos idosos. Em contraste, homens ocupam espaços onde a racionalidade impera. E mesmo com a entrada massiva das mulheres no mercado de trabalho, essa noção de que homens são menos dotados de características que os qualifiquem como cuidadores, submete as mulheres a jornadas duplas ou triplas de trabalho. Segundo a publicação do IBGE de Estatísticas de Gênero e Indicadores Sociais das Mulheres:

No Brasil, em 2016, as mulheres dedicaram aos cuidados de pessoas e/ou afazeres domésticos cerca de 73% a mais de horas do que os homens (18,1 horas contra 10,5 horas). Mesmo em meio a tantas transformações sociais ocorridas ao longo do último século sob a perspectiva de gênero (maior participação das mulheres no mercado de trabalho, crescente escolarização, redução da fecundidade, disseminação de métodos contraceptivos, maior acesso à informação), as mulheres seguem dedicando relativamente mais tempo aos afazeres domésticos e cuidados, qualquer que seja o grupo de idade observado. (IBGE. 2018: 3)

Cláudia Rezende, a partir de suas pesquisas com grupos de gestantes, destaca a recorrência das manifestações dos sentimentos de ansiedade e medo no grupo pesquisado, em detrimento da alegria e felicidade. Ela aponta, ainda, que nas entrevistas realizadas com mulheres grávidas que não participavam de grupos de gestante, o sentimento de ansiedade esteve pouco presente e dividiu espaço com vários outros, como a irritação, a curiosidade, alegria, insegurança. Até aquelas gestantes que frequentavam o grupo pesquisado, quando entrevistadas fora dele, discutiram outras emoções. Ou seja, mesmo que a ansiedade fosse sentida e expressa com os sentidos analisados acima, o contexto da entrevista, que tinha como ponto principal a experiência subjetiva da gravidez, gerava relatos mais heterogêneos e singulares, contrastando com o comportamento mais homogêneo nos encontros do grupo. (Rezende, 2012)

A partir da comparação entre os momentos em grupo e as entrevistas individuais, essa autora sugere que nesses espaços estava em ação uma gramática das emoções, ou seja, sentimentos que deveriam ser expressos naquele contexto particular por serem vistos como os mais apropriados e relevantes. Como argumentou Mauss (1921), a expressão dos sentimentos possui um caráter coletivo

e obrigatório e, sendo assim podemos considerar as emoções como fazendo parte de uma linguagem.

Faz-se, portanto, mais do que manifestar os sentimentos, manifestá-los para os outros porque é preciso manifestá-los para eles. As pessoas manifestam seus sentimentos para si próprias ao exprimi-los para os outros e por conta dos outros. (REZENDE e COELHO, 2010: 62).

Na sociedade ocidental, a gravidez se caracteriza como um estado emotivo. Rezende (2010) observa esse caráter emocional relacionado à gestação nas suas investigações a respeito das representações desse momento nas matérias da Revista da Gestante. Nessa revista, os sentimentos mais discutidos nas reportagens são o medo e a ansiedade, inclusive presentes com frequência nos títulos. Em alguns casos, também se fala em tristeza, que seria decorrente das transformações hormonais, e culpa, resultado da presença desses outros sentimentos que ofuscam a felicidade esperada. Em parte, a presença mais forte das emoções na gravidez é atribuída às mudanças hormonais, mas há também fatores referentes ao modo de lidar com uma experiência que seria nova para as leitoras grávidas.

Para Rezende (2012) o medo assume contornos mais específicos na gestação, tendo em geral como foco a dor do parto e pós-parto. Há os temores em torno do feto: de “perdê-lo” em algum momento da gestação, de ter problemas de saúde na hora do parto. Mas as emoções mais regularmente expressas pelas mulheres que participavam do grupo pesquisado por Rezende, a ansiedade e o medo, indicavam que havia sérias tensões em torno das expectativas sobre esta maternidade futura.

As causas do medo são, em grande parte, associadas à saúde do bebê e da gestante, sendo o parto uma fonte importante de medo e ansiedade. Fala-se também de medos em relação ao futuro papel de mãe e também, como já apresentei, em relação à vida sexual do casal e à conciliação da gravidez e suas possíveis restrições ao desempenho profissional. (Rezende, 2011: 331)

Assim como Rezende pontuou a recorrência da discussão sobre o medo na revista analisada e no grupo de gestantes, nos relatos de mulheres que consideram ter passado por “violência obstétrica”, encontrei muitas vezes a

referência ao medo: “medo do parto”, “medo do bebê nascer morto” ou ter alguma complicação de saúde, “medo de ter que fazer cesariana de última hora”, “medo de infecção nos pontos”, “medo da episiotomia”, “medo de ser maltratada pelos médicos”, medo de tirar dúvidas e sofrer retaliação, etc. Tanto nas redes sociais quanto em blogs, ou então em conversas informais com mulheres grávidas, a referência ao medo do parto se mostrou presente.

A partir de um olhar atento às publicações dessas revistas, Rezende observou que o principal meio sugerido pelas reportagens de controlar esses sentimentos de ansiedade e medo é a conversa, tanto para se expressar como para se informar, em especial com o médico obstetra. Em nenhum momento das reportagens é posta em questão a possibilidade de que essa relação com o médico, seja ela própria, causadora de ansiedade e/ou medo. Ao contrário, todas as outras relações, inclusive a com o companheiro, podem gerar ansiedade e produzir temores, menos aquela estabelecida com o médico. Da mesma forma, presume-se que os exames do pré-natal, principalmente a ultrassonografia, contribuam para dissipar esses sentimentos, ao invés do contrário.

O contraponto a essas observações da revista estava presente nas conversas que aconteciam no grupo de gestantes estudado por Rezende. Nesse caso, a relação com o médico era bastante comentada e discutida e produzia ansiedade para muitas gestantes, mostrando uma visão distinta daquela afirmada na *Revista da Gestante*.

A maioria delas havia trocado recentemente de médico, pois seus ginecologistas anteriores não tinham convênio com seus planos de saúde. Para muitas, a troca era vista como uma perda, pois com o antigo médico existia uma intimidade e uma confiança que ainda estavam sendo construídas com novo obstetra. A postura do médico em relação ao parto – se era favorável ao parto normal ou à cesárea – era uma preocupação para aquelas que desejavam ter parto normal. (Rezende, 2010: 336)

Aparentemente é esperado que as mulheres, e em alguns casos até os maridos, venham a sentir medo em relação ao parto e suas intercorrências. E não só é esperado, como esse sentimento é alimentado socialmente através de revistas, blogs, redes sociais ou até mesmo em grupos de preparação para o parto. Ao mesmo tempo, existe uma prescrição de como esse medo deve se manifestar no ambiente hospitalar, melhor seria se ele não se manifestasse. Esse conjunto de

normas que baseiam a manifestação das emoções seria o que Rezende denomina de gramática das emoções. No contexto da assistência médica hegemônica e tecnocrática é esperado uma conduta silenciosa e contida durante o trabalho de parto e parto. Uma espécie de autocontrole na manifestação desse sentimento.

O que chama atenção nessa gramática emocional esperada no hospital é que enquanto as mulheres são amplamente caracterizadas, tanto pela ciência como pelo senso comum, como dotadas de excesso de emoção e consideradas tendo pouco controle sobre essas pulsões, junto à atmosfera de medo em que a gestação e o parto estão imersos, ainda assim se espera (e se cobra) que elas venham a ter um controle durante o parto, uma postura contida, autorregulada e silenciosa. Dessa forma, se revela uma característica fundante da sociedade ocidental: a necessidade de autocontrole emocional constante. E que no caso do parto toma proporções relevantes: alimenta-se a existência do descontrole, e assim, espera-se que quando essas emoções aparecem na sala de parto são altamente criticadas pelas equipes de assistência, conforme observamos nos diversos relatos lidos e analisados. entre eles os citados na publicação no Dossiê Violência Obstétrica “Parirás com Dor”:

- 1) “Cala a Boca! Se continuar gemendo ninguém vai vir te atender.”
- 2) “Se gritar seu filho vai nascer surdo.”
- 3) “Não chora não que ano que vem vocês está aqui de novo.”
- 4) “Não sabia que doía? Por que não pediu uma cesárea?”
- 5) “Mandam a gente ficar o tempo todo deitada do lado esquerdo, “fica quietinha, mãezinha, você tem que colaborar”. Só sei que é difícil demais ficar parada com essas dores todas.” Vanessa, Serra (ES). (Parto do Princípio, 2014)

Percebe-se nas falas de membros das equipes de assistência, citados no dossiê, o desconforto causado pela manifestação oral das dores através dos gritos. Esse explícito repúdio às manifestações das parturientes deixa clara a expectativa de controle que se espera da mulher durante trabalho de parto. A ausência do esperado temperamento dócil e inocente, atributos que compõem a gramática do parto, parece justificar a utilização de expressões de xingamento, inclusive um “cala a boca”, extremamente ofensivas e desrespeitosas. Denúncias de ofensas semelhantes são recorrentes nos relatos de “violência obstétrica”. Fica

explícito que se espera da mulher um comportamento pautado no autocontrole emotivo e na passividade e delicadeza perante a dor. E quando isso não acontece, a mulher parece perder o direito a receber tratamento respeitoso, sendo tratada de maneira grosseira e violenta.

No hospital, é de extrema importância que as pulsões sejam controladas, como diria Elias (1994), pelas gestantes para que o trabalho da equipe médica possa acontecer sem interrupções. Nas palavras de Simone Diniz e Alessandra Chacham:

Os residentes entram num hospital e passam a ser caçadores de patologia. Quando aparece uma mulher normal, eles não sabem o que fazer. (...) O conhecimento cirúrgico é mais fácil que o emocional. Quanto mais passiva a paciente, mais fácil para a prática médica. Professor de medicina, São Paulo (Diniz e Chacham, 2006: 84).

O fragmento acima foi retirado do artigo de Diniz e Chacham cujo título é 'O "corte por cima" e o "corte por baixo": o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo'. Na fala do professor de medicina, fica evidente a gramática do parto na qual a gestante deve se adequar para ser aceita e tratada de forma digna, ou seja, para ter seus direitos garantidos. Quero pontuar a referência que esse médico fez em relação ao "conhecimento emocional". Já que a gestação é um período marcado por "questões emocionais", ao seguir raciocínio desse médico, encontraríamos um hiato entre a preparação do profissional que vai atender de uma forma racional e cirúrgica e a mulher que necessita do acréscimo de um olhar voltado para lidar com essas emoções que afloram desde o início da gestação até o momento de parir. Aqui fica o questionamento sobre o porquê de não haver preocupação em inserir nos currículos das faculdades de medicina esse aprendizado a respeito dessas ditas questões emocionais.

Rezende (2012) aponta, a partir da observação da Revista da Gestante, que um dos pontos mais levantados nessas publicações é a preocupação explícita com a manutenção do equilíbrio emocional da gestante, a ser continuamente buscado através do controle da ansiedade e do medo. As dicas que aparecem na revista denotam um controle emotivo a se buscar, e sempre com o tom da grávida feliz, alegre, passiva e amorosa cumprindo seu papel de maior importância na sociedade e na natureza: ser mãe.

Rezende, neste mesmo estudo, chega à conclusão que o saber médico – expresso tanto pela figura do médico como pelos exames – aparece nas

reportagens dessa revista como um conhecimento inquestionável e superior a outros, como as informações e opiniões de amigos e parentes, aos quais são classificadas de forma pejorativa como tolices. Essa desqualificação do apoio de outras pessoas que não os médicos, alimenta substancialmente um movimento no qual a medicalização aparece como fonte de poder e reestruturação de relações.

Como referido na introdução, no ano de 2016, trabalhei na aplicação de questionários com gestantes de alto risco no atendimento pré-natal do SUS²⁴ Nos momentos de conversas informais nas salas de esperas para as consultas, acabávamos trocando ideias sobre temas relacionados à gestação. Em diversas ocasiões, escutei de mulheres que já haviam parido, comentários relacionados aos “modos” como é aceitável se comportar durante o atendimento no parto. Frases como “eu não gritei mas tinha uma mulher que gritou muito” ou “eu não consegui não gritar mas morri de vergonha”. Também presenciei comentários sobre as equipes de atendimento não gostarem de mulher que faz “escândalo”. Na tese de Tornquist essas questões são mencionadas seguinte fragmento:

No Centro Obstétrico, aprovadas serão as mulheres que não descompensarem, sendo esta exigência institucional bem conhecida. Todas as mulheres se preocupam com sua performance no controle da dor. Quase invariavelmente, ao visitá-las no alojamento conjunto após o parto, uma das primeiras questões que me faziam era se tinham se “comportado bem”, se tinham “segurado bem a onda”, declarando o quanto se controlaram para “não fazer fiasco”. Houve quem se vangloriasse de não ter feito escândalo, apesar da vontade de berrar, ou mesmo a significativa pergunta: Eu me comportei bem, não achas? Comentários maldosos relativos às descompensadas – quando tinham assistido a alguma destas em ação no CO – também eram feitos, como os de Ana, lembrando sua vizinha de quarto, também observada por mim: aquela lá era escandalosa, nossa senhora! Ou, como Solange ao reportar-se a outras mulheres de forma mais abstrata: “Tem gente que já se aproveita para dar espetáculo, não se controla, né?” (Tornquist, 2004: 340)

Nos relatos analisados neste trabalho²⁵, bem como nas produções que versam sobre a “violência obstétrica” presentes na bibliografia consultada, é flagrante a recorrência de mulheres que contam terem sido repreendidas quando não se comportaram conforme esse repertório esperado de manifestação emocional,

²⁴ “Inquérito multicêntrico sobre o Funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do Acesso à Atenção Especializada em Regiões Metropolitanas Brasileiras”. Esta se desenvolve em quatro grandes cidades brasileiras, São Paulo, Campinas, Fortaleza e Porto Alegre, sua coordenação geral é realizada pelo professor doutor Gastão Wagner da Unicamp. Trabalhei como entrevistadora no pré-natal de alto risco do SUS em quatro hospitais da cidade de Porto Alegre, entre abril e julho de 2016.

²⁵ Dossiê Violência Obstétrica, 2012; Rodrigues, 2014; Diniz e Chacham, 2006.

ou melhor, segundo essa gramática. Existe uma frase clássica que revela essa situação, “Na hora de fazer não chorou/gritou, por que está chorando/gritando agora?”. Essa frase foi a segunda mais ouvida por mulheres que consideraram terem ouvido algum despropósito durante o parto e que responderam à pesquisa da Fundação Perseu Abramo, mencionada anteriormente nesta monografia.

3.3 O medo como uma emoção produtiva

Norbert Elias (1994), em seu estudo sobre a natureza do processo civilizador, atribui ao estudo do medo um lugar estratégico na compreensão das formas de controle social. Para Elias, o medo é um canal de transmissão das estruturas sociais à estrutura psicológica individual. As emoções, nesse caso o medo, não são apenas prisioneiras da interioridade do indivíduo, elas são não só sociais, como também políticas e morais.

Incutir medo está entre as estratégias de socialização pelas quais valores e normas são transmitidos de geração para geração, passando a ser adotados pelo indivíduo como seus, os quais se não atingidos poderão gerar sentimentos de fracasso e perda da autoestima. O medo está assim entre os sentimentos com os quais o indivíduo exerce o autocontrole. (REZENDE e COELHO, 2010: 33)

Para Koury, seguindo o raciocínio de Elias, em toda e qualquer forma de sociabilidade o medo encontra-se presente como uma das principais forças organizadoras do social (Koury, 2004). Para ele, a emoção “medo” é fundamental para se pensar os embates de configuração e processos de sociabilidades, além da formação dos instrumentos da ordem e da desordem que desenham dialeticamente a ação dos sujeitos e grupos em relação. Processos que compreendem um jogo permanente de manutenção, conformação e transformação de ensaios sociais e individuais realizados enquanto redes de conflitos que informam e formulam um social historicamente determinado.

Enquanto dispositivo mutilador do desejo, o medo predispõe à obediência. Amolece os corpos, sorve-lhes a energia, cria um vazio nos espíritos que só as tarefas, deveres, obrigações da submissão são supostos preencher. O medo prepara impecavelmente o terreno para a lei repressiva se exercer (Dias, 2006: 300).

As emoções necessitam, pois, de ser compreendidas no seio das relações estruturais de poder que as desencadeiam e, é por isso, que a emoção não pode restringir-se à dimensão pessoal e individual do ser humano. Portanto, é possível dizer que o “medo se encontra em estreita relação com o desconforto oriundo da insegurança ontológica”. Essa insegurança é oriunda, por sua vez, de uma falta de confiança básica, não nesta ou naquela pessoa, e sim na estrutura de relações sociais nas quais se está inserido (Dias, 2006)

No contexto do parto, o medo do desconhecido, do que é relatado a partir das dúvidas sobre o que acontecerá com o corpo nas etapas futuras da gestação, parto e pós-parto é gerador de inseguranças nas mulheres grávidas. Essas inseguranças levam ao sentimento de falta de controle sobre o corpo, em uma sociedade na qual o controle de si é elemento-chave (Elias, 1994). E, por conseguinte, as inseguranças geram o medo, que é uma emoção social, relacional e não física.

Diniz e Chacham (2006), a partir de suas pesquisas em escolas de medicina do Brasil, afirmam que os profissionais de saúde seguem aprendendo o modelo intervencionista e extremamente medicalizado. Habilidades cirúrgicas e sofisticados exames patológicos são bastante valorizados, enquanto cuidados focados na mulher para um parto normal e a comunicação e interação com a parturiente recebem comparativamente pouca atenção.

Pelo medo do sofrimento relacionado ao imaginário do parto vaginal ou normal, a cesariana passa a ser uma possibilidade de fuga e proteção da dignidade da mulher, já que o parto vaginal nos moldes tecnocráticos hegemônicos pode ser considerado degradante. Conforme Diniz e Chacham (2006) no ano de 2003, a Rede Globo de TV apresentou em seu programa “Grávidas” um “parto natural” de uma paciente de serviço privado de saúde, da seguinte forma: a mulher estava deitada na horizontal, sob anestesia peridural. Foi feita a episiotomia e a manobra de Kristeller. Vendo isto, não é estranho que muitas mulheres venham a ter medo do parto vaginal.

Por outro lado, alguns autores apontam que o planejamento das cesarianas é um modelo conveniente aos profissionais, que “trocam a imprevisibilidade do parto normal pelo agendamento das cirurgias” (PASCHE, 2010:

8). Assim sendo, o número elevado da cesárea nos últimos trinta anos têm sido associado a diversos fatores, tais como: o maior pagamento dos honorários às cesáreas; economia de tempo, liberação de leitos, realização clandestina de laqueadura tubária no momento do parto e, o mais chocante, preocupação em preservar a genitália feminina. Por essas e outras razões, vários obstetras foram se sentindo pouco preparados para acompanhar o parto vaginal, e essas situações, dentre outras, culminaram na cultura pró-cesárea tanto entre os médicos quanto entre a população em geral. A cesária é muitas vezes vista como uma solução mais prática e rápida, além de limpa e praticamente indolor (Uribe et al, 2017). Por ser mais previsível, possui o atributo de gerar menos medo entre algumas gestantes.

“Meu médico disse que eu poderia sofrer mais no parto normal. Como eu tinha medo de ficar sentindo dor, ele conseguiu me convencer a fazer a cesárea.” Patrícia Reis França, em entrevista para a Folha de São Paulo do dia 20 de novembro de 2011. (Dossiê Violência Obstétrica, 2012: 120)

No relato de Patrícia, ela referiu-se ao medo de sofrer por conta das dores no parto e por isso foi convencida pelo médico a passar pelo parto cirúrgico. Nesse caso, apontamos o medo como uma emoção passível de ser manipulada pelo profissional de saúde para fazer valer a sua vontade em detrimento da expectativa de Patrícia que era realizar o parto vaginal. O medo da dor aparece assim como emoção produtiva que é apropriada pelo discurso médico na construção da “escolha” de um parto cesárea. Trata-se de um caso exemplar em que se verifica o trabalho das emoções com implicações nas decisões, especialmente tendo em vista que de um ponto de vista mais objetivo a expectativa de sofrer menos no parto cirúrgico é totalmente relativa. A decisão por não levar em consideração a dor e o desconforto da recuperação da cesárea do âmbito do “sofrimento” do parto trabalha no sentido do reforço da associação da dor com o parto natural. Ou seja, ao circunscrever a dor e o desconforto ao tempo das contrações e da expulsão do bebê, se produz o medo da dor do parto natural. Assim como ao deixar de fora os incômodos da cesariana, entre eles o corte e pontos no abdome, os efeitos da anestesia, a dor e o desconforto da sonda para urinar, entre outros, se constrói a parto cirúrgico como seguro e livre de aflições.

Segundo Dias (2006), o medo não é uma emoção que circule de forma descoordenada pelo tecido social. Para refletir sobre essa emoção é necessário nos atermos aos fatores contextuais, de ordem social, cultural e política. Coletivamente

partilhado, o medo é singularmente vivido, pois cada indivíduo projeta-se nesta emoção e por ela se deixa projetar, de acordo com a sua própria história de vida e posição na estrutura de relações sociais. Nesse sentido o parto vaginal realizado em hospital pode também acionar medos específicos, que serão mais ou menos importantes, conforme indica uma colaboradora desta pesquisa, que aqui chamo de Carina

“No início da gravidez eu comecei a pesquisar no google sobre tudo que eu podia. Quando li sobre a episiotomia, tive muito medo ser cortada na hora do parto. Imagina se os pontos não cicatrizarem? Ou que eu sinta muita dor, nem pensar. Fui atrás de médico que não fizesse a episiotomia de rotina”
Carina, 26 anos, Porto Alegre.

No caso de Carina, o medo que ela relatou sentir após se informar sobre a episiotomia serviu de motivação para procurar um médico que pudesse atender a sua expectativa de não passar por essa intervenção. Esse procedimento cirúrgico começou a ser recomendado como prática rotineira no início do século XX sem qualquer estudo que o embasasse, tornou-se uma tradição, e continua a ser ensinada nas faculdades brasileiras.

Trata-se de uma prática que se encontra claramente em disputa entre as diferentes abordagens com relação ao parto. Mas o que chama a atenção é como o medo nesse caso vai poder ser acionado tanto para promover a sua realização, como para promover a sua evitação. No relato a seguir observa-se o motivo pelo qual o obstetra recomendou o corte:

“Durante o pré-natal, falei para a obstetra que eu não queria que fosse feito a episio. Ela me respondeu se eu gostaria de ficar toda rasgada e relaxada.”
F.C. atendida por médica conveniada ao plano de saúde, em Belo Horizonte (MG). (Dossiê Violência Obstétrica, 2012: 83)

A imagem poderosa de uma vagina “toda rasgada e relaxada” é, sem dúvida, competente para acionar o medo e fazer com que qualquer pessoa tome uma decisão no sentido de aceitar a episiotomia. Por outro lado, o medo vai ser também ser produtivo no discurso de pessoas que se colocam contrárias à episiotomia, como pode ser visto no depoimento de uma parturiente que lamenta não ter conseguido evitar:

“Minha cicatriz ficou maior ainda na minha alma. Me senti violentada, me senti punida, me senti menos feminina, como se por ser mãe, precisasse ser

marcada nessa vida de gado. [...] Chorei muito, sentia dor, vergonha da minha perereca com cicatriz, vergonha de ligar para isso, sentia medo, medo de não conseguir mais transar. Tenho pavor de cortes, tinha medo de que o corte abrisse quando fosse transar. Demorei uns cinco meses para voltar a transar mais ou menos relaxada, sentia dores, chorava quando começava, parava. Me sentia roubada, me tinham roubado minha sexualidade castrada”. Jacqueline Fiuza que foi atendida na rede pública na Casa de Parto São Sebastião em Brasília-DF (Dossiê sobre a violência obstétrica. Rede Parto do Princípio, 2012: 83)

Ao associar o corte a uma tortura que deixou uma cicatriz que “ficou maior ainda na alma”, a narradora recorre também a imagens fortes para expressar seu descontentamento. Com o uso de termos como “violentada”, “punida”, “menos feminina”, “roubada”, “castrada” ela demonstra os sentimentos que propulsionaram o seu medo de não poder mais voltar a exercer plenamente da sexualidade. Trata-se de um medo que anuncia uma possível tragédia de que o corte no períneo separasse a sua pessoa em duas, deixando no passado a sua metade jovem sexuada e no presente apenas a parte mãe, “marcada nessa vida de gado”.

Mais do que descrever a intensidade dos sentimentos referidos, o que é relevante aqui é mostrar o trabalho ativo das emoções, no caso o medo, na construção dos argumentos a favor e contra a episiotomia destacando que esta é uma prática que se encontra no cerne das disputas que vem conformando o sentido da “violência obstétrica”.

3.4 As intervenções cirúrgicas no contexto da “violência obstétrica”

Em consonância com o postulado no capítulo 1, destaca-se aqui o contexto do movimento por direitos sexuais e reprodutivos que tem possibilitado a crítica a uma série de procedimentos e intervenções cirúrgicas no contexto do parto, entre eles a cesária agendada, a episiotomia e o “ponto do marido”.

Observe-se que o Ministério da Saúde em 2003 retrabalhou os conceitos, práticas e condutas na assistência ao parto e lançou o manual “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Saúde”. Tomando por base as recomendações da OMS em 1996, o manual redefiniu as ações que devem ser implementadas no parto e nascimento. O material considera a episiotomia prática no parto normal claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada.

“Já faz quatro meses e eu ainda estou me recuperando da episiotomia. É difícil ficar sentada e ainda não voltei a ter relações sexuais.” Carolina sofreu uma episiotomia sem ser avisada a respeito e foi mal suturada. Precisou de mais duas cirurgias para tentar corrigir os problemas causados pela episiotomia. (Dossiê Violência Obstétrica, 2012: 95)

Há mais de trinta anos as pesquisas mostram que os resultados das lacerações são piores com episiotomia (Diniz e Chacham, 2006; Hotimsky, 2009; Rodrigues, 2014). As críticas a essa prática sugerem que esse procedimento continua a ser ensinado aos médicos em formação como prática rotineira e que muitas vezes a episiotomia é feita para que os estudantes possam treinar os procedimentos cirúrgicos, conforme pode ser visto na fala de um médico de São Paulo: “Onde você pensa que os cirurgiões de qualquer especialidade dão seu primeiro ponto? Aqui. É sempre numa episiotomia.” (Diniz e Chacham, 2006: 85).

A crítica, alinhada à perspectiva de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, defende que a episiotomia indiscriminada e realizada de modo rotineiro, muitas vezes sem o consentimento prévio, constitui uma violação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos da mulher e uma violação da integridade corporal feminina²⁶.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a partir de revisão sistemática de pesquisas científicas da Colaboração Cochrane, a episiotomia é uma prática frequentemente utilizada de modo inadequado, pois sua aplicação é considerada apropriada apenas em circunstâncias não rotineiras, sendo recomendada, como meta, a taxa de 10% de episiotomias em partos vaginais (OMS, 2000:30).

Os estudos que defendem a eliminação da prática como rotina, indicam que o parto sem episiotomia protege melhor os genitais femininos do que o parto com o corte (Diniz e Chacham, 2006; Hotimsky, 2009; Rodrigues, 2014). Esse corte pode causar maior perda de sangue, mais dor no parto, maior risco de laceração no ânus (que pode causar incontinência fecal), complicações na cicatrização dos pontos, infecção, possibilidade de sutura mal feita, dor para sentar, dor durante as relações sexuais, risco aumentado de lacerações no parto seguinte, dentre outras possíveis complicações²⁷

²⁶ “Parirás com dor”. Dossiê sobre a violência obstétrica elaborado para CPMI da violência contra a mulher. Rede Parto do Princípio, 2012.

²⁷ Ver mais detalhes em Violência Obstétrica é Violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da Violência Obstétrica. 1ª ed. São Paulo. Parto do Princípio. Espírito Santo. Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014.

O ensino de obstetrícia no Brasil, tradicionalmente, requer que o aluno realize um certo número de procedimentos para que seja avaliado. Em outros países, a episiotomia e o fórceps, por exemplo, são treinados, preferencialmente, em modelos sintéticos e peças específicas, ao passo que, no Brasil, muitos profissionais relatam começar seu treinamento das habilidades cirúrgicas nas pacientes, via de regra, usuárias do SUS. Vários autores mostram a cultura disseminada do ensino do uso não informado, não consentido, das vaginas das parturientes pobres pelos alunos de medicina e outras profissões, para fins de treinamento de habilidades. (Diniz e outros, 2016: 255)

A forma como se dá a naturalização e normatização de intervenções cirúrgicas sem indicação médica não se restringe ao currículo oculto. Essas práticas seguem ganhando visibilidade em alguns espaços do ensino formal. A abordagem do “fórceps didático” em sala de aula e manuais de obstetrícia é um exemplo disso (Hotimsky, 2015). Nesse artigo, Sônia Hotimsky refere que no aprendizado da Obstetrícia dentro dos hospitais existe tanto o fórceps didático, que é o realizado para que o residente aprenda a fazer, e o fórceps indicado, aquele que realmente é necessário.

Tanto a cesária agendada sem motivo médico quanto a episiotomia de rotina no parto vaginal são consideradas atualmente um problema de saúde pública no mundo, em especial no Brasil. Entretanto, há uma diferença importante no que diz respeito a quais grupos as duas práticas são aplicadas:

No caso brasileiro, a cesárea e a episiotomia desnecessárias são também um problema racial e de classe social. Mulheres brancas de classe média, atendidas por serviços do setor privado, tendem a receber “o corte por cima” (cesárea), enquanto a mulher negra e pobre que recorre ao SUS (70% das mulheres do país) tende a receber “o corte por baixo” (episiotomia). Como as mulheres negras apresentam características diferenciadas quanto à cicatrização, com maior tendência a problemas cicatriciais e formação de queloides, elas poderão estar mais expostas a complicações na cicatrização da episiotomia (Diniz e Chacham, 2006: 88).

Fica claro, nas palavras de Diniz e Chacham, que existe um recorte racial e de classe que delimita a questão dos “cortes”. Porém, quero pontuar que não há exatamente um recorte que defina quais mulheres sofrerão violência obstétrica, pois o conjunto de práticas abusivas e desrespeitosas está presente tanto nos atendimentos privados quanto nos públicos, mas claro, suas decorrências são diferentes em cada caso. Outra diferença é em relação a quais intervenções ou

maus tratos cada grupo vai ser vítima. Embora a "violência obstétrica" seja detectada em todos os segmentos sociais, é claro que as mulheres mais pobres e as negras, por estarem em situações de maior vulnerabilidade e não contarem com o aporte de privilégios, vão sofrer de forma mais grave as consequências dessa violência.

Vale ressaltar ainda que tanto uma prática (cesárea agendada sem motivo médico), quanto a outra (episiotomia de rotina), relacionam-se a um outro medo: o de alargamento da vagina com a passagem do bebê. Nessa direção, pode-se sugerir que o medo de alargamento da vagina deva ser considerado como mais uma expressão do ideal contemporâneo de eterna juventude, do qual o corpo da mulher tem sido alvo constante. Esse ideal pode ser visto na constante pressão para que as mulheres se mantenham magras, sem rugas na pele e permanentemente dispostas a agradar o gosto - socialmente construído – do sexo oposto.

Nesse sentido, embora os músculos do assoalho pélvico sejam dotados de elasticidade e possuam a capacidade de voltar ao "normal" após o parto, certas práticas culturais no campo da medicina ainda imperam. Entre elas, o chamado "ponto do marido", que é o costume de dar um ponto a mais, no momento da sutura da episiotomia (episiorrafia), para garantir que a genitália continue apertada e não ocorrer da mulher deixar de dar prazer sexual para o homem.

Podemos considerar esse "ponto do marido" como manifestação da objetificação do corpo feminino, na qual o profissional auxilia a restabelecer a condição quase virginal à mulher, para satisfazer os homens (Gilgoff, 2000; São Bento & Santos, 2006). Para além disso, também fundamenta-se "na ideologia de que o corpo feminino é pouco funcional e, portanto, necessita de reajustes para voltar ao estado 'normal' após o parto" (São Bento & Santos, 2006, p. 554). Mulheres vítimas desta prática podem sofrer consequências físicas, dificuldades e dor para ter relações sexuais, sendo preciso, por vezes, recorrer a um procedimento cirúrgico corretivo (ROHDE, 2016).

1) No Brasil, a associação conceitual: ativo-masculino e passivo-feminino reforça a construção médica da vagina como órgão passivo – apertada ou flácida (segundo a perspectiva do falo durante a relação sexual) – em vez de compreender a vagina e vulva como tecidos musculares ativos e eréteis, capazes de relaxar e contrair. A dissecação da vagina sugere que as atuais descrições da anatomia uretral e genital de fêmeas humanas são

imprecisas, subestimando a extensão das estruturas clitoricas e vulvares. (Diniz e Chacham, 2006: 87)

2) “O médico disse que tinha que cortar por que se ele não cortasse, eu ia ficar com a vagina larga e meu marido ia me trocar por uma outra na rua.” Heloísa, Vitória (ES). (Violência Obstétrica é Violência contra a Mulher, 2014: 17).

É relevante pontuar que a episiotomia de rotina e o consequente “ponto do marido” não são realizados pelos médicos por motivos de descaso em relação ao sofrimento das mulheres, ou simplesmente por ignorarem as evidências científicas e sim baseados em representações sociais sobre os órgãos sexuais femininos e masculinos e suas capacidades.

Assim, através da episiotomia, os médicos desconstroem e reconstroem a vagina, de acordo com suas crenças culturais. A imagem sugerida pelo discurso médico é que, após a passagem do bebê, o pênis do parceiro seria pequeno demais para estimular ou ser estimulado pela vagina, agora distendida (Diniz e Chacham, 2006: 88)

Segundo Diniz e Chacham, o que está colocado, antes de tudo, são crenças baseadas em atribuições culturais de gênero. Para as autoras, se realmente existe a certeza de que a vulva e vagina são passivas, fica praticamente impossível conceber que esses tecidos são capazes de se distender para o parto e depois se contrair.

3.5 “Violência obstétrica” e o hospital

Outra questão que faz parte dos eventos considerados como parte da “violência obstétrica” e que vistos como com capacidade de aumentar a vulnerabilidade das mulheres durante o parto e trabalho de parto, são as repercussões de ordem psicológica vivenciadas durante a peregrinação que pode acontecer para conseguir uma vaga para parir num hospital. Argumenta-se que esse momento de insegurança ocasiona sentimentos negativos como medo, raiva, angústia. Trata-se de um cenário complexo tendo em vista que um dos problemas é que a epidemia de cesarianas contribui para a falta de leitos. Um parto vaginal sem

complicações significa uma estadia de 24 horas no hospital, enquanto uma cesárea sem complicações acarreta 72 horas de internação.

A falta de leitos, para além de ser um problema social, deve ser visto também como um problema sociológico, na medida em que afeta diferentemente os segmentos sociais com implicações de vida ou morte. Assim como outros indicadores sociais de saúde, as mulheres afetadas pela falta de leitos são aquelas com mais baixa renda, como indicam os dados de Diniz e Chacham:

Um estudo realizado em 2002 na cidade de São Paulo mostrou que entre as mulheres de baixa renda 76% percorreram mais de um hospital durante o trabalho de parto para encontrar um leito, 61% foram a mais de uma instituição e 15% tinham ido a três ou mais. Para mulheres com gravidez de alto risco esta “peregrinação” para encontrar um leito pode ser fatal. Em São Paulo, 55% das mortes maternas ocorreram durante ou logo após essa peregrinação. (Diniz e Chacham, 2006: 82)

Embora por limitações de tempo e espaço nessa monografia, não seja possível se debruçar de forma mais detalhada sobre essas estatísticas, deixamos apenas a pergunta sobre os efeitos da peregrinação por leitos hospitalares. Considerando que existe grande concentração de pessoas negras entre a população de baixa renda, seria importante perguntar também sobre como a segmentação étnico-racial se apresentaria nessas estatísticas. Outras dimensões da dinâmica hospitalar afetam marcadamente as disposições das mulheres no parto. Não é novidade que a falta de atenção profissional com relação aos longos períodos que a parturiente permanece no hospital, e ausência de um acompanhante de sua confiança sejam relatados por algumas através da sensação de “abandono”. (Rodrigues, 2014: 152). O que chama a atenção no cenário atual é como essas dinâmicas passaram a fazer parte do léxico da “violência obstétrica” adentrando assim o âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos.

As instituições e organizações regulamentadoras da saúde também participam dessas transformações. Observe-se que o Ministério da Saúde agora reconhece que a presença do acompanhante traz benefícios para as mulheres, e ainda, que aquelas que contam com um acompanhante no trabalho de parto, parto e puerpério imediato, ficam mais “tranquilas” e “seguras” durante o processo, havendo diminuição do tempo de trabalho de parto e do número de cesáreas. As emoções ocupam um lugar de destaque nessas argumentações e, além de produzirem

sentidos para o evento também implicam em novas regulamentações. A própria construção da categoria “depressão pós-parto”, aliada à instituição/institucionalização do acompanhamento da mulher antes, durante e logo depois do parto tem produzido efeitos práticos no mundo, como pode ser visto pela sanção da Lei n. 11.108, em abril de 2005.

Do ponto de vista das mulheres, é evidente que a experiência de ter um acompanhante de sua confiança tem inúmeros aspectos positivos. Mas o exercício de distanciamento, essencial para a pesquisa antropológica, coloca também uma questão sobre os efeitos das regulamentações sobre as próprias formas de sentir. Trago os depoimentos abaixo, retirados da dissertação de Rodrigues (2016):

1) Fiquei com muita raiva (...) acharia que a minha mãe ou meu namorado teria que estar comigo aqui, do meu lado, me ajudando, me dando apoio (...) te deixam largada, e tratam a gente com desrespeito. (Rodrigues, 2016: 149)

2) O meu esposo foi embora e não sabia que podia ficar junto comigo no pré-parto, me senti mal, fiquei triste, e você está sentindo dor e não tem ninguém da sua família perto de você, acaba você ficando triste, fiquei triste, chorei e tudo por causa disso, e não me falaram nada, o enfermeiro nem o médico me falou nada, e aí ele foi embora, e somente depois do parto um enfermeiro disse que o meu marido podia ficar comigo depois que eu fosse para o quarto. (Rodrigues, 2016: 149)

A partir da perspectiva da Antropologia das Emoções destaca-se as emoções produzidas na relação com a (im)possibilidade de contar com um acompanhante: sentimentos de raiva, de ter sido largada, de ter sofrido desrespeito no primeiro depoimento. E no segundo, sentir-se mal, sentir-se triste e ter chorado por não saber que o marido podia acompanhá-la. Numa perspectiva mais histórica poder-se-ia perguntar sobre como a transformação das cenas do parto implicaram na produção da necessidade de um acompanhante regulamentado por lei?

Entre as mulheres piro, grupo indígena estudado por Elvira Bellaúde, o costume de dar à luz sozinhas não é malvisto pelas pessoas, é visto como normal e até desejável. Mas as indígenas não estão no hospital, elas dão à luz em suas comunidades, não se entregam a um corpo médico que não raro as trata como objetos ou como incapazes. Em grupos camponeses de diversas regiões do mundo, são comuns as memórias de mulheres que deram à luz sós, quando tinham ido trabalhar na roça, buscar água no rio ou mesmo quando em casa, sozinhas. As escravas brasileiras, muitas delas

parteiras se suas sinhás e demais escravas, não raro davam à luz sozinhas, conhecedoras que eram dos segredos do nascimento. Nas histórias recentes recolhidas entre as parteiras do norte de Minas, vários casos similares foram contados. Em todos os casos, eram vistos como narrativas dignas de serem contadas, exceções reveladoras da facilidade que pode ser o ato de parir. (Tornquist, 2004: 322)

Nos relatos presentes no Dossiê da Violência Obstétrica, realizado pela Rede Parto do Princípio, muitas mulheres revelam que não puderam ter acompanhante por que os convênios não cobriam esse serviço. E quando essas pessoas se referiram à lei do acompanhante²⁸ para requerer esse direito lhes foi informado que essa lei valia apenas para o SUS.

“Imprimi a lei e levei para o meu médico ver. Mas ele leu e disse que não tem nada na lei [Lei Federal 11.108/05] escrito cesariana. Ele disse que o direito é só para parto e por isso eu não vou poder ter acompanhante na cesariana.” I. atendida através de plano de saúde. (Dossiê Violência Obstétrica, 2012: 67)

Em contraposição a isso, menciono aqui os relatos de mulheres que se consideram vítimas de “violência obstétrica” no atendimento pelo SUS. Esses fragmentos foram retirados da dissertação de Rodrigues (2014: 154) e o que chama a atenção é a referência que algumas mulheres fizeram em relação à ideia de que se fossem atendidas através de algum convênio de saúde teriam garantido o direito ao acompanhante. Seguem os relatos:

1) “Se fosse no particular, iria ter a minha mãe do meu lado, e como é um serviço público não pode reclamar senão acontece o pior como você, e me senti abandonada por todos.”

2) “E disse somente no particular tem isso, aqui não tem isso, e me senti desesperada e abandonada, queria pelo menos o meu pai comigo.”

Finalizo esse capítulo trazendo a comparação entre os relatos presentes na dissertação de Rodrigues (2014) e os encontrados no Dossiê da Violência

²⁸ Embora além das dimensões deste TCC discutir o cumprimento de leis e regulamentações, cabe destacar aqui que o direito a acompanhante de sua livre escolha durante o acolhimento, pré-parto, parto e pós-parto imediato em todos os serviços públicos e particulares está regulamentado pela Lei 36/2008 do Ministério da Saúde.

Obstétrica (2012). Enquanto as mulheres ouvidas por Rodrigues acreditam que seriam contempladas com a presença de acompanhante caso fossem atendidas pelo sistema de saúde suplementar (particular), os relatos de mulheres que pariram no hospital através de seus convênios de saúde contam que, nesses espaços, muitas vezes foi utilizado o argumento de que a lei do acompanhante só era válida para atendimento via SUS. Como fica claro no relato retirado do Dossiê mencionado:

“Sou mãe solteira de gêmeos. Não foi fácil conseguir ter minha irmã como acompanhante, pois o hospital alegou que o direito à escolha do acompanhante é somente para o SUS. Consegui uma carta de uma psicóloga dizendo da importância de um acompanhante e os venci pelo cansaço.” D.D. atendida no Hospital da Luz na Vila Mariana através do plano de saúde Dix, São Paulo (SP).

Não se trata aqui de eleger qual o sistema que possibilita melhores condições às mulheres ou de apontar contradições entre as diferentes pesquisas e sim de mostrar a questão do direito ao acompanhante mobiliza não apenas sentimentos individuais. Ela entra na gramática dos direitos e nesta chave coloca em relação/oposição os saberes (a carta da psicóloga que vence a política do hospital), as hierarquias (“eu venci pelo cansaço”) as relações institucionais (serviço público X serviço particular). Uma das características que fica evidente ao se estudar as questões relacionadas à violência obstétrica é que ela se faz presente tanto no sistema de saúde pública quanto no sistema privado. É claro que temos que levar em conta as especificidades características de cada sistema desses, mas considero importante refletirmos sobre a abrangência desse tipo de violência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Optei por abrir essa monografia com o relato de minha experiência de parto para mostrar ao leitor até que ponto sou atravessada pelas questões relativas ao parto e nascimento, em especial ao conjunto de práticas desrespeitosas atualmente chamado de “violência obstétrica”.

Um dos objetivos que guiou esse trabalho foi entender como se dá a construção emocional da gestação e do parto, e para empreender isso é essencial trazer os aspectos relacionados à construção emocional das mulheres na sociedade ocidental. E a partir disso, quais atributos são manejados seguindo essa caracterização. Por ser um trabalho de conclusão de curso, não pretendi adentrar profundamente nessas questões, apenas trazer à tona alguns apontamentos que pudessem suscitar questionamentos pertinentes ao tema escolhido.

Percebi que a referência à emoção “medo” era recorrente, tanto nos relatos de violência, quanto em análises de autores que se dedicaram a estudar a gestação, em especial Cláudia Rezende, autora que em muito me inspirou nesse processo.

Ao analisar os relatos e textos onde o “medo” aparecia, percebi que ele era manejado de diversas formas e, por isso, gerava também atitudes distintas. A referência a esse sentimento apareceu tanto nas falas de médicos, quando de parturientes. Ainda, dei um enfoque especial ao que chamei de “medo do alargamento da vagina”. Mesmo que essa expressão não tenha aparecido em nenhum lugar específico na literatura mencionada, ao estudar as questões relativas à epidemia de cesáreas, ao excesso de episiotomias e à realização do “ponto do marido” detectei que estava em jogo esse medo. Medo de receber episiotomia e por isso ir atrás de um médico que não utilize essa intervenção rotineiramente; medo de passar pelas dores do parto normal e por isso optar pela cesárea agendada; medo de ser maltratada e por isso não fazer perguntas a respeito dos motivos de certas intervenções. O medo como uma emoção se mostra potente e eficaz na tomada de decisões, assumindo papel de protagonista no problema da “violência obstétrica”.

Na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, a “violência obstétrica” se configura como um desrespeito a esses direitos das mulheres. Assim, à agenda do movimento político feminista cabe reconhecer e denunciar como essas práticas

violentas são realizadas e quais os mecanismos pelas quais são reproduzidas, sendo esse um passo fundamental a ser dado para que a sociedade possa combater a “violência obstétrica” de forma efetiva.

Essa agenda feminista destaca ainda que no Brasil não existe lei que tipifique criminalmente a “violência obstétrica” como existe na Venezuela e na Argentina, ou seja, aqui essa prática não é crime. Alguns esforços estão sendo realizados por parte da OAB de São Paulo e algumas unidades da defensoria pública nos estados. O que esses grupos acabam fazendo é reunir denúncias que chegam até lá com o propósito de reuni-las em um dossiê que possa fornecer material que evidencie essa realidade.

Uma indicação de que também no Brasil está se encaminhando um reconhecimento legal desse tipo de violência, está no número cada vez maior de pessoas e grupos que acionam o conceito de violência obstétrica para designar diferentes tipos de maus tratos ou desconfortos percebidos durante o parto. Na medida em que um número maior de ações e acontecimentos desagradáveis se associam ao termo, tanto maior se torna a sua importância e seu reconhecimento. É um exemplo claro do sentido produtivo do discurso fundante da perspectiva contextualista da Antropologia das Emoções. Conforme Coelho e Rezende (2011) explicam o postulado por Lutz e Abu-Lughod:

“Ao tomar o conceito foucaultiano de discurso como ponto de partida, essa perspectiva procura situar os contextos sociais em que as emoções são expressas, com o intuito de mostrar que os discursos emotivos podem ser vistos como práticas que estruturam os próprios objetos de que falam”.
(Coelho e Rezende, 2011:15)

Atualmente o profissional de saúde que incorrer em atos considerados “violência obstétrica” pode responder penalmente apenas em casos que se considerem erro médico propriamente dito. Mas como a maioria das condutas não são consideradas crime, as vítimas podem requerer que esse profissional responda na esfera do código civil, com o pagamento de indenização por danos morais. Esse procedimento encontra-se amparado juridicamente no artigo 5º da Constituição Federal de 1988 inciso X. E nos artigos 186, 189, 927, 949 do Código Civil.

O trabalho do movimento por direitos sexuais e reprodutivos e dos grupos de defesa do parto humanizado é, nesse caso, o de produzir o reconhecimento público de um conjunto de ações, atitudes e processos sob a categoria de “violência obstétrica” com capacidade de mudar as leis e impactar positivamente a vida das mulheres.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.M; D'OLIVEIRA, A.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface: Comunicação, Saude, Educação*, v.15, n.36, p.79-91, jan./mar. 2011.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 19(Sup. 2):S465-S469, 2003.

BOURDIEU, Pierre. *A Dominação Masculina*. Editora Bertrand Brasil. Rio de Janeiro. 2012.

_____ *O Poder Simbólico*. Editora Bertrand Brasil. Rio de Janeiro. 1989.

BRENES, Anayansi Correa. História da Obstetrícia no Brasil: o fracasso da Escola de Obstetrícia para Mulheres, no Rio de Janeiro, 1832. *Revista Médica de Minas Gerais* 2008; 18(2): 141-147.

_____ História da parturição no Brasil: século XIX. *Cadernos deSaúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n.2, p. 135-149, abr/jun.1991.

DACOME, Ocimar A; GARCIA, Rosangela F. Efeito modulador da ocitocina sobre o prazer. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 1, n. 2, p. 193-200, maio/ago. 2008.

DE SOUZA SÃO BENTO, Paulo Alexandre; DA SILVA SANTOS, Rosangela. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. *Escola Anna Nery*. *Revista de Enfermagem*, vol. 10, núm. 3, dez, 2006, pp. 552-559

DIAS, Fernando Nogueira. O medo enquanto emoção social: contributos para uma sociologia das emoções. *Fórum Sociológico*, n.15/16 (II Série), 2006, pp. 295-313.

DÍAZ, M.; CABRAL, F.; SANTOS, L. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C.; CAMPUS, M.T.A. (ed.). *Afinal, que paz queremos?* Lavras: Editora UFLA, 2004. p 45-70

DINIZ, Carmen Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*. 2009; 19(2):313-326.

_____ Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc. saúde coletiva. Vol.10. no.3. Rio de Janeiro Jul/Set. 2005.

_____ Que valores escolhemos nesse ritual? Resenha do livro "Birth as an American Rite of Passage". Davis Floyd, Robbie. Berkeley: University of California Press, 1992. *In Estudos Feministas*, ano 10, 2002, 523-527.

DINIZ, Carmen Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O "corte por cima" e o "corte por baixo": o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva* 2006; I(1):80-91.

DINIZ, Carmen Grilo et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface: comunicação, saúde e educação*. 20(56):253-9, 2016.

DRUMMOND, J.P; SILVA, E. Medicina baseada em evidências: Novo Paradigma assistencial e pedagógico. São Paulo: Atheneu, 1998.

ELIAS, Norbert. O Processo Civilizador. 2ª ed. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed. 1994.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso. *Cadernos de Pesquisa*, n. 114, novembro/ 2001 *Cadernos de Pesquisa*, n. 114, p. 197-223, novembro/ 2001.

FLEISCHER, Soraya Rezende. Parteiras, Buchudas e Aperreios Uma Etnografia do Atendimento Obstétrico Não Oficial Na Cidade de Melgaço, no Pará. Tese de Doutorado em Antropologia Social. UFRGS. Porto Alegre, 2007.

FUJITA JM, NASCIMENTO PL, SHIMO AK. O enfrentamento da violência obstétrica e suas repercussões na prática de enfermeiras obstetras. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 9(12):1360-9, dez., 2015.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados. *Pesquisa de Opinião Pública*. Agosto de 2010.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. A violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia. Trabalho proposto para apresentação no I ENADIR – Encontro Nacional de Antropologia do Direito, Universidade de São Paulo – 20 e 21 de agosto de 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). Estatísticas de Gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. n.38. Março de 2018.

KOURY, Mauro GP. A Antropologia das Emoções no Brasil. Revista Brasileira de Sociologia das Emoções. Vol. 4, n. 12, Dez. 2005. 239-252

LE BRETON, David. A sociologia do Corpo. Editora Vozes. 2ª ed. 2007.

MANICA, Daniela Tonelli. A mulher no corpo: um re-encontro com Emily Martin. Cadernos Pagu (27), julho-dezembro de 2006: pp.461-468.

MARTIN, Emily. "The Egg and the Sperm: How Science has Constructed a Romance based on Stereotypical Male-Female Roles". In: KELLER, Evelyn F., e LONGINO, Helen E. (eds.). Feminism and Science. New York: Oxford University Press, 1996, p. 103-20.

MENDONÇA, Sara Sousa. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. Dossiê: Partos, maternidades e políticas do corpo. Civitas, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 250-271, abr.-jun. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MÜLLER E, RODRIGUES L, PIMENTEL C – O tabu do parto: Dilemas e interdições de um campo ainda em construção. *Civitas*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 272-293, abr.-jun. 2015.

NATANSOHN, Graciela L. O corpo feminino como objeto médico e "mediático". Estudos Feministas, Florianópolis, 13(2): 256, maio-agosto/2005. Humanização: transformando ideias em políticas. Revista Tempus Actas Saúde Coletiva. 105-117. 2010.

OLIVEIRA, Virgínia J; PENNA, Claudia Mattos. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(2).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração da OMS: Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014.

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. Dossiê gênero e ciências: histórias e políticas no contexto ibero-americano. Cadernos Pagu (49), 2017.

Parente, Raphael Medeiros et al. A História do Nascimento (Parte 1): a cesariana. FEMINA. Vol 38 nº 9. Setembro 2010.

PARTO DO PRINCÍPIO: MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA. Dossiê Violência Obstétrica: “Parirás com dor”. Documento elaborado para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência Contra as Mulheres, 2012.

_____. Episiotomia “é só um cortezinho”. Violência Obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 1 ed. São Paulo. Fórum de mulheres do Espírito Santo, 2014. Disponível em: http://docs.wixstatic.com/ugd/2a51ae_eb147c28c9f94840809fa9528485d117.pdf. Acesso em 29 jun. 2018.

_____. Violência Obstétrica é Violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da Violência Obstétrica. 1ª ed. São Paulo. Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014. Disponível em: http://docs.wixstatic.com/ugd/2a51ae_a3a1de1e478b4a8c8127273673074191.pdf. Acesso em 29. jun. 2018.

PASCHE DF; VILELA MEA; MARTINS CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado.

PREVIATTI, Jaqueline Fátima; VENTURA DE SOUZA, Kleyde. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. Brasília. Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 60, núm. 2, março-abril, 2007, pp. 197-201

PULHEZ, Mariana Marques. A “violência obstétrica” e as disputas em torno dos direitos sexuais e Reprodutivos. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013.

REZENDE, Claudia Barcellos. Emoção, corpo e moral em grupos de gestantes. Dossiê Corpo e Emoções. Revista Brasileira de Sociologia da Emoção, v. 11, n. 33, dez. 2012.

_____. Um estado emotivo: representação da gravidez na mídia. Cadernos Pagu (36), 315-344. janeiro-junho de 2011.

REZENDE, Claudia Barcellos; COELHO, Maria Cláudia. Antropologia das Emoções. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas. Série Sociedade e Cultura, 2010.

RIFIOTIS, Theophilos. Dilemas éticos no campo da violência: a percepção dos significados da palavra violência revela a ambiguidade característica de um sistema social pouco afeito à democracia. Comunicação & Educação, São Paulo, (131: 26 a 32, set./dez. 1998.

RODRIGUES DP, ALVES VH, BRANCO MBLR et al. A violência obstétrica como prática no cuidado na saúde da mulher no processo parturitivo: análise reflexiva. Revista de enfermagem UFPE, Recife, 9(Supl. 5):8461-7, jun., 2015.

RODRIGUES, Diego Pereira. Violência obstétrica no processo do parto e nascimento da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro: percepção de mulheres/puérperas. Dissertação de Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde. UFF. Niterói, 2014.

ROHDEN, Fabíola. Uma natureza instável e perigosa. In: Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher [online]. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. pp. 221-228.

ROHDE, Ana Maria Basso. A Outra Dor do Parto: Gênero, Relações de Poder e Violência Obstétrica na Assistência Hospitalar ao Parto. Dissertação de Mestrado em Estudos Sobre as Mulheres na Sociedade e na Cultura. Lisboa, 2016.

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

SENA, Ligia Moreira; TESSER, Charles D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. Interface: comunicação, saúde, educação. 21(60):209-20, 2017.

SILVA, Raylla Albuquerque. Violência Obstétrica à luz da declaração universal sobre bioética e direitos humanos: percepção dos estudantes da área da saúde. Dissertação de Mestrado em Bioética. UNB. Brasília. 2017.

TORNQUIST, Carmen Susana. Parto e Poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese de Doutorado em Antropologia Social. UFSC. Florianópolis, 2004.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A Medicalização do Corpo Feminino*. Coleção Antropologia e Saúde. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2002.

ZANARDO, G. L. P., CALDERÓN, M., NADAL, A. H. R., & HABIGZANG, L. F. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, 29. 2017.