

**UNIVERSIDADE FEDERALDEMATOGROSSO DOSUL**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

Maiara Ricalde Machado Avanci

**MARCAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ETNOGRAFIA DE  
EXPERIÊNCIAS VIVIDAS E NARRADAS**

CAMPO GRANDE - MS

2023

MAIARA RICALDE MACHADO AVANCI

**MARCAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ETNOGRAFIA DE  
EXPERIÊNCIAS VIVIDAS E NARRADAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Antropologia Social

**.Orientador:** Prof. Dr. Francesco Romizi

CAMPO GRANDE - MS

2023

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

**MAIARA RICALDE MACHADO AVANCI**

**MARCAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ETNOGRAFIA DE EXPERIÊNCIAS  
VIVIDAS E NARRADAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Antropologia Social

Aprovado em: 00 de xxxxxx de 2024

**Banca Examinadora**

---

(Orientador) Prof. Dr. Francesco Romizi  
Universidade Federal de Mato Grosso do  
Sul

---

Prof. Dr. Asher Grochowalski Brum Pereira  
Universidade Federal de Mato Grosso do  
Sul

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosamaria Giatti Carneiro  
Universidade de Brasília

## **AGRADECIMENTOS**

É com imenso sentimento de gratidão que agradeço a cada pessoa que participou desta caminhada em minha vida. Primeiramente gostaria de agradecer à Deus e aos meus pais, Wilson e Norma, pois sem o apoio infinito e amor incondicional de vocês eu – sem dúvida – teria desistido desta caminhada.

Agradeço imensamente ao meu orientador Francesco Romizi, sua confiança, ética, respeito, cumplicidade e comportamento tão acolhedor me marcarão pela vida toda.

Ao Oclécio Cabral, pois sem teu apoio eu nem ao menos teria começado esta trajetória.

Aos amigos que fiz durante o mestrado, e por termos dividido as nossas angústias.

Aos professores que tanto acrescentaram nessa caminhada e que de alguma forma fizeram comentários e contribuições sobre este trabalho, especialmente à Prof Dra Rosamaria Giatti Carneiro, que prontamente aceitou fazer parte da banca, o que me deixou imensamente honrada e feliz.

Ao querido Prof Dr Ricardo Luiz Cruz por nossas trocas e aulas sobre Bourdieu que com certeza inspiraram grande parte deste trabalho, além de nossas conversas e encontros acadêmicos que tanto acrescentaram em meus textos.

Ao PPGAS, por ter me acolhido tão imensamente nestes dois anos de caminhada.

À todas as mulheres que permitiram com que este trabalho pudesse ser realizado cedendo suas vozes, experiências, sentimentos e aberturas para esta longa caminhada de ampliação do conhecimento e debate de temas tão sensíveis e importantes.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

## RESUMO

A presente dissertação possui como objetivo compreender, pelos caminhos etnográficos, como mulheres e mães constroem narrativas e relatos a respeito de seus partos, no período de 2022 a 2023. Este caminho foi trilhado a partir da interlocução etnográfica com mulheres que passaram por experiências negativas no processo de parturição, constituídas a partir de uma conscientização comum dessas vivências, como profundamente embebidas de ações e representações violentas, e de posterior análise de seus relatos. Compreender a narrativa de mulheres que vivenciaram experiências negativas e traumáticas em um momento tão importante de suas vidas significou mergulhar no universo profundo e particularizado de cada uma delas, e entrar em contato com coletivos de mulheres conscientizadas que atuam a partir da partilha dessas vivências.

**Palavras-chave:** antropologia. violência obstétrica.

## ABSTRACT

This dissertation aims to understand, through ethnographic paths, how parturients build narratives and reports about their births, in the period from 2022 to 2023. This path was taken from the ethnographic dialogue with women who went through negative experiences in the process of parturition, constituted from a common awareness of these experiences, as deeply embedded in violent actions and representations, and from the subsequent analysis of their reports. Understanding the narrative of women who experienced negative and traumatic experiences at such an important moment in their lives meant diving into the deep and particular universe of each one of them, and getting in touch with collectives of aware women who act from the sharing of these experiences.

**Keywords:** anthropology. obstetric violence.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Foto de Da Mata 2017

13

## SUMÁRIO

### INTRODUÇÃO 10

<b>1 A DECISÃO POR UM PERCURSO ETNOGRÁFICO</b>	16
1.1 <b>Percurso Etnográfico</b>	17
1.2 <b>Contextualização da Violência Obstétrica no Brasil</b>	22
1.3 <b>A Violência Obstétrica</b>	26
<b>2 A VIOLÊNCIA VIVIDA E NARRADA</b>	33
2.1 <b>Do silenciamento como autoproteção ao silenciamento imposto: o silêncio é o oceano do não dito.</b>	34
2.1.1 “Meu bebê morreu depois de muitos meses que eu ouvi que se ele sobrevivesse, ele iria ficar sequelado” (Dominique)	35
2.1.2 “Meu bem, eu já sou uma mulher negra, eu vim da periferia, eu sou pobre. Eu já sei muito bem o que é levar grito de graça e ser maltratada.” (Jussara)	38
2.1.3 Ela falou: não precisa gritar, não precisa fazer escândalo. Daí pra frente eu comecei a tentar abafar meus gritos com um travesseiro na minha cara. (Carolina)	40
2.2 <b>A face da insegurança: quando o parto vira medo</b>	41
2.2.1 “Mãe, mas por que, por que fizeram isso comigo?”(Jennifer)	41
2.2.2 “Meu filho veio a óbito, até hoje sem muita explicação do porquê” (Karina)	42
2.2.3 “Me costurou depois que nem uma vaca”, (Andrea)	45
2.3 <b>A comunicação que violenta</b>	47
2.3.1 “O médico começou a falar que eu era uma filha da puta, que eu tinha cagado nele.” (Fernanda)	47
2.3.2 “Você não tem ideia, eu tentei me matar depois do parto, tudo que eu via eu pensava se dava pra me matar” (Betânia)	48
2.3.4 “O médico começou a falar que era muito gorda e que minha gordura tava trancando meu bebê” (Giovana)	49
2.4 <b>Morte neonatal como desfecho da violência obstétrica</b>	51
2.4.1 “A médica pegou ele no colo e me mostrou ele como um objeto. Ela	51

tirava o oxigênio dele e dizia pra mim olhar como ele tava gemendo” (Kessie)

2.4.2 "Ninguém me prestou condolências,nem olharam pra mim, a equipe ficou em cima da minha filha, e quando perceberam que não ia funcionar, simplesmente levaram ela embora” (Elisete) 52

**3 A CONSTRUÇÃO DA VIOLÊNCIA NA FALA DAS MULHERES 55**

**4 A SUBJETIVIDADE DA DOR DO PARTO COMO CATEGORIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA 61**

**CONSIDERAÇÕES FINAIS 65**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 67**

## INTRODUÇÃO

O objetivo geral da presente pesquisa é compreender pelos caminhos etnográficos como mulheres e mães constroem suas narrativas e relatos de violências vividas durante os próprios partos. Já os objetivos específicos englobam não somente a análise das narrativas de mulheres que passaram por experiências autodenominadas como violentas, mas também explorar a compreensão dos significados daquilo que estas mulheres mobilizam categoricamente como "violência obstétrica", procurando refletir sobre o que de fato constitui um ato violento na visão destas mulheres enquanto vítimas, além de levantar a percepção discursiva destas mulheres, especialmente no tocante aos procedimentos considerados como violentos no próprio parto.

A escolha da temática aqui pesquisada se motiva pela minha formação como enfermeira obstetra, e pela maneira em que as experiências vividas durante o estágio em obstetrícia impactaram intimamente no meu ser mulher e no meu ser profissional. Foram diversos meses presenciando nascimentos percebidos como violentos e conduzidos com total desconsideração dos desejos ou expectativas de dezenas de mulheres.

Me formei em enfermagem em 2016. Iniciei minha especialização em obstetrícia em 2018. De lá pra cá, muita coisa mudou. A enfermagem é uma profissão que me trouxe surpresas, alegrias, tristezas e um amadurecimento muito grande. Meus primeiros meses de idas e vindas na maternidade foram carregados de muito medo e apreensão. Com o tempo, tratei de ficar mais corajosa e aproveitar mais o meu tempo para conversar com as mulheres que atendia.

Quando me aventurava a visitar a sala de parto, encontrava mulheres amamentando seus pequenos, algumas deitadas, algumas adolescentes assustadas, e outras certas de que esperavam somente a alta para irem embora de uma cena desoladora. Algumas tomavam banho, vestiam a roupa hospitalar, saíam para passear pelo corredor, e davam uma espiadinha nas outras mães que pariam.

Depois que os partos em que eu participava acabavam, eu me recolhia para a redação do diário de campo do enfermeiro. O diário de campo do enfermeiro é um prontuário que nem de longe revela exatamente tudo o que está presente na cena de um parto. Algumas cenas são cortadas; a maioria por recomendação da própria equipe de enfermagem ou dos médicos. Com o tempo, você passa a entender aos poucos quais assuntos são proibidos, quais esbarram na barreira ética, e não podem ser vistos de forma alguma em um prontuário.

Na maternidade do SUS, aparecem mulheres de todas as idades. Algumas são trabalhadoras formais, outras donas de casa; muitas delas com em média de três a

quatro filhos. A maioria delas já não possui aquele sentimento de curiosidade, uma vez que já haviam se aventurado em partos anteriores, e já suspeitavam o que vinha pela frente. Outras, mais inseguras, desejavam a minha companhia; ainda que eu fosse somente uma estagiária, elas me tratavam como se eu soubesse de tudo.

Apesar do meu relacionamento com as enfermeiras dentro da maternidade ter sido de muita afinidade e amizade, eu percebia muitas diferenças entre nós, especialmente nas motivações para fazer obstetrícia e conviver com essas mulheres. De modo igual, nós gostávamos do parto, gostávamos de partejar, porém nunca tive a intenção de ensinar ou corrigir práticas obstétricas dessas mulheres, muito menos era uma profissional centrada em técnicas específicas, como pareciam ser as enfermeiras da maternidade.

Há um claro melindre em ser a profissional inexperiente, desconhecadora das técnicas procedimentais, ou ser a "naturóloga" do grupo – ou seja – a que preconiza práticas que são carregadas de subjetividades e ancestralidades, mais assemelhando-se com as práticas de uma parteira. Incluem-se como exemplo banhos com sachê e ervas, massagens para alívio da dor, musicoterapia etc. Tais fatores me pareciam ainda mais nítidos quando ia me embrenhar na sala de enfermagem com os demais colegas: até mesmo a troca de assuntos girava em torno de termos técnicos: "a puérpera", "a dilatação", "a decídua", "a cureta" etc.

Outra percepção foi a de que, embora eu pense não ser intencional, a presença de estagiários, seus olhares, e as perguntas que frequentemente fazem às enfermeiras, as deixam inquietas e as incomodam. Notei que fazer muitas perguntas e observar suas práticas fazia com que elas se sentissem avaliadas, especialmente porque, mesmo que não desejemos admitir, sempre que iniciamos a prática profissional da obstetrícia, alimentamos algumas expectativas romantizadas do que será esse encontro novo, único e especial com o parto.

As semelhanças que eu possuía com as enfermeiras da maternidade era o fato de sermos brancas (a maioria eram), mulheres em sua soma maioria e estarmos expostas aos mesmos momentos de tensão. Tínhamos os mesmos horários para nos sentarmos, tomarmos um café e voltarmos ao atendimento. Passei a conhecer os médicos que tinham uma visão positiva da enfermagem e aqueles com visão contrária, geralmente porque haviam criticado, repreendido ou limitado a atuação de uma enfermeira dentro do parto hospitalar.

Apesar de não acreditar no começo, percebo como, para meu horror, eu me parecia muito com o mundo biomédico do qual pretendia me afastar. Por vezes, me peguei olhando para prontuários ao invés de conversar com a mulher que estava na minha frente. Nunca tirei meu jaleco visível. Gostava do branco, e só fui entender depois

a importância de usar um privativo que te torne mais íntimo e menos autoritário. Ainda que eu não me apresentasse como enfermeira naquele hospital em que eu era estagiária, utilizava muitos símbolos biomédicos que atualmente me deixariam desconfortável no campo.

Sobre o privativo hospitalar, trata-se de um tipo de uniforme alternativo utilizado por médicos e enfermeiros que substitui o jaleco branco em determinadas ocasiões, mantendo-se as devidas normas de segurança. No caso do parto, é permitida utilização de privativos de cores distintas da branca (geralmente azul ou rosa), que transmitem mais confiança e passam uma imagem menos autoritária do profissional.

A ideia da utilização do privativo é interessante, uma vez que muitas pessoas adquiriram, ao longo do tempo, a "Hipertensão do Jaleco Branco", ocasionada pelo receio de ocasiões hospitalares. Conforme explica Junior (1996), o termo foi utilizado para descrever pacientes cuja elevação da pressão arterial ocorre somente no ambiente hospitalar ou ambulatorial, normalizando assim que o indivíduo deixa a ala hospitalar, o que caracteriza uma ansiedade relacionada aos procedimentos médicos e ao ambiente do hospital.

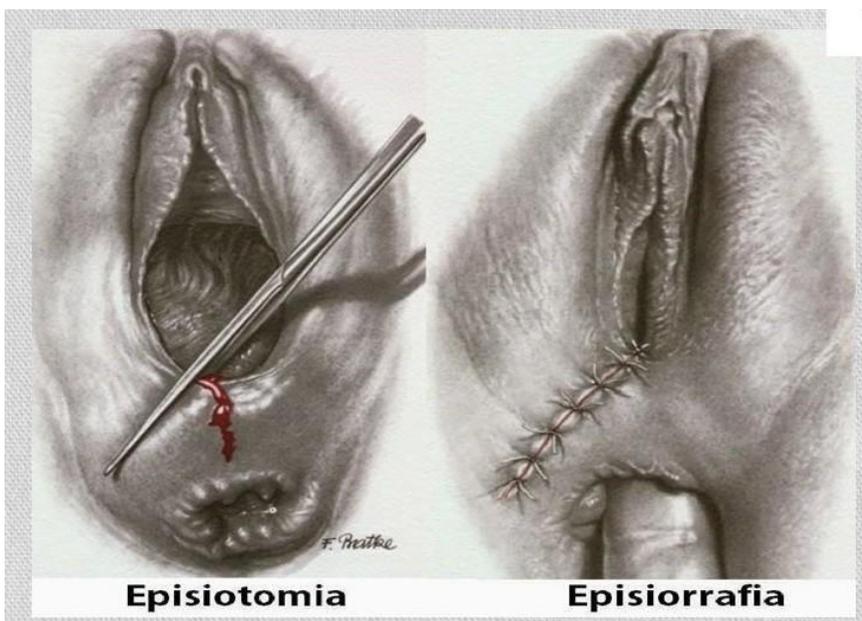
Acredito que o meu primeiro impulso como estagiária foi o de me associar às intenções e atitudes dos outros enfermeiros que eu observava na maternidade. Por minha própria escolha, eu reforcei este primeiro impulso. Ainda que lá no fundo, todo enfermeiro tema ficar engessado ou não queira ser classificado como os demais, o que chamo de "jaleco invisível" te pega rapidamente, antes que você consiga perceber. Este jaleco invisível te restringe dentro de seu campo de trabalho, muda a sua dinâmica, cria uma nuance personalizada que influencia as suas relações com as mulheres que estão no trabalho de parto. Isto só mudou com o acontecimento pessoal que motivou esta pesquisa.

O acontecimento pessoal que motivou a presente pesquisa foi em 2019, quando tive a oportunidade de acompanhar pela primeira vez uma primípara adolescente dentro da maternidade. Conversamos e caminhamos pela maternidade por longas horas, onde a acompanhei durante todo o processo em que desenrolava a parturição, até o momento em que ela foi submetida aos cuidados da ginecologista obstetra, que chegou ao plantão, adentrou à sala de parto, solicitou-lhe que se deitasse na maca, ordenou-lhe que "calasse a boca e parasse de frescura", causando grande pavor na parturiente e em sua mãe, que a acompanhava durante a cena pela janela de vidro, pois foi proibida de entrar no local de parto. Posteriormente, a médica realizou uma episiotomia para saída do bebê, realizando o procedimento de episiorrafia posterior sem o uso de anestesia, no qual a parturiente se debatia e urrava de dor.

A episiotomia é uma cirurgia realizada na região vulvar da mulher, cujo objetivo

é impedir ou atenuar traumas teciduais no canal de parto (FRIGO et al. 2014, p.5-10). Após a episiotomia, o indicado é a realização de uma episiorrafia, um tipo de sutura feita com fios cirúrgicos absorvíveis pelo organismo. Conforme explicam Souza e Santos (2006,p.43-52), estes procedimentos devem ser, obrigatoriamente, realizados com anestesia, para que não causem dor insuportável e traumas psicológicos à paciente: Figura 1. Foto por: Da Mata, 2017.

Posteriormente, todos os pedidos para que o bebê, que foi prontamente



encaminhado para exames dentro do hospital, fosse trazido junto a ela foram terminantemente negados. Ao chegarem com o bebê na sala de parto, a violência da profissional de enfermagem ao colocar-lhe o bebê ao seio foi tanta, que este caiu no chão. Depois disso, todos os profissionais se entreolharam assustados, correram e tentaram dar assistência ao bebê, enquanto a adolescente e sua mãe choravam copiosamente. Tal experiência lhe secou os seios, que antes estavam cheios de leite e molhavam o avental hospitalar. Neste dia, tranquei-me na sala de enfermagem e desatei a chorar. Foi a partir desta experiência que emergiu meu desejo em pesquisar o cenário da violência obstétrica.

Na época em que estive trabalhando na maternidade, mesmo depois de já ter assistido a cinquenta dos setenta partos mínimos exigidos para minha formação, raramente assisti um parto em que as mulheres não fossem obrigadas a passarem por toques vaginais pelo menos a cada três horas. Algo comum em minha rotina, era presenciar mãos, intensas mãos nestas mulheres: seja na vagina, no corpo, no monte púbico. A pressão na barriga e a pressão psicológica também eram práticas comuns. O incomum era ver as mulheres se movimentarem livremente, seguirem seus instintos naturalmente para realização da força de empuxo ou pegarem seus bebês para amamentarem assim que eles nasciam.

De acordo com Robbie Davis-Floyd (1988,p.326) o toque vaginal é um exemplo

infame do tratamento injusto que expõe a mulher a uma rotina diária que beira a agressão sexual. Na instituição obstétrica, os toques vaginais são agressões sexuais que agravam a dor do parto, e que geralmente são realizados com uma frequência entre duas e três horas. A prática obstétrica de exames vaginais sem consentimento feitos rotineiramente tornou-se uma prática normalizada e sancionada pelo Estado. Esta normalização dificultou chamar determinadas práticas de "violência obstétrica".

O parto é um tema clássico, mas seu desdobramento hospitalar vem recebendo atenção nos últimos anos, especialmente no tocante à violência obstétrica. Falar sobre o partejar e sobre as formas de partejar, portanto, não é falar somente sobre parto. É falar também sobre a doutrinação e a influência biomédica no desenrolar deste processo. É falar sobre as constantes negociações que estas mulheres perdem quando confrontam a autoridade dos profissionais de saúde. É discutir como o parto veio a se tornar uma disputa por espaço, legitimidade e saber, uma vez que deveria ser uma experiência centrada na mulher, no seu corpo e nos seus desejos. É trabalhar a percepção que o parto reverbera para além das paredes dos hospitais e das macas frias.

Já especializada em obstetria e saúde da mulher, iniciei uma nova especialização, desta vez em sexologia, área na qual (re)conheci muitas mulheres que passaram por experiências negativas no parto e que não mais conseguiram retomar sua vida sexual normalmente após estas experiências. Novamente, desta vez formada como consultora em aleitamento materno, me deparei com diversas mulheres com problemas em manter o processo de lactação após terem passado por traumas no parto.

De acordo com o exposto, este trabalho tem como eixo primordial analisar as narrativas de mulheres que não somente passaram por situações que reconheceram como violentas em seus processos de parto, mas também que deram nome a estas vivências utilizando o termo "violência obstétrica".

Minha pretensão com esta pesquisa é que ela possa abrir caminhos para uma reflexão sobre a dimensão ideológica do parir, especialmente no que envolve o contexto de utilização da categoria "violência obstétrica" e sua forma de acionamento e mobilização.

Afinal, o que estas mulheres denunciadoras entendem como violência obstétrica? Quais situações, além das óbvias, tais como a violência física e verbal, são vistas como atos violentos? O que há no ingrediente de alguns procedimentos de "rotina" que faz com que as mulheres os vejam como violentos? O que faz com que uma mulher saia da sala de parto se sentindo violentada, ferida ou maltratada? Quais são as categorias acionadas para vocalizar a violência obstétrica?

São todas essas questões que me levaram a me aproximar da Antropologia e a

convocá-la para esse tipo de estudo. Em particular, a escolhi para me acompanhar nesta jornada por sua disposição científica para a escuta e compreensão, oferecendo lentes tão próprias para a compreensão da violência obstétrica por meio do entendimento dos agentes sociais que experienciam este fenômeno, no caso, as próprias autodenominadas vítimas deste processo.

Esta pesquisa encontra-se estruturalmente organizada em 6 capítulos: "Introdução"; "Percurso metodológico"; "A violência vivida e narrada"; "A construção da violência na fala das mulheres" e "A subjetividade da dor como categoria de violência obstétrica".

No primeiro tópico deste capítulo, optei por apresentar os objetivos gerais da pesquisa e contar minha trajetória motivadora para a escolha do tema, bem como demonstro como foi minha chegada ao primeiro campo realizado e como se deu a escolha do método da etnografia para a realização desta pesquisa.

No segundo tópico do capítulo um foi realizada uma breve contextualização da violência obstétrica no Brasil, especialmente para explicar como fatores históricos participam até os dias atuais das conjecturas de violências obstétricas realizadas dentro dos hospitais. No capítulo 2 é possível encontrar a parte que considero intimamente como pesquisadora, a mais importante desta pesquisa, os discursos das interlocutoras com as quais dialoguei. Estas falas desnudam o tema profundo e avassalador com o qual trato durante este trabalho.

Finalmente, no capítulo 3, a partir dos relatos coletados, discuto como estas mulheres constroem a narrativa da violência obstétrica, indicando em seus discursos do que se trata este tipo de violência, especialmente quando ela sai do espectro vivencial, e passa então a ocupar o espectro da narrativa.

No capítulo 4 realizo uma breve discussão sobre a dor como uma categoria de violência obstétrica, já que nesta pesquisa a categoria da dor se fez presente em todos os relatos acompanhados durante esta trajetória, fator que torna importante o destaque categórico.

## 1 A DECISÃO POR UM PERCURSO ETNOGRÁFICO

Durante a minha trajetória na realização desta pesquisa, foi comum o questionamento sobre qual o meu papel dentro do cenário que escolhi pesquisar. Em particular, os diversos papéis que eu desempenhava, começando pelos de enfermeira obstetra e de antropóloga, esbarravam em questionar se eu seria uma ativista no tema que escolhi abordar nesta pesquisa, bem como quais seriam as minhas intenções ao trazer a temática em voga.

Primeiramente, concordo com Max Weber (1982) em sua constatação da não existência de campos neutros. Obviamente, como relatado na introdução desta pesquisa, enquanto antropóloga, eu possuo histórias embebidas de sentimentos muito pessoais com a temática da violência obstétrica. Apesar de me considerar ativista contra a violência obstétrica, não é este o papel que eu, enquanto pesquisadora, devo trazer durante esta pesquisa. E este foi o maior desafio da escrita etnográfica da qual tracei o percurso do mestrado. Além disso, como já dito anteriormente, não sou uma mulher parida, nunca tive filhos, e resolvi pesquisar a temática a partir daquilo que vi e vivi nas maternidades enquanto ainda era estagiária em obstetrícia.

Passar pela experiência de um parto “de fora”, no olhar de observadora, impactou diretamente em minha decisão de pesquisar a temática. Muito além disso, cheguei ao contexto acadêmico embebida dos discursos de parto humanizado, e muito pouco direcionada aos discursos de mulheres, suas experiências e suas narrativas enquanto protagonistas dos eventos que parir envolve. Portanto, o maior desafio desta pesquisa foi abrir mão de um olhar já treinado para movimentos políticos, me permitindo olhar as experiências destas mulheres com as lentes emprestadas de seus próprios olhos; suas visões de mundo, suas narrativas únicas e próprias, especialmente deixando de generalizar aquilo que imaginamos que estas mulheres desejem em relação aos seus corpos e partos.

Em um contexto em que falar sobre parto se tornou canal ideológico e político, pretendo com esta pesquisa trazer ao cenário o protagonismo que estas mulheres merecem ao narrarem suas próprias experiências.

Para alcançar este objetivo, optei por traçar um caminho etnográfico que mostrasse como as próprias mulheres narram e veem seus partos, a partir de uma perspectiva êmica que priorizasse o ponto de vista das participantes desta pesquisa, gozando assim do uso de uma metodologia que permitisse com que eu tivesse acesso a como essas mulheres expressam os próprios significados que dão para suas experiências de parto, e como elas mesmas interpretam estas experiências.

Para isso, iniciei um percurso etnográfico no ano de 2022, momento em que

ingressei no mestrado em antropologia.

## 1.1 Percurso Etnográfico

O início do percurso etnográfico desta pesquisa aconteceu no Paraná, na cidade de Curitiba, mais especificamente durante o ano de 2022, partindo-se de um grupo de mulheres que se reúnem com o intuito de compartilharem suas vivências de partos violentos.

A justificativa pela cidade de Curitiba se deu por já conhecer Tatiane Malori, uma amiga pessoal de longa data que é condutora do grupo, e que ao saber do meu interesse pela pesquisa etnográfica, me convidou para conhecer mulheres dispostas a colocarem suas narrativas, vivências, memórias e trajetórias de parto em debate.

Considerando ser um campo rico com mulheres já localizadas em um único grupo, embarquei para Curitiba no dia 01/11/2022, tendo o intuito de permanecer ao menos vinte dias acompanhando os movimentos do grupo nas plataformas online e presencial, já que as reuniões acontecem duas vezes por semana. Mais tarde, acabei conversando com algumas mulheres de maneira isolada, fora do grupo, já que muitas delas tinham interesse em contar mais coisas ou lembravam de mais detalhes.

Apesar de contarem com nove componentes na plataforma do WhatsApp, de maneira presencial, reúnem-se oito delas com o objetivo de compartilhamento de relatos e apoio mútuo. De lá, elas relatam ter conhecidas que haviam sido violentadas pelos mesmos médicos, mesmos nomes. Além disso, muitas relatam ter sido desacreditadas ou descredibilizadas por outras mulheres em seus discursos e vivências.

O grupo é intitulado no WhatsApp como "acolhimento de mães violentadas", tendo como data de criação o ano de 2021. Todas as mulheres inseridas no grupo já realizaram denúncias judiciais e possuem processos ativos na justiça contra profissionais da saúde e instituições hospitalares, o que levantou a solicitação vinda - em comum acordo entre todas as integrantes - para que tivessem os nomes "trocados" nesta pesquisa, momento em que optei por preservar estas mulheres que decidiram, de livre e espontânea vontade, darem seus relatos.

Criado por Tatiane Malori em 2021, o grupo do WhatsApp surgiu a partir de uma ideia de Tatiane em realizar uma partilha coletiva de vivências, experiências e angústias numa espécie de comunidade na qual mulheres poderiam fornecer apoio por meio de palavras e aconchego umas às outras.

Quando ingressei no grupo por meio de um link compartilhado, me apresentei como pesquisadora e disse que estava coletando relatos de experiências de parto com o intuito de discutir a temática da violência obstétrica, mas que não estaria realizando

entrevistas, deixando-as à vontade para me procurarem no contato pessoal e me conhecerem no encontro presencial em Curitiba. No mesmo dia, duas mulheres do grupo me procuraram no WhatsApp já relatando seus partos, enquanto outras 6 encontraram-se comigo ao longo deste percurso pessoalmente para conversar.

O universo desta pesquisa se compõe de 11 mulheres no total, 9 residentes em Curitiba, no Paraná, uma em Santa Maria, no Rio Grande do Sul, e uma no interior do Mato Grosso do Sul, o qual encontra-se apresentado no capítulo 2.

A partir do contato com outras mulheres do mesmo grupo do WhatsApp, pude obter indicações de outras mulheres (inclusive não residentes em Curitiba), que sofreram violência mas que não participam do grupo de apoio de maneira presencial por razões logísticas, já que as reuniões costumam ser no centro da cidade e em horários comerciais.

É necessário dizer que a última etnografia encontrada neste trabalho foi feita com o nome real de uma mulher por motivos das vicissitudes do caminho antropológico, que explicarei em seguida.

Como grande interessada no tema desde antes de decidir escrever esta pesquisa, eu conhecia, por meio dos relatos da própria interlocutora, a história de Kessie. Kessie participou ativamente de movimentos na cidade de Santa Maria contra a violência obstétrica, estando ativamente presente em uma comunidade do Facebook intitulada "Mães na Luta Contra Violência Obstétrica", composta por 4,4 mil mulheres.

Entrei em contato com Kessie no dia 24 de julho de 2023, já tendo encerrado a maior parte da minha trajetória etnográfica. Ao ler os relatos de Kessie em outros trabalhos acadêmicos, percebi que sua vivência seria de extrema sensibilidade e importância para este trabalho. Em nossa conversa, Kessie, que reside em Santa Maria, Rio Grande do Sul, me contou que é ativista dos movimentos da cidade em que mora contra a violência obstétrica, e que participou de atos envolvendo a temática. Kessie me autorizou a contar sua história nesta dissertação, estando presente na última etnografia coletada.

De maneira geral, com as mulheres de Curitiba e também com Kessie, minha escolha ao acessar a trajetória foi por meio do diálogo, observação e da escuta ativa da partilha de suas vivências.

Vi na etnografia a possibilidade de atingir meu foco maior: o significado das experiências de violência obstétrica para cada singularidade destas mulheres. Optei, durante o caminho metodológico, ao invés de estar atenta às definições usuais do que vem a ser violência obstétrica, permitir-me ouvir primeiro o que as experiências me revelavam sobre este contexto.

Em minha visão de antropóloga, a pesquisa etnográfica me possibilitaria sanar a inquietude de conhecer mais a problemática destas mulheres, interagir de certa forma com elas, ultrapassando, inclusive, os muros erguidos entre meu ser profissional e as mulheres que parem. Desta maneira, consegui permitir com que estas mulheres expressassem suas experiências "narrando suas próprias vivências" (HAGUETTE, 1992, p.72).

Meu objetivo enquanto pesquisadora era compreender melhor as sensações e sentimentos destas mulheres por meio das escavações de detalhes, quando as próprias decidiram me confiar suas próprias lentes interpretativas de sensações vívidas.

Minha comunicação com estas mulheres foi estabelecida, em um primeiro momento, com certo viés de formalidade – quando expliquei no grupo sobre a pesquisa e os motivos de minha busca – depois, era quase como se este "estranhamento" inicial fosse cedendo, especialmente presencialmente quando passamos da fase do "o que é uma antropóloga"? "O que faz uma antropóloga afinal"? "Vamos poder ler a pesquisa depois?" "Você já é mãe? Viveu isso também?"

Estes questionamentos espontâneos foram feitos no primeiro contato, e acredito só terem ocorrido porque optei por não realizar gravações destas falas, retirando assim uma certa tensão e grau de formalidade que este tipo de pesquisa costuma ter no estranhamento inicial. Eu apenas repassava para o caderno de campo aquilo que havia obtido de nossas experiências conjuntas.

Sobre o campo, este foi realizado nas reuniões do grupo na praça pública de Curitiba - denominada praça Osório, local escolhido para as reuniões presenciais do grupo.

Diante dos relatos que obtive, pude perceber que muitas destas mulheres tiveram seu primeiro contato com uma discussão mais complexa, e para além da experiência individual sobre a violência obstétrica por meio da internet, especialmente através de grupos que incentivam o ciberativismo como forma de quebrar a invisibilidade dada ao tema.

De acordo com Christine Hine (2015), a internet tem se tornado um meio de corporificar relatos, de criar interações e, mais do que isso, de gerar processos de identificação, proporcionando a criação de verdadeiras comunidades emocionais, que, por vezes, se estendem para além do virtual.

Muitas das interlocutoras que integram e compõem este estudo – ainda que engajadas em uma causa e luta contra a violência obstétrica – não foram identificadas com seus nomes de nascença nesta pesquisa, pois lhes abri esta opção. Optei por este caminho pois acredito ser importante preservar estas mulheres. O mesmo ocorre com o fato de que optei por não utilizar qualquer tipo de imagem ou símbolo que pudesse, de

alguma maneira, identificá-las.

Os dados colocados nesta pesquisa englobam um nome fictício (para melhor leitura e organização de ideias), a idade (nos casos em que a mulher se sentiu à vontade para dizer), a profissão, e o fato de ser ou não primípara (uma vez que ser "inexperiente" na vivência de um parto poderia influenciar o grau de experiência vivida desta mulher). A presente pesquisa caracterizou-se, portanto, como uma pesquisa etnográfica, qualitativa, que utilizou de encontros presenciais realizados na cidade de Curitiba para alcançar mulheres dispostas a relatarem suas experiências de parto.

Apesar de pensar que realizar entrevistas poderia ser um caminho metodológico mais fácil e diretivo, optei por não interferir no processo de fala dessas mulheres, uma vez que o intuito desta pesquisa é escavar os detalhes das falas e o olhar destas mulheres sem que elas se sintam, de alguma maneira, pressionadas com perguntas direcionadas. Seus comportamentos, ações, as expressões de seus sentimentos e, principalmente, o tempo que cada uma utilizou para abrir sua narrativa, se tornaria crucial durante todo este trajeto.

Particularmente como antropóloga desta construção etnográfica, reconheço que meu maior desafio foi estar atenta aos recursos verbais e textuais que apareceram durante esta pesquisa, como colocado por Lila Abu-Lughod (2018, p.193-226), agrupando-os de forma a reconhecer que aqui também estão presentes "etnografias do particular" (ABU-LUGHOD, 2018, p.193-226).

Sendo assim, reconheço que entrar em um campo é sempre uma rede interacional, mas o deslocamento até a alma de um interlocutor é progressivo (ROCHA e ECKERT, 2008, p. 5), o que significa que a experiência que cada mulher decide contar, e mais, a maneira como decide contar, representam a abertura de um universo particular. Portanto, não cabe a mim, como antropóloga, dizer o que vem a ser violência obstétrica. Esta violência deve ser narrada e contada conforme a experiência verbalizada.

Por essas razões, a interação concretizada entre meu ser antropológico e essas mulheres, não se deu com perguntas. Escolhi fazer com que os encontros que ocorreriam conforme esta pesquisa fosse se desenrolando, fossem baseados no ouvir atentamente, na escuta, e no olhar recíproco de compreensão pela partilha recebida. Portanto, essa foi a maneira que encontrei, durante esta pesquisa, de "trocar" com essas mulheres.

Foi preciso, entretanto, reconhecer que nestes discursos estão impressas experiências que os tornam singulares, mas que, ao mesmo tempo, falas polissêmicas esbarram em definições que estas próprias mulheres estão dando para aquilo que chamamos de "violência obstétrica", incluindo aquilo que elas decidem contar, e aquilo

que elas decidem omitir.

Nestas vozes polissêmicas estavam presentes mulheres de todas as raças, religiões, profissões e classes sociais. Não tive a intenção de realizar uma seleção específica de um perfil de mulheres que sofram a violência obstétrica, apesar de compreender a existência de um perfil epidemiológico que mais relata este tipo de experiência – incluindo mulheres com baixa escolaridade e negras, conforme demonstrado por Miranda Ribeiro et al.(2021,p.6902).

Também decidi que estas vozes não seriam ouvidas por meio de entrevistas. Sobre isto, levantei-me, em determinado momento desta pesquisa, a mesma indagação trazida por Howard Becker (1994, p.53): "até que ponto a declaração do informante seria a mesma na ausência do observador, seja ela feita espontaneamente ou em resposta a uma pergunta"? Por esta razão, optei metodologicamente por não estimular ou enviesar as respostas das mulheres com as quais cruzei neste percurso com questionários pré-formulados, ainda que soubesse que, por diversas vezes, suas próprias visões estariam enviadas pela internet, grupos ativistas e tantas outras informações que (felizmente) possuímos atualmente sobre a temática da violência obstétrica.

A etnografia aqui presente faz vir à tona a ideia de que o parto é, para a mulher, um situar-se no mundo. Escutar a vivência de parto desloca-me, como pesquisadora, e pessoalmente, como uma mulher que não possui filhos e nunca pariu antes, do meu lugar, permitindo-me explorar outros devires desconhecidos. Tais lugares permitem não somente a produção de afetamentos, mas também de conexões.

Neste sentido, identifico-me especialmente com a antropóloga Rosamaria Giatti Carneiro (2011, p.67), que relata a dificuldade em escutar experiências tão marcantes, diferentes, nunca vividas pessoalmente, e, ao mesmo tempo, distanciar-se emocionalmente de todas as conjecturas que essas fortes experiências nos causam. Identifico-me com a percepção da pesquisadora especialmente no tocante ao fato de que etnografias da maternagem que tocam em feridas tão profundas nos afetam de certa forma, ainda que mantenhamos o desejo do distanciamento.

Ademais, o maior privilégio pessoal da realização desta pesquisa advém da minha percepção sobre a escolha da pesquisa etnográfica, que permite não somente a potencialização de vozes femininas, mas também a possibilidade de agregar novas reflexões acerca de uma conjectura de mulheres que decidiram não se calar.

Até o presente momento, deparei-me com diversos trabalhos na área da saúde que privilegiam e selecionam, em sua soma maioria, as vozes de profissionais da saúde, enfermeiros e médicos em especial. Outros trabalhos centram-se especialmente no paradigma do parto humanizado, partos que compunham situações de mulheres que foram respeitadas em seus desejos, vontades, protagonismos e anseios.

Portanto, esta pesquisa pretende não somente trazer para a discussão acadêmica cenas de parto que foram protagonizadas por mulheres, mas abarcar tais contextos narrados por elas próprias, viventes deste processo, sem a demarcação inicial delimitada daquilo que os "órgãos oficiais" nos dizem sobre o que é uma violência obstétrica.

Como não poderia ser diferente, vozes dissonantes e experiências únicas irão se fazer aparentes nos relatos encontrados nesta pesquisa; afinal, muito além de serem ouvidas e poderem desabafar sobre suas trágicas experiências, essas mulheres desejam ser, de certa forma, reconhecidas nas singularidades de seus processos de parturição. Ainda que narrem suas experiências em espaços públicos, por vezes, elas estão narrando eventos de suas vidas particulares em busca de identificação umas com as outras.

Em um primeiro impulso de pesquisadora, minha busca era por mulheres individualizadas, não necessariamente engajadas com grupos militantes feministas. Porém, notei que muitas das interlocutoras, mesmo aquelas resistentes ao rótulo de feministas, partindo-se de suas traumáticas experiências, convergem com este movimento em seus pensamentos e falas. Estas relações são, sobretudo, históricas, uma vez que o movimento feminista mobiliza pautas como direitos humanos, reprodutivos e sexuais, demandando, inclusive, novas perspectivas no processo de parturição e adesão clara ao movimento do parto humanizado por instaurar um processo de protagonismo e decisão da mulher (CORREA e PETCHESKY 1947, p.147).

Quando despertam para a repulsa e entendimento sobre o fato de terem sido infantilizadas, menosprezadas e tratadas como subalternas durante seus partos, essas mulheres não dissociam seus pensamentos de movimentos que pregam o "pertencimento do próprio corpo" como uma pauta de luta e problematização.

Os critérios de inclusão desta pesquisa envolveram mulheres maiores de 18 anos e cujos partos tenham ocorrido em instituições hospitalares e que tenham se autoidentificado enquanto vítimas de violência durante o parto.

Para análise dos relatos foi utilizada a análise temática proposta por Maria Cecília de Souza Minayo (1991 p. 233-238), especialmente no que concerne à análise de conteúdo, o que permitiu com que as categorias acionadas pelas mulheres fossem exploradas a partir de seus significados e padrões de repetição, considerando os significados destas categorias para as mulheres presentes nesta pesquisa.

## **1.2 Contextualização da Violência Obstétrica no Brasil**

Ana Vosne Martins (2005) e Elisabeth Meloni Vieira (2002) discorrem sobre o

interesse da medicina em eventos relacionados ao corpo feminino. Tal interesse transpassa o contexto do parto, que historicamente era realizado por parteiras não credenciadas, que além do parto em si, eram também as responsáveis pelo cuidado com a saúde de mulheres durante o pós-parto e puerpério, além de serem as responsáveis por aconselhar e acolher as mulheres durante todo o período reprodutivo de suas vidas.

Posteriormente, os partos deixaram de ser realizados por curandeiras e parteiras, que possuíam funções que lhes encarregaram de trazer não somente conforto para a mulher durante o trabalho de parto, mas também alimentá-la, dá-la de beber e dizer-lhe palavras de apoio (ARRUDA, 1989).

A perda destes processos contribuiu para uma desterritorialização de um campo que, até o momento, era primordialmente feminino e protagonizado, em sua maioria, por mulheres parteiras. A partir de então, o campo obstétrico passaria a ser dominado pela ala masculina, uma vez que os homens possuíam maior acesso à formação científica da época.

Até o fim do século XIX, os partos eram executados na casa das mulheres que pariam, tendo a solicitação da presença médica somente em casos de complicação. Apesar disso, médicos também abriram casas de parto, incluindo, inclusive, a presença de parteiras nestas casas (MOTT, 2002, p.201).

A incorporação dos conhecimentos médicos perante o corpo das mulheres, foi, aos poucos, ocupando a posição das parteiras, transformando assim o parto em um "evento da medicina". De acordo com Vieira (2002), ainda que nas primeiras décadas do século XX os partos ainda fossem feitos sob assistência de parteiras, crescia o número de partos assistidos por médicos. Os hospitais passaram a ser vistos como os locais mais seguros para um nascimento. Assim como crescia o interesse da medicina pela maternidade, crescia pela reprodução e controle da sexualidade feminina.

Para Martins, a cristalização da figura do médico na cena do parto, ocorrida nos séculos XVII e XVIII, foi resultante da conjuntura de três fatores: a produção do conhecimento sobre as ciências biológicas, especialmente a anatomia e a fisiologia; e o aumento do interesse pelo corpo feminino somado aos conflitos ideológicos das disputas profissionais que se estabeleciam entre cirurgiões e parteiras (MARTINS, 2004).

Concomitantemente, o corpo passou a ser regulado por meio de normativas médicas, através de uma intervenção que objetivava um controle social e da reprodução. Tais processos reforçaram o que veio a ser, mais tarde, entendido como a "medicalização e a dominação dos processos reprodutivos e do corpo feminino", culminando no que, posteriormente, foi chamado por Foucault de "biopolítica" (VIEIRA,

2002).

Michel Foucault, teórico influente nas pesquisas corporais, afirma que o corpo é disciplinado através da tecnologia política do corpo e da micropolítica do poder, onde ambos fatores (tecnologia e poder), exercem sobre os corpos uma "vigilância" contínua, modificando comportamentos para atingir modelos com certo grau de aceitabilidade, punindo aqueles que rompem com a norma (MALUF, 2002). De acordo com Fabíola Rohden (2001), esta medicalização progressiva dos corpos tornou-se um dos principais alicerces do biopoder, especialmente no tocante ao controle reprodutivo e à natalidade. No Brasil, as parteiras atuaram de maneira livre ao menos até o final do século XIX, quando, então, passaram a sofrer proibições e tiveram sua atuação limitada. Iniciava-se, portanto, um período de maior medicalização do parto, evidenciada pelo desenvolvimento de técnicas cirúrgicas

Tais processos sofreram influência direta da passagem do parto para o campo hospitalar. De acordo com Ana Paula Vosne Martins (2004), ainda que os partos domiciliares permanecessem sendo realizados em mulheres de classe menos abastadas, a lista de exigências médicas para a realização de um parto se tornou cada vez maior. Recebendo endosso pela perseguição clara às parteiras, o parto se tornou um evento de medo para mulheres, que passaram a considerar a presença médica como a mais segura.

Como consequência do medo instaurado, eventos que eram até o momento considerados como naturais e fisiológicos do corpo feminino passaram a ser enxergados como eventos carregados de medicalização e dominação médica. Neste advento, a mulher perde grande parte de sua autonomia e controle do corpo no momento do parto (ZANARDO et al., 2017).

Para Foucault (2011), um dos grandes marcos da biologização excessiva do parto envolve a maior atenção dada para endemias e epidemias, culminando na instauração de um olhar médico voltado para a doença separatista do corpo e do sujeito, submetendo-o aos protocolos e normativas. É assim que, de acordo com Emily Martin (2006, p.384), o hospital se torna o controlador de corpos maquinários, tornando o parto um processo patológico predisposto ao conserto médico, que detinha do poder e do conhecimento técnico e científico para consertá-lo.

De acordo com a antropóloga Emily Martin (2006,p.384), em sua obra "A Mulher no Corpo: Uma Análise Cultural da Reprodução", em determinado momento do pensamento da medicina, o corpo passa a ser visto como uma máquina.

A metáfora que interliga o corpo e a máquina teve seu início nos hospitais franceses dos séculos XVII e XVIII, onde o útero passa a ser visto cientificamente como uma "bomba mecânica que, em casos mais particulares, é adequado para expulsar um

feto” (MARTIN, 2006, p.384).

Submetidas aos procedimentos, conhecimentos, poderes e soberania da figura "salvadora" dos médicos, as mulheres passam então, historicamente, por um processo de alienação dos próprios corpos, ficando cada vez mais submetidas às hierarquias, rituais tecnocráticos hospitalares pré-estabelecidos e trabalhos de partos acelerados com as mais diversas alternativas possíveis: desde o uso de ocitocina intravenosa, até o uso do fórceps (instrumento de metal com hastes articuladas semelhante a um "pegador de macarrão", utilizado para substituir as mãos para auxiliar na retirada do feto).

O fórceps desenvolvido por obstetras como Peter Chamberlain, na Inglaterra, foi apenas um dos adventos que reforçaram a necessidade médica de intervir no processo de parturição, trazendo uma visão tecnicista de um processo em que "a mulher possui dificuldade para parir, e o médico, dotado da máquina, do instrumental, soluciona o problema". O médico é visto, por assim dizer, como um "gerente do trabalho de parto" (MARTIN, 2006,p.384), e, conseqüentemente, "um gerente do corpo feminino".

Símbolo do despreparo médico para a utilização de técnicas obstétricas mais adequadas, do desconhecimento dos processos naturais envolvidos na esfera do parir, e da pouca paciência em aguardar o desenvolvimento de um processo de parto, o uso do fórceps também marca a decadência da profissão das parteiras, que não possuíam condições financeiras de adquirir o instrumento.

Somam-se estes adventos ao fato de que as parteiras, especialmente por serem, em sua soma maioria, mulheres, eram vistas como inferiores aos médicos homens. O fórceps representa, portanto, um instrumento simbólico da intervenção masculina e de um parto controlado por homens.

O afastamento da figura da parteira tradicional da cena, no começo da Europa moderna, teve conseqüências para o evento na vida das mulheres. Essas perderam seu sistema de apoio, já que o trabalho da parteira estava até então para além do momento do parto em si, na medida em que atuava no pós-parto e no puerpério com os primeiros cuidados com o bebê. Além disso, esta mudança propiciou a perda do controle da fertilidade, na Europa, já que esta personagem também fazia parte da rede de mulheres que detinham o conhecimento tradicional sobre contracepção (SCHIEBINGER, 1999, p. 210).

Partos assistidos por parteiras, na modernidade, passaram a serem vistos como sinônimo de retrocesso, um evento que só ocorre em locais mais "rústicos", enquanto o parto realizado por médicos é associado ao conceito de civilidade.

O declínio da parteira e a ascensão do parto mecanicamente manipulado e assistido por homens seguiu de perto a grande aceitação cultural da metáfora do corpo como máquina do ocidente e a aceitação da metáfora do corpo feminino como uma máquina

defeituosa - uma metáfora que afinal formou a fundação filosófica da obstetrícia Moderna (DAVIS-FLOYD, 2003, p.51).

Vieira (2002) ressalta que o processo de declínio da presença das parteiras somado à maior medicalização do corpo feminino pelo uso de instrumentos como o fórceps não só objetificou este corpo, como também o fez ser enxergado como um corpo reprodutor a partir da naturalização de um papel social da maternidade, que é tomado como destino biológico único para todas as mulheres.

O excesso de intervenções no parto e a utilização de instrumentos a exemplo do fórceps fazem parte da composição de processos traumáticos e dolorosos para mulheres que parem, evidenciando uma obstetrícia que desconsidera a autonomia de decisão e os direitos da mulher dentro da cena de parto, trazendo para a corrente social o tema que ganhou "título" dentro da corporeidade ativista e midiática: a violência obstétrica.

### **1.3 A Violência Obstétrica**

O termo "violência obstétrica" foi utilizado na América Latina nos anos 2000, com o aumento do número de movimentos militantes em prol da humanização do parto. A partir daí, tornou-se um termo generalista, que remete desde a medicalização excessiva e desnecessária, até a agressão física contra a mulher em trabalho de parto (PICKLES, 2015). Porém, como afirma a pesquisadora italiana Patrizia Quattrochi no epílogo de uma publicação sobre tema, "a violência obstétrica é praticada em todo mundo (...) o que muda em diferentes contextos são as modalidades em que é construída, exercida e percebida" (QUATTROCCHI, 2020: 197).

A utilização do termo já impulsionou mudanças impressionantes, como a inclusão da violência obstétrica na lei venezuelana relacionada à violência contra a mulher em 2007 (CASTOR; SAVAGE; KAUFMAN, 2015). A violência obstétrica se tornou, portanto, um termo conceitual de uma luta que emerge de experiências opressivas, e que passou a unir ativistas do nascimento globalmente na constituição de uma intervenção que rechaça a violência e oprime a normalização dessa (CHADWICK, 2021).

Uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010, intitulada "Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado", demonstrou dados assustadores: uma em cada quatro mulheres já sofreu algum tipo de violência relacionada ao cenário obstétrico. As mais relatadas incluem abusos verbais, procedimentos realizados sem autorização prévia ou informações, recusa em ofertar analgesia e negligência. Outro ato de violência envolve a violação de direitos de quem está parindo, incluindo o direito à presença de um acompanhante de escolha própria.

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde posicionou-se em reconhecimento à importância na abordagem multidimensional da VO ao trazer a cartilha intitulada "Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde", onde aborda a violência obstétrica em seu conceito mais amplo, incluindo maus tratos verbais, humilhação, violência corporal e física, realização de procedimentos não autorizados (incluindo a laqueadura tubária forçada), quebra do sigilo profissional por motivo torpe, recusa em promover meios de alívio da dor, violação do direito à privacidade e negligência médica (WHO, 2018).

Em linhas gerais, o termo "violência obstétrica" passou a ser concebido cada vez mais no debate público quando se fez mais presente nas mídias brasileiras através da discussão ativista de mulheres em prol da humanização do parto (TORNQUIST, 2004; SENA; TESSER, 2017).

Para a antropóloga mexicana Paola Sesia (2020), a violência obstétrica está longe de ser um "enredado de neutralidades". A universalidade do termo tem incomodado diversos profissionais da saúde, cujos conselhos profissionais não se abstiveram nos últimos anos de posicionarem-se contra o uso do termo, por tratar-se, para estes profissionais, de algo simbolicamente maior do que uma "simples nomenclatura nova".

Em nota emitida pelo Conselho Federal de Medicina em 2018, profissionais médicos mostraram posicionamentos não somente desfavoráveis ao uso da nomenclatura, como também denunciaram o termo como sendo advindo de "movimentos feministas radicais que contribuem na estigmatização de procedimentos médicos" (MEDICINA, Conselho F. 2018, p.2).

O uso do termo acendeu discussões sobre como o sistema de saúde se organiza e sobre a soberania inquestionável do profissional de medicina e suas tomadas de decisões, que, por vezes, "sobrepunha-se à ética e moral". Afora isso, o emprego da noção de VO trouxe não somente para estas mulheres, mas para a sociedade como um todo, a ideia da responsabilização civil e legal que os profissionais da saúde possuem com os danos e consequências causados a estas pacientes, além da discussão sobre o conhecimento autoritativo destes profissionais. O conhecimento autoritativo é o conhecimento dominante na violência obstétrica, uma vez que os profissionais de saúde usam do controle e do acesso aos instrumentos e procedimentos para estabelecer seu lugar no topo da hierarquia médica e burocrática.

Brigitte Jordan, antropóloga alemã e autora do livro *Birth in Four Cultures* (1993), define o conhecimento autoritativo (*authoritative knowledge*) como um tipo de conhecimento que se enquadra no processo de deslegitimação das demais formas de conhecimento. De acordo com a autora, "a constituição do conhecimento autoritativo é

um processo social contínuo que tanto constrói como reflete as relações de poder dentro de uma comunidade prática” (JORDAN, 1993, p.152). Trata-se, portanto, de um tipo de conhecimento que está em constante negociação e disputa.

No caso da violência obstétrica, esta luta pelo poder se consuma por meio do uso de objetos que permeiam questões de poder e saber autoritário; da apropriação de espaços, o que resulta na negociação constante e conflitiva entre profissionais e mulheres; e da hierarquia, o que favorece a banalização e a naturalização da violência por meio da mimetização de relações de gênero que colocam a mulher como submissa (MARTIN, 1987).

Seguindo assim as premissas de gênero que engloba a questão do parto, alguns fatores econômicos e históricos apontam a razão pela qual, mesmo no meio obstétrico, os homens são os dominantes da medicina. Esta era uma profissão que, nos tempos remotos, era dominada sumariamente por homens. Tais fatos atravessam não somente a profissão médica, mas também a sociedade como um todo.

Levi-Strauss, ao concluir seus estudos sobre as sociedades primitivas em "As Estruturas Elementares do Parentesco", foi concreto ao afirmar que "a autoridade social ainda é pertencente aos homens, e é, entre eles, que são estabelecidas relações de reciprocidade, sendo, neste núcleo, a mulher uma parte do bem que estes possuem, e, que, constitui, entre eles, um instrumento de troca" (STRAUSS, 2012, p.542).

Sendo assim, Levi-Strauss pontua desde o princípio a figura da mulher como sendo somente um símbolo. Inclusive nas linhagens matriarcais, este símbolo operaria somente como mediador do direito, não como o proprietário deste.

Dentro destes simbolismos, a autoridade da figura do profissional de saúde no parto é cristalizada. Uma vez cristalizada neste cenário, esta autoridade se evidencia nos corpos e nas condutas, e se torna inegociável, sendo incumbido ao profissional que tome decisões e providências individuais durante o parto.

O conhecimento do profissional, portanto, permanece sendo um alicerce do jogo de poder, o jogo de poder do conhecimento autoritativo.

Apesar disto, as mulheres estão longe de serem passivas, atrasadas, ou ignorantes em relação aos próprios partos. Cada vez mais mulheres querem agir e interagir com as práticas do parto. Elas discutem cada vez mais sobre as relações de poder e desigualdade. Elas exigem estarem mais informadas. Elas questionam mais a hospitalização do parto e a realização da cirurgia cesariana.

Muito desse conhecimento atual das mulheres se deve à contribuição do movimento feminista, que se empenhou não somente em "desbiologizar" o conhecimento sobre o parto como um todo, mas também a discutir como a medicalização deste evento culminaria em uma dominação da figura da mulher. Além

disso, a visão feminista permitiu o entendimento de que o parto é político e que o parto é cultura, além de ser resultado de relações de desigualdade.

Estas percepções criam movimentos como o que encontrei em Curitiba. Apesar de sentir falta de um ato político mais fortalecido no grupo, é inegável o potencial político de mulheres que se unem para dar visibilidade aos atos injustos que sofreram, ao invés de permanecerem silenciadas e ocultas. A articulação de movimentos ativistas é o que, atualmente, tem dado um reconhecimento substantivo e crescente ao problema. É este tipo de ativismo que permite, inclusive, que cada vez mais mulheres se recusem a aceitar a apropriação de seus corpos como algo "natural", e queiram dar "nome aos bois", ou seja, queiram verbalizar e expressar aquilo que nomeiam reiteradamente como violência.

No Brasil, o termo "violência obstétrica" é utilizado para fazer relação às mais variadas formas de violência que podem estar presentes no momento assistencial ao processo gravídico de parto, pós-parto ou abortamento, sendo um movimento caracterizado pela dominação de corpos e dos processos reprodutivos de mulheres que é exercido por profissionais da área da saúde, e que se reflete em práticas desumanizadoras, dominadoras, e que incapacitam a mulher em sua decisão livre no controle do próprio corpo (TESSER et al.,2015). Mariana Pulhez (2013) corrobora com esta premissa, uma vez que faz referência ao termo como sendo um processo não somente de dominação do corpo, mas também dos processos reprodutivos que culmina em tratamentos desumanizados e patologização intensa de processos que deveriam ser naturais.

Entretanto, é necessário destacar que a subjetividade do que vem a ser de fato a violência obstétrica coloca em voga as controvérsias da definição deste tipo de conduta. Para Mariana Pulhez (2013), é exatamente esta subjetividade que torna o tema da VO tão debatido socialmente, uma vez que trazer uma definição para esta subjetividade tem se tornado cada vez mais alvo de interesse público.

A compreensão da violência obstétrica esbarra no quesito da experiência de parto, além de possuir um significado e uma perspectiva de discussão a partir do agente de discussão acionado: mulheres, mães, sociedade civil, profissionais de saúde, pesquisadores da temática, dentre outros interessados neste debate.

Tal subjetividade esbarra na complexidade da discussão sobre os procedimentos técnicos e científicos exercidos por profissionais de saúde durante o parto, bem como na ampla gama de singularidades presentes nas experiências e percepções que as mulheres possuem do parto e da assistência recebida. Por esta mesma razão, de acordo com Mariana Pulhez (2013), os procedimentos feitos no corpo da mulher são alvos de controvérsias e resistências que iniciam seus embates em contextos históricos

da obstetrícia.

Para Van Der Wall et al. (2021), práticas percebidas amiúde como violentas fizeram parte da educação de estudantes de medicina obstétrica e de enfermagem em todo o mundo. Estas situações estariam entrelaçadas em contextos de desigualdade de poder entre profissionais e os pacientes, fazendo com que houvesse um desequilíbrio relacional baseado no poder, seja ele consciente ou inconsciente.

Como exemplo deste contexto estariam os abusos verbais e os repetitivos exames vaginais não consensuais, que fariam parte do enredo temático que emerge um termo específico e carregado de subjetividade: violência obstétrica.

O termo violência obstétrica é um termo relativamente novo que dá nome a um tipo de violência antigo que passa despercebido devido à representação que a cultura afirma do corpo feminino como designado à dor no momento do parto, o que justificou uma série de práticas da medicina que vieram a reboque da hospitalização do parto (CARVALHO, 2003).

Souza (2022) explica que foi a partir da insatisfação de mulheres com práticas médicas abusivas e do maior debate público sobre o termo a partir da década de 1980 e 1990 que as formas de assistência ao parto passaram a ser mais debatidas.

Neste contexto, o movimento feminista havia sido de grande importância, já que debates como a "estereotipação do corpo feminino" ampliaram horizontes sobre a medicina que exerce poder sobre o corpo e a visão sobre ele.

Foi entre as décadas de 1960 e 1980 que o movimento feminista passou a compor um diálogo que possibilitou a reflexão sobre a autonomização do corpo da mulher e os direitos sexuais e reprodutivos.

No início, este processo se deu com o advento da Revolução Sexual, ocorrida em 1960, que marcou a busca por um método contraceptivo que não somente fosse capaz de controlar o processo reprodutivo, mas também de proporcionar esse controle para a mulher sobre seu próprio corpo, podendo ela tomar decisões acerca de sua fertilidade (CARTA CAPITAL, 2016).

Através desta descoberta, as mulheres propulsionaram o impulso necessário para iniciarem um processo de libertação da dominação masculina.

As mulheres feministas da área da saúde engendraram, na ação política, o enunciado de "o meu corpo me pertence", e sua base foi buscada na matriz do resgate do direito ao corpo e ao conhecimento sobre ele, para terem nas mãos o destino e o caminho de suas vidas. (OLIVEIRA, 2005.).

Entretanto, ainda que historicamente sendo carregado da militância, mobilização e até mesmo debates públicos, o conceito de violência obstétrica continuou sendo subjetivo, uma vez que permanece atrelado com a subjetividade da experiência de mulheres e suas percepções, sofrendo influência de fatores diversos como a cultura e a

própria personalidade, já que a visão sobre o que vem a ser violência obstétrica perpassa por contextos além do parto, como a comunicação entre profissionais e mulheres e o consentimento para determinadas práticas.

Com a finalidade de sanar as problemáticas de subjetividade e, conseqüentemente, dificuldade de definição do termo, o Projeto de Lei nº 7.633 de 2014, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências, abarcou o conceito definitivo do que seria a violência obstétrica, em seu artigo 13 e parágrafo único, cujo qual se transcreve abaixo:

Art. 13. Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos (as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que causem a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. [...] Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo (a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.

Entretanto, outras definições diversas permeiam o meio acadêmico e científico. A violência obstétrica já foi teorizada como violência estrutural (MILTENBURG et al., 2018 p.88-106), quando caracterizada dentro de uma perspectiva sistêmica que engloba profissionais de saúde, instituições de saúde e seus protocolos operacionais. Dentro do contexto estrutural, a violência obstétrica pode estar presente nas desigualdades estruturais, sendo impactada por fatores econômicos e sociais. Além disso, o conceito estrutural de VO demonstra como o desrespeito aos direitos das mulheres no parto e a desconsideração da figura da mulher como tomadora de decisões neste processo influenciou práticas institucionais engessadas.

Violência normalizada (CHADWICK, 2018), já que este tipo de violência possui registros antigos, havendo recortes históricos demonstrando que desde 1950 algumas práticas obstétricas são denunciadas e problematizadas, mas que, ainda assim, tratamentos humilhantes, agressivos e desrespeitosos dentro do parto continuam sendo partes constituintes de uma violência de gênero social que permanece invisibilizada.

Abuso de nascimento (HILL, 2019), definição utilizada para expor situações de desrespeito, maus tratos e violência exercidos por profissionais de saúde na gravidez e no puerpério, contemplando dimensões que envolvem o abuso físico, o cuidado não consentido, o abuso verbal, a discriminação baseada em atributos específicos do paciente e a negligência; e violência simbólica (MORGAN, 2006), uma vez que este tipo

de violência expõe o processo de hierarquização profissional e dominação médica dos processos reprodutivos - todas maneiras de tentar explicar a dimensão estrutural da VO quando atrelada a atos que envolvam poder, status e controle.

Já nos movimentos feministas, a adoção do termo foi melhor aceita como "violência de gênero", pois funciona como um tipo de violência reprodutora de identidades de gênero feminizadas através da vergonha, gaslighting e injustiça epistêmica, uma vez que neste processo ocorre não somente a deslegitimação da experiência da mulher no parto, desconsiderando sua autonomia até mesmo em narrar a própria perspectiva da experiência de parto e assistência recebidas.

No processo assistencial, por exemplo, incluem-se procedimentos que passam a ser considerados como violência obstétrica pelas instituições públicas e sociedade civil quando feitos de maneira injustificada clinicamente. De acordo com Zanardo et al. (2017, p. 155) dentre estes procedimentos, incluem-se:

A episiotomia, a manobra de Kristeller, a aplicação de ocitocina sintética intravenosa, a restrição ao livre posicionamento e controle do corpo durante o trabalho de parto. Além disso, incluiu-se no processo de violência o desrespeito aos direitos da parturiente, incluindo, com destaque, a infração ao direito da presença do acompanhante de livre escolha da mulher e o abuso psicológico e verbal.

Ainda que com tantas tentativas de trazer à tona atos procedimentais considerados como "fora da normalidade procedimental", governos e órgãos de saúde globalmente parecem não apreciar o uso explícito do termo violência obstétrica. Em reação a este fato, em 2019, a relatora especial da organização das Nações Unidas sobre violência contra as mulheres, Dubravka Simonovic, realizou um posicionamento sobre o assunto. Apresentando um relatório sobre a questão da violência obstétrica global, no qual fez questão de utilizar o termo 26 vezes, ela afirmou que, com relação ao termo, a relatoria especial utilizará o termo violência obstétrica quando estiver fazendo referência a um tipo de violência sofrida por mulheres durante o parto, enfatizando o caráter da violência obstétrica enquanto violência de gênero (SIMONOVIC, 2019).

No direito penal venezuelano, o termo violência obstétrica foi inserido dentro dos 19 atos puníveis de violência contra a mulher, que são definidos como a apropriação dos processos reprodutivos do corpo por profissionais de saúde.

Por possuir dimensões estruturais, simbólicas, sociais, culturais e individuais, a discussão sobre a violência obstétrica não foge à necessidade da discussão sobre a polissemia significativa do termo, já que para garantir a dignidade da assistência se torna necessário debater os aspectos multifacetados de uma violência que é vivida e narrada por diferentes mulheres, em diferentes contextos.

## 2 AS VIOLÊNCIAS VIVIDAS E NARRADAS

Como reiterarei algumas vezes durante este trabalho, realizar entrevistas com as mulheres com as quais cruzei para a realização desta pesquisa nunca foi minha intenção. Optei pelo diálogo livre, no qual elas pudessem se sentir confortáveis para expor aquilo que as próprias acionam como categorias epistêmicas de violência obstétrica.

Houve somente o convite inicial para um diálogo – que geralmente acontece no meio virtual - e o agendamento de um dia para conversarmos. Em todas as conversas os maridos não estavam presentes, o que no meu ponto de vista simboliza que a dor narrada é muito íntima delas, muito própria, tal qual um diário que se escancara dentro de uma profunda intimidade, a qual eu tenho consciência que teria um pequeno acesso. Dito isto, é importante enquanto antropóloga colocar em voga os desafios que enfrentei ao redigir esta pesquisa, especialmente aqueles que envolvem o direcionamento da conversa e do livre diálogo que optei por estabelecer com estas mulheres.

Muitas das vezes, mulheres desistiram de falar comigo mesmo após termos marcado nossos encontros para estabelecer um diálogo. Este fator advém pois algumas mulheres não só desconhecem o que é um trabalho antropológico, como também sentem marcas profundas todas as vezes que necessitam acessar novamente as memórias de dor, como ocorre no caso das memórias de violência obstétrica.

Por esta razão, deveria ser paciente com o tempo orgânico inerente ao que escolhi pesquisar e esperar que o tempo citasse a dinâmica, uma vez que reconheço a complexidade e a sensibilidade do tema trabalhado nesta pesquisa.

Ainda que nesta pesquisa possam ser encontradas diferentes mulheres, dissonantes vozes e complexas individuais experiências, o reconhecimento de algumas categorias similares, acionadas para fazer relação ao contexto vivido, não puderam deixar de ser notadas: o silenciamento, seja o imposto por outrem ou o autoimposto; a comunicação violenta que advém dos profissionais durante o parto, também reconhecida como "violência verbal"; a morte e o luto neonatal como consequência última deste tipo de violência e a dor do parto como uma das categorias mais verbalizadas por estas mulheres.

O reconhecimento da similaridade situacional abrangente dentro da polissemia do termo "violência obstétrica" foi uma das bases utilizadas nesta pesquisa como forma de classificar as nuances individuais e coletivas das experiências narradas por estas mulheres.

## 2.1 Do silenciamento como autoproteção ao silenciamento imposto: o silêncio é o oceano do não dito.

"Deixa, deixa, deixa eu dizer o que penso desta vida  
Preciso demais desabafar!  
Suportei meu sofrimento  
De face mostrada e riso inteiro  
Se hoje canto meu lamento  
Corac, ao cantou primeiro  
E você não tem direito De  
calar a minha boca Afinal  
me dói no peito Uma dor  
que não é pouca Tem  
dói!" – LINS, Ivan.

A desigualdade de poder entre mulheres e profissionais de saúde esbarra no aspecto do silenciamento. Uma vez inseridas no processo de parto, muitas mulheres sentem-se inibidas e desencorajadas a questionarem práticas que acontecem dentro da cena, especialmente por ser o parto e a maternidade elementos sociais romantizados, o que faz com que as mulheres tenham dificuldade de questionar as próprias experiências.

No recorte etnográfico a seguir, faz-se presente uma situação trazida pelas participantes desta pesquisa que esbarra no aspecto da má comunicação profissional e da baixa empatia no momento da assistência: o silenciamento, que na presente pesquisa emerge como uma importante categoria analítica que desvela a limitação da comunicação destas mulheres, fator que impacta significativamente na experiência de parto relatada.

Como exposto por Solnit (2017, p.27), "o silêncio é o oceano do não dito". É através do silenciamento que se reprimem e se apagam as experiências de mulheres que passam pela violência obstétrica. Para a autora, silenciar uma mulher é o que permite com que os crimes permaneçam sem a devida punição, portanto, "ser privado de voz é ser desumanizado".

O tratamento despendido a quem está na condição de vítima e a tolerância coletiva diante da violência fazem com que as mulheres se enxerguem como pessoas de valor menor, e que, ao tomarem coragem de abrirem suas vozes, são punidas, afinal, o silêncio é, também, um estratagema de sobrevivência.

A presente pesquisa torna evidente que silenciar uma mulher não é apenas lhe dizer, no sentido literal, "cale a boca". Há outras maneiras sutis de silenciamento: elas envolvem o deboche, o descaso, o desprezo, às ameaças, a ridicularização e o descrédito sobre o discurso da mulher.

Sobre esta questão, Rebecca Solnit (2017, p.17) expõe que quando a vítima se retrai, se nega a falar, inevitavelmente, aceita a violência, serve ao poder, e serve aos poderosos. Pierre Bourdieu (2001, p.156) corrobora desta premissa ao afirmar que uma

relação desigual de poder comporta uma aceitação dos grupos dominados. Desta maneira, o silêncio funciona como um mecanismo de proteção da violência.

Nos relatos presentes nesta pesquisa, muitas mulheres sofreram com o silenciamento. Algumas silenciaram por um bom tempo como forma de proteção, e outras foram obrigadas a serem silenciadas durante o parto e após ele, como é o caso de Dominique, que relata ter percebido que a dor que sentia durante o parto não era normal, mas que sentiu que a profissional de enfermagem "não queria falar com ela".

Há uma quantidade significativa de relatos nesta pesquisa que apontam que estas mulheres não se sentiram ouvidas ou se sentiram silenciadas, e que optaram por este tipo de conduta pois sentiram medo de não receberem o devido atendimento, obtendo assim o silenciamento da equipe como uma forma de punição.

Para a pesquisadora Bruna Fani (2021), o silenciamento tem relação direta com a expectativa comportamental que é colocada sobre a mulher que está em trabalho de parto. Além disso, a autora enfatiza que este silenciamento inicial se torna perpétuo, uma vez que muitas mulheres re-silenciam quando se deparam com o medo de denunciar os casos que viveram, pois, segundo a perspectiva das mesmas, além de acreditarem na impunidade, possuem medo de necessitarem destes mesmos profissionais em algum momento e serem punidas por terem denunciado. Rebecca Solnit (2017) expõe que este tipo de silenciamento está diretamente relacionado com não se posicionar. Uma vez que as vozes destas mulheres são ouvidas, ocorre, portanto, um processo de subversão do poder.

O tratamento dado às vítimas e a tolerância generalizada diante da violência ensinam às mulheres que elas têm pouco valor, que erguer a voz pode resultar em maiores punições, que o silêncio pode ser uma estratégia de sobrevivência melhor (SOLNIT, 2017, p. 40).

Ao debater a temática do silenciamento de vítimas de violência, Solnit (2017), é enfática ao dizer que o silenciamento faz parte do rol da violência por protegê-la em si, alimentando assim a existência de um processo cultural que torna o lugar de fala de mulheres um lugar vazio, dando mais espaço para a fala de "especialistas".

Porém, a autora debate também como a coragem e a fala são contagiantes, demonstrando como a fala de uma mulher é capaz de mobilizar a fala de outras mulheres, fator fortemente observado neste trabalho.

2.1.1 "Meu bebê morreu depois de muitos meses que eu ouvi que se ele sobrevivesse, ele iria ficar sequelado" (Dominique)

Dominique, mulher cis, branca, escritora, casada e professora, 36 anos, relata

que acompanhou ativamente durante a gravidez uma comunidade no Facebook denominada "Mães na Luta Contra a Violência Obstétrica", relatando que a comunidade possui, pelo menos, 4 mil mulheres que discutem ativamente sobre a negligência médica, o descaso de profissionais de saúde e outros temas que envolvem a violência obstétrica.

Dominique chegou ao grupo pelo interesse despertado por temas de parto, especialmente porque buscava por relatos de outras mulheres que engravidaram depois dos 30 anos – uma insegurança que ela nutria consigo mesma.

Grávida do terceiro filho aos 32 anos e sem planejamento algum para este momento, Dominique relata que não teve tempo sequer de escolher ou pensar exatamente sobre qual obstetra escolheria para o parto. Ela narra que tamanha surpresa veio, principalmente, porque o marido já planejava há alguns meses fazer uma vasectomia, não havendo qualquer planejamento do casal para uma gestação naquele momento.

Precisei assimilar por um tempo que estava grávida pela terceira vez e depois dos 30. Apesar de ter levado um tempo para digerir a situação, eu me sentia mais segura quanto ao decorrer de um parto normal do que estive nas duas outras vezes que pari normal também, inclusive para perceber quando algo não ia bem, como foi o que aconteceu durante o meu parto. Nunca antes havia vivido um parto com violência.

De acordo com Dominique, ela chegou ao hospital já muito cansada e relatando dores fortes. Ao ser atendida, a enfermeira solicitou que ela entrasse e se deitasse para esperar a chegada da médica. Dominique relata que a médica demorou para aparecer, as dores aumentaram e ela decidiu ir ao banheiro "verificar o que estava acontecendo", quando notou um "sangue vermelho e escuro saindo da vagina":

Percebi que tinha um sangue vermelho e escuro saindo da minha vagina. Nos meus dois filhos de antes nunca tinha visto sair sangue desse jeito, achei estranho. Botei a calcinha e fui falar pra enfermeira que tava saindo um sangue que nunca vi. Ela perguntou se era meu primeiro bebê, falei que não, e ela falou "então você sabe que tá normal". A dor que eu tava sentindo não era normal, mas não quis perguntar de novo e nem falar que tava doendo. Decidi que eu ia esperar outra enfermeira chegar, porque essa parecia que não queria falar comigo.

Dominique relata ter notado, em diversos momentos, que tanto a médica quanto a enfermeira presumiam que ela era experiente por já ter tido dois filhos de parto normal anteriormente, e por ser uma mulher mais velha.

Dominique relata ter aguardado ansiosamente a entrada no plantão de "sua médica", a médica com a qual já havia criado um certo vínculo por ter conhecido a

mesma médica durante uma consulta de pré-natal.

Para sua decepção, a médica que chegou para o plantão não era a que Dominique aguardava. Dominique relata que a nova médica possuía a mesma postura de negar escuta, e que este processo se prolongou até que ela entrasse em trabalho de parto. Um trabalho de parto sofrido, demorado, e cheio de intercorrências.

Em seu prontuário, a equipe descreveu que às 2h11 da manhã do dia 06 de maio o bebê dela havia nascido e posteriormente entrado em estado de "asfixia perinatal", acarretando "diminuição da oferta de oxigênio e risco de lesão neurológica".

Pietro, o bebê de Dominique, passou quatro meses na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal após o parto:

Durante o meu parto eu sentia dor e eles me negaram anestesia, mesmo eu pedindo. Não me atenderam em nenhum momento quando reclamei de dor, nem pra oferecer água ou falar alguma coisa que ajudasse. Percebi que as enfermeiras só ficavam no celular papeando. Infelizmente, meu bebê morreu depois de muitos meses que ouvi que se ele sobrevivesse, ele iria ficar sequelado. O médico disse que ele ia ficar com uma mudança no cérebro dele que ia ser pra sempre, que ia ficar sem poder se movimentar sozinho e que era pra eu preparar meu psicológico, que ele sentia muito. E esse foi o pior trauma da minha vida.

Durante o relato, Dominique conta que sentiu o descaso da enfermeira que a recepcionou para o atendimento por diversas vezes. Ao negar esclarecimentos, atendimento e palavras de conforto, a profissional de saúde joga com uma imposição e imperialismo profissional, mantendo, de acordo com as perspectivas de Pierre Bourdieu (2001), Dominique em um processo de desconhecimento e ignorância sobre seu próprio processo de parturição.

Outros fatos narrados mostram como a equipe silencia a mulher por diversas vezes, até mesmo no momento de comunicá-la sobre o estado de saúde do filho, que permanecia na Unidade de Terapia Intensiva.

Por alguns momentos eu quase senti como se eles estivessem querendo me dizer que era melhor mesmo meu filho morrer ali, porque reforçaram muito que se ele vivesse, ele ia me dar muito trabalho. Eu só conseguia pensar como seria começar a vida com ele. Sinceramente, não tinha cabeça para pensar nas dificuldades. Na minha ideia meu filho correria, brincaria, eu ia dar de mamar assim como fiz com meus outros dois filhos. Ele sairia de lá já amado pelos dois irmãos que tinha. Eu nunca pensei que meu filho seria um estorvo, eu queria ter tido ele nos meus braços independentemente de qualquer coisa. Até nisso eles me calaram. Não me deixaram de dizer "eu não me importo, eu o quero aqui, quero ele livre e quero me sentir livre também".

2.1.2 “Meu bem, eu já sou uma mulher negra, eu vim da periferia, eu sou pobre. Eu já sei muito bem o que é levar grito de graça e ser maltratada” (Jussara)

Jussara, empregada doméstica, doula, mulher negra, cis, 35 anos, conta que, quando engravidou da primeira filha, desejava ter um parto na água. Esse desejo surgiu após Jussara pesquisar e descobrir que havia a possibilidade de realizar um parto vaginal na banheira.

Para Jussara, a ideia de ter um parto normal e pesquisar sobre isso lhe era familiar, já que sua mãe, tias e até sua irmã tinham tido partos normais em hospitais. Com o tempo, Jussara percebeu a resistência dos obstetras durante o pré-natal em acatarem seu pedido.

Jussara vivenciou violência obstétrica em seu parto, um parto planejado, pensado e preparado, que foi, desde o princípio, recusado a seguir os moldes desejados por ela.

No meu parto não deixaram me alimentar, nem tomar água. Quando fui para o parto, eu fui sozinha caminhando a pé pra sala de parto. Tive que ir andando com minha perna aberta. Um enfermeiro subiu em cima da minha barriga e ficou falando para eu não gritar e não fazer escândalo. Chegou a pedir para eu abafar meus gritos com um travesseiro. Fui agredida e me disseram que quanto mais eu gritasse, mais eu ia machucar. Percebi que quanto mais eu gritasse menos iam me atender. Meu bem, eu já sou uma mulher negra, eu vim da periferia, eu sou pobre. Eu já sei muito bem o que é levar grito de graça e ser maltratada. Me cortaram sem anestesia, me deram aquele negocinho na veia sem falar nada pra mim. Tive depressão pós-parto e eu nem sabia que isso tinha nome.

Após a sua experiência, Jussara conta que decidiu fazer o curso de doula.

A doula é atualmente a profissional responsável por fornecer suporte integral à mulher durante o trabalho de parto, possuindo treinamento para conduzir métodos não farmacológicos de alívio da dor, cuidados pré, peri e pós-natais e orientações sobre o aleitamento materno. As ações da doula dentro do parto consistem em: oferta de suporte emocional para a mulher, encorajando-a e tranquilizando-a; adoção de medidas que tragam alívio físico da dor, como massagens e banhos; fornecer orientações e aconselhamentos para estas mulheres; ser uma ponte entre a equipe de saúde e a futura parturiente, explicando procedimentos e manifestando os desejos da mulher para a equipe designada ao parto (LEÃO; BASTOS, 2001).

Para Jussara, não saber lidar com a dor no momento do parto foi uma de suas maiores frustrações:

Eu sinceramente achei que eu fosse ser mais braba na hora. Mais forte, como costume ser na vida. Mas na hora mesmo eu avacalhei. Pedi cesariana igual doida e me negaram, ficaram falando que era imatura,

me tratam que nem criança mesmo.

O relato de Jussara revela o ato procedimental de uma instituição que não somente ignora e silencia os apelos da mulher, como também a insere em um conjunto de uma série de regras de comportamento e procedimentos a serem feitos com seu corpo, um "treinamento a sangue frio", que, como explicita Marcel Mauss (1974) p.209-233, constitui uma técnica do corpo.

Tanto a equipe, quanto a própria Jussara esperavam reações emocionais e corporais que seguissem roteiros específicos para o parto, além da expectativa do controle emocional perante a dor. Para Nobert Elias (1994), neste processo civilizador incumbe ao indivíduo a função de adequar-se às normativas e condutas socialmente esperadas, além da expectativa de uma autorregulação emocional e de um controle do corpo e emoções.

É comum que durante um trabalho de parto, a equipe de saúde tente, em diversos momentos, controlar as emoções e as expressões das mulheres que parem. Este controle se manifesta em falas como "não grite, não precisa fazer escândalo". Tais atitudes geram, na mulher, o desconforto e a vergonha sentidos por Jussara.

Obtém-se, portanto, a idealização de um modelo de parturição que "promove e premia" ou que "rebaixa e desqualifica" a mulher como parturiente e protagonista deste "rito de passagem" (GENNEP,1978), a depender de quais sejam as suas reações físicas e emocionais ao momento.

O relato de Jussara revela como a violência obstétrica se caracteriza procedimentalmente: impedir de comer ou beber água, ou seja, negar que a mulher atenda necessidades fisiológicas básicas durante o parto.

Além disso, a violência se manifesta por meio da solidão. Ao deixar a mulher sozinha durante o parto, a equipe expõe a vulnerabilidade desta mulher, que se vê silenciada pelas atitudes dos profissionais.

A categoria do abandono e da solidão durante o parir levanta importantes debates, uma vez que é calcado em um insistente discurso de que as mulheres podem e devem parir sozinhas.

Porém, etnografando a trajetória das mulheres nesta pesquisa, percebi, enquanto antropóloga, que nem todas as mulheres manifestaram o desejo de parir sozinhas, ou se sentiram confortáveis quando colocadas nesta situação. Há aqui, portanto, uma interessante diversidade de narrativas e preferências em relação ao próprio parto, fator fundamental no momento em que a mulher narra o contexto de violência vivido.

A busca por apoio e até mesmo por intervenção no momento do parto é, por vezes, desconsiderada por muitos profissionais, especialmente pelos profissionais

que apoiam o paradigma do "parto humanizado". O tipo de apoio que cada mulher busca pode variar, porém é fato que a negligência com os corpos e cuidados obstétricos para com estas mulheres compõem o rol de procedimentos que englobam a categoria do silenciamento e da violência obstétrica e institucional.

2.1.3 Ela falou: "não precisa gritar, não precisa fazer escândalo." Daí pra frente eu comecei a tentar abafar meus gritos com um travesseiro na minha cara (Carolina)

Carolina é uma mulher cis, branca, que engravidou do namorado aos 20 anos pela primeira vez, ainda sem nunca ter prestado um vestibular. Ela me conta que seu maior sonho de vida era fazer medicina, e que inclusive cogitava a ginecologia obstétrica como profissão; porém, evangélica fervorosa, ela conta que deixou nas mãos de Deus suas escolhas pessoais, inclusive a opção pela maternidade, que acabou acontecendo de forma inesperada. Tímida, Carolina conta que nunca se sentiu uma mulher muito livre, nunca foi independente do namorado, e que inclusive o parto violento reforçou esses sentimentos de dependência e insegurança, especialmente pelo formato de seu corpo. O maior medo de sua vida era que o parto doesse. Mesmo assim, Carol escolheu fazer um parto normal, pois ouviu durante a gestação toda que "era mais saudável para ela e o neném e a recuperação seria muito mais rápida e tranquila" (notas de campo).

Quando Carolina chegou na maternidade, se deparou com uma médica que todo o tempo reforçava o tamanho de seu corpo. A mesma médica a impediu de gritar, de verbalizar a dor, a colocando como uma "escandalosa" na cena do parto:

Reclamei muito de dor no parto, e a médica falou que eu tinha que ter vergonha de ser uma mulher grande, gorda e forte desse jeito reclamando, que eu estava conseguindo. Nisso eu comecei a gemer de dor, e ela falou "mãezinha, não precisa gritar, não precisa fazer escândalo", e eu fiquei morrendo de vergonha. Daí pra frente comecei a tentar abafar meus gritos com travesseiro na minha cara. Pedi um pano quente, uma bolsa, alguma coisa pra botar na minha barriga porque tava doendo demais. A enfermeira ignorou totalmente, só me olhou e saiu, não voltou com o pano nem nada

Carolina contou que a equipe escolhida pelo seu parto era uma equipe reconhecida por ser "humanizada" na cidade de Minas Gerais. Porém, em sua experiência, ela não foi respeitada em suas escolhas, modelo que diverge da definição abarcada por Carneiro (2014) do que viria a ser um parto humanizado.

No discurso de Carolina se vê presente também a atribuição do parto como um evento simbólico doloroso. A partir da associação inevitável entre sexo e gestação, a dor do parto passa a ser vista como um "castigo", um "mal inevitável" que resulta do

ato sexual praticado pela mulher. Como reforço deste protótipo, podem-se mencionar as redes sociais e outros meios de comunicação, que, ao exibirem cenas de parto, reproduzem mulheres em sofrimento e gemendo de dor.

O termo "mãezinha" utilizado pela enfermeira para se referir a Carolina, também é alvo de inúmeros debates. Tal termo é empregado quando os profissionais tentam apaziguar a mulher por gerar uma situação de estresse e instabilidade na equipe de saúde. Ao não saber lidar com um comportamento questionador, não dócil e imprevisível da parturiente, a equipe lança a mão de palavras e termos que suavizem a situação, uma forma de silenciar a mulher.

## 2.2 A face da insegurança: quando o parto vira medo

Atravessei meu mar morto pra renascer ancoradouro de mim. Meus barcos naufragados submergiram à fúria de minhas ondas internas. Cicatrizei ferida do casco, fechei vãos, preenchi vazios. Já entendo de tormentas e tsunamis, sou anfíbia na noite plena de peixes (ZANIRATO, Angela), 2020, sn.

Ao narrarem suas experiências de parto, as mulheres presentes nesta pesquisa mostram como o medo participa diretamente dos contextos de violência obstétrica, servindo, inclusive, como o propulsor inicial para o silenciamento de uma mulher diante dos acontecimentos intraparto.

### 2.2.1 "Mãe, mas por que, por que fizeram isso comigo?" (Jennifer)

Jennifer é mulher negra, cis, enfermeira, hoje com 26 anos, que conta sua experiência traumática sobre o nascimento de sua primeira filha, a qual pariu aos 18 anos de idade por um parto via vaginal. Jennifer é divorciada do marido, e por essa razão, escolheu sua mãe como acompanhante do parto, figura que se fez presente também nos momentos em que Jennifer percebeu no próprio corpo as situações vividas durante o parto após a saída do hospital.

Apesar de divorciada, Jennifer relata que ela e o ex-marido haviam planejado a gestação desde os seus 15 anos, idade com a qual Jennifer casou-se com ele.

No dia 16 de junho, Jennifer deu entrada no hospital em trabalho de parto. Estava assustada, acanhada, recebera informações muito vazias no pré-natal que pouco lhe deram uma percepção de suporte sobre o que poderia acontecer exatamente em um parto.

Jennifer passou por procedimentos diversos, como a episiotomia e a manobra de Kristeller. Como resultante, ela alega atualmente sentir dores nas relações sexuais e traumas psicológicos advindos da experiência.

Quando fui pra casa depois do meu parto, pedi pra minha mãe olhar a minha vagina, porque doía muito, eu sentia muita dor. Ela olhou e falou "olha, não fica assustada, mas realmente, tá diferente". Eu olhei pra ela chorando e falei "mãe, mas por que? Por que fizeram isso comigo? Eles me fizeram uma episiotomia sem o meu consentimento, sem ninguém nem me avisar. Durante alguns meses essa episiotomia me causava dor, tive uma inflamação no lugar que eles fizeram a episiotomia. Depois disso eu me sentia estranha, não gostava nem de encostar naquele lugar.

A acompanhante de Jennifer, sua mãe, não interveio na cena do parto. Jennifer relata que seus sentimentos em relação a isso são compreensíveis, uma vez que a mãe é, nas palavras dela, "uma pessoa humilde, que não tinha condições de ajudar ou questionar os médicos".

Jennifer demonstra em seu relato o quanto um parto violento é capaz de causar graves sequelas posteriores na vida da mulher. Tais sequelas não se restringem ao psíquico, mas também ao fisiológico, já que muitas mulheres não conseguem retomar a vida sexual normalmente após passarem por alguns procedimentos.

A feminista e socióloga inglesa Sheila Kitzinger foi uma das primeiras a propor uma reinterpretação do parto. No prefácio de sua obra "*Some women's experience of episiotomy*", a socióloga ressalta que apesar da episiotomia ser um procedimento muito realizado, em nenhuma dessas pesquisas as mulheres haviam sido ouvidas sobre suas próprias perspectivas e vivências. Ainda que a prática da episiotomia demonstrasse o poder de um sistema médico que controlava cirurgicamente e intervinha no corpo de mulheres, não havia pretensão de transformar essas experiências em fatos sociais a serem contados. Nos bastidores, um rito de cultura tecnocrática de mutilação genital feminina ainda passa despercebido (KITZINGER, 2013, p. 43).

Após os estudos de Sheila Kitzinger (2013) sobre a episiotomia, outros estudos posteriores passam a demonstrar como partos sem a realização do procedimento não somente favorecem a manutenção da integridade vaginal, como também possibilitam menores queixas de dores nas relações sexuais e outras complicações advindas do procedimento (DINIZ, 2014), o que demonstra que mesmo que os profissionais enxerguem determinadas práticas como uma espécie de "cuidado", determinados contextos assistenciais ainda se embesburam de conjecturas desprovidas de embasamento científico e que perpetuam práticas violentas no cenário obstétrico.

#### 2.2.2 "Meu filho veio a óbito, até hoje sem muita explicação do porquê" (Karina)

Karina, esteticista, 29 anos, mulher cis, negra, em 2018, aos 24 anos, teve

uma

experiência negativa no seu primeiro parto. Apesar de ter tido um parto planejado, este momento não lhe trouxe boas recordações devido à má assistência recebida, o que resultou na perda do seu bebê.

Karina me conta detalhes sobre a sua formação em estética. Sonhadora, ela conta que a formação como esteticista foi uma das suas maiores conquistas, especialmente porque sua mãe era negra e vivia na favela, nunca tendo oportunidade de se formar e realizar grandes sonhos. Com a gestação e o sonho ainda maior de ser mãe, Karina interrompeu temporariamente a oportunidade de realizar seu sonho em abrir a própria clínica de estética. Porém, nas palavras que Karina me trouxe, "se sentir preparada para ser mãe é diferente de se sentir preparada para gestar e parir".

Na percepção da interlocutora, a inexperiência gestacional e o parto a fizeram sentir medo de alguns fatores que, hoje, ela entende serem "esperados". A inexperiência, para Karina, fez com que ela não soubesse diferenciar o que era ou não uma violência durante o parto. Ela disse que sabia que poderia, por exemplo, sentir muita dor, mas que não sabia que "parto sangrava tanto" e que "médico podia ser tão ruim assim com você na hora do atendimento".

Karina relata ter ficado confusa com o sangramento que teve, que sentiu medo e que por isso queria confirmar com a equipe de enfermagem se o sangramento que ela viu era normal. Estando com uma colega de quarto, ela conta que caiu em si que não seria ajudada quando teve de gritar para que vissem a colega, que teve a pressão alterada durante o parto:

Foram 19 horas em trabalho de parto. A médica era um monstro. Gritava comigo. Comecei a ter um sangramento, então ela catou um pano e colocou no vão das minhas pernas e me pediu pra andar no quarto. Não sabia se o que eu tinha era uma hemorragia ou se eu tava perdendo muco de sangue mesmo, se era normal aquilo. Tinha uma outra mulher comigo no quarto, que começou a passar mal, estávamos só nós duas. Comecei a gritar para virem ver ela, a pressão dela tinha subido muito, ela começou a perder o bebê e tiraram ela da sala. Nessa hora eu já comecei a ficar desesperada, tava sendo emocionalmente uma tortura aquilo.

Como vemos, Karina conta que se compadeceu com a colega do lado, que também estava parindo e começou a passar mal. Ao perceber a falta de assistência que a colega do lado também recebeu, Karina percebeu que estava sozinha e lidando com profissionais que se negavam a permanecer no quarto, ainda que ambas as mulheres estivessem em trabalho de parto.

Minha interlocutora conta que percebeu que a equipe decidiu apressar o parto dela após o incidente com a mulher ao lado. Por isso, a equipe insistiu três vezes pela colocação de ocitocina, a qual Karina não desejava que fosse aplicada. Ao questionar

por qual razão teria de colocar a ocitocina na veia, a enfermeira lhe disse que ela "não

estava dilatando porque não sabia como fazer força direito”.

A colocação de ocitocina gerou um mal-estar em Karina, que desmaiou assim que o parto aconteceu:

Depois da ocitocina comecei a me sentir mal, quase tive uns apagões, fiquei lutando com a minha cabeça pra parir, depois que ele saiu fiquei sem força e desmaiei. Não ouvi meu bebê chorar. Quando acordei, demoraram pra trazer ele pra mim. Foram conversar com meu marido porque meu bebê tinha nascido roxo e fraco, ele não chorava, eu não dei mama pra ele”.

Karina conta que a equipe foi imediata ao afastá-la do filho, não lhe dando a oportunidade de ver ou amamentar a criança, a qual ela já havia percebido ter nascido roxa, e fraca devido à falta de choro. Ela vive então momentos angustiantes entre a ida de seu bebê para uma sala escura ao lado na qual ela não sabia o que estava acontecendo de fato, até o momento da volta do médico com "as mãos dobradas para trás" anunciando o óbito.

Karina conta que, no momento da notícia, gritou muito, chorou, ameaçou denunciar o hospital e a equipe e tentou fazê-lo, mas que logo recebeu respostas de que o importante era que "ela estava bem", e que tudo que foi feito durante o parto "foi o procedimento padrão”.

Depois do ocorrido, Karina voltou ao hospital na tentativa de obter dos enfermeiros que estavam presenciando seu parto uma denúncia, recebendo a resposta de que "ninguém ali iria delatar ninguém”.

Ela conclui seu relato dizendo que "nunca mais irá parir”, porque "não quer ficar na mão de ninguém”:

Não quero ficar na mão de ninguém, não quero mais me sentir insegura desse jeito. Meu filho nunca mais vai voltar. Ele nunca mais vai estar nos meus braços. Eu nunca vou amamentar ele. Eu não conheço o choro do meu bebê e não conheço a sensação de receber um abraço, um acolhimento, é como se todos da equipe quisessem sair correndo depois que viram que meu filho morreu. Como se eu fosse um problema que eles não conseguiram resolver. Acredito que meu baixo conhecimento favoreceu sim pra que eu não escolhesse uma equipe adequada e talvez até pra que eu me calasse naquela hora. Você sente muito medo. Você só vira leoa depois, mas na hora, dá muito medo Maiara (silêncio). Eu tive medo.

Um dos fatores destacados por Karina que levaram ao óbito de seu filho foi a negligência e demora no atendimento. De acordo com Anunciação *et al.* (2018), a negligência pode envolver práticas técnicas e assistenciais, mas também envolve a escuta humana e a valorização das necessidades da mulher durante o parto.

Sendo assim, a assistência de má qualidade dispensada às mulheres no momento do parto tem sido uma das principais razões para as mortes neonatais,

especialmente quando a equipe de saúde ignora as queixas das mulheres, é displicente com o atendimento prestado, e demora para realizar intervenções em momentos cruciais (ANUNCIAÇÃO *et al.* 2018).

Além disso, é importante destacar como todas as interlocutoras da presente pesquisa realizaram partos normais, ainda que o andamento destes partos tenha demonstrado que a cesariana poderia ter sido uma opção segura para estas mulheres em alguns casos.

Bruna Fani (2021,p.84) demonstra em suas pesquisas como a ideia de um parto normal forçado ou levado ao extremo do limite físico e psíquico da mulher é muito evidente nos relatos que narram a violência obstétrica. Tal fator demonstra como não somente as próprias mulheres que parem, mas também os profissionais que prestam assistência a estas mulheres estão embebidos de um discurso ideológico que preconiza aquilo que é popularmente chamado no meio obstétrico de "parto humanizado", colocando especialmente este tipo de parto como sendo o parto normal ou "mais natural possível".

Sara Mendonça (2018) coloca como a decisão informada de mulheres ainda passa por um limbo sensível e crivado de ideologias advindas dos próprios profissionais de saúde. Em sua tese intitulada "Parir no Maria Amélia", Sara demonstra como há crenças enraizadas no meio obstétrico que se tornam um objeto propulsor da violência obstétrica a partir de discursos ativistas, a exemplo da falácia de que as mulheres não desejam partos interventivos. No final de todas estas conjecturas, estes emblemas mostram que as mulheres, ainda que inseridas em um discurso "humanizado", continuam reféns das vontades e desejos dos profissionais de saúde.

Tais fatores aparecem nesta pesquisa a partir do momento em que observei, enquanto pesquisadora, que nenhuma das minhas interlocutoras obteve a sugestão de uma cesariana como forma de interromper o andamento caótico ou inseguro de seus partos, especialmente as que relatam a perda neonatal.

### 2.2.3 "Me costurou depois que nem uma vaca" (Andrea)

Andrea, educadora e professora, 36 anos, mulher cis negra, teve o parto de seu primeiro filho, Xavier, em 09 de novembro de 2015, aos 18 anos em uma gravidez não planejada.

Ainda no início da faculdade de pedagogia e recém-casada, Andrea se viu forçada a trancar os estudos para lidar com a primeira gravidez. Segundo relato dela, ela e o marido planejavam casar-se e terminar os estudos juntos enquanto conciliavam

os estágios e o emprego. A chegada de Breno, primeiro filho do casal, alterou as dinâmicas de sonhos e planejamentos. Para Andrea, Breno simbolizava uma surpresa em sua vida, e assim ela desejou que fosse o parto. Breno "escolheria a hora de nascer", e ela aguardaria por este momento, que teve início no dia 08 de novembro de 2015.

Dando entrada na maternidade no dia 08 de novembro de 2015, ela ficou fazendo alguns exercícios na bola de yoga na presença de alguns estagiários de enfermagem. Dia 09, às 3h da madrugada, Andrea relata ter percebido que o trabalho de parto havia enfim iniciado, pois notou estar sentindo dores mais fortes e recorrentes.

Depois dessa primeira dor, a dor aumentou muito. Eu gritava, berrava, não achava posição pra ficar. Induziram meu parto, mas a dor nunca parava. O médico entrou e falou: "mãe vai nascer, mas faz força!" Ai eu falei: "doutor... eu tô sentindo dor muito forte, eu acho que não vou conseguir, não vou conseguir". E ele falava "vai sim mãe, consegue sim" e colocava uma mão gelada no meu braço. O resultado foi que meu bebê nasceu cor de chumbo e o médico virou ele de cabeça pra baixo assim (gesto com as mãos), chacoalhava ele com a mão e eu só apertava muito forte a mão do meu marido. Senti raiva do meu marido porque ele não fazia nada, não falava nada, ficava mudo, minha vontade era gritar pra ele fazer alguma coisa. Comecei a chorar de desespero, de medo mesmo. Entrou outro médico, e esse médico conseguiu fazer meu bebê voltar a chorar. Então o médico que estava antes me olhou e falou: "Por que você tá chorando? Você não vai morrer não, tá no hospital, tem aparelho e profissional muito bom aqui pra salvar você e o bebê". Eu acho que ele ficou com raiva do meu choro, porque me costurou depois que nem uma vaca, não botou anestesia em mim.

No relato de Andrea é perceptível a postura biopolítica do médico, que, além de caçoar do medo e pavor da mulher, ainda reforça a confiança nos meios tecnológicos e nos aparelhos hospitalares disponíveis para a "manutenção de sua vida e do bebê". Reforçando como se sentiu desumanizada pelo atendimento, Andrea reforça seu sentimento de ser "tratada como uma vaca".

Conceito abarcado por Michel Foucault (1988), a postura biopolítica dentro da conduta médica evidencia a manifestação de um ato de poder exercido por profissionais da saúde nos corpos agentes, trazendo a percepção de que o controle social inicia pelo controle do corpo. Dessa forma, a intervenção sobre processos biológicos é uma das ferramentas utilizadas como instrumento de dominação das mulheres no parto, sendo a desumanização desses corpos uma forma de evidenciar o controle exercido.

## 2.3 A comunicação que violenta somada à violência física

No aspecto polifônico da descrição da violência vivida, a violência verbal se faz presente categoricamente de distintas maneiras, podendo envolver agressões verbais diretas, informação escassa sobre os procedimentos a serem feitas no parto, ou o acionamento de símbolos comunicantes que inibem a capacidade de compreensão da mulher sobre os acontecimentos do parto.

Nas cenas abaixo, é possível perceber como as mulheres narram a violência obstétrica a partir da percepção de uma violência verbal.

2.3.1 "O médico começou a falar que eu era uma filha da puta, que eu tinha cagado nele" (Fernanda)

Fernanda teve seu primeiro filho aos 14 anos. Ela relata que sempre teve medo de engravidar jovem, principalmente porque recebia ameaças da mãe, que dizia que caso acontecesse, a expulsaria de casa. Ainda assim, em um descuido com o uso de preservativo, Fernanda ficou grávida aos 14 anos.

A gravidez aos 14 se refletiu na perda de muitos momentos. Ela conta que tinha muitas amigas da mesma idade que acabaram se afastando quando souberam da gravidez. Por isso, os comentários que ouviu durante seu parto, foram, nas palavras dela, "um soco no estômago". Em um momento que descreve como "vulnerabilidade e sensação de medo", Fernanda conta que foi impedida de entrar com acompanhante na cena do parto, o que refletiu em um nervosismo ainda maior.

Ela relata como foi difícil parir e enfrentar os julgamentos médicos e a violência que se fez "justificada por conta de sua idade".

Quando dei entrada na maternidade a médica já veio me dizendo que eu nem tinha idade pra tá lá, eu deveria estar saindo com minhas amigas e me divertindo. Essa mesma médica não me deixou entrar com acompanhante, mesmo que eu fosse menor de idade. Ela me fazia exames de toque o tempo todo, o tempo todo. A dor do toque dela era tão insuportável que parecia que ela tinha espinhos nos dedos, eu chorava, travava minha vagina, porque ela fazia tudo muito rápido e me machucava. Todo tempo ela ficava repetindo minha idade também. Quando comecei a gritar de dor, ela falava que quanto mais eu insistisse em berrar, menos ela iria me dar atenção. Teve troca de plantão, e apareceu outro médico. Esse médico tava indignado, disse que era só eu fazer mais força que ia sair a bebê, e perguntava para as enfermeiras por qual razão a médica anterior tava esperando. Quando fiz força, acabei fazendo cocô, e o médico começou a falar que eu era uma filha da puta, que eu tinha cagado nele. Foi quando ele me fez um corte e minha bebê saiu. Depois disso, não me deixaram tomar banho.

Fernanda conta que ficou suja, sentada na cama e esperando durante horas para que pudesse tomar banho, como se estivesse sendo castigada pelos julgamentos dos profissionais de saúde. Ela relata que decidiu se limpar sozinha com o lençol do hospital, única forma que encontrou de ter o mínimo de conforto enquanto esperava o retorno da recém-nascida ao quarto.

Atualmente Fernanda tem 18 anos, e quatro anos se passaram desde o acontecimento de sua violência obstétrica. Ela conta que neste processo rompeu o relacionamento que tinha com o genitor da criança. Engravidar na adolescência e passar por uma experiência tão traumatizante simbolizou para Fernanda uma ruptura irreparável. Segundo ela, foi uma menina muito emocional, e precisou se tornar uma mãe racional depois deste processo, já que foi, segundo ela, "tratada como um bicho" (notas de campo).

Fernanda acredita que a idade influenciou a violência que sofreu, já que tão jovem ela sentia que não poderia controlar o próprio parto e não tinha conhecimento o suficiente sobre os processos que envolvem o parir em um hospital. Encaminhada para o processo já sentindo muito medo, ela descreve que não teve estrutura emocional para inconformismos ou questionamentos à conduta médica.

Eu estava com tanto medo, sozinha, mal me reconhecia naquele momento. A gravidez toda fiquei pensando que não ia parir, que a bebê só não ia sair, eu não pensei em como seria quando ela fizesse a passagem do meu útero para o mundo. Não tinha maturidade para confiar que meu corpo tão pequeno e frágil poderia dar conta daquele processo, e ninguém, nenhum profissional me disse que eu poderia dar conta. Todos eles tinham posturas muito sérias, rápidas, como se fosse para acabar logo (notas de campo).

### 2.3.2 "Você não tem ideia, eu tentei me matar depois do parto, tudo que eu via eu pensava se dava pra me matar" (Betânia)

Betânia, mulher negra, 44 anos, farmacêutica de formação, conta como foi sua experiência de um parto: um parto que ela descreve como difícil, decepcionante e que a levou a ter pensamentos suicidas.

Senti como se meu corpo tivesse me decepcionado. Fiquei com raiva de mim mesma, peguei raiva do bebê, tive pensamento suicida, você não tem ideia, eu tentei me matar depois do parto, tudo que eu via eu pensava se dava pra me matar. Depois do parto, eu fiz um ponto na minha vagina. Esse ponto demorou muito pra parar de doer. Minha ferida maior não tá no corpo, tá no meu coração. Fiquei com trauma de maternidade e não consegui me adaptar com nenhum método contraceptivo, primeiro a pílula me fez mal, agora o DIU me faz mal e ainda não tirei porque parece que qualquer coisa drástica horrorosa dentro do meu corpo é melhor que engravidar de novo. Meu marido me incentivou a tirar, disse que vai fazer vasectomia, mas até que ele faça mesmo, prefiro me manter segura. O médico me mandava deitar, eu sentava. Eu desafiei ele o parto todo porque eu sabia qual era a posição melhor pra ficar e ele não deixava. Ele me falou logo que meu

bebê nasceu que eu era mal educada.

Betânia trouxe em seu relato importantes perspectivas sobre como as mulheres interpretam e vivenciam a maternidade após uma experiência de violência obstétrica. A narrativa de Betânia mostra como, por vezes, as mulheres não somente se culpam pelo ocorrido, como também adotam práticas (desafiar os profissionais, ficar em silêncio sobre a experiência) para lidar com a opressão e a violência que sofreram.

Outro ponto interessante no relato de Betânia mostra como as esferas de poder e as relações de violência com o campo obstétrico ultrapassam as perspectivas óbvias sobre a violência. O médico obstetra, ao mesmo tempo que violenta Betânia durante o parto, ainda a re-violenta quando tenta forçá-la a adotar um método contraceptivo de longa duração ou, até mesmo, um método irreversível contra a sua própria vontade. Sobre este fato, Abu-Lughod (1990), expõe como estruturas de poder que se cruzam e se conflitam ao mesmo tempo, podem acabar trabalhando juntas.

Tais conjecturas se dão pois, ainda que muitas mulheres possuam percepções negativas sobre seus partos e, por vezes, até mesmo uma explícita noção de que sofreram tratamentos desrespeitosos, a violência obstétrica permanece em um enredado de institucionalismos – em outras palavras, algumas condutas violentas e até mesmo estereotipadas por um viés de gênero e raça são esperadas, ainda que inconscientemente, pela mulher. O sentimento que permanece é, em muitos casos, de alívio por ter o bebê saudável nos braços, invalidando assim toda uma trajetória violenta durante a assistência recebida.

Relembrando as noções de violência simbólica, Pierre Bourdieu (2012) é explícito ao afirmar que as entranhas de uma violência podem ser recheadas de simbolismos ocultos que se diferenciam da coerção física. A violência obstétrica é, portanto, um tipo de violência simbólica carregada de hierarquização, naturalização e até mesmo banalização de determinadas práticas, além de, obviamente, carregar potencial subjetividade. Falar sobre violência obstétrica é, portanto, problematizar relações e observar um certo mimetismo de relações de gênero pré dicotomizadas, onde a submissão feminina é parte esperada do processo.

#### 2.3.4 "O médico começou a falar que era muito gorda e que minha gordura tava trancando meu bebê" (Giovana)

Giovana, mulher branca, hétero e ativista pelos direitos das mulheres gordas, também passou pela "Manobra de Kristeller", além de ter sofrido gordofobia durante seu parto.

Desde a gestação, Giovana conta que os médicos que prestaram o pré-natal

sempre fizeram questão de ressaltar seu peso, dizendo que ela estaria em risco caso tentasse um parto normal. Ainda assim, parir sem intervenção cirúrgica era o sonho de Giovana, que considerava o parto normal como uma reafirmação de sua "existência feminista".

Minha interpretação do feminismo sempre foi o protagonismo, e foi assim que eu sonhava que meu parto seria. Eu queria ter tido uma médica mulher, mas na hora de tomar a decisão optei pelo mesmo obstetra que minha amiga, já que ela disse que tinha sido maravilhoso com ele. Mesmo assim, desde que cheguei, ele tentou me convencer a ir para a cesariana por causa do meu peso. Eu falei que não iria, meus exames estavam todos normais. A vida toda eu busquei o natural na minha vida, não uso medicamentos, por incrível que pareça, mesmo as pessoas não acreditando nisso, sou gorda e tenho uma alimentação saudável. Se tivesse seguido meu desejo, eu teria parido sem assistência médica nenhuma, só não fiz porque sou ansiosa e provavelmente ficaria angustiada (notas de campo).

Tive um parto complicado. Meu bebê não saía. O médico pediu para a enfermeira subir na minha barriga. Ela subiu e começou a fazer força enorme, então comecei a mexer mais minha perna, pra ver se ela percebia minha dor e meu desconforto. Até que o médico começou a falar que eu era muito gorda e que era minha gordura que tava trancando meu bebê, que era pra eu relaxar se não o bebê não ia sair e a gente teria que correr para a cesariana ali mesmo. Ele mandava relaxar e a enfermeira mandava fazer força, não sabia o que era pra fazer, então gritei, comecei a gritar "para, para", e o médico me mandou não abrir a boca para me concentrar e parar de desconcentrar ele. Eu implorei por anestesia, alguma coisa que parasse a dor do parto e parasse aquele médico como um animal encima de mim. A enfermeira falava "mãezinha tem que ajudar, tem que ajudar", mas eu não conseguia porque doía. O médico começou a me chamar de muleca, ele disse "sua muleca, você não tá vendo que você tá deixando teu bebê trancado? Meu Deus..."

Giovana conta que hoje percebe o quanto não estava preparada para viver aquilo, e que perdeu horas de sono depois do parto sentindo culpa pelo corpo que tinha e pelo parto que viveu.

Eu pari já mulher, então não esperava que a pós maternidade fosse ser um drama tão grande na minha vida. Minha trajetória pessoal com meu corpo até o momento em que pari era muito tranquila. Depois disso, foi como se tivesse rompido todo um processo que levei tempo para construir. Me deparei com uma maternidade na qual eu parecia uma garota, perdi muito da minha autoconfiança e autoestima, assim como também perdi o desejo por um parto vaginal. Tive filho de novo, mas de cesariana depois, e me senti muito melhor em estar desacordada, em não participar de forma alguma daquele cenário a não ser na hora de amamentar. Apesar de ter ido morrendo de medo para a cesariana também, não me arrependo de ter feito, porque isso salvou meus primeiros dias de maternidade do meu segundo filho (notas de

campo).

Para Júlio Nobre *et al.* (2016), o corpo se tornou uma espécie de "status" na sociedade atual. Objeto de dominação médica e alvo das críticas sociais, corpos ainda refletem poderes econômicos, políticos e sociais, o que reforça não somente uma fronteira de classes, mas também a forma como mecanismos de controle sobre a mulher são utilizados.

Para controlar o corpo parindo, reprende-se não somente seu formato, mas também sua alimentação, sua movimentação, os fluidos que expele e suas formas de expressão. Desta maneira, a mulher vê-se oprimida e forçada a corresponder a uma expectativa estética mesmo durante o período gestacional.

## **2.4 Violência obstétrica e luto materno.**

2.4.1 "A médica pegou ele no colo e me mostrou ele como um objeto. Ela tirava o oxigênio dele e dizia pra mim olhar como ele tava gemendo" (Kessie)

Kessie (nome de nascença) é uma mulher cis, branca, atualmente com 25 anos. Kessie pariu seu primeiro filho, no ano de 2016.

A experiência relatada foi parte da primeira experiência gestacional de Kessie, uma gestação que apesar de não planejada, foi muito bem recebida.

Kessie conta que teve uma gestação muito tranquila, tendo realizado todas as suas consultas pré-natais normalmente e tendo feito todos os exames solicitados durante a gravidez.

No dia 12 de novembro de 2016, Kessie sentiu a bolsa estourar. Durante o decorrer no parto hospitalar, ela conta que se sentiu acolhida pela equipe de saúde, e que foi aconselhada a tomar banhos mornos na banheira da maternidade, o que acalmava as dores que sentia.

Porém, ela relata que em determinado momento notou muita ausência da equipe de saúde que prestava o atendimento ao seu parto, tendo inclusive desmaiado algumas vezes durante as contrações sem receber qualquer atitude dos profissionais de saúde quanto aos desmaios.

Ela conta que no momento em que seu parto deveria acontecer, ela sentia fortes contrações, porém, que tais contrações não estavam ritmadas, havendo assim a necessidade de colocar ocitocina na veia. Foi então que dentro de 20 minutos, seu filho nasceu já cianótico e com ausência de movimentos respiratórios. Kessie conta que a equipe demorou para reagir diante da cianose, levando certo tempo até tirá-lo da frente dela para iniciar os procedimentos necessários.

Chegado finalmente o momento de encontrar o filho, ela conta como foi a

conduta da médica:

A médica pegou ele no colo e me mostrava ele como um objeto. Ela tirava o oxigênio dele e dizia pra mim olhar como ele tava gemendo. Eu queria dizer para ela parar de fazer aquilo, mas eu não tinha força nem para falar, tamanho era o meu estado de choque.

Atualmente, Kessie é uma mãe em luto, já que perdeu o filho algum tempo depois do parto.

O incômodo de Kessie com a atitude da médica ao mostrar o bebê como um objeto demonstra novamente a postura biopolítica de profissionais que olham o corpo humano como sendo uma máquina ou parte de um ato procedimental a ser cumprido dentro de uma instituição. Nem mesmo os corpos dos bebês fogem à regra do maquinário reprodutivo, conforme demonstra a antropóloga Emily Martin (2006) ao abordar como recém-nascidos se tornam parte do procedimental assim que nascem, uma vez que são categorizados e avaliados por meio do Apgar, uma escala categórica e numérica que demonstra a "pontuação" do RN.

Ao mostrar para Kessie como seu bebê já não respirava ou esboçava reação alguma, o profissional a paralisa, momento em que ela se vê impossibilitada de reagir aos acontecimentos.

2.4.2 "Ninguém me prestou condolências, nem olharam pra mim, a equipe ficou em cima da minha filha, e quando perceberam que não ia funcionar, simplesmente levaram ela embora" (Elisete)

Elisete (nome fictício), é uma mulher branca, atualmente com 32 anos, residente no interior de Mato Grosso do Sul, local em que trabalha como enfermeira e professora. Elisete já tinha histórias com partos muito antes de parir sua terceira filha, já que é enfermeira obstetra e sempre ministrou disciplinas relacionadas com cuidados neonatais em faculdades do ensino superior.

No dia 01 de setembro de 2019, Elisete conta que iniciou o trabalho de parto prematuro. No dia anterior, ela havia passado por consulta com uma médica obstetra que lhe garantiu estar tudo bem com a gestação.

É prudente contar que Elisete contratou uma equipe de parto que se autointitula como uma equipe humanizada na cidade, sendo composta por uma médica obstetra e duas enfermeiras obstetras, que se encarregaram de garantir uma tentativa de parto domiciliar para Lua, sua tão esperada filha.

Chegado o momento do parto, Elisete conta que durante uma madrugada sozinha em casa, já que seu companheiro estava de plantão, ela acordou sentindo o líquido amniótico escorrendo por suas pernas. Ao perceber que havia perdido o

tampão mucoso, Elisete diz que, seguindo recomendação da equipe que havia contratado, foi calmamente tomar um banho e esperar que as contrações iniciassem. Porém, ao sair do banho, ela conta que sentiu uma dor aguda no pé da barriga muito forte, o que lhe fez ficar sobressaltada e ligar imediatamente para a equipe de parto domiciliar, não sendo atendida.

Na sequência dos fatos, ela narra que telefonou para o marido que também não atendeu sua ligação, pois gostaria de pedir que ele viesse para casa, já que começou a sentir certa ansiedade por notar uma dor "diferente". Aproximadamente 30 minutos depois, Elisete conta que recebeu uma ligação da enfermeira da equipe, que pediu para que ela se acalmasse, já que, nas palavras da enfermeira, "havia pouco tempo de contração", e que ela deveria esperar um pouco mais antes que a equipe se deslocasse para sua casa.

Elisete conta então que decidiu sentar na cama, momento em que percebeu uma forte rajada de sangue escorrendo por entre suas pernas. Ainda sem ninguém em casa, ela conta que começou a sentir muita necessidade de fazer força. Suando, sozinha e aos berros, Elisete pariu sua filha já em cianose, com ausência de choro e respiração incomum. Elisete narra que tentou reanimar a própria filha sentada na cama enquanto acionava o serviço de emergência, sem sucesso, uma vez que perdeu a filha neste momento.

Eu coloquei minha boca na dela. Apertava com os dois dedos o peito dela. Implorava, rezava, chorava. Pedi muito pra Deus que aquilo fosse só um pesadelo. Quando percebi que não ia conseguir reanimar ela com o boca a boca, eu cortei o cordão umbilical com meu dente para colocar a minha filha de cabeça pra baixo. Fiz tudo isso sozinha, sem amparo, sem ajuda, completamente desesperada e desassistida por uma equipe que foi negligente e displicente ao meu pedido de socorro.

Quando a equipe domiciliar chega na casa de Elisete, eles tentam instalar aparelhos na menina para a reanimação, mas não conseguem sucesso:

Tentaram reanimar, botaram a cara dela numambu, tentaram fazer reanimação com os dedos, mas eu percebi que minha filha estava morta assim que tentei reanimar e vi ela ficar desfalecida. Ninguém me prestou condolências, nem olharam pra mim, a equipe ficou em cima da minha filha, e quando perceberam que não ia funcionar, simplesmente levaram ela embora. Ninguém confirmou a morte, da qual eu já sabia, naquela hora. Fui pro hospital pra ter que chegar lá e encontrar vários médicos e enfermeiros com caras fechadas. Eles estavam falando nos corredores que tentei um parto domiciliar sozinha, desassistida e que por isso aquilo tinha acontecido. Tive o desprazer de receber prints de um grupo do WhatsApp destes profissionais comentando meu caso. Eles estavam dizendo que eu tinha tentado o parto sozinha e que iam mandar fazer matérias no jornal para alertar sobre mulheres que tentam parir sem médicos, o que obviamente não era meu caso, já que eu havia sim contratado uma equipe. Meu destino final foi colocar minha filha em um caixão do tamanho de uma formiga.

Os dois casos acima mostram como as equipes de saúde, ao se depararem com a questão das mortes, tentam, como forma de controle das reações das mulheres aos acontecimentos, agirem de maneira rápida e procedimental.

### 3 A CONSTRUÇÃO DA VIOLÊNCIA NA FALA DAS MULHERES

Construindo esta pesquisa procurei compreender, em primário meu papel como antropóloga neste meio, especialmente no sentido de compreender as relações que estas mulheres já estabeleceram um dia com suas experiências, as relações que estabelecem atualmente, e as relações coletivas que se deram após este percurso. Notei de imediato que isto não seria possível colocando neste trabalho minhas pré-concepções. Esta foi uma das razões pelas quais optei por iniciar este trabalho com as etnografias e dados coletados no campo, e não o oposto. Apesar de desafiador, foi uma das maneiras que encontrei para deixar que meu campo citasse a teoria, e não o contrário.

Para a construção do objeto aqui selecionado, tive de me desfazer de noções pré-interiorizadas sobre o que viria a ser uma violência obstétrica. Apesar disso, não me desfiz da ideia de colocar-me como voz presente e ativa nesta pesquisa, pois, como explicitado por Pierre Bourdieu, "[...] uma prática científica que se esquece de se pôr a si mesma em causa não sabe, propriamente falando, o que faz" (BOURDIEU, 2002, p.35). Deixo de lado a inocência, pois estou ciente de que não existe campo científico politicamente isento, e, falar sobre parto, é falar sobre política.

É um privilégio como pesquisadora ter tido um contato prévio tão íntimo com meu campo. Isto me permitiu não somente ter uma privilegiada familiaridade com o objeto de pesquisa, como oportunizou "ver aquilo que não foi visto", ver aquilo que não pude ver, especialmente por possuir uma visão técnica de um profissional de saúde.

Este re-conhecimento permitiu-me não somente desbravar um campo novo como o das ciências antropológicas, como também repensar minhas próprias práticas, atitudes e conceitos como profissional da saúde. Afinal, quanto mais convictos somos de nossa "humanização", em maiores armadilhas do ego caímos, deixando, por vezes, a noção preconcebida de nossa atuação profissional ditar as regras do jogo.

Compreendo que "assistir um parto" na visão de observação, de não tocar, de não manipular a cena, de não ser um ator em evidência no parto não é algo simples, fácil e que se aprende durante a graduação. A graduação de médicos e enfermeiros, inclusive, é um ponto muito importante de problematização a ser pensado em futuras pesquisas.

Em um determinado momento da pesquisa, pensei sobre descartar algumas "vozes" que seleccionei. Isto ocorreu porque, muitas destas vozes, se tornaram ou foram, em algum momento, "ativistas" pelo parto humanizado. Compreendo que o impacto da experiência e a dimensão desta dificilmente não toca ou desperta uma mulher ao ponto de buscar compreender tão profundamente o que lhe ocorreu, que, em algum momento,

esbarra e se identifica com discursos de luta e manifestação social.

Levei esta preocupação ao meu orientador em determinado momento da construção do campo, especialmente por questionar como faria uma pesquisa só com mulheres que já reconhecem seus processos violentos e aderem a grupos coletivos.

A melhor maneira que encontrei de individualizar estas mulheres foi buscando compreender de "onde" essas mulheres estavam falando, suas profissões e idades. Para minha não surpresa, muitas já estavam engajadas em outros grupos além de Curitiba presentes no Facebook ou qualquer outra mídia que lhes provesse maior partilha de relatos e identificação com aquilo que lhes ocorreu.

Saber de onde essas mulheres falavam foi importante para que eu também, como pesquisadora, definisse onde concentrar meus esforços.

[...] no domínio da pesquisa científica, os pesquisadores ou as pesquisas dominantes definem o que é, num dado momento do tempo, o conjunto de objetos importantes, isto é, o conjunto das questões que importam para os pesquisadores, sobre as quais eles vão concentrar seus esforços e, se assim posso dizer, "compensar", determinando uma concentração de esforços de pesquisa (BOURDIEU, 2004, p.25).

Durante esta pesquisa, coloquei-me diante destas mulheres, como consciente de meu "capital simbólico", conceito utilizado por Pierre Bourdieu, neste campo. Em outras palavras, sabia que possuía um conhecimento prévio sobre o tema diferente destas mulheres que vivenciaram a cena, além de reconhecer que corria o risco não só de reproduzir este conhecimento nos seus discursos, caso não fosse cuidadosa o suficiente, mas também de selecionar aquilo que, na minha visão, fosse mais "coerente" com aquilo que eu penso ser violência obstétrica.

Esse capital, de um tipo inteiramente particular, repousa, por sua vez, sobre o reconhecimento de uma competência que, para além dos efeitos que ele produz e em parte mediante esses efeitos, proporciona autoridade e contribui para definir não somente as regras do jogo, mas também suas regularidades, as leis segundo as quais vão se distribuir os lucros nesse jogo, as leis que fazem que seja ou não importante escrever sobre tal tema, o que é brilhante ou ultrapassado, e o que é mais compensador publicar (BOURDIEU, 2004, p.27)

Dito isto, o maior desafio desta pesquisa ocorre no momento em que não só precisei despir-me do meu jaleco profissional, mas também quando notei que a construção do conceito de violência na fala dessas mulheres passa por processos polissêmicos e multifacetados que expressam diferentes formas de exposição de experiências de parto construídas na perspectiva de narrativas tão individuais.

Como colocado por Bruna Fani (2021), torna-se urgente e necessário compreender a partir da perspectiva de corpos subalternos e violentados o que vem a ser aquilo que se chama tecnicamente de "violência obstétrica". Esta urgência

manifesta-se principalmente no contexto brasileiro, uma vez que a exposição de relatos de violência obstétrica no Brasil ainda é recente.

Na construção das falas das interlocutoras da presente pesquisa é possível perceber como as relações de violência se estabelecem e se ramificam em seus discursos. No presente trabalho fizeram-se notórias as relações de poder estabelecidas entre profissionais e mulheres, especialmente por serem relações hierárquicas que desaguam, em determinados momentos, em relações de objetificação e anulação dos desejos da mulher.

As categorias mais presentes na fala das mulheres para fazer referência às suas experiências de violência foram: o silenciamento como forma de autoproteção e o silenciamento imposto, o sentimento de insegurança no momento do parto e a realização de procedimentos feitos sem aviso prévio (o que inclui explicações vagas ou não presentes sobre os procedimentos feitos com seus corpos), e o estranhamento da mulher em relação ao decorrer do próprio trabalho de parto.

Outras categorias envolvem o estabelecimento das dinâmicas relacionais entre profissionais e mulheres que são criadas durante o cenário de parto: atitudes comunicacionais que são vistas como agressivas ou negligentes e a tentativa de controle de corpos e desejos.

Para falar sobre o contexto de violência que passaram, as mulheres presentes nesta pesquisa acionam dispositivos que demonstram um certo sentimento de vergonha e timidez pela vulnerabilidade em um momento de intimidade. Por outro lado, é possível perceber que algumas mulheres criaram resistências à violência e uniram-se aos discursos anti-violência, enquanto outras procuraram tentar se adequar às expectativas da equipe de saúde e se viram frustradas por não conseguirem fazê-lo.

A diferença observada entre mulheres que resistem à violência e se unem aos discursos anti-violência em comparação com aquelas que tentam suprir as demandas da equipe de saúde e se vêem frustradas neste processo, destaca a pluralidade encontrada nas estratégias de enfrentamento adotadas pelas mulheres. Essa variação se relaciona não somente com fatores individuais e próprios de cada mulher com o parir em si, mas também com o suporte social que cada mulher recebe.

Nas falas aqui presentes, há o evidente temor em ser uma mulher que escandaliza, ou porque isso significa ficar sem atendimento, ou porque a própria mulher estava em algum tipo de contexto (a exemplo das que pariram ainda adolescentes), que não as permitiu deter reações mais enfáticas durante o parto.

Ao demonstrarem o temor em não receber assistência, estas mulheres mostram como o sistema de saúde opera dentro dos dispositivos de controle, já elas se percebem vulneráveis aos desejos da equipe de saúde e, conseqüentemente, a um possível

comprometimento do cuidado recebido.

Por outro lado, há uma parcela de mulheres que consideram o escândalo, a mobilização, a luta (até mesmo dentro do próprio trabalho de parto), uma forma de mostrar a resistência ao que ela percebe como um tratamento hostil.

A presente pesquisa acionou categorias diferentes de violência a partir das falas das interlocutoras, dentre elas, a violência institucional (uso de fórceps, episiotomia, falta de informação e má assistência), sendo que, esta última, é acionada pelas mulheres como falas grosseiras, ser ignorada pelo profissional, ser deixada sozinha durante o parto, ser recebida com atitudes impacientes e ser chamada atenção perante gritos ou outras formas de expressão que são comuns durante um trabalho de parto.

A violência institucional muitas vezes está relacionada a práticas hospitalares e protocolares rotineiras que englobam decisões dentro do parto que são tomadas sem o consentimento da mulher, resultando assim em ações que desrespeitam o contexto da autonomia. Algumas das formas de violência institucional mencionadas nesta pesquisa se refletem na percepção destas mulheres como falas diretivas e agressivas, sentimento de invisibilidade dentro da cena de parto, ser deixada sozinha enquanto o parto acontece, receber atitudes impacientes advindas dos profissionais e ser repreendida por expressões que são comuns durante o trabalho de parto, como gritos, choros e liberação de fluidos corporais.

Dados parecidos, relatados em uma pesquisa realizada na cidade de Cuiabá por Teixeira e Pereira (2006), demonstram que a violência institucional reverbera não somente em um discurso autoritário advindo dos profissionais de saúde, que se sentem soberanos e dominadores da cena de parto, mas também como as mulheres, por vezes, recebem esta dominação de maneira a não saber lidar com ela no momento em que ocorre, gerando confusão, medo e um sentimento de incapacidade.

O sentimento de abandono aciona a categoria da insegurança no momento do parto, mostrando como a violência pode ter a caricatura de uma vivência solitária durante o parir.

Ser afastada dos acompanhantes e ficar sem suporte durante o trabalho de parto mostram como a solidão mobiliza a categoria da insegurança. Ainda que exista a reconhecida presença de discursos que enfatizam a capacidade das mulheres em parir sozinhas e serem dominantes de seus próprios corpos, a presente pesquisa demonstra a importância de reconhecer que cada mulher experimenta o parto de maneira individual. Possuir a percepção durante o parto de que a equipe de saúde não oferece o devido cuidado, reduz a confiança das mulheres em seus corpos, e na capacidade de enfrentamento do processo de parto de maneira autônoma.

Particularmente como antropóloga (e essas são notas minhas), sinto como se as

mulheres ainda não acreditassem totalmente no discurso de que "intervenções em excesso" possam ser vistas como violência. Não ter tido nenhum tipo de intervenção ainda propulsiona uma espécie de medo e ansiedade, quase como se a mulher se encaminhasse ao parto na expectativa da manipulação médica; não no sentido de que desejem ser dominadas e exploradas, mas no sentido de que queiram sentir que naquele momento há um profissional prestes a tomar boas decisões caso algo "saia do esperado", fatores que são influenciados pela perspectiva cultural de que um parto medicalizado, é um parto necessariamente mais seguro.

Portanto, as ações técnicas fazem parte das categorias acionadas, bem como as omissões técnicas também, demonstrando assim a complexidade da dinâmica que une o sentimento de segurança no parto ao contexto da manutenção da autonomia da mulher.

Estas conjecturas criam uma espécie de dicotomia: de um lado, o profissional que muito intervém e manipula é visto como violento; de outro, o profissional que se afasta demais é visto como frio e negligente, especialmente por ativar sentimentos de solidão na mulher que está parindo.

Ademais, o uso do termo "violência" propriamente dito se fez presente em alguns discursos. Muitas destas mulheres buscaram informações sobre o ocorrido em fontes que lhes provêm sobre o que vem a ser este tipo de violência que sofreram, uma vez que a internet lhes carrega de informações oficiais e não oficiais sobre o assunto, o que demonstra um desejo intrínseco em nomear as experiências vividas e as práticas sofridas durante o parto.

A maioria das mulheres que utilizou o termo de maneira literal estava fazendo referência ao momento em que sofreu violência física, ou porque foi impedida de se movimentar, ou porque foi submetida a algum tipo de procedimento, o que destaca o impacto que este tipo de violência possui no corpo destas mulheres. Ainda assim, existe uma grande dificuldade em definir o que vem a ser "violência", o que advém do fato de ser um termo carregado de polifonias vivenciais.

A palavra "violência" vem do latim *violentia*, que remete à ideia de vis (emprego de força física).

Esta força torna-se violência quando ultrapassa um limite ou perturba acordos tácitos e regras que ordenam relações, adquirindo carga negativa ou maléfica. É, portanto, a percepção do limite e da perturbação e do sofrimento que provoca que vai caracterizar um ato como violento, percepção esta que varia cultural e historicamente. As sensibilidades mais ou menos aguçadas para o excesso no uso da força corporal ou no instrumento de força, o conhecimento maior ou menor dos seus efeitos maléficos, seja em termos do sofrimento pessoal ou dos prejuízos à coletividade, dão o sentimento e o foco para a ação violenta. Além de polifônica no significado, ela é também múltipla nas manifestações. Do mesmo modo, o mal a ela associado, que delimita o que há de ser combatido, tampouco tem definição

unívoca e clara. Não é possível, portanto, de antemão, definir substantivamente a violência como positiva e boa, ou como destrutiva e má (ZALUAR, 1999, p.8)

Zaluar (1999, p.25) propõe, portanto, que o interesse acadêmico deveria pautar-se em não realizar uma classificação categórica do que venha a ser a violência, mas sim identificar os campos temáticos mais recorrentes da experiência individual, ampliando os aspectos multi significativos da violência.

Ao reconhecermos a dificuldade de definir o que vem a ser de fato violência obstétrica devido à sua multiplicidade de significados, permitimos dar a devida importância ao seu caráter polifônico e multifacetado, uma vez que, conforme demonstrado por Mariana Pulhez (2022), trata-se de um conceito de fronteira, e, conseqüentemente, carregado de frouxidão, vagarosidade e fortemente impreciso.

É importante reforçar que não realizei esta etnografia com o intuito de propor uma definição única do que venha a ser a violência obstétrica, mas sim observar como estas mulheres estão "fabricando sentidos" e classificações categóricas para esta definição (LOWENKRON, 2015), reconhecendo assim que as experiências de parto e suas formas de narrativas são também construções sociais que serão lapidadas e descritas conforme o significado que cada uma destas experiências possui na vida das mulheres presentes nesta pesquisa.

#### **4 A SUBJETIVIDADE DA DOR DO PARTO COMO CATEGORIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

A dor do parto ainda é um ponto muito relativo a ser discutido quando se fala sobre categoria de VO, uma vez que é carregada de apreensão, ao mesmo tempo em que é uma experiência única para cada mulher que vivencia.

Durante o trajeto desta pesquisa não pude deixar de notar que a dor possui um significado e uma perspectiva para cada mulher, mas que esse significado é influenciado pela pacificidade do parto. Em outras palavras, a dor será um elemento simbólico diferente a depender do que aconteceu durante o trabalho de parto, do ambiente no qual a mulher está parindo, da dinâmica relacional com os profissionais de saúde, das expectativas da mulher para o parto e de demais aspectos importantes na validação desta experiência.

A dor pode ser um elemento simbólico de sofrimento, mas mais do que isso, me pareceu, enquanto antropóloga, que a dor emerge como o sentimento mais profundo de se sentir negligenciada. Para as interlocutoras da pesquisa, a dor tem relação direta com o medo que sentiram, estando presente em praticamente todos os discursos ouvidos, sendo inclusive o ponto inicial de desconfiança de uma anormalidade no decorrer do trabalho de parto.

Tal situação está intimamente relacionada com a negação de anestesia por parte da equipe médica, que parece ignorar estes episódios entre as mulheres que parem.

Obviamente, a dor é um elemento presente na maioria dos partos normais, porém, a presente pesquisa demonstra que pode ser acionada como um símbolo da violência, especialmente quando envolve a recusa do alívio por meio da analgesia ainda que a pedido da mulher, contribuindo para um sofrimento físico que impacta a confiança no processo de parir.

Conforme explicita Rosamaria Giatti Carneiro (2013) a dor opera como um ritual de passagem, pois sentir a dor é parte de um elemento ritualístico da mulher que se torna mãe, abrindo espaço para a construção de outra subjetividade materna. Sendo assim, a dor possui sua importância enquanto processo ritual, uma vez que pode ser o enlace que dá sentido à experiência e ao ato de maternar.

Portanto, dentro de sua subjetividade, a dor também pode ser entendida como uma travessia, uma vez que a dor vivenciada durante o parto não é apenas parte de um evento corporal; ela também contribui para a construção de um rito de passagem e para a construção da subjetividade materna.

Esse processo ritualístico molda a maneira como as mulheres possuem percepção de si mesmas no papel social materno, e como vivenciam a maternidade em

um nível de maior profundidade.

Em consonância deste conceito de travessia, Arnold Van Gennep (1978) foi o primeiro antropólogo a definir o parto como um "ritual de passagem". Em sua obra "Os Ritos de Passagem", o antropólogo não só demarca as etapas do trabalho de parto, como inclui a etapa da dor como parte dele.

Já para as mulheres com quem conversei, a visão tranquila ou pacifista da dor da travessia parece um universo distante. Para elas, a dor representou uma insatisfação física e um precursor do medo, uma sensação que veio aliada ao sentimento de perder o controle do próprio parto, sendo inclusive apontada muitas vezes como um "divisor de águas" para o entendimento de que aquele parto foi violento, ou como um catalisador para anseios em relação ao desenrolar dos acontecimentos durante o parto.

Para Fernando Dias (2006), o medo representa uma emoção, e como emoção, precisa ser compreendido a partir da estrutura de poder que o desperta. Para o autor, o medo estabelece uma relação direta com o desconforto e a insegurança.

Para além do parto, muitas mulheres nesta pesquisa narram uma dor que se estende depois da travessia, que permanece no pós-parto, e que transborda, inclusive, em suas vidas sexuais e íntimas depois deste processo.

Não parece haver, para estas mulheres, nada romântico ou compreendido como travessia na dor. Pelo contrário, a dor física extenuante parece ter sido, em muitos dos relatos aqui presentes, o momento exato em que a mulher perde a capacidade de reagir aos acontecimentos. Outrora, a dor parece também a forma que muitos profissionais de saúde utilizam para "punir" a mulher "desobediente" ou que se nega em aceitar com pacificidade os eventos ocorridos dentro do parto.

Porém, a relação entre dor e sofrimento feminino não começa, obviamente, no parto em si. Esta relação já se faz presente no livro bíblico do Gênesis, que narra o advento em que Eva desobedeceu às ordens de Deus e corrompeu uma humanidade inteira. Neste momento, Eva foi castigada por Deus: "E tu mulher, parirás com dor".

De acordo com Mary Del Priore (1995), no período medieval acreditava-se que a dor do parto expiava a culpabilidade pelo pecado original de Eva, e que todas as mulheres deveriam ser culpabilizadas por esta transgressão, para que pudessem, por fim, se igualarem à moral cristã, estruturada pela figura de Maria, ícone materno de Jesus. O sofrimento atuava, então, como um mal inevitável e uma espécie de ritual religioso. Para a autora, é partindo deste princípio que a medicina da era moderna fundamenta suas ações no momento do parto.

É histórico que a dor venha com um combo de emoções negativas em seu trapézio formador, englobando sentimentos de medo, angústia e abandono, evidenciando o quanto mulheres deixam de receber conforto durante o parir, seja por

meio da analgesia medicamentosa, seja por meio da analgesia não medicamentosa (massagens, banhos quentes ou uso de óleos específicos). Não obstante, muitas mulheres são forçadas a parir em posições desconfortáveis e que causam mais dor, o que demonstra que, por vezes, o alívio da dor se torna um processo secundário, quando não inexistente na assistência recebida.

Tais conjecturas parecem afastar cada vez mais a possibilidade de partos sem dor para as mulheres, especialmente quando ocorre a existência de novas propostas para a dor do parto como "a dor da travessia", ou a "dor do parto orgástico".

Após um documentário realizado nos Estados Unidos, no qual um conjunto de mulheres acabou prestando relatos de terem sentido prazer sexual e orgástico durante seus trabalhos de parto, o assunto passou a vir à tona nas discussões obstétricas. São mulheres que conseguem sentir orgasmo durante o processo de trabalho de parto, e relatam terem essa experiência a partir de uma sensação prazerosa, especialmente no momento em que a criança passa pelo canal de parto.

Todas estas referências colocam a dor no enredado de discursos que trazem à tona movimentos políticos como o sagrado feminino ou o próprio movimento feminista, que colocam o corpo como "feito para parir, basta acreditar que pode", colocando assim o aspecto da dor como uma companheira, uma parte essencial do ritual.

Ainda que esta visão pareça estar muito presente nos partos narrados pelas interlocutoras desta pesquisa, a pedagogia de como lidar com a dor não foi instaurada em nenhum dos partos relatados, com exceção do uso da bola de pilates. Não houve a presença de massagens, sugestão para troca de posições ou uso de recursos além dos esperados dentro de um ambiente hospitalar (como a sugestão de banhos quentes, normalmente solicitada pela própria mulher).

Conversando com as interlocutoras, pude perceber também a presença de um discurso com o qual já estive familiarizada antes, a tal da "dor da covardia". Este tipo de dor é alertado para a maioria das mulheres durante o pré-natal, e seria o momento em que a mulher implora para receber analgesia durante o parto, ou, ainda, implora por uma cesariana.

A "dor da covardia" esteve presente em diversos relatos nesta pesquisa, especialmente no momento do expulsivo, uma vez que este é reconhecido por ser o mais sensível ponto de exaustão para a mulher durante o parto.

Para muitas mulheres, vencer a etapa da dor da covardia se torna um prêmio, pois significa que a mulher suportou a dor sem solicitar analgesia, ou seja, aquela que não fraquejou no momento de parir.

Giovana, uma das interlocutoras presente nesta pesquisa, disse que sua dor não foi só negligenciada, como foi negada enquanto sofrimento, quase como se a dor de

seu parto fosse parte do processo de parir. Além disso, a dor é considerada tão orgânica e parte do parto que, no caso de Giovana, foi associada com seu maior peso corporal.

O mesmo parâmetro - dor do parto, do procedimental - parece não ocorrer com o toque vaginal, que também ocorreu com Giovana por diversas, ainda que ela pedisse para que a equipe não realizasse o procedimento.

Todas as interlocutoras presentes nesta pesquisa mostraram entendimento quanto ao parto ser um processo que causa dor. Porém, há visível espanto na "quantidade de dor" relatada, e até mesmo um certo espanto diante do inatismo das equipes de saúde em amparar a dor com algum tipo de procedimento durante o parto. Novamente, visualiza-se que o inatismo e a falta de intervenção dos profissionais afligem as mulheres em processo de parir tanto quanto, ou até mais, do que o excesso de intervenções realizadas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alvo de opiniões, posicionamentos sociais e políticos e marcada por importantes recortes históricos, a violência obstétrica ganhou palco na voz das mídias e da sociedade, trazendo assim a problemática da discussão sobre "o que" viria a ser este tipo de violência, quem ela de fato afeta e quais camadas sociais são atingidas por este tipo de violência.

A presente pesquisa observou que, ainda que seja multidimensional, polifônica e recheada de controvérsias, a violência obstétrica atinge mulheres que querem ser ouvidas, querem dar significado ao termo, e são parte da vivência dos aspectos que esta violência abarca em seu peso significativo.

Parindo, muitas mulheres são silenciadas, expostas ao medo, violentadas fisicamente e verbalmente e expostas ao luto de seus próprios filhos sem direito a maiores explicações ou acolhimento.

A partir da construção dos aspectos que caracterizam a violência narrada por estas mulheres, esta pesquisa mostra como as próprias viventes deste processo estão narrando, categorizando e dando vida a um termo que permanece polissêmico e necessitado de maior categorização para que seja enfrentado em suas diversas nuances segmentadas.

O intuito desta pesquisa foi demonstrar como a violência obstétrica, mesmo estando inserida em contextos de outros tipos de violência, como a violência de gênero e institucional, pode diferenciar-se em categorias e aspectos únicos que sofrem influência de aspectos pessoalmente relacionados com as mulheres protagonistas destes partos. Uma vez entendido isso, torna-se uma espécie de re-silenciamento o não ouvir estas mulheres viventes, especialmente quando tenta-se trazer uma definição para a violência obstétrica.

Por fim, a dor do parto como categoria subjetiva demonstra como algumas falácias advindas de novos movimentos de humanização do parto desconsideram os desejos e os sentimentos de diversas mulheres que não desejam parir com dor.

Todas estas esferas mostram como a generalização sobre aquilo que "é ou não é" violência obstétrica tem tornado nebulosa a discussão sobre os aspectos deste tipo de violência, o que torna urgente a necessidade de abarcar áreas diversas, tal qual a antropologia para a discussão destes novos cenários.

A partir das falas das interlocutoras presentes neste trabalho, almeja-se que os órgãos de saúde, sociedade civil e acadêmica possam olhar com maior consideração aos fatos narrados por estas mulheres, trazendo assim uma humanização do parto que possa ser debatida a partir das lentes interpretativas das vítimas inseridas neste

processo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABU-LUGHOD, L. **The Romance of Resistance: Tracing Transformations of Power Through Bedouin Women**. *Etnólogo Americano*, vol. 17, n.1, p. 41-55. 1990 Disponível em: <[https://is.muni.cz/el/1423/podzim2012/SAN230/um/Abu-Lughod\\_The\\_Romance\\_of\\_Resistance.pdf](https://is.muni.cz/el/1423/podzim2012/SAN230/um/Abu-Lughod_The_Romance_of_Resistance.pdf) >

ABU-LUGHOD, L. REGO, F. C. V. S. DO; DURAZZO, L. **A Escrita contra a cultura**. *Equatorial – Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social*, v. 5, n. 8, p. 193–226, 23 nov. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/equatorial/article/view/15615/12025>

ANUNCIAÇÃO, P. S. (et al). **“Revés de um parto”. Relatos de mulheres que perderam o filho no período neonatal**. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2019, v. 34, n. 12 [Acessado 24 Janeiro 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00190517>

ARRUDA, A. Um atendimento ao parto para fazer ser e nascer. In: **Encontro Nacional de Saúde da Mulher: um direito a ser conquistado**. Brasília, 1989. Quando a paciente é mulher. Relatório. Brasília, Conselho Nacional de Direitos da Mulher/Ministério da Justiça, 1989. P. 35-41.

BECKER, H. Problemas de Interferência e Prova na Observação Participante. In **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. Cap. 2 São Paulo: Hucitec, 1994.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio De Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

\_\_\_\_\_. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, P. WACQUANT, L. **Réponses. Pour une anthropologie réflexive**. Paris: Éditions Du Seuil, 1992.

BOWSER D, HILL K. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth report of a landscape analysis**. Harvard School of Public Health University Research Co., LLC; 2010.

BRAGA, A. Usos e consumos de meios digitais entre participantes de weblogs: uma proposta metodológica. In: **Anais Do 16° Encontro Anual Da Compós**, 2007, Curitiba. Disponível em: < <https://proceedings.science/compos/compos-2007/trabalhos/usos-e-consumos-de-meios-digitais-entre-participantes-de-weblogs-uma-proposta-me?lang=pt-br> > Acesso em: 28 jul. 2023.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de Parto e Políticas do Corpo. Uma Etnografia de Práticas Femininas de Parto Humanizado**. Universidade Estadual de Campinas: São Paulo, 2011.

\_\_\_\_\_. “De perto e de longe do que seria natural, mais natural e/ou humanizado: uma etnografia de grupos de preparo para o parto”. In: FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline (Orgs.). **Etnografias em serviços de saúde Rio de Janeiro**. Editora Garamond, 2014.

CARTA CAPITAL. **O Nascimento da Pílula**. Rev: Carta Capital, 2016.

CHADWICK, R. **Breaking the frame. Obstetric violence and epistemic rupture**. 2021. Disponível em: <https://doi.org/jf98>

CHAVES, H. **Hipertensão do Jaleco Branco**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia: Pernambuco, 1996.

CORREIA, S. PETCHESKY, R. **Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 6, n. 1-2, p. 147–177, 1996. Disponível em: [https://rfp.sesc.com.br/moodle/pluginfile.php/7150/mod\\_resource/content/1/Correa\\_Direitos%20Sexuais%20e%20reprodutivas\\_perspectiva%20feminista.pdf](https://rfp.sesc.com.br/moodle/pluginfile.php/7150/mod_resource/content/1/Correa_Direitos%20Sexuais%20e%20reprodutivas_perspectiva%20feminista.pdf) . Acessado em 28 de julho de 2023.

DAVIS-FLOYD, R. GLORIA ST. J. **From Doctor to Healer**. [s.l.] Rutgers University Press, 1998.

DAVIS FLOYD, R. **Birth as an American Rite of Passage**. Berkeley / Los Angeles: University of California Press, 2003.



1989.

DIAS, F. N. **O medo enquanto emoção social. Contributos para uma sociologia das emoções.** Fórum Sociológico, 2006.

DINIZ, C. S. G. (et al.) **A vagina-escola. Seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 20, n. 56, p. 253–259, jan. 2016.

\_\_\_\_\_. **Humanização da assistência ao parto no Brasil. Os muitos sentidos de um movimento.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 627–637, jul. 2005.

\_\_\_\_\_. (et al.) **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para a sua prevenção.** J Hum Growth Dev: 2015

ECKERT, C. ROCHA, A. L. C. DA. **Etnografia: Saberes e Práticas.** Iluminuras, v. 9, n. 21, 4 set. 2008.

ELIAS, N. **O processo civilizador I.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I. A Vontade de Saber.** Rio de Janeiro: Graal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir. Nascimento da prisão.** Petrópolis: Vozes, 2011.

FRIGO, J. (et al) **Episiotomia: (Des)Conhecimento Sobre O Procedimento Sob A Ótica Da Mulher.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. Vol. 6, n.2, pp. 05-10, (Mar – Mai 2014).

HAGUETE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** Petrópolis: Vozes, 1992.

HINE, C. (et al) **A internet 3E. Uma internet incorporada, corporificada e cotidiana.** Cadernos De Campo: São Paulo, 1991.

JORDAN, B. Birth in Four Cultures. A Cross-Cultural Investigation in **Yucatán, Holland, Sweden and the United States**. 4th ed. Prospect Heights, Waveland Press, 1979.

KITZINGER, S. The sexuality of birth, pp. 209-218. In S Kitzinger (ed.). **Womens experience of sex** Penguin, Nova York, 1985.

LEÃO, M. C; BASTOS, M. **Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto. Experiência do Hospital Sofia Feldman**. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2001. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000300014>

LEVI-STRAUSS. C. **As estruturas elementares do parentesco**. Petrópolis: Vozes, 1982.

LOWENKRON, L. **O monstro contemporâneo: a construção social da pedofilia em múltiplos planos**. Rio de Janeiro, Eduerj/Clam, 2015.

MARTIN, E. **A mulher no corpo. Uma análise cultural da reprodução**. [s.l: s.n.].

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**.

20 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/jnzhd/pdf/martins-9788575414514.pdf>

MAUSS, M. "Les techniques du corps", *Journal de Psychologie*, XXXII, ne, 3-4, 15 mars - 15 avril 1936.

MENDONCA, S. S. **Parir na Maria Amélia. Uma etnografia dos dilemas, possibilidades e disputas da humanização em uma maternidade pública carioca**. 2018.

MILTENBURG, S. A. (et al.) **Desrespeito e abuso no cuidado à maternidade. Consequências individuais da violência estrutural**. Reproductive Health Matters, v.26, nº 53, p.88-106, 2018.

MINAYO, M. C. DE S. **Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais**. Revista de Saúde Pública, v. 25, n. 3, p. 233–238, jun. 1991.

MIRANDA, G. R. S. H (*et al.*) **Perfil epidemiológico de mulheres que sofreram violência obstétrica. Estudo transversal.** Rev Saúde Coletiva. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i67p6899-6910>

MORGAN, G. **Images of organization.** Newbury Park: Sage, 1986.

MOTT, M. L. **Assistência ao parto: do domicílio ao hospital.** Projeto História, v.25, p.197-219, 2002.

NEWTON. **Posicionamento FEBRASGO contra o termo violência obstétrica.** Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1435-posicionamentofebrasgo-contra-violencia-obstetrica#:~:text=Todas%20as%20mulheres%20t%C3%AAm%20direito> >. Acesso em: 28 jul. 2023.

NOBRE, J. C. de A. (et al) **Corpo e saúde: uma controvertida produção coletiva.** Cadernos UniFOA, Volta Redonda, n. 31, p. 59-73, ago, 2016.

OLIVEIRA, E. M. **Nosso corpo nos pertence: uma reflexão pós anos 70.** Labrys, Estudos Feministas, jan./jul., 2005

PEARSON, A. JORDAN, Z. MUNN, Z. **Translational Science and Evidence-Based Healthcare: A Clarification and Reconceptualization of How Knowledge Is Generated and Used in Healthcare.** Nursing Research and Practice. v. 2012, p. 1–6, 2012.

PICKLES, C. **Eliminating abusive “care”. A criminal law response to obstetric violence in South Africa.** South African Crime Quarterly, v. 54, p. 5–16, 18 dez. 2015.

PULHEZ, M. M. “Parem a violência obstétrica: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto”. In: **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, vol. 12, nº 35, agosto de 2013, p. 544-564.

PULHEZ, M. M. **Violência obstétrica no Brasil: controvérsias em torno de um conceito.**

CSONline – **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Juiz de Fora, n. 33, 2021.

Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/31695> .

ROCHA, B. F. D. "**Mães na Luta Contra a Violência Obstétrica: A Dor do Parto Transformada em Movimento Social**". 2021.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**. [s.l.] SciELO - Editora FIOCRUZ, 2001.

SANTOS, R. C. S. SANTOS, R. G. **Fatores relacionados com a prática da episiotomia no Brasil. Revisão de literatura**. Estação Científica (UNIFAP), v. 6, n. 2, p. 43, 24 out. 2016.

SCHIEBINGER, L. **Has feminism changed science?** Cambridge, Harvard University Press, 1999.

SENA, L. M. TESSER, C. D. **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães. Relato de duas experiências**. Interface, Botucatu, SP, v. 21, n. 60, p. 209-220, jan.-mar. 2017.

SEZIA, P. Violencia Obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. In: QUATTROCCHI, Patrizia; MAGNONE, Natalia. (Org.). **Violencia Obstétrica em América Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias**. Remedios de Escalada. De la UNLa – Universidad Nacional de Lanús, 2020. p. 3-29

SOLNIT, R. **A mãe de todas as perguntas**. [s.l: s.n.].

TEIXEIRA N. Z. F. PEREIRA W. R. **Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a04.pdf>

TORNQUIST, C.S. **Parto e poder. O movimento pela humanização do parto no Brasil**. 2004.

\_\_\_\_\_. **Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, p. S419–S427, 2003.

VAN DER WALL, *et al.* **Obstetric violence within students' rite of passage. The reproduction of the obstetric subject and its racialised(m)other.** *Agenda*, v.25, p36-53, 2021.

VAN GENNEP, A. **Os ritos de passagem.** Petrópolis: Vozes, 1978

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino.** [s.l: n.].

WEBER, Max. "A política como vocação". **Ensaio de Sociologia** 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982.

WHO. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** 2014. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3)

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