

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL  
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL

PAULA GABRIELLE NASCIMENTO RICIO

**O PARTEJAR EM UMA SOCIEDADE PATRIARCAL,  
RACISTA E CAPITALISTA: DESVENDANDO UMA  
VIOLÊNCIA**

VITÓRIA

2020

# **O partejar em uma sociedade patriarcal, racista e capitalista: desvendando uma violência**

**Paula Gabrielle Nascimento Ricio**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Política Social.**

**Aprovada em 11/08/2020 por:**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Soraya Gama de Ataíde Prescholdt - Orientadora, UFES**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Livia de Cássia Godoi Moraes, UFES**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gilsa Helena Barcelos, UFES**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ângela Maria Caulyt Santos da Silva, EMESCAM**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
Vitória, Agosto de 2020**

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

R538p Ricio, Paula Gabrielle, Nascimento, 1989-  
O partejar em uma sociedade patriarcal, racista e capitalista: desvendando uma violência. / Paula Gabrielle, Nascimento Ricio. - 2020.  
164 f. : il.

Orientadora: Soraya Gama Prescholdt.  
Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

1. Violência contra as mulheres. 2. Parto (Obstetrícia). 3. Patriarcado. I. Prescholdt, Soraya Gama. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. III. Título.

CDU: 32

---

Àquela que me pariu, Fátima. E ao fruto do meu parto, Davi.

A todas as mulheres que já pariram e/ou pretendem parir. Em especial, àquelas que sofreram violência durante o parto e àquelas que lutam todos os dias para que a violência obstétrica seja superada.

## AGRADECIMENTOS

*E aprendi que se depende sempre  
De tanta, muita, diferente gente  
Toda pessoa sempre é as marcas  
Das lições diárias de outras tantas pessoas  
(Gonzaguinha)*

Eu não ando só. Cada linha desta dissertação foi escrita não só por mim, mas por tantas outras pessoas que estão aqui dentro de minha alma. Que contribuíram para o que eu sou hoje, e também que me deram apoio físico, emocional e estrutural especialmente ao longo desses dois anos. Cada manifestação de afeto, palavras de incentivo e momentos necessários de descontração foram luzes fundamentais nessa trilha que percorri.

Agradeço a minha mãe, Fátima, fonte de amor e parceira da vida, que há 30 anos me dá todo o suporte que lhe é possível. Mulher forte, que me ensinou desde cedo a questionar e a me indignar com a barbárie social. Obrigada pelo apoio, pela confiança e pelo equilíbrio, no qual me inspiro para seguir em frente.

Ao meu leãozinho, Davi, meu filho-luz, que todo dia me faz olhar mais atentamente para dentro e para fora de mim. O seu nascimento permeado de respeito e afeto abriu meus olhos para o tema que discuto nesta pesquisa. Foi ao identificar o privilégio que tive no meu parto, é que me atentei para as violações que muitas mulheres sofrem durante seu parto, e o quanto é um absurdo o parto de qualidade ser um privilégio.

Aos meus familiares, tias, tios, primos, primas e irmã que me colocam em suas orações diárias, torcendo pelas minhas conquistas.

Gratidão também às minhas amigas, parceiras fiéis que sempre me acolhem da forma que podem e me puxam pra cima com palavras de força e fé, garantindo boas conversas e risadas. Em especial agradeço a Cinthia, carinhosamente chamada por mim de orientadora, que leu e releu minha dissertação inúmeras vezes, ajudando a alinhar o texto quando eu não conseguia perceber mais os erros e me ajudando a adensar o debate de política de saúde. À Mari, minha eterna dupla de TCC, que

sempre que precisei topou conversar comigo para ordenar as informações que estavam na minha cabeça. À Su, que contribuiu com seus questionamentos para o aprofundamento do debate de raça. Agradeço, também, a Momo, a Gabi, a Ray, a Jô, a Bia, a Alice, a Nina, a Luma, por sempre estarem disponíveis para meus devaneios e aleatoriedades. Ter vocês na minha vida, sem dúvida, deixou esse período mais leve.

Agradeço a todas as mulheres que se disponibilizaram em participar dessa pesquisa, me emprestando sua história para que eu pudesse ecoá-la em meu estudo. Muito obrigada pela recepção e pela confiança.

À banca examinadora, professoras maravilhosas que fizeram valiosas contribuições na qualificação, colaborando para que eu seguisse um caminho mais assertivo na pesquisa. Muito obrigada, por aceitarem também compor a banca de defesa. Angela, por contribuir com sua experiência em saúde pública e privada, a partir de um percurso percorrido comprometido com a ética, a diversidade e os direitos humanos. Gilsa, sempre muito generosa, que na graduação despertou em mim um olhar feminista para tentar compreender o movimento social ao meu redor, fundamental nessa trilha que percorri e continuarei percorrendo. Lívia, que por meio de suas aulas me trouxe elementos para me aprofundar no debate da tríade patriarcado-racismo-capitalismo. À minha orientadora, por ter me concedido todo o tempo que precisei para dar o último passo, compreendendo as dificuldades de pesquisar sendo mãe solo.

Aos meus colegas de turma e aos professores do Programa de Pós-Graduação de Política Social - UFES, que compartilharam suas experiências e conhecimentos. Em especial à professora Lúcia, por sempre se colocar disponível para acolher as minhas angústias, me ajudando a encontrar alternativas para lidar com as dificuldades da pesquisa. À CAPES, pelo apoio por meio da bolsa de estudos.

*Ubuntu: Eu sou porque nós somos.*

*Vivemos em um mundo infame.  
Um mundo mal nascido.  
Mas existe outro na barriga deste. Esperando.  
Que é um mundo diferente e de parto  
complicado.  
Não é fácil o nascimento, mas com certeza  
pulsa neste mundo em que estamos.  
Um mundo que pode ser pulsando em um  
mundo que é.*

(Eduardo Galeano - 2012)

## RESUMO

Tivemos como objetivo analisar, a partir do relato de mulheres que pariram na região da Grande Vitória - ES, a relação entre violência na assistência ao parto e a sociedade patriarcal, racista e capitalista. Além disso, nos perguntamos como as puérperas que tiveram seus filhos na região da Grande Vitória relatam sua vivência do parto e qual a sua percepção acerca de práticas violentas que marcam a assistência ao parto. Para atingir esse objetivo e responder ao problema da em questão, realizamos uma pesquisa qualitativa utilizando três técnicas: revisão bibliográfica, pesquisa de campo e pesquisa documental. A pesquisa documental consistiu na análise de documentos do Ministério da Saúde, bem como de dados oferecidos pelo Datasus e pelo IBGE. Na pesquisa de campo, optamos em aplicar entrevista semi-estruturada e tivemos uma amostra final de 24 mulheres puérperas da região da Grande Vitória - ES, selecionadas por meio da técnica de Bola de Neve. Os dados obtidos foram trabalhados a partir da técnica de análise de conteúdo, em uma perspectiva materialista-histórica-dialética. Demonstramos como o sistema patriarcal, enquanto um sistema que oprime e subjuga a mulher, forneceu subsídios para que a sexualidade feminina e a reprodução humana deixassem de ser controladas pelas mulheres e passassem ao controle do Estado e da ideologia dominante masculina. Em meio à dominação e controle patriarcal, o partear se caracterizou como um evento centrado na figura do médico e de seus interesses. Apresentamos, portanto, como a supremacia da racionalidade técnica, bem como a lógica produtivista e mercadológica que atualmente vigoram em nossa sociedade interferem em um parto seguro, respeitoso e de qualidade. Os dados obtidos revelaram um alto índice de intervenções no parto, entretanto, em geral, tais mulheres não questionaram as intervenções e saíram aliviadas do hospital por estarem com seu bebê saudável no colo. Isso dificulta o reconhecimento da violência obstétrica, na medida em que muitas mulheres não se dão conta de que foram submetidas a procedimentos inadequados. Dentre as 24 mulheres entrevistadas, quatro identificaram que sofreram violência, o que corresponde a 16% da amostra total. Importante destacar, que as quatro são negras, tendo duas se declarado pretas e duas pardas. Identificamos que as quatro participantes que



consideraram que sofreram violência obstétrica são negras, denunciando, junto com outros estudos a discriminação racial presente na assistência ao parto.

**Palavras-chave:** Parto. Violência obstétrica. Violência contra a mulher. Patriarcado. Racismo. Política Social.

## **ABSTRACT**

We analyzed, from the report of women who had given birth in the region of Grande Vitória - ES, the relationship between violence in childbirth assistance and the patriarchal, racist and capitalist society. For that, we used three research techniques: bibliographic review, field research and documentary research. The documentary research consisted of analyzing documents from the Ministry of Health, as well as data offered by Datasus and IBGE. In the field research, we opted to apply semi-structured interviews and we had a final sample of 24 puerperal women from the region of Grande Vitória - ES, selected through the Snowball technique. The data obtained were worked from the content analysis technique, in a materialist-historical-dialectic perspective. We demonstrate how the patriarchal system, as a system that oppresses and subjugates women, provided subsidies so that female sexuality and human reproduction ceased to be controlled by women and passed to the control of the state and the dominant male ideology. In the midst of patriarchal domination and control, midwifery was characterized as an event centered on the figure of the doctor and his interests. We present, therefore, how the supremacy of technical rationality, as well as the productivist and market logic that currently prevail in our society, interfere in a safe, respectful and quality delivery. We revealed that there was a high rate of birth interventions among the women interviewed, however, in general, such women did not question the interventions and left the hospital relieved to have their healthy baby on their lap. This makes it difficult to recognize obstetric violence, as many women are unaware that they have been subjected to inappropriate procedures. Among the 24 women interviewed, four identified that they suffered violence, which corresponds to 16% of the total sample. It is important to highlight that the four are black, with two declaring themselves black and two brown. We identified that the four participants who considered that they suffered obstetric violence are black, denouncing, along with other studies, the racial discrimination present in childbirth care.

**Key-words:** Childbirth. Obstetric violence. Violence against women. Patriarchy. Racism. Social Policy.

## LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

<b>Gráfico 1</b>	Publicação sobre violência obstétrica por período.	21
<b>Figura 1</b>	Composição da amostra da pesquisa	37
<b>Gráfico 2</b>	Porcentagem do parto cesárea por região no Brasil (1994-2018).	63
<b>Figura 2</b>	Mapa do Brasil com a taxa de cesárea por região	65
<b>Gráfico 3</b>	Porcentagem de parto domiciliar por região, no Brasil (2018).	65
<b>Gráfico 4</b>	Porcentagem de parto hospitalar, por região, no Brasil (2018).	65
<b>Gráfico 5</b>	Porcentagem de parto em aldeia indígena por região, no Brasil (2018).	66
<b>Gráfico 6</b>	Número de partos cesarianas no Brasil (2018)	67
<b>Gráfico 7</b>	Números de partos cesarianas no Espírito Santo (2018)	69
<b>Gráfico 8</b>	Faixa etária das mulheres entrevistadas	96
<b>Gráfico 9</b>	Taxa de fecundidade das mulheres entrevistadas	97
<b>Gráfico 10</b>	Cor declarada das mulheres entrevistadas	97
<b>Gráfico 11</b>	Escolaridade x Renda das mulheres entrevistadas	99
<b>Gráfico 12</b>	Escolaridade x Cor das mulheres entrevistadas (%)	100
<b>Gráfico 13</b>	Via de parto x Local do parto das mulheres entrevistadas	101
<b>Gráfico 14</b>	Local de parto x Cor/etnia das mulheres entrevistadas	102

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
VO	Violência Obstétrica
OMS	Organização Mundial da Saúde
Datusus	Departamento de Informática do SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SMS	Short Message Service
ES	Espírito Santo
ADOULES	Associação de Doulas do Espírito Santo
MS	Ministério da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SUS	Sistema Único de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UCI	Unidade de cuidados intermediários
REHUNA	Rede de Humanização pelo Parto e Nascimento
CRM	Conselho Regional de Medicina

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1	ASPECTOS METODOLÓGICOS .....	27
<b>2</b>	<b>O ENCONTRO VORAZ DO PATRIARCADO COM O CAPITALISMO</b> .....	32
2.1	O PATRIARCADO NOSSO DE CADA DIA .....	32
2.2	A MULHER NA SOCIEDADE CAPITALISTA .....	40
2.3	CONTROLE DA SEXUALIDADE FEMININA E DE SEUS DIREITOS REPRODUTIVOS .....	46
<b>3</b>	<b>O PARTO NA SOCIEDADE BRASILEIRA</b> .....	56
3.1	PARIR NO BRASIL - UMA ANÁLISE DOS DADOS DISPONÍVEIS NO DATASUS .....	62
3.2	PARTO COMO MERCADORIA E PARTO COMO DIREITO .....	70
3.3	VIOLÊNCIA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO .....	81
<b>4</b>	<b>“É PRECISO OUVIR AS MULHERES E ECOAR SUAS VOZES” - ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS</b> .....	94
4.1	QUEM SÃO ELAS? PERFIL E DADOS SOCIOECONÔMICOS DAS MULHERES ENTREVISTADAS .....	95
4.2	A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO .....	102
4.2.1	<b>“Medo, que dá medo do medo que dá”: A assistência ao parto hospitalar - intervenções realizadas e o contato com o profissional</b> .....	105
4.2.2	<b>Reflexos da cor/etnia na assistência ao parto</b> .....	119
4.3	EU VEJO, EU OUÇO, EU SINTO: PERCEPÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....	125
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	135
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	141
	<b>GLOSSÁRIO</b> .....	157

<b>APÊNDICES .....</b>	<b>158</b>
<b>APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) .</b>	<b>158</b>
<b>APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semi-estruturada .....</b>	<b>162</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>164</b>
<b>ANEXO A - Parecer CEP UFES .....</b>	<b>164</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse em discutir violência na assistência ao parto é proveniente de dois momentos, relacionados à minha trajetória pessoal e profissional. Quanto ao aspecto pessoal, surgiu ao protagonizar o processo de meu parto, em que me foi possível vivenciá-lo com segurança e com respeito da equipe profissional que me assistiu, considerando meus desejos e minhas decisões. Essa vivência de um parto acolhedor e amistoso suscitou em mim a necessidade de falar mais sobre o processo de parto, especificamente, considerando que em nossa sociedade a violação de direitos e a violência contra a mulher são generalizadas e naturalizadas (AGUIAR, 2010; DECARLI, 2017; SANTOS, 2016).

Meu desejo pessoal foi acentuado a partir de minha atuação enquanto residente de Serviço Social na maternidade e na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), localizado no município de Vitória, por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), no período de março a setembro de 2017. Nesse período, ao atender gestantes e puérperas<sup>1</sup> que ali se internaram, surgiram várias inquietações referentes à forma com que as mulheres lidavam com o que ocorria em seus partos. Tais inquietações me levaram ao entendimento de que o fenômeno da violência obstétrica está naturalizado tanto entre os profissionais de saúde, quanto entre as mulheres assistidas.

Envolvida com a vivência no meu cotidiano profissional, optei por realizar meu Trabalho de Conclusão de Residência (TCR)<sup>2</sup> com esta temática tendo como questão norteadora: “qual o debate científico produzido acerca da violência obstétrica, em maternidades do Brasil, entre os anos 2000 a 2017?”. Através de uma revisão integrativa, foi possível detectar um aumento na produção científica acerca

---

<sup>1</sup> Puérperas são as mulheres que pariram recentemente e ainda vivenciam o pós-parto.

<sup>2</sup> Trabalho de Conclusão de Curso no Programa de residência multiprofissional em atenção à saúde da criança e do adolescente - UFES, intitulado: “Violência Obstétrica: um olhar da literatura científica”.

do tema, além de identificar duas categorias principais relacionadas ao debate da violência obstétrica: 1) exercício da autoridade/poder dos profissionais de saúde e 2) violência contra a mulher.

Também foi possível observar que as produções que faziam um recorte de gênero e tratavam a violência obstétrica como violência contra a mulher, ainda apresentavam algumas lacunas, entre estas, a carência de uma maior problematização da violência obstétrica e sua relação com a dinâmica de reprodução das relações sociais numa sociedade baseada no modo de produção capitalista, ou seja, partimos do pressuposto de que a violência obstétrica pode ser consequência de um modo de reprodução social das relações, que foi construído e desenvolvido historicamente. Assim, situamos o foco de nossa pesquisa: a relação entre violência obstétrica e os determinantes das relações sociais na sociedade capitalista contemporânea.

Importante colocar, também, que meu TCR permitiu perceber nas produções analisadas, que o termo Violência Obstétrica é utilizado para demarcar a violência que ocorre desde a primeira consulta de pré-natal - ou da impossibilidade de ir à consulta - até o pós parto, na assistência à puérpera e ao bebê (OMS, 2014; SANTOS, R.P.S., 2016; AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F., 2011). Nesse sentido, para este estudo, restringimos a análise da coleta de dados ao momento do parto, ou seja, a partir do início do trabalho de parto até a alta da parturiente. Por esse motivo, utilizaremos o termo **“Violência na assistência ao parto”** ao discutir os nossos dados coletados. No entanto, ao longo da abordagem teórica, faremos uso da expressão Violência Obstétrica (VO), pois contempla o momento estudado, ou seja, a Violência na Assistência ao Parto compõe a Violência Obstétrica.

Para tratarmos de Violência na assistência ao parto utilizaremos a definição de Violência Obstétrica expressa na Lei Orgânica da Venezuela<sup>3</sup>, na medida em que ainda não há um consenso mundial do conceito desse fenômeno. Desse modo, entendemos que a violência obstétrica é uma forma de apropriação - e invasão - do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, gerando perda da autonomia feminina, o que impossibilita o livre arbítrio sobre seus corpos e sua sexualidade

---

<sup>3</sup> Em 2007, a Venezuela aprovou a Lei Orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida sem violência, sendo o primeiro país a tipificar a violência obstétrica na América Latina.



(VENEZUELA, 2007). Compreendemos, ainda, que tal violência pode ocorrer desde o pré-parto, na gestação, até o pós-parto (puerpério), incluindo-se, aqui, os casos de abortamento. Além disso, é importante frisar que a violência obstétrica pode ser perpetrada por qualquer profissional que atenda a parturiente, desde sua internação, até o momento da alta.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 2014), mulheres do mundo inteiro sofrem abusos, desrespeitos e maus-tratos durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. A OMS aponta a dificuldade em se chegar a um consenso internacional de como “[...] esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos [...]” (OMS, 2014, p. 2), o que, por consequência, contribui para a invisibilidade do fenômeno.

Em 2015 foi publicada uma revisão sistemática de estudos com a temática da violência na hora do parto em 34 países, e mostrou que, em vários contextos no mundo, a vivência do parto de mulheres nas instituições de saúde é marcada por “casos de maus-tratos, incluindo abuso físico e verbal, falta de cuidados de apoio, negligência, discriminação e negação de autonomia” (BOHREN et al., 2015).

Diniz et al. (2015) apontam que, apesar da temática da violência obstétrica ser relativamente recente no campo científico, este fenômeno já foi registrado anteriormente em outros momentos. Elas trazem, como exemplo, uma matéria intitulada “Crueldade nas maternidades” publicada pela Ladies Home Journal, uma revista para mulheres nos Estados Unidos da América, na década de 1950. Essa matéria “[...] descrevia como tortura o tratamento recebido pelas parturientes” (DINIZ et al., 2015, p.2). E não era um problema pontual do continente americano: as autoras mencionam, também, a Europa, sinalizando a criação da Sociedade Para Prevenção da Crueldade Contra as Grávidas, no Reino Unido, em 1958.

Em 2010, realizou-se no Brasil uma pesquisa nacional pela Fundação Perseu Abramo (2010, p.173) denominada **Mulheres Brasileiras e gênero nos espaços público e privado**, a qual demonstrou que 25% das mulheres relataram ter sofrido algum tipo de violência obstétrica no atendimento ao parto. Entendemos, entretanto, que a porcentagem pode ser muito maior, na medida em que há um

desconhecimento e um desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher<sup>4</sup>, tanto pelos profissionais de saúde, quanto pelas mulheres, as quais, em algumas situações, nem percebem que sofreram violência obstétrica e por consequência não declaram ter sido vítima da mesma, caracterizando uma subnotificação de tal violência (ALVARENGA; KALIL, 2016). Tal pesquisa, entretanto, foi um marco para iniciar o processo de visibilidade ao fenômeno da violência obstétrica no país. Desde a divulgação de seus resultados, o número de estudos científicos acerca da violência obstétrica vem aumentando a cada ano com o intuito de investigar e avaliar a incidência desta violência.

Concomitante a esse processo de visibilidade, em 2014, a OMS se posicionou reconhecendo a violência obstétrica enquanto uma violação dos direitos humanos, e publicou uma declaração intitulada **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**, com o intuito de convocar “maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos” (OMS, 2014, p.1).

Neste documento, a OMS (2014) propõe cinco medidas que sintetizamos abaixo:

A primeira medida convoca a academia a produzir conhecimento acerca da temática para conseguir definir e medir com mais contundência este fenômeno, facilitando o combate a ele. É nesse sentido, que nossa proposta de dissertação se insere.

Além disso, a segunda medida indica que é mister propor ações que possibilitem mudanças nas condutas dos profissionais de saúde. Aqui nos lembramos de Sérgio Arouca e sua referência ao Sistema Único de Saúde (SUS). Parafraseando Arouca, não basta propor ações, mas estas precisam ser reconhecidas como boas e desejadas pelas mulheres. Só assim, asseguramos a mudança efetiva.

A OMS nos lembra, também, que precisamos criar mecanismos - tais como plataformas - para dar visibilidade às propostas e ações que possam ajudar os

---

<sup>4</sup> A Conferência Internacional da Organização das Nações Unidas (ONU), realizada em Cairo, em 1994, definiu direitos sexuais e reprodutivos como: “reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência” (BRASIL, 2005a, p. 7).

defensores dos direitos das mulheres a aumentar o nível de conscientização em meio à população. Esses mecanismos de visibilidade precisam, também, identificar, pesquisar e documentar os serviços de saúde que oferecem assistência respeitosa às parturientes.

E, por fim, essa é uma tarefa que envolve a todos. Logo, a OMS convoca as entidades e toda a população em geral para identificar e relatar as formas de violência buscando contribuir para a eliminação das práticas de desrespeito e maus tratos às mulheres em suas vivências do parto (OMS, 2014).

Indo ao encontro das medidas propostas pela OMS, além da pesquisa nacional realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, foi realizada, também no Brasil, entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, uma pesquisa denominada **Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento**, que dentre outros objetivos, buscou “estimar a prevalência de cesarianas e outras intervenções obstétricas e neonatais” (ENSP, 2012, n.p.). Dentre os principais resultados, tem-se que a prevalência da cesárea é de 88% dos partos no setor privado e 46% dos partos no SUS. A OMS sugere que a cesárea não ultrapasse o índice de 15% no país. Essa pesquisa indicou, também, o alto índice de intervenções médicas não só no parto cesárea, como no parto vaginal. Leal et al. (2014a), responsáveis pela pesquisa, encontram o índice de realização de mais de 50% de episiotomia<sup>5</sup>; de ocorrência de 92% de partos normais com as mulheres em posição horizontal (litotomia), sendo que já é comprovado que o melhor para a mulher e para o bebê é a posição vertical; realização em 37% das parturientes da manobra de Kristeller<sup>6</sup>, dentre outras intervenções.

Tais práticas sociais são marcadas por um nó existente entre as relações de gênero,

---

<sup>5</sup> A episiotomia é uma cirurgia caracterizada por corte na região do períneo realizado pelo médico para ampliar o canal do parto. Leal et al. (2014a, p. 22) aponta que “essa prática foi incorporada à rotina da assistência obstétrica sem que nenhum trabalho que avaliasse seus riscos e benefícios tivesse sido realizado. Contudo, estudos controlados demonstram que a episiotomia aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e hemorragia, sem diminuir as complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal.”

<sup>6</sup> Trata-se de uma manobra condenada pela OMS, que “consiste em pressionar a parte superior do útero para facilitar (e acelerar) a saída do bebê, o que pode causar lesões graves, como deslocamento de placenta, fratura de costelas e traumas encefálicos”(REVISTA CRESCER, 2017, n.p.).

classe e raça. Saffioti (2015) afirma que este nó “formado por essas três contradições, apresenta uma qualidade distinta das determinações que o integram” (SAFFIOTI, 2015, p. 122). Isso significa que a experiência das mulheres é vivida de diferentes maneiras de acordo com sua classe social e sua raça.

Nesse sentido, admite-se que a violência na assistência ao parto atinge mulheres de todas as classes sociais, entretanto, há um diferencial quando se trata das mulheres negras e de classes subalternas. Leal et al. (2014a) apontam que enquanto mulheres da elite sofrem violência obstétrica em função do uso excessivo e desnecessário da tecnologia médica, como por exemplo a cesárea sem indicação médica, as mulheres de classe subalterna sofrem com um maior uso de procedimentos dolorosos, como a manobra de kristeller ou o uso da ocitocina sintética<sup>7</sup> para aceleração do parto. Acrescentamos, ainda, a política de esterilização que atinge, principalmente, as mulheres desta última classe (CARNEIRO, 2011; BRASIL, 1993).

Importante destacar que Andrade et al. (2016, p. 35) apontam uma associação expressiva entre o grau de instrução da mulher e a ocorrência da violência obstétrica, entendendo que quanto menor o grau de instrução, maior a possibilidade de ocorrência de violência obstétrica, pois elas têm menos acesso à informação e ao conhecimento de seus direitos. Em consonância a isso, temos a pesquisa já citada da Fundação Perseu Abramo que demonstra, também, uma porcentagem maior de mulheres vítimas de violência obstétrica que tiveram seu parto no SUS em relação à rede privada (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010, p. 174).

No que diz respeito às mulheres negras, Coutinho (2015) demarca que a violência obstétrica é ainda mais complexa, pois, associada à discriminação de sexo no atendimento às mulheres gestantes e puérperas, há a discriminação de raça, a qual produz graves efeitos na saúde das mulheres negras. “O racismo resulta em violência obstétrica, morte e dor. E expõe a ‘desassistência da cor’. A mortalidade materna entre elas é sete vezes maior do que nas brancas” (COUTINHO, 2015, p. 1). A mulher negra é vista pela sociedade como aquela que aguenta mais dor, e,

---

<sup>7</sup> É um medicamento indicado para indução do parto por razões médicas, quando ocorre alguma intercorrência no parto ou no pós parto sendo dispensável em mulheres com parto de risco habitual.

portanto, pode ficar mais tempo sem qualquer tipo de assistência. Sem contar com o preconceito com o qual são tratadas ao serem admitidas nas instituições - quando conseguem admissão (DOMINGUES et al., 2013).

Há um entendimento, na sociedade de forma geral, de que a violência obstétrica ocorre em decorrência de, principalmente, três fatores: a formação dos profissionais de saúde, a superlotação das instituições e a falta de preparo das mulheres para o momento do parto (ZORZAM et al., 2012). Identificamos, ainda, a justificativa no modelo hospitalocêntrico, focado na Atenção Especializada, bem como na Urgência e Emergência, e intervencionista que prevalece no sistema de saúde hoje (LEAL et al., 2014). Tais pontos são importantes para a discussão, entretanto, entende-se aqui que são apenas aparência de um fenômeno muito maior, repleto de contradições. Admite-se que a violência obstétrica é uma das manifestações da violência contra a mulher. Nesse sentido, para compreender este fenômeno, deve-se fazer uma análise partindo do universal, entendendo-o em sua totalidade, buscando a mediação para identificar as determinações do fenômeno em questão. A violência obstétrica, portanto, será analisada, neste trabalho, como fruto de uma sociedade patriarcal, racista e capitalista. Não é possível falar em violência obstétrica sem considerar o trinômio: sexo, raça e classe.

Entendemos que a violência obstétrica - enquanto violência contra a mulher - tem como base uma construção histórico-social ancorada no patriarcado, no racismo e no capitalismo, caracterizado pela dominação e exploração de classe e pela submissão à lógica do mercado (SANTOS, 2016; DECARLI, 2017).

Dessa forma, esse trabalho tem como objetivo geral **analisar, a partir do relato de mulheres que pariram na Região da Grande Vitória - ES, a relação entre violência na assistência ao parto e a sociedade patriarcal, racista e capitalista.** Para alcançar tal objetivo foram traçados outros, específicos, quais sejam:

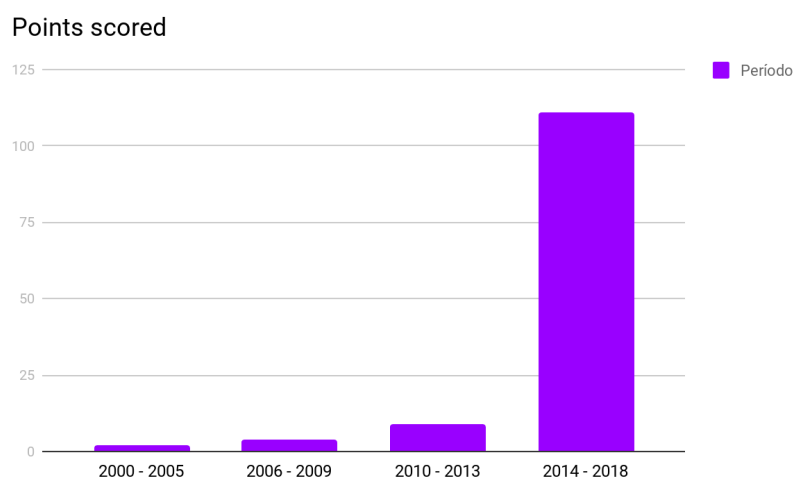
- Identificar, a partir de pesquisa bibliográfica, os determinantes da construção sócio-histórica da intervenção da medicina sobre o parto, bem como os elementos que perpassam a violência na assistência ao parto na sociedade capitalista contemporânea;

- Analisar as variáveis raça/etnia e como se relacionam com a violência na assistência ao parto;
- Problematizar, a partir dos relatos das mulheres entrevistadas, a violência na assistência ao parto, destacando a centralidade do patriarcado, do racismo e do modo de produção capitalista no debate.

Ao iniciar o processo de pesquisa, realizamos um levantamento bibliográfico para identificar o que já foi produzido sobre o tema. Fizemos, então, buscas no banco de dados Scielo, no Portal de periódicos da CAPES, na Bireme, na Pubmed, no Banco de Teses e Dissertações e no Catálogo de teses e dissertações da CAPES, com os descritores: “Violência Institucional” e maternidades; “Violência Institucional” e maternagem; “Violência Institucional” e maternidade; “Violência Institucional” e mulher; “Violência Institucional” e hospital; e “Violência Obstétrica”. Importante pontuar que no Catálogo de teses e dissertações da CAPES foram usados também apenas os descritores “Violência Institucional” e “Violência Obstétrica”, em função de não ser possível filtrar mais as pesquisas.

Foram identificadas 686 produções. Excluindo-se os trabalhos repetidos e cujos títulos destoam do tema proposto, restaram 144 produções para a leitura dos resumos. Após essa leitura constatamos que 126 trabalhos discutiam a temática proposta no estudo.

Verificamos que as produções acerca da violência obstétrica aumentaram de forma considerável, principalmente nos últimos 3 anos. Entre os anos 2000 e 2005, foram publicados apenas dois trabalhos com este tema; entre 2006 e 2009 foram publicados quatro; entre 2010 e 2013, foram nove publicações; e entre os anos 2014 e 2018 foram publicados 111. Isso indica a relevância que este tema obteve diante das incansáveis denúncias e lutas feministas, e após a supracitada declaração da OMS, em 2014. O gráfico 1 (abaixo) demonstra este aumento das produções:

**Gráfico 1 - Publicações sobre Violência Obstétrica por período.**

Fonte: Sistematizado pela autora (2019)

Foi feita, também, uma análise quanto à distribuição geográfica. Identificou-se que a maioria das publicações nacionais foram feitas na região sudeste (38 produções) com concentração no estado de São Paulo (18 produções), e no estado do Rio de Janeiro (15 produções). Vale destacar que a região sudeste é também a que concentra o maior número de pesquisadores no Brasil. No Espírito Santo (ES), foi realizada apenas uma pesquisa com este tema, intitulada “Profissões médicas e violência obstétrica: expertises, monopólios, autoridades e medicalização”, cujo objetivo foi verificar como os médicos da instituição investigada lidam com algumas questões que envolvem a problemática da violência obstétrica, tais como a lei do acompanhante ou a episiotomia de rotina (YEIN, 2016). Essa pesquisa discute a prática médica obstétrica marcada pela autoridade cultural e consequente medicalização e monopólio do saber e do mercado, em detrimento das tradicionais parteiras e do protagonismo da mulher no parto. É um trabalho importante, entretanto, destaca o profissional médico, mantendo a parturiente em segundo plano. Diante disso, destacamos a importância de que se desenvolvam mais estudos acerca da violência obstétrica no Espírito Santo.

Quanto à área de conhecimento, analisando as publicações nacionais, há uma

concentração de trabalhos na área das ciências de saúde, com 64 produções, enquanto as ciências humanas e as ciências sociais e aplicadas, juntas, publicaram 29 trabalhos, destacando a Psicologia, que publicou 11 deles. Isso evidencia a necessidade de se ampliar os estudos nas ciências humanas e nas ciências sociais aplicadas, pois, apesar da violência obstétrica ocorrer em setores da saúde, é atravessada por questões sociais, culturais, econômicas e políticas. Entendemos que as ciências humanas e sociais aplicadas podem contribuir para reflexão dessas questões, do ponto de vista teórico e metodológico e que podem impactar na operacionalização das políticas sociais e práticas profissionais, na medida em que possibilitam uma apreensão crítica acerca da realidade social e de suas múltiplas determinações.

Dentre os trabalhos encontrados, apenas três foram publicações provenientes do Serviço Social. Um deles é um artigo intitulado “Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães” (FARIAS; CAVALCANTI, 2012), que faz um recorte da temática a partir do aborto. Os outros dois são dissertações - a propósito, os únicos trabalhos encontrados que discutem a violência obstétrica a partir de determinações do patriarcado, racismo e capitalismo. O primeiro, se intitula “Violência obstétrica no Brasil: uma análise de determinações patriarcais racistas e capitalistas” (SANTOS, 2016) e o segundo, defendido em 2017 é intitulado “O partejar e a violência obstétrica: silenciosa violência e a violência do silêncio” (DECARLI, 2017). São estudos importantes, pois abordam a temática da violência obstétrica, inserindo-a na nossa sociedade em sua totalidade, com determinações históricas e contraditórias. Entretanto, justamente essas pesquisas que se propõem a desvelar o que está na superfície da violência obstétrica, se limitam a pesquisas bibliográficas. Desta forma, nosso estudo avança neste sentido, ao problematizar o tema incluindo os relatos de mulheres que pariram, ou seja, ao abordarmos o tema, buscamos colocar no centro do debate aquelas que devem ser as protagonistas. Consideramos a pesquisa bibliográfica fundamental, pois contribui impreterivelmente para o processo de reflexão. Entretanto, se faz importante analisar as falas das parturientes, buscando na realidade dessas mulheres elementos para compor um olhar mais aprofundado



sobre o debate.

Nossa compreensão se confirma quando identificamos que, apenas 20% dos estudos identificados ouviram e analisaram diretamente as mulheres que sofreram violência obstétrica. Isso demonstra a necessidade de que sejam realizadas mais pesquisas para que essas mulheres tenham a oportunidade de se colocar, devolvendo sua subjetividade no que diz respeito ao seu parto, bem como buscando garantir o protagonismo das mesmas no combate à violência obstétrica, na medida em que não é possível combater uma opressão sem a memória daquelas que foram oprimidas.

Além disso, a partir das pesquisas encontradas, também identificamos que 26 estudos (de diversas áreas do conhecimento, bem como de diferentes regiões e países) utilizaram em sua metodologia a pesquisa qualitativa com utilização de técnicas de entrevistas com as parturientes. Esses artigos, entretanto, não discutem seus resultados articulando-os à sociedade patriarcal, racista e capitalista vigente, que é o que propomos neste trabalho, na perspectiva de apreender a estrutura e a dinâmica do objeto de pesquisa em questão, qual seja **a violência na assistência ao parto**. Essa articulação é necessária, pois de acordo com José Paulo Netto, “a sociedade burguesa é uma totalidade concreta. Não um ‘todo’ constituído por ‘partes’ funcionalmente integradas” (NETTO, 2011, p. 56, grifos do autor).

No que tange à relevância social, este estudo irá defender a centralidade da mulher no parto, bem como desnudar a violência obstétrica, tão invisibilizada e naturalizada na sociedade. Em relação aos profissionais de saúde, mesmo após os últimos anos de discussão acerca do tema, Palharini (2017) evidencia a resistência da categoria médica em admitir a ocorrência de violência obstétrica, defendendo que tal violência ocorre a partir da omissão do Estado, o qual não garante as condições necessárias para um parto seguro. Além disso, ainda de acordo com a autora, a categoria afirma que raros são os casos de violência obstétrica e que, quando ocorrem, são pontuais (PALHARINI, 2017).

No entanto, apesar da negativa da categoria médica quanto à violência praticada por eles, frequentemente há relatos de maus-tratos, xingamentos e abusos psicológicos

cometidos por profissionais de saúde. Tais manifestações de violência são justificadas ou “disfarçadas” de condutas ditas necessárias, muitas delas, inclusive, já classificadas cientificamente como inadequadas e ineficazes, entre elas a episiotomia, já citada anteriormente (ADOULES, 2020).

Em um estudo, realizado por Aguiar et al. (2013), as autoras identificaram a dificuldade do profissional de saúde em reconhecer a violência obstétrica, pois, para alguns deles, tal violência “implicaria a maior gravidade do ato, causador de dano físico ou emocional propositalmente, humilhação intencional e preconceito” (AGUIAR et al., 2013, p. 2292), e as frases jocosas são encaradas, por eles, apenas como uma forma de humor.

Soma-se a essa dificuldade de reconhecimento da violência obstétrica pelo profissional de saúde, o não reconhecimento deste tipo de violência também pela mulher violentada. A sociedade, em geral, acredita e confia que o profissional de saúde detém o saber e por isso não deve ser questionado (FOUCAULT, 1998; SANTOS, 2016, AGUIAR, 2010). Além disso, há o entendimento de que o sofrimento do parto é algo natural (ALVARENGA; KALIL, 2016) e isso camufla ainda mais a violência sofrida pelas parturientes.

Segundo a Associação de Doulas do Espírito Santo (ADOULES) (2020), o ocultamento do tema também está relacionado à dificuldade das mulheres em falar sobre a violência sofrida, já que a violência obstétrica deixa sequelas psicológicas semelhantes aos traumas apresentados por mulheres que foram vítimas de violência sexual.

Este cenário de não reconhecimento e naturalização de práticas que caracterizam a violência obstétrica, aliada à responsabilização individual da mulher pela violência sofrida ou, ainda, a justificativa da classe médica na responsabilidade do Estado pelas práticas violentas na assistência ao parto, em função da má infra-estrutura ofertada, constroem e perpetuam a invisibilidade do debate sobre violência obstétrica (ADOULES, 2020). Por isso, é preciso lançar luz às práticas de violação de direitos na assistência ao parto.

Nesse sentido, nosso estudo também se mostra socialmente relevante enquanto instrumento auxiliar no enfrentamento à invisibilidade de condutas que, diariamente, violentam mulheres. Nossa análise poderá contribuir com as políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil. Entendemos, também, a importância desse objeto para auxiliar o processo de formação profissional e atuação do assistente social, na medida que tal profissional tem como base ética o empenho à eliminação de toda forma de arbítrio, preconceito e discriminação, além de um “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população” (CFESS, 1993, p. 24).

Importante pontuar também, a ascensão das ideias reacionárias e fundamentalistas que marcaram as eleições presidenciais do Brasil no ano de 2018 e que são reforçadas cotidianamente pelo atual governo. Estamos vivenciando uma conjuntura política de retrocessos que, indiscutivelmente, atinge as mulheres e, sobretudo, as mulheres negras. A ministra da mulher, da família e dos direitos humanos, Sr<sup>a</sup> Damares Alves, por exemplo, defende que mulher nasce para ser mãe e faz críticas ao movimento feminista, afirmando que ele cria uma guerra entre os sexos feminino e masculino (SACONI, 2018).

Além disso, em maio de 2019, o Ministério da Saúde (MS) emitiu um despacho<sup>8</sup> afirmando que o uso do termo “violência obstétrica” é inadequado, na tentativa de inutilizar o termo, colocando esse fenômeno, mais uma vez, no ocultamento.

Em meio a isso, faz-se necessário que discutamos, cada vez mais, a ocorrência deste fenômeno, buscando descortiná-lo à luz de uma perspectiva crítica, que questione não só o fazer dos profissionais de saúde, mas, primordialmente, a ordem social, cultural, política e econômica vigente que sustenta tal violência. Sendo assim, nos perguntamos: **como as puérperas que tiveram seus filhos na Região da Grande Vitória relatam sua vivência do parto e qual a sua percepção acerca de práticas violentas que marcam a assistência ao parto?**

---

<sup>8</sup> Despacho do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES)/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/Ministério da Saúde (MS), que trata de posicionamento do MS quanto ao uso do termo “violência obstétrica” emitido dia 03 de maio de 2019. Disponível em: [https://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&codigo\\_verificador=9087621&codigo\\_crc=1A6F34C4&hash\\_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0). Acesso em: 20 mai. 2020.

Ao longo da dissertação buscamos desenvolver uma fundamentação teórica que pudesse contribuir para a análise e reflexão dos achados da pesquisa de campo. Este trabalho, portanto, está dividido em cinco partes: introdução, três capítulos e considerações finais.

Nesta introdução, Neste item foram apresentados também os aspectos metodológicos e éticos que direcionaram a pesquisa.

No primeiro capítulo, realizamos uma revisão bibliográfica para entender como se dá o processo de controle do corpo feminino a partir da instauração do patriarcado até os dias de hoje e como isso reflete nas violações relacionadas à sexualidade feminina e aos direitos reprodutivos da mulher. Neste sentido, utilizamos autoras(es) que nos possibilitam, a partir de uma perspectiva materialista-histórico-dialética, fazer um estudo do lugar de subalternidade em que a mulher se encontra na sociedade. Tal perspectiva é fundamental para nós, na medida que está fundamentada no trabalho, na história e no movimento contraditório da sociedade, subsidiando a compreensão das relações antagônicas nela existentes.

No segundo capítulo nos aprofundamos mais especificamente no debate do parto e da violência obstétrica. Assim, trouxemos elementos iniciais, a fim de contextualizar o partejar<sup>9</sup> na sociedade e inserindo a violência obstétrica neste cenário. Posteriormente, traçamos um perfil da mulher parturiente no Brasil a partir de dados disponíveis no Departamento de Informática do SUS (Datasus). Em seguida buscamos discutir o parto inserido em um contexto mercantilista, em que predomina-se o interesse pelo lucro em detrimento ao direito a um parto de qualidade. E, por fim, adentramos no universo da violência obstétrica, discutindo seu conceito e suas características. Nesta etapa já construímos um arcabouço teórico que possibilita relacionar tal violência com a sociedade patriarcal-racista-capitalista, a partir de tudo que discutimos nos itens anteriores.

No terceiro capítulo, finalmente, trouxemos os resultados e a discussão de nossa pesquisa de campo, materializando, a partir da história das mulheres entrevistadas,

---

<sup>9</sup> No dicionário, partejar significa tanto parir, quanto auxiliar o parto. Usaremos, durante todo o trabalho, partejar no primeiro sentido.

as discussões anteriormente realizadas. E nas considerações finais, buscamos fazer uma síntese de tudo o que foi abordado no trabalho, destacando os pontos principais acerca da violência obstétrica e afirmando que o combate contra esta forma de violência, deve ser também uma luta pela superação da ordem social vigente, uma ordem violenta, que explora e subjuga determinados grupos a partir da desigualdade de gênero, étnico-racial e de classe.

## 1.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de pesquisa qualitativa, sendo esta, uma abordagem que permite compreender melhor um fenômeno no contexto em que ele ocorre e do qual é parte. A pesquisa qualitativa, tendo como mirante de análise o materialismo histórico dialético, nos possibilita “cercar o objeto de conhecimento através da compreensão de todas as suas mediações e correlações” (MINAYO, 2004, p.64), pois:

Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002, p. 21).

Para alcançar os objetivos propostos utilizamos três técnicas de pesquisa: a pesquisa documental, a revisão bibliográfica e a pesquisa de campo. A pesquisa documental consistiu na análise de documentos do Ministério da Saúde, bem como em uma análise detalhada de dados oferecidos pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A revisão bibliográfica perpassou todo o processo de construção da dissertação. De acordo com Minayo (2004), tal revisão possibilita “a busca de vários pontos de vista, dos diferentes ângulos do problema que permitam estabelecer definições, conexões e mediações, demonstrando o ‘estado da arte’” (MINAYO, 2014). Ou seja, a revisão bibliográfica realizada possibilitou uma imersão intensa no tema da pesquisa, a partir da leitura de autoras(es) que discutem violência obstétrica bem como de autoras(es) que adensam o debate de gênero e raça, sendo estes, alguns dos determinantes da totalidade, que compreendidos em uma perspectiva histórica, nos permitiram reconstruir o movimento dialético do fenômeno da violência obstétrica na sociedade

moderna.

Algumas categorias são imprescindíveis para uma discussão qualificada sobre Violência Obstétrica na sociedade vigente, e foram abordadas e aprofundadas ao longo de nosso estudo, quais sejam: Patriarcado, Racismo, Capitalismo e Violência. São categorias intimamente ligadas umas às outras e que perpassam, necessariamente, o fenômeno estudado.

Para a realização da pesquisa de campo<sup>10</sup> foi utilizada a técnica de amostragem denominada Bola de Neve, que consiste em “uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência” (VINUTO, 2014, p. 201). Com a utilização dessa técnica as participantes iniciais indicaram novas participantes, as quais indicaram outras e assim sucessivamente, até que o ponto de saturação da pesquisa foi atingido. Esse ponto foi alcançado quando as novas entrevistadas passaram a repetir informações e características das entrevistas anteriores.

Essa técnica é uma excelente alternativa quando a população é de difícil acesso ou bastante especializada, o que foi o caso da presente pesquisa. Assim, foram entrevistadas 24 mulheres, sendo que onze delas tiveram seu parto em hospital público, dez em hospital privado e três delas tiveram parto domiciliar. Buscamos equiparar o número de mulheres entrevistadas em cada ambiente, a fim de evitar viés na análise. Entretanto, não foi possível entrevistar muitas mulheres que tiveram parto domiciliar, por dois motivos principais:

- Atualmente, apenas cerca de 0,2% das parturientes do Espírito Santo - e do Brasil - têm parto domiciliar, o que minimiza as possibilidades de aumentar a amostra de mulheres que pariram em domicílio;
- O perfil dessas três mulheres é muito semelhante e sua experiência com o parto domiciliar também. Assim, o ponto de saturação foi rapidamente atingido.

---

<sup>10</sup> A pesquisa de campo, à princípio seria realizada na maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, entretanto, com a recusa do comitê de ética deste hospital, o lócus da pesquisa teve que ser alterado. A impossibilidade de desenvolver a pesquisa no hospital trouxe resultados positivos, na medida em que houve uma variabilidade maior entre as mulheres entrevistadas no que diz respeito a classe e raça.

Foram considerados critérios de inclusão mulheres que haviam parido há até seis meses do início da coleta de dados, residentes de quatro municípios da Microrregião de Vitória, e que desejassem participar da entrevista. Os quatro municípios foram Cariacica, Serra, Vila Velha e Vitória, por comporem a Microrregião de Vitória, região de grande porte populacional e relevância econômica e política no Espírito Santo (JUNIOR, 2015). Foi excluído o município de Viana por ser mais distante e por representar apenas 4,5% do total de partos da Microrregião de Vitória. Importante destacar que as mulheres entrevistadas vivenciam o espaço urbano, e, portanto o acesso às tecnologias, inclusive obstétricas, são mais possíveis para elas, do que as mulheres do campo.

Para iniciar a coleta de dados, solicitamos nas redes sociais (instagram e whatsapp), indicação de mulheres com bebê de até seis meses para participar de uma entrevista sobre o parto. Em seguida fizemos contato com as indicadas, via Short Message Service (SMS) ou whatsapp, para nos apresentar e identificar a possibilidade de participação.

Posteriormente, a cada entrevista realizada, solicitávamos a indicação de outra mulher que tivesse bebê de até seis meses, até que, por saturação, encerramos as entrevistas na vigésima quarta puérpera. A primeira entrevista ocorreu no dia dois de outubro de 2019 e a última no dia oito de novembro de 2019. Foram sete mulheres em Cariacica, três na Serra, nove em Vila Velha e cinco em Vitória.

No total, fizemos contato com 39 mulheres para verificar a possibilidade de entrevista. Contudo, chegamos a uma amostra final de 24 mulheres entrevistadas. Não foi possível realizar a entrevista com quinze mulheres. Destas, três não responderam nossas tentativas de contato; três nos retornaram, porém sinalizaram a dificuldade em participar por estarem ainda se recuperando física e psicologicamente do parto; duas restringiram a participação ao telefone, o que não contempla nossa técnica de entrevista; outras duas haviam tido seus bebês há mais de seis meses; uma reside em município não incluído em nosso recorte espacial e, outras quatro, demonstraram interesse em participar, contudo, não conseguimos convergência entre nossas possibilidades de encontro no período determinado para

a pesquisa de campo. Abaixo (figura 1) esquematizamos a composição quantitativa de nossa amostra.

**Figura 1** Composição da amostra de pesquisa.



Fonte: Elaboração própria. Imagem disponível na internet (2020).

Optamos pela entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B), com gravação em áudio (após autorização das entrevistadas), como técnica de coleta de dados na qual a parturiente teve possibilidade de relatar sua experiência a partir de nossa pergunta inicial, com desenvolvimento livre e espontâneo de suas respostas. Por meio da entrevista, buscamos identificar a percepção das parturientes no que diz respeito à sua vivência durante o processo do parto, bem como sua opinião a respeito da violência na assistência ao parto, a fim de evidenciar que relações elas estabelecem entre tal violência e a sociedade patriarcal, racista e capitalista.

Após a realização das entrevistas, foi feita a transcrição das gravações. Os dados obtidos na pesquisa de campo foram analisados e interpretados utilizando a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1977), o que possibilitou o entrecruzamento de nossos achados empíricos com a pesquisa bibliográfica. Nesse momento, além de analisar o relato das participantes, fizemos, também, uma análise das variáveis raça e renda para identificar como se relacionam com a violência obstétrica.



A análise de conteúdo, se constitui enquanto “um conjunto de técnicas de análises das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 1977, p. 33). Bardin desenvolveu esse conjunto de técnicas buscando “dizer não à ilusão dos fatos sociais, recusando ou tentando afastar os perigos da compreensão espontânea” (BARDIN, 1977, p. 24). Isso vai ao encontro de nossa proposta, na medida em que tais técnicas possibilitam ir além da aparência do fenômeno da violência obstétrica, alcançando a essência do fato ao inseri-lo na totalidade da dinâmica social.

Para resguardar a identidade das participantes, demos, neste trabalho, a cada uma delas, de maneira aleatória, o codinome de uma Deusa. Dentre os codinomes, existem nomes de Deusas hindus, africanas, incas e gregas. Fizemos um quadro identificando o conjunto de sujeitos da pesquisa, a partir de alguns requisitos, facilitando a visualização da totalidade das mulheres entrevistadas. Tal quadro está localizado no item 4.1, na página 94.

Em relação aos procedimentos éticos, ressaltamos que a presente pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos do campus de Goiabeiras/UFES (ANEXO A) - cujo número do parecer é 3.637.907, emitido no dia onze de outubro de 2019 - e cumpriu as exigências das resoluções nº 466 de 2012 e nº 510 de 2016. Assim, asseguramos à parturiente o desejo de participar e permanecer ou não na pesquisa, por meio de manifestação livre e esclarecida, depois de concedido um tempo para que a convidada a participar da pesquisa refletisse com calma antes de decidir pela participação ou não na pesquisa. Utilizamos, também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), além da explicação, no momento da entrevista, de que a participação na mesma é voluntária, não necessitando de identificação e explicitando os riscos e benefícios da participação na pesquisa.

## 2 O ENCONTRO VORAZ DO PATRIARCADO COM O CAPITALISMO

A partir da perspectiva crítica adotada neste trabalho, este capítulo, discutirá o fenômeno de violência obstétrica considerando a historicidade e a totalidade na qual ele está inserido. Admitimos que tal fenômeno é um aspecto da Violência contra a mulher, e, também, fruto de uma sociedade patriarcal, racista e capitalista. Nesse sentido, buscamos demonstrar, nos subitens a seguir, como uma sociedade alicerçada no capital e no patriarcado necessita e cria possibilidades para que a violência contra a mulher aconteça, ou seja, violar e controlar o corpo feminino é parte do processo de reprodução da ordem capitalista burguesa. Aqui, enfatizamos as violências relacionadas à sexualidade feminina e à violações aos direitos reprodutivos da mulher, as quais constituem a base para a ocorrência da violência obstétrica.

### 2.1 O PATRIARCADO NOSSO DE CADA DIA

*Me deram uma gaiola como casa  
amarraram minhas asas  
e disseram para eu ser feliz  
(Djavan)*

A opressão da mulher é um produto histórico, oriundo do regime denominado Patriarcado, que consiste na dominação e exploração das mulheres pelos homens. Tal regime tem suas bases na ideologia sexista e na violência, as quais refletem uma estrutura de poder em que se evidencia a subjugação da mulher (SAFFIOTI, 2015).

A ideologia sexista sugere uma inferiorização física, mental e emocional da mulher em relação ao homem, e, de acordo com Saffioti (2015, p. 36), “[...] esconde uma desvantagem masculina, transformando-a em vantagem”. Para exemplificar essa inversão, podemos citar o fenômeno da reprodução humana: antes de se conhecer a participação do homem na fecundação, a mulher era vista como um ser poderoso e até mágico, pois além de gerar novos filhos, era capaz de alimentá-los com o leite que seu próprio corpo produzia. Contudo, após o homem tomar este conhecimento e perceber que poderia controlar tal fenômeno, ele criou meios para se colocar no

centro do universo, transformando a desvantagem de não poder gerar e alimentar seus filhos, em vantagem pelo fato de sua presença ser necessária para a ocorrência da fecundação (SAFFIOTI, 2015).

O regime patriarcal, entretanto, não é a-histórico. Saffioti (2015) afirma que é, inclusive, um fenômeno novo em relação à idade da humanidade. De acordo com a autora, tal sistema começou a ser instaurado 3100 anos a.C., tendo se consolidado mais de 2 milênios depois, no ano de 600 a.C. Além disso representar a resistência das mulheres a esse fenômeno, demonstra também que, assim como começou, o patriarcado pode ter um fim.

Engels (1984) contribui para compreensão da historicidade do regime patriarcal. Em seu livro relata as diversas formas de organização da sociedade ao longo da história, desmistificando a ideia de família heteronormativa, patriarcal e monogâmica como uma instituição natural, depois de concluir que a mesma surge a partir do desenvolvimento da propriedade privada (ENGELS, 1984).

Em seus estudos ele identificou que “entre todos os selvagens e em todas as tribos que se encontram nas fases inferior, média e até (em parte) superior da barbárie, a mulher não só é livre como, também, muito considerada” (ENGELS, 1984, p. 51). De acordo com o autor, isso ocorria porque eram os homens que migravam de uma gens para outra. Ou seja, as mulheres que viviam em uma gens nasciam e lá permaneciam, enquanto os homens que ali habitavam vinham de gens diferentes, e isso as fortalecia.

Nas comunidades cuja monogamia ainda não havia sido instaurada, prevalecia-se a linhagem feminina, haja vista que a descendência dos filhos e filhas só podia ser reconhecida a partir da mãe. Isso ocorria em função de uma mulher se relacionar com vários homens e vice-versa, sendo impossível identificar a paternidade das crianças nas comunidades.

A partir do matrimônio sindiásmico, houve a consolidação da união conjugal por pares heterossexuais, graças, principalmente à proibição de casamento entre parentes consanguíneos. Dessa forma, além do filho ter a mãe, ele tinha agora, o

pai, já que, em função da exclusividade sexual da mulher, era possível saber a paternidade de suas crias (ENGELS, 1984). Importante destacar que esse processo não foi natural, foram impostas regras às relações sociais, que tiveram que ser aceitas ou, por meio da ideologia<sup>11</sup>, e/ou por meio da violência. As mulheres ditas adúlteras, por exemplo, eram severamente castigadas, enquanto o adultério entre os homens era visto com permissividade.

No matrimônio sindiásmico, a linhagem ainda era feminina. Isso significa que o filho pertencia à gens da mãe. De acordo com leis das comunidades, a herança de um membro que pertencia a uma gens, devia ficar dentro da gens, e, desse modo, a herança da mãe, ficava em sua gens e, assim, com seus filhos e filhas. Por conseguinte, os filhos e as filhas não herdavam do pai, pois não pertenciam à gens dele (ENGELS, 1984).

Engels (1984) relata que a partir da domesticação dos animais e consequente criação do gado, os bens passaram a ter mais importância, e, então, foi desenvolvida a ideia mais concreta de propriedade privada. E tal propriedade não pertenceria mais às gens, e sim à família. “Todo o excedente deixado agora pela produção pertencia ao homem; a mulher tinha participação no consumo, porém não na propriedade” (ENGELS, 1984, p. 182). Com o aumento da riqueza produzida pelos homens, os mesmos viram a oportunidade de inverter a ordem da herança, para que seus filhos pudessem herdar seus bens. E, assim, foram abolidos a linhagem feminina e o direito hereditário materno.

Para Engels (1984, p. 61), “o desmoronamento do direito materno foi a grande derrota histórica do sexo feminino no mundo”. Foi por meio da instauração de propriedade privada que o homem se tornou dono das terras, dos instrumentos, dos filhos, das filhas e da mulher. “O homem empunhou as rédeas da casa, a mulher se viu degradada, convertida em serviçal, em escrava da luxúria do homem, simples instrumento de reprodução” (ENGELS, 1884, p. 61).

---

<sup>11</sup> Nas palavras de Iasi (2011, p. 78), “a noção de ideologia para Marx está profundamente ligada à divisão da sociedade em classes e a forma particular que a classe dominante elabora e difunde sua visão de mundo, buscando torná-la universal.”

Essa submissão e degradação da mulher é possível de se encontrar em várias sociedades. Clastres<sup>12</sup> (2003), antropólogo francês, fez uma pesquisa junto a algumas tribos indígenas da América na década de 1960 e, apesar de não se aproximar com a linha teórica adotada neste trabalho, fornece elementos interessantes acerca da organização social de algumas dessas tribos. Desenvolveremos, aqui, alguns aspectos da tribo dos Guayaki.

Na época em que Clastres (2003) fez sua pesquisa havia uma mulher para cada dois homens na tribo. O mecanismo encontrado pela tribo para que houvesse um equilíbrio demográfico foi estabelecer o casamento poliândrico<sup>13</sup>. O que é estarrecedor é que, mesmo a mulher tendo direito - e dever - de se casar com dois ou mais homens, ela ainda assim, era vista como um objeto de uso do homem, que, nos termos de Clastres (2003), aceitava dividi-la com outro membro da tribo.

A troca pela qual um homem dá a outro sua filha ou irmã não faz com que termine aí — com licença da expressão — a circulação dessa mulher: o recebedor dessa "mensagem" deverá num prazo mais ou menos longo dividir a "leitura" com um outro homem (CLASTRES, 2003, p. 136).

Parece-nos notório que Clastres, em sua pesquisa, se compadece com os homens que precisam dividir suas esposas como se elas fossem objetos de uso, e fala com naturalidade da dificuldade de alguns homens em aceitar um segundo marido para suas esposas, bem como da forma violenta com que eles lidavam com a situação, como se a renúncia ao “uso exclusivo” de suas esposas fosse um gesto heróico e nobre em prol da tribo. Além disso, o autor propõe que as mulheres tiravam vantagem dessa situação, reinando sobre seus maridos. Entendemos que é incontestável o caráter patriarcal existente nesse regime, na medida em que, ainda com o vigor do regime poliândrico, as mulheres são entregues aos homens por seus pais ou irmãos e precisam pedir permissão para que tenham um segundo marido.

Outro aspecto interessante da pesquisa de Clastres que merece ser retratado aqui é a diferente forma que os homens e as mulheres cantavam em seus respectivos rituais. O homem, responsável pela caça tem um canto ávido e forte, enquanto o

---

<sup>12</sup> Apesar de Clastres não ter a mesma base teórico metodológica dos demais autores utilizados, os elementos empíricos fornecidos por seu estudo são muito interessantes para a presente pesquisa. Vale destacar, no entanto, que o trabalho dele não expressa o universo dos povos indígenas.

<sup>13</sup> Mulher casada com vários homens.

canto da mulher é choroso e sofrido, desenhando com música qual o lugar de cada um nessa comunidade:

Parece haver entre os Guayaki como que uma divisão sexual do trabalho lingüístico segundo a qual todos os aspectos negativos da existência são assumidos pelas mulheres, ao passo que os homens se dedicam sobretudo a celebrar se não os seus prazeres, pelo menos os valores que a tornam suportável. Enquanto nos seus próprios gestos a mulher se esconde e parece humilhar-se para cantar ou antes para chorar, o caçador, ao contrário, cabeça erguida e corpo ereto, se exalta no seu canto (CLASTRES, 2003, p. 128)

Por fim, Clastres (2003) observou que as atividades desenvolvidas pelos membros da tribo Guayaki eram marcadas pela divisão sexual do trabalho e as tarefas divididas nunca se misturavam. Nessa tribo, pairava sobre os membros o tabu do toque de seus instrumentos de trabalho: a mulher não poderia tocar no arco de caça do homem, e o homem não poderia tocar no cesto produzido pela mulher. O toque da mulher no arco era considerado muito pior que o toque do homem ao cesto, pois se a mulher tocasse no arco de seu marido, provocaria azar na caça, o que significaria um sério desequilíbrio para a economia da tribo, além da renúncia da masculinidade de seu esposo. Já se o homem toca no cesto, a consequência é apenas a vergonha por isso.

O autor relata que a tarefa de garantir alimento para a tribo era realizada basicamente pelos homens, na justificativa de que tal atividade era penosa para ser desenvolvida pelo grupo feminino. Assim, a participação das mulheres estava em produzir cestos, cordas para os arcos, cuidar dos filhos, cozinhar, e realizar tantos outros afazeres domésticos necessários para a manutenção da comunidade. Ele destaca, de forma banal, que a diferença no plano econômico está no fato de os homens constituírem o grupo de produtores e as mulheres integrarem um grupo de consumidores, o que garante a supremacia dos homens (CLASTRES, 2003).

No que diz respeito à divisão sexual do trabalho, a mesma consiste na divisão de tarefas obedecendo ao critério de sexo. Nessa estruturação da reprodução social, foi atribuído às mulheres o trabalho doméstico, enquanto os homens mantiveram seu contato direto com a produção de riqueza. Alguns estudiosos buscam justificar essa divisão no fator biológico, explicando que barreiras naturais são impostas às

mulheres em função de seu lugar na reprodução, não sendo capaz de carregar seus filhos e amamentá-los, sendo, por isso, limitada ao lar. Importante destacar as mulheres escravizadas que trabalhavam nas lavouras ao lado dos homens escravizados, demonstrando assim, a falácia dessa barreira natural, já que não paravam de trabalhar nem gestante, nem com o filho bebê, ainda amamentando.

Quanto a isso, nos simpatizamos com Paola Tabet, autora que desenvolveu uma tese a fim de provar que tal divisão “[...] não é neutra, mas orientada e assimétrica, mesmo nas sociedades ditas igualitárias” (TABET, 2014, p. 107), tratando-se de uma relação de dominação. A autora entende que o que estabelece esta distinção entre o trabalho do homem e da mulher são os instrumentos que cada um dos sexos utiliza em suas atividades, e aponta uma situação de subequipamento das mulheres desde as sociedades de caça e coleta.

Os instrumentos utilizados pelo sexo masculino possibilitam a ampliação da capacidade de intervenção e dominação da natureza, e, em contrapartida, os instrumentos utilizados pelas mulheres são mais simples, quando não são limitados pelo próprio corpo, como em operações com as mãos nuas (TABET, 2014).

Essa diferença na utilização de instrumentos consiste no fato de que os homens possuem o monopólio e o controle das técnicas e matérias primas com as quais se fabricam armas e utensílios. Esse controle é garantido a partir de “[...] interdições religiosas, que proíbem às mulheres manejar ou simplesmente tocar uma arma” (TABET, 2014, p. 128).

Experimentamos, hoje, um novo momento no que diz respeito à divisão sexual do trabalho. A partir do processo de industrialização, a força de trabalho feminina passou a ser absorvida pelo capital, entretanto, o mercado de trabalho para a mulher - sobretudo para a mulher negra - é caracterizado pela precarização, desregulamentação e salários desiguais se comparados aos do homem. Antunes (2009) afirma que as posições de trabalho que necessitam maior qualificação são ocupadas pelos homens, enquanto as funções dotadas de menor qualificação são destinadas às mulheres:

Na *divisão sexual do trabalho*, operada pelo capital dentro do espaço fabril, geralmente as atividades de concepção ou aquelas baseadas em *capital intensivo* são preenchidas pelo trabalho masculino, enquanto aquelas dotadas de menor qualificação, mais elementares e muitas vezes fundadas em *trabalho intensivo*, são destinadas às mulheres trabalhadores (e, muito frequentemente também aos trabalhadores/as imigrantes e negros/as) (ANTUNES, 2009, p. 105, grifo do autor)

Entendemos, portanto, que a possibilidade de controlar os meios de produção foram e são negadas às mulheres. Isso garante o poder do homem em função da exclusividade do manejo de instrumentos e armas, além de limitar a mulher a seu próprio corpo. Seu corpo é um instrumento, o que possibilita ser uma propriedade. E assim, o corpo da mulher - e, portanto, a mulher - é submetido à apropriação masculina.

O controle, por parte dos homens, da produção e do uso de instrumentos e armas confirma-se como condição necessária da dominação masculina sobre as mulheres, dominação baseada na violência (monopólio masculino das armas) e no sub-aparelhamento das mulheres (monopólio masculino dos instrumentos). E a exclusão das mulheres da fabricação e da utilização de armas e instrumentos é a condição para seu uso no trabalho, na sexualidade, na reprodução da espécie (TABET, 2014, p. 166).

Desta forma, ao longo da consolidação do patriarcado, o homem implantou seu esquema de dominação e exploração da mulher, a qual passou a exercer três grandes funções: o trabalho de manutenção familiar, o trabalho sexual, e o trabalho de reprodução e criação das crianças - que são herdeiras, novas forças de trabalho e/ou novas reprodutoras. A objetificação da mulher também foi consolidada.

Houve uma apropriação do corpo feminino, dos produtos deste corpo, do tempo e da energia psíquica da mulher, estabelecendo o que Falquet (2008) entende por sexagem, a partir da submissão do grupo do sexo feminino pelo grupo do sexo masculino. Dessa forma, a mulher como um todo se tornou um objeto apropriado e explorado pelo homem.

De acordo com Guillaumin (2014, p. 55) existem cinco meios de apropriação da classe das mulheres: a) o mercado de trabalho limitado ou inexistente para as mulheres; b) o confinamento no espaço do lar; c) a demonstração de força do homem, por meio da violência; d) a coação sexual; e e) o arsenal jurídico e o direito consuetudinário.



Esses meios de apropriação têm fundamento em um *discurso da Natureza*, e por isso, a apropriação é assumida socialmente como algo que ocorre em função de leis naturais e não a partir de relações sociais dialéticas e históricas. É tão natural que chega a ser invisível e imutável aos olhos da sociedade (GUILLAUMIN, 2014).

Cabe salientar, ainda, o lugar da mulher escravizada na divisão sexual do trabalho: o trabalho de manutenção familiar era na verdade para a manutenção da família do proprietário, trabalhando nas lavouras e na esfera doméstica. O trabalho de reprodução se dava no sentido de produzir novos escravos. O trabalho sexual, permeado de violência, ocorria para intimidar as mulheres negras. Davis (2016) supõe que os proprietários de escravos imaginavam que, caso as mulheres escravizadas percebessem “[...] a própria força e o forte desejo de resistir, os violentos abusos sexuais fariam com que elas se lembrassem de sua essencial e inalterável condição de fêmeas” (DAVIS, 2016, p. 37). E naquela época, essa característica era carregada por passividade, aquiescência e fraqueza - não muito diferente do que se espera de uma fêmea hoje, porém no período colonial isso era ainda mais potente.

No que tange à coação sexual, constatamos que o corpo da mulher não é visto como pertencente a ela, ele é usado para produção e reprodução da força de trabalho, bem como para satisfação sexual do homem. Em função dessa objetificação sexual da mulher, historicamente ocorrem violências sexuais, inclusive à luz da tradição:

Em outros povos, os amigos e parentes do noivo, ou os convidados à celebração das bodas, exercem, durante o casamento mesmo, o direito à noiva, por costume imemorial, e ao noivo, só chega a vez por último, depois de todos [...] e ocorre ainda hoje entre os Báreas, na Abissínea (ENGELS, 1984, p. 54).

Não precisamos, entretanto, ir tão longe para exemplificar casos de abuso sexual. No ano de 2018 foram registrados 66.041 casos de estupro no Brasil e 7.288 tentativas de estupro (BRASIL, 2019, p. 114 e 115). O homem, quando vai para cadeia em razão de estupro é rechaçado pelos colegas de cela. Mas isso não ocorre por um repúdio moral ao ato, e sim, por esse homem ter “usado” uma mulher que não o pertencia. Prova disso é que os estupros que ocorrem dentro do matrimônio,

em que a mulher oficialmente pertence ao homem, não são considerados pela sociedade.

Ao nos reportarmos aos casos violentos de abusos sexuais que ocorriam com as escravizadas (e escravizados) no Brasil por parte de seus proprietários, identificamos que o estupro era e é uma arma de dominação. Uma maneira aterrorizante de mostrar quem manda e quem tem o poder.

Isto posto, identificamos que o patriarcado estrutura-se e se mantém a partir do emprego do controle e do medo, com a implantação de uma hierarquia entre homens e mulheres, privilegiando os homens. De mãos dadas com a ideologia sexista, encontramos a violência. Se a primeira não dá certo, utiliza-se a segunda, ou as duas concomitantemente.

## 2.2 A MULHER NA SOCIEDADE CAPITALISTA

Para que a consolidação do capitalismo fosse possível, foi necessária uma prévia acumulação de capital e trabalho, bem como a separação de trabalhadores dos meios de produção, em favor do capitalista que se beneficiaria dessa dissociação. Marx chamou essa prévia acumulação de Acumulação Primitiva, pois forneceu as bases para a constituição do capitalismo (MARX, 1985b).

A Acumulação Primitiva consistiu, para Marx, basicamente, na expropriação de terra do camponês e na formação do trabalhador proletário livre:

O que faz época na história da acumulação primitiva são todos os revolucionamentos que servem de alavanca à classe capitalista em formação; sobretudo, porém, todos os momentos em que grandes massas humanas são arrancadas súbita e violentamente de seus meios de subsistência e lançadas no mercado de trabalho como proletários livres como pássaros. A expropriação da base fundiária do produtor rural, do camponês, forma a base de todo o processo (MARX, 1985b, p. 263).

Marx faz referência, ainda, ao sistema colonial como um grande aliado da acumulação primitiva, haja vista que, baseado em uma violência brutal e devastadora sob égide de uma supremacia branca-européia, tal sistema sustentou como objetivo único a realização de mais valor, a partir da exploração e escravização dos povos colonizados (MARX, 1985b).

Necessário considerarmos, entretanto, um aspecto imprescindível para a Acumulação Primitiva, bem como a atual acumulação capitalista: a sujeição da mulher. A mulher é responsável pela produção e reprodução da mercadoria mais primordial ao capitalismo: a força de trabalho<sup>14</sup>. Marx (1985a) reflete que o que gera valor no capitalismo é a mais-valia, a qual é alcançada na produção de mercadoria, por meio do processo de trabalho. Esse processo é dividido em meios de trabalho<sup>15</sup> e em força de trabalho, cujo conteúdo consiste nas aptidões físicas e intelectuais do trabalhador e cria um valor maior do que é pago a ele. No caso da escravidão, o proprietário do escravo apossa-se do total do valor criado, o que aumenta ainda mais sua riqueza.

O valor da força de trabalho é determinado pelo tempo de trabalho socialmente necessário à sua produção e reprodução (MARX, 1985a). Neste sentido, a exploração da mulher contribui para a redução do tempo de trabalho socialmente necessário<sup>16</sup> para o ser humano produzir e se reproduzir, pois enquanto o homem está no trabalho, a mulher está em casa cumprindo o que lhe foi dado como suas funções domésticas de manutenção familiar, sem remuneração, diminuindo, por conseguinte, o salário necessário para subsistência de sua família.

Entende-se que a jornada de trabalho é composta por duas partes, o trabalho necessário para reprodução do trabalhador e de sua família e o mais trabalho, que é onde está a produção da mais-valia. Tendo o patriarcado, e, por conseguinte, a exploração da mulher como relação social estruturante, o tempo necessário para reprodução do trabalhador e de sua família se torna menor - já que o mesmo não precisa se preocupar com os trabalhos domésticos - o que acarreta em um aumento do mais trabalho, aumentando a produção de mais-valia. Quando a mulher vai para o mercado de trabalho, isso não se altera, pois, ou a mulher passa a ter uma jornada

---

<sup>14</sup> O capitalismo busca a acumulação e a realização de excedente, que se cristaliza na mais-valia. A mais-valia, por sua vez, é produzida a partir do valor excedente criado pela força de trabalho.

<sup>15</sup> “Coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho e que lhe serve como condutor de sua atividade sobre esse objeto (MARX, 1985a, p.150)

<sup>16</sup> “Tempo de trabalho socialmente necessário é aquele requerido para produzir um valor de uso qualquer, nas condições dadas de produção socialmente normais, e com o grau social médio de habilidade e de intensidade de trabalho” (MARX, 1985a, p. 48)

extensiva de trabalho, ou quem passa a realizar os trabalhos domésticos com uma remuneração baixíssima é, em sua maioria, a mulher negra.

De acordo com pesquisa realizada pelo IPEA (2011), a inserção das mulheres no mercado de trabalho tem como característica a desigualdade de gênero e raça. Na escala de remuneração, homens brancos têm os melhores rendimentos, seguidos das mulheres brancas, homens negros e, por fim, mulheres negras. Além disso, tal pesquisa reforça que não houve reorganização dos afazeres domésticos a partir dessa incorporação do trabalho feminino ao mercado de trabalho, o que gera uma sobrecarga para a mulher.

Dessa forma, em relação ao mercado de trabalho, a mulher, assim como a população negra, também é submetida à discriminação quando passa a ser inserida no mesmo. Saffioti (2013) afirma que o modo de produção capitalista se aproveita da tradição para justificar que determinados grupos da população tenham que se distanciar do sistema produtivo de bens e serviços. A concepção de inferiorização social desses grupos faz com que seja possível retirar deles o máximo de mais valia, a partir da intensificação do trabalho e de salários muito inferiores que os pagos aos homens brancos.

O patriarcado e a exploração de raça/etnia, tornam-se, assim, bases constitutivas do capitalismo, que, por sua vez, instaura uma divisão desigual e hierarquizada entre classes sociais. Neste sentido, Kergoat (2010, p. 99) afirma que “[...] as relações de gênero, raça e classe são relações de produção e nelas entrecruzam-se exploração, dominação e opressão”, além disso, ela assevera que tais relações formam um nó que não pode ser desatado quanto às práticas sociais.

Entendemos assim, que as relações sociais são consubstanciais, no sentido em que a partir da ascensão do Capitalismo, as dimensões de sexo, raça e classe se tornaram indissociáveis, não podendo se isolar uma da outra. Houve uma fusão entre os sistemas de exploração e dominação, transformando-se no sistema patriarcal-racista-capitalista (CISNE; SANTOS, 2018).

Sendo assim, com a constituição do Capitalismo, o processo de subordinação da mulher, e ainda mais da mulher negra, pelo homem foi intensificado e a relação entre ambos foi marcada pela acentuação da divisão sexual do trabalho. A mulher se percebeu enquanto uma escrava doméstica do homem, haja vista a naturalização da não remuneração por seu trabalho doméstico.

Apesar da força de trabalho feminina ter sido incorporada pelo mercado de trabalho ao longo do processo de industrialização dos países, isso só acontecia pela necessidade de aumentar a renda familiar. O papel social principal atribuído à mulher ainda era aquele relacionado ao âmbito privado: produção e reprodução da força de trabalho, ou seja, procriar, cuidar do lar, do marido e dos filhos. A imagem da mulher ideal construída naquele momento - e que perdura até hoje - era a dona de casa dedicada, amorosa e feliz. A consolidação dessa imagem contribuiu para potencializar a naturalização e ausência de historicidade das relações desiguais no mercado de trabalho (MENDEZ, 2005).

Entretanto, enquanto as mulheres burguesas buscavam realizar-se na qualidade de esposa e mãe zelosa, as mulheres trabalhadoras precisavam desempenhar uma jornada extensa de trabalho. Friedan (1971) relata que, nos Estados Unidos, entre 1939 a 1945, as mulheres exerceram os trabalhos de seus maridos que estavam servindo na Segunda Guerra. Com o fim do conflito e conseqüente regresso dos homens para seus países, houve um movimento de retorno das mulheres ao lar, sob auxílio de campanhas e propagandas publicitárias que exaltavam o feminino enquanto característica da mulher “[...] sadia, bonita, educada e [que] dedicava-se exclusivamente ao marido, aos filhos e ao lar” (FRIEDAN, 1971, p. 19). Instaurou-se, assim, no período pós-guerra, uma mística de realização feminina, reforçando o papel da mulher consolidado no decorrer do desenvolvimento do sistema capitalista.

Em consonância a isso, acredita-se, hoje, que o amor materno seja inerente à condição de mulher, todavia, este sentimento não é fruto de um determinismo biológico. De acordo com Badinter (1985), este sentimento se aprofundou a partir de um mito construído socialmente no século XVIII, em função da necessidade de que o Estado passou a ter de garantir a produção de sua riqueza.

Ainda a partir de Badinter (1985), pode-se afirmar que no último terço do século XVIII, o papel e a importância da mãe mudaram radicalmente. A partir daquele momento, o “amor materno” passou a ser supervalorizado, em função de interesse do Estado em produzir seres humanos, os quais contribuíram para o acúmulo de sua riqueza, por meio do pagamento de impostos, e como dito, da produção de mais-valia (BADINTER, 1985).

Naquele período, o índice de mortalidade infantil era muito alto, portanto, era imprescindível garantir a sobrevivência das crianças, tanto para assegurar a força de trabalho para a classe burguesa, cujos interesses eram primordialmente defendidos pelo Estado, bem como para garantir homens para possíveis guerras. A partir disso, fez-se necessário convencer as mães da importância de elas cuidarem e defenderem seus filhos em prol de um instinto materno que deveria ser resgatado (BADINTER, 1985).

Assim, do século XVIII até os dias de hoje, esse mito do amor materno é alimentado e exaltado, surgindo a noção de família centrada no eixo pais-crianças, bem como a importância do papel da mãe e do pai - com ênfase e sobrecarga da mãe - na infância dos filhos. O mito do amor materno fortalece o pensamento de que os cuidados com os filhos devem ocupar o tempo da mãe, mantendo-a no ambiente privado e doméstico.

É nesse ambiente doméstico que a mulher se encontra submetida à violência masculina, pois seu corpo e sua vida foram apropriados pelo homem. Saffioti (2015, p. 80) propõe que “paira sobre a cabeça de todas as mulheres a ameaça de agressões masculinas, funcionando isto como mecanismo de sujeição aos homens inscrito nas relações de gênero”. O patriarcado, portanto, aliado ao capitalismo e sua busca pela acumulação fomenta a violência contra a mulher, naturalizando-a e invisibilizando-a.

O mapa da violência de 2015, o qual discutiu dados acerca do homicídio de mulheres no Brasil, aponta que o país é o quinto que mais mata mulheres, entre os 83 países analisados. Além disso, demonstra, também, o alto índice de

domesticidade dos homicídios de mulheres: 27,1% contra 10,1% dos homens (WASELFISZ, 2015). Quanto à cor das mulheres assassinadas, pesquisa recente observou que, enquanto o feminicídio de mulheres brancas vem caindo, o de mulheres negras vem aumentando, e, portanto, as mulheres negras são as maiores vítimas de homicídio: 61% das mulheres assassinadas em todo o país em 2018 foram negras (BRASIL, 2019, p. 111).

Entendemos, assim, que, apesar do alto índice de assassinatos em via pública (31,2%), o ambiente doméstico representa um *locus* privilegiado para a prática de violência. Em se tratando de feminicídio, de acordo com o mapa da violência de 2015, metade deles foram realizados por parceiro ou ex-parceiro sexual. Cisne e Santos (2018) ponderam que a violência contra a mulher tem um caráter interpessoal em função das mulheres serem desprovidas de autonomia, o que está relacionado à apropriação do corpo e da vida da mulher, conforme discutido por Guillaumin (2014). Assim, tal violência está intimamente relacionada à tríade patriarcado-racismo-capitalismo.

A violência contra a mulher é manifestada de diversas maneiras. Em 1994 foi realizada uma convenção interamericana intitulada Convenção de Belém do Pará que objetivou “prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher”, esta convenção estabeleceu, em seu artigo 1º, que tal violência é “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.” (BRASIL, 1994, art. 1º).

Em 2006, foi sancionada a Lei nº 11.340, denominada Lei Maria da Penha, que recebeu esse nome em função do caso de Maria da Penha Fernandes, mulher que foi vítima de várias agressões e tentativas de homicídio ao longo de seu casamento. Essa lei, em seu artigo sétimo apresenta cinco formas de violência contra a mulher: 1) física, relacionado à sua integridade corporal; 2) psicológica, voltado ao dano emocional que prejudique sua saúde psicológica ou sua autodeterminação; 3) sexual, que diz respeito a envolver a mulher em uma relação sexual não desejada, seja obrigando-a a presenciar ou participar da mesma; 4) patrimonial, impedindo a

mulher de administrar ou utilizar seus bens, tais como objetos, recursos econômicos ou documentos pessoais; e 5) moral, que representa um constrangimento da mulher a partir de calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

Há ainda, de acordo com Cisne e Santos (2018), outras duas manifestações da Violência contra a mulher: a violência social e a Violência obstétrica. A violência social corresponde à “[...] desvalorização sofrida pelas mulheres no âmbito público, como nas desigualdades no mundo do trabalho, [à] desvalorização do nosso corpo em letras de músicas e [à] mercantilização em propagandas comerciais [...]” (CISNE; SANTOS, 2018, p. 74). A violência obstétrica é forma de apropriação - e invasão - do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, gerando perda da autonomia feminina, o que impossibilita o livre arbítrio sobre seus corpos e sua sexualidade.

Todas essas formas de violência ocorrem em decorrência da coisificação da mulher, do entendimento de que ela é um objeto disponível para ser utilizado quando e como o opressor bem entende. Colocar a mulher como grupo dominado, justificando tal domínio na inferioridade feminina, contribui para legitimar e naturalizar a apropriação de seu trabalho, bem como o controle de sua sexualidade e de seus direitos reprodutivos.

## 2.3 CONTROLE DA SEXUALIDADE FEMININA E DE SEUS DIREITOS REPRODUTIVOS

Outro aspecto importante do regime patriarcal é a instauração do controle da reprodução e sexualidade feminina por parte do homem, e posteriormente do Estado. Esse ponto merece destaque nesse trabalho pois está intimamente relacionado ao entendimento do corpo feminino enquanto reprodutor de força de trabalho. Assim, além do patriarcado ser o fundamento para a marginalização da mulher no trabalho e em espaços de deliberação política e econômica, ele é usado, também, para controlar a sexualidade e a capacidade reprodutiva feminina.

Em algumas comunidades primitivas o controle da reprodução era necessário, e para isso eram realizadas práticas tais como abortos e infanticídios, a fim de evitar o



crescimento demográfico da população. Clastres (2003) afirma que tal controle era necessário pois se tratava de uma economia de subsistência, cujas necessidades são mais difíceis de serem atendidas se a população for numerosa.

As mulheres, portanto, foram desenvolvendo mecanismos para estimular a menstruação, provocar aborto ou se tornarem estéreis com o uso de ervas, assegurando uma certa autonomia no que tange à gestação e nascimento de filhos (SAFFIOTI, 2015).

Utilizamos a expressão “certa autonomia”, pois a partir da implantação do patriarcado, o homem passou a interferir nesse processo de reprodução e sexualidade da mulher de maneira hierarquizada, determinando, por exemplo, quantos filhos elas teriam com ele. Além disso, Saffioti (2015, p. 51) nos lembra das mulheres que sofrem mutilação na genitália, a fim de reduzir o prazer proporcionado pelo sexo, na tentativa de garantir a fidelidade da esposa ao marido e reforçar, portanto, o domínio do homem sobre a mulher.

Ao longo da formação capitalista, essa tentativa de controle da sexualidade e dos direitos reprodutivos da mulher foi se consolidando e sendo compartilhada com o Estado. Federici (2017) aponta que, na Europa, durante a Baixa Idade Média, houve uma crise populacional ocasionada pelo alto índice de mortalidade por doença e baixa taxa de natalidade. Essa crise populacional levou à necessidade de o Estado voltar suas atenções para a procriação de seres humanos, traçando mecanismos para eliminar o controle feminino sobre a reprodução humana.

Um dos mecanismos usado pelo Estado no intuito de garantir o controle da sexualidade, bem como da reprodução humana foi o fenômeno de Caça às bruxas, ocorrido entre os séculos XVI e XVIII, em que milhares de mulheres foram mortas. Tal fenômeno representou um “[...] instrumento da construção de uma nova ordem patriarcal em que os corpos das mulheres, seu trabalho e seus poderes sexuais e reprodutivos foram colocados sob o controle do Estado e transformados em recursos econômicos” (FEDERICI, 2017, P. 305).

As mulheres acusadas de bruxaria eram denunciadas por uma extensa variedade de práticas, porém se destacavam as práticas relacionadas à sexualidade e reprodução humana: perversão sexual, métodos para infertilidade, aborto e infanticídio. Daí, por exemplo, algumas histórias infantis em que as bruxas cozinham crianças para comer - tal como João e Maria. Federici (2017) aponta que, na época, as mulheres exerciam papéis de curandeiras, parteiras, feiticeiras e que isso poderia representar um enfraquecimento do poder do Estado e da Igreja, pois proporcionava à população a capacidade de manipular o ambiente natural e social.

Foi nesse período que, de acordo com Federici (2017), na Europa as parteiras começaram a perder seu lugar na participação do parto, sendo substituídas pelo médico homem. As parteiras, também conhecidas como mulheres sábias, detinham o conhecimento acerca do controle reprodutivo da mulher. Além disso, o Estado tinha medo de que elas contribuíssem para o infanticídio e passou a criminalizar seu trabalho. Em alguns lugares, as parteiras que quisessem continuar atuando, deveriam se tornar espiãs para o Estado, informando, por exemplo, novos nascimentos (FEDERICI, 2017; VENDRÚSCULO; KRUEL, 2016; BARROSO, 2009).

A substituição da parteira pelo médico culminou na perda de controle da gestante sobre seu corpo, o que levou a uma inversão esdrúxula de papéis, que perdura até hoje: a mulher desempenha um papel passivo durante o parto, enquanto os médicos passaram a ser vistos como aqueles que fazem o parto e que dão vida a outro ser (é muito comum, por exemplo, uma pessoa perguntar a uma gestante quem vai fazer seu parto para saber o nome do médico). Ademais, foi nesse momento em que se buscava o aumento da natalidade que se difundiu a ideia de que, em caso de emergência, a vida do bebê é priorizada em relação à vida da puérpera. A mulher, seu corpo, sua vagina e, por fim, seu útero foram incubadas de aumentar a população e, por consequência, a força de trabalho produtivo.

O caça às bruxas destruiu os métodos que as mulheres utilizavam para controlar a procriação, posto que eles eram denunciados como instrumentos diabólicos, e institucionalizou o controle do Estado sobre o corpo feminino, o principal pré-requisito para sua subordinação à reprodução da força de trabalho (FEDERICI, 2017, p. 331)

Importante ponderar que essa substituição da parteira pelo médico ocorreu em tempos diferentes na Europa e nos países colonizados. No Brasil, por exemplo, a realização de partos por médicos em substituição do acompanhamento por parteiras verificou-se a partir de 1808, com a fundação das primeiras escolas de medicina (SANTOS, 2016).

Apesar da Caça às bruxas ter se iniciado na Europa, tal fenômeno foi propagado pelas colônias de exploração e povoamento na América. Federici defende que o fenômeno da Caça às bruxas foi “[...] uma estratégia deliberada, utilizada pelas autoridades com o objetivo de propagar terror, destruir resistências coletivas, silenciar comunidades inteiras e instigar o conflito entre seus membros” (FEDERICI, 2017, p. 382).

Entendemos que, assim como na Europa, o Caça às bruxas justificava a escravidão e o genocídio, na medida que subvertia a população colonizada, acusando-a de adoração ao diabo, em função, especialmente, de sua não conversão ao cristianismo. Isso aconteceu principalmente depois que os colonizadores identificaram resistência à invasão das terras do “Novo Mundo”. Os colonizados - população indígena e negra - eram retratados como “[...] seres imundos e demoníacos, praticantes de todo tipo de abominações” (FEDERICI, 2017, p. 386), e, portanto, suas terras e suas vidas poderiam, legitimamente, ser sarrupadas.

Necessário se faz situar o papel da Igreja em meio ao processo de Caça às bruxas, bem como no processo de colonização. Ao longo da Idade Média, a Igreja se transformou em um poder autoritário que se enriquecia a partir da parceria com a nobreza e extorsão de seus fiéis, se colocando como único mediador entre Deus e os homens.

A Igreja, incubida de um poder divino, criava normas e regras de convivência, a fim de garantir seu domínio sob a população e os territórios. Isso se estendia a todos os setores da vida, inclusive no que tange à sexualidade e aos direitos reprodutivos. Federici (2017) faz menção a alguns fatos para exemplificar a tentativa da Igreja em regular o comportamento sexual ao longo da história. A partir do século VII, por

exemplo, a Igreja católica distribuiu manuais denominados Penitenciais que serviam como guias, pois estabeleciam a posição permitida para o ato sexual, bem como os dias e com quem se podia fazer sexo. Posteriormente, potencializou seus ataques contra o ato sexual não procriador, condenando pela primeira vez a homossexualidade por ir contra a natureza.

Durante a baixa idade média (do século XI ao XV), com as crises que a sociedade vivia na época, surgiu o movimento herético, um movimento revolucionário que lutava por uma sociedade nova e mais justa, denunciando a exploração econômica e a corrupção da Igreja. Os hereges buscavam redefinir vários aspectos da vida, dentre eles a reprodução e a sexualidade. A Igreja teve um papel fundamental na luta contra esse movimento, instaurando a Santa Inquisição, a qual buscava exterminar com muita truculência qualquer presença ou suspiro da heresia. Posteriormente, tal instituição foi utilizada, também no fenômeno de Caça às bruxas (FEDERICI, 2017).

Assim como na Europa, o papel da Igreja no controle da sociedade foi fundamental no processo de colonização. Durante a colonização foi implantado o método de catequização como forma de controle dos povos colonizados, de seus corpos e de seu trabalho. As mulheres e homens que utilizavam seus conhecimentos naturais e culturais para cura eram duramente castigados, quando não assassinados. Quem resistia à conversão ao catolicismo era considerado não humano, o que justificava seu domínio e exploração.

A igreja, portanto, durante séculos, exercia um grande poder sobre os corpos, disciplinando-os e regulando-os conforme seus interesses, amparando-se em uma lei divina. Tal domínio foi transferido aos Estados quando foram formados. O principal objetivo do Estado com esse controle era disciplinar a força de trabalho a fim de aumentar a produtividade (GRAMSCI, 2001).

No volume 4 do Cadernos do Cárcere, Gramsci (2001) traz “alguns aspectos da questão sexual”. Ele discute como os instintos sexuais foram os que sofreram maior repressão por parte da sociedade em desenvolvimento. O autor coloca “a sexualidade como função reprodutora da mulher e como esporte: o ideal estético da

mulher oscila entre a concepção de reprodutora e de brinquedo” (GRAMSCI, 2001, p. 250). Isso sinaliza a função econômica da reprodução como um fato geral e um fato molecular. O fato geral diz respeito à produção e manutenção da parcela inativa da população e o fato molecular está relacionado à família, e a necessidade de se ter uma prole.

Não podemos deixar de falar desse controle sobre os corpos especificamente no Brasil. Apesar de entendermos que Freyre (2006), em seu livro “A Casa Grande e a Senzala”, aborda a realidade colonial de maneira idílica e racista, o autor contribui com a reflexão de que a exploração sexual foi um elemento fundante da nação brasileira e de que a mulher negra foi um objeto de reprodução do sistema colonial. O sistema escravagista objetificou a população negra a ponto de considerá-la sua propriedade. Sendo assim, sua força de trabalho e o produto de seu trabalho pertenciam a seu proprietário.

De acordo com Davis (2016), inicialmente, as mulheres escravas eram vistas unicamente como unidade de trabalho lucrativa, não sofrendo distinção de sexo. Por isso, trabalhavam submetidas às mesmas ameaças de chicotadas que os homens. Entretanto, havia uma diferença entre eles: as mulheres sofriam, com grande frequência, abusos sexuais.

Posteriormente, com a abolição do tráfico negreiro, as mulheres passaram a ser vistas, também, como reprodutoras de mais escravos, ampliando a força de trabalho de seus proprietários. Mas esse lugar de reprodutoras não diminuía o trabalho pesado sob ameaça de tortura - Davis (2016) relata que muitas mulheres antecipavam o parto em função das condições cruéis de trabalho na lavoura.

Identificamos em meio à escravidão uma resistência ao controle reprodutivo exercido pelos senhores dos escravos e pelo Estado: muitas escravas provocavam aborto a fim de evitar ter filhos ou cometiam infanticídio. Elas se recusavam a parir ou manter uma criança que seria sujeita às mesmas condições desumanas de vida a qual elas estavam submetidas (DAVIS, 2016). O aborto era, portanto, um auto controle reprodutivo de resistência à escravidão. De tentar acabar com ela por meio do esgotamento dos escravos.

Atualmente, no Brasil, o aborto é tipificado como crime, com três exceções<sup>17</sup> previstas no Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940), baseado em um discurso falso-moralista de defesa à vida. Na América do Sul apenas Guiana Francesa, Guiana e Uruguai permitem a realização do aborto de forma ampla. A Colômbia permite caso haja risco à saúde física e mental da gestante, e em casos de estupro, incesto ou deformidade severa do feto (PASSARINHO, 2018).

Importante frisar, no entanto, que o aborto está entre os quatro principais motivos de morte materna no país. A criminalização do aborto é permeada das desigualdades sociais e raciais existentes no país, na medida em que diante de uma gravidez não planejada e não desejada, apenas uma pequena parcela de mulheres podem pagar por uma intervenção em clínica particular (MCCALLUM; MENEZES; REIS, 2016; DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

De acordo com estudos (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017; DINIZ; MEDEIROS, 2010), uma em cada cinco mulheres já provocaram aborto em seu ciclo reprodutivo. Entretanto, a criminalização do aborto expõe essas mulheres a riscos de saúde, de vida e de prisão. Diniz, Medeiros e Madeiro (2017, p. 659) refletem que “as políticas brasileiras, inclusive as de saúde, tratam o aborto sob uma perspectiva religiosa e moral e respondem à questão com a criminalização e a repressão policial.”

Nesse sentido, o Estado, portanto, se coloca enquanto regulador da sexualidade feminina e dos direitos reprodutivos da mulher. Isso ocorre em decorrência do Estado ter se apropriado do sistema patriarcal-racista-capitalista em sua formação, o que interfere diretamente nas relações de poder existentes na sociedade. Entendemos que o Estado liberal é uma forma política do capital, em que há a subordinação da classe trabalhadora para extração de mais-valia. Insta frisar que as classes sociais emergiram muito depois que o fenômeno da sexagem e por isso, de

---

<sup>17</sup> O artigo 128 do Código Penal brasileiro prevê que “não se pune o aborto praticado por médico: I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante; II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal” (BRASIL, 1940). E em 2012 o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que o aborto em caso de bebê anencéfalo também não é crime, por meio da ADPF nº 54/2004 (STF, 2012).

acordo com Saffioti, “as classes sociais são, desde sua gênese, um fenômeno gendrado” (SAFFIOTI, 2015, p. 122).

Engels (1984) afirma que o Estado liberal é produto da sociedade, a qual se dividiu por antagonismos irreconciliáveis. De acordo com o autor, o Estado nasce da necessidade de conter tais antagonismos e se torna um estado da classe mais poderosa, daquela econômica e politicamente dominante, garantindo a repressão e exploração da classe oprimida. Neste sentido, o Estado, desde sua origem, é um instrumento de exploração ao trabalho assalariado, exercendo um papel fundamental em relação a existência e reprodução dos poderes de classes, e assegurando, assim, a manutenção do capitalismo. Portanto, sustentado por seu aparato repressor, o Estado defende os interesses de uma classe, de um gênero e de uma raça específica.

Temos como exemplo a política de esterilização em massa que ocorreu na década de 1980, quando mais de 45% das mulheres brasileiras em idade reprodutiva estavam esterilizadas (BRASIL, 1993, p. 34), e de acordo com a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da esterilização, esse fato ocorreu na intenção de erradicação da miséria.

Importante destacar que a pobreza, no Brasil, tem cor. Isso significa que a intenção de erradicar a miséria por meio de uma política de esterilização violenta, representa também um etnocídio. Tal política atingiu principalmente as mulheres negras, as quais tinham seus direitos e corpos violados.

É assim que a esterilização no Brasil merece profunda reflexão, pois, no seu bojo está a subordinação de classe, de raça e de gênero (...). Já é longo o período de perversão instaurado no modelo reprodutivo brasileiro. Tal perversão é marcada pelo aprofundamento das discriminações de classe e de gênero, nas relações de trabalho, na impunidade e omissão. **Quem entra na vida reprodutiva no Brasil não sabe aonde vai parar, não tem controle sobre si, sobre sua vida** (BRASIL, 1993, p. 48, grifo nosso).

Essa CPMI foi constituída em 1991 e emitiu o relatório final em 1993. Porém, ainda hoje, quase 30 anos depois, recebemos notícias de mulheres que sofrem o processo de laqueadura contra a sua vontade. Além disso, também é possível ainda encontrar, nos meios de representação política, a defesa pela esterilização como

meio de combate ao crime e à miséria. Carneiro (2011) aduz que o Estado decide quem deve morrer e viver e, assim, é mantida uma “[...] política de extermínio que cada vez mais se instala no Brasil, pelo Estado, com a conivência de grande parte da sociedade” (CARNEIRO, 2011, p. 134).

Outro exemplo do controle do Estado na sexualidade da mulher é a permanência do mutilamento da genitália feminina, a qual ocorre de forma concentrada em alguns países da África e do Oriente Médio. Essa é uma cultura institucionalizada que prova a estreita relação entre Estado e Religião. A maioria das razões apontadas para essa prática está relacionada à “[...] aceitação social, religião, desinformação sobre higiene, um modo de preservar a virgindade, tornando a mulher casável e ampliando o prazer masculino” (ONTIVEROS, 2019, p.1).

Identificamos, assim, que o controle da sexualidade e dos direitos reprodutivos, bem como as experiências com o aborto - os meios de provocá-lo, a aceitação ou rejeição do mesmo - variam de acordo com o tempo e espaço. O Movimento Feminista é imprescindível na luta pela emancipação da mulher na sociedade, e, portanto, na busca pela autonomia da mulher no que diz respeito a sua sexualidade e direitos reprodutivos. Por isso, tal Movimento foi responsável em colocar a questão da família e da sexualidade como pauta política.

A inserção da discussão dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Movimento Feminista iniciou-se na década de 1960, sendo amadurecido até meados de 1980, tendo como centralidade maternidade (SCAVONE, 2001). Em um primeiro momento, Scavone (2001) aponta que o feminismo compreendia a maternidade como um defeito natural, devendo ser rejeitada para que se pudesse alcançar a liberdade da dominação masculina. Posteriormente, em um segundo momento, a ideia inicial foi negada, pois as feministas admitiram a maternidade enquanto parte de sua identidade e poder em relação aos homens. Por fim, em um terceiro momento, elas entenderam que “não é o fato biológico da reprodução que determina a posição social das mulheres, mas as relações de dominação que atribuem um significado social à maternidade (SCAVONE, 2001, p. 141).



De acordo com Tenório (2017), foi a partir da década de 1970 que o feminismo brasileiro começou a combater diretamente o que era entendido como o papel social da mulher, relacionado à maternidade, à subordinação ao marido e, assim, trouxe à tona o debate sobre direitos sexuais e reprodutivos, dando visibilidade para temas como o aborto e a violência obstétrica. Desde então várias entidades promovem campanhas e ações em prol da defesa dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

Em 1991, por exemplo, foi fundada a Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, a qual consiste em uma organização política nacional do movimento de mulheres feministas e antirracistas e busca, dentre outros aspectos, o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, bem como a legalização do aborto (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 200?).

Desde então, outras entidades foram fundadas e o Movimento Feminista se organiza promovendo ações que incluem também como pauta os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

O Movimento Feminista, representa, portanto, um caminho fundamental e necessário para a ampliação e garantia dos direitos das mulheres. O feminismo luta pela possibilidade da mulher sobre a escolha de sua maternidade, constituindo uma ferramenta importante para a defesa da autonomia da mulher sobre seu corpo e sua vida.

Reconhecemos, assim, que o parto e o partejar constituem um elemento de disputa de poder. Uma disputa por um parto de qualidade, respeitoso e acessível a todas. Diante disso, no próximo capítulo faremos um aprofundamento acerca do parto em nossa sociedade. Inicialmente, traçamos, o perfil da mulher parturiente no país, para entendermos melhor o contexto em que o parto se presentifica. No subitem seguinte fizemos uma discussão acerca do parto inserido em um cenário mercadológico e quais os limites e possibilidades para que o parto se efetive enquanto direito. E finalizamos o capítulo delineando e caracterizando um pouco mais a violência na assistência ao parto, e conectando-a com as discussões anteriores.

### 3 O PARTO NA SOCIEDADE BRASILEIRA

Para falarmos de violência na assistência ao parto, é fundamental compreender os processos de resignificação do parto ao longo da história. O parto constitui um evento biológico e social na humanidade. Isso significa que as transformações ocorridas nas sociedades desde a pré-história até os dias de hoje influenciam diretamente o partear e seu significado sócio-cultural. Ou seja, além das experiências individuais de cada mulher no parto, existe um padrão quanto à maneira de parir em cada lugar. E esse padrão varia de acordo com as mudanças que ocorrem em cada sociedade (MORAIS, 2010).

É possível identificar distintas formas como as mulheres vivenciam o parto de acordo com o lugar ou período em que se encontram. Moraes (2010) ilustra isso citando alguns territórios na Europa, entre os séculos XVII e XIX, onde o parto era um momento de confraternização, em que amigas e parentes participavam do momento ajudando a parturiente a ter o bebê; diferente de algumas mulheres nativas da América do Norte, que no mesmo período, se isolavam de sua comunidade para parir sozinhas.

Trazendo nosso olhar para o Brasil, podemos citar as mulheres de *Kaigang*, tribo localizada na região centro-sul do Paraná. Moliterno et al. (2013) afirmam que, no início de 2011, elas possuíam o hábito de tomar chá para o bebê não crescer muito na barriga e facilitar o parto, além de enterrar a placenta e o umbigo do bebê na terra, demonstrando sua ligação com a natureza. Em contrapartida, a poucos quilômetros dali, na capital do mesmo estado e no mesmo período, a placenta era descartada, e não se fazia o uso de método algum para conter o crescimento do bebê. Esses são alguns exemplos das diversas variações pelo qual o processo do parto passou e ainda passa, tanto em função do espaço, quanto do tempo.

No Brasil, de acordo com alguns estudos (BARROSO, 2009; BIO, 2015; DECARLI, 2017), em grande parte do território, até meados do século XX, a maioria das mulheres que estavam em trabalho de parto eram acompanhadas por parteiras ou curandeiras e os partos ocorriam no ambiente domiciliar, seja na casa da parturiente

ou na casa da parteira.

O ofício de parteira era realizado apenas por mulheres, as quais desenvolviam suas habilidades a partir da troca de experiências que eram aperfeiçoadas no ato do parto. Essa troca era realizada hereditariamente: as mães transmitiam para suas filhas os saberes ao longo do acompanhamento dos partos e suas filhas davam continuidade à tradição. Desta forma, os saberes ao redor do nascimento tinham uma característica mais prática e familiar do que técnico-científica, o que reforçava as particularidades culturais e sócio-históricas de cada período e lugar (MORAIS, 2010).

As parteiras, habitualmente, eram mulheres experientes e de confiança das gestantes e davam orientações acerca de várias questões provenientes do processo de gestar e parir. Moraes (2010) afirma que, no século XVIII, os cuidados prestados tendiam a ser majoritariamente de observação e orientação verbal, apoiando emocionalmente e orientando os esforços na fase expulsiva do parto. Contudo, quando necessário, realizavam manobras para facilitar a expulsão do bebê. Posteriormente, elas se apropriaram de algumas técnicas que facilitavam o trabalho de parto, tais como massagens e banhos. Além de cordas e facas e outros instrumentos caso ocorresse alguma complicação.

Importante frisar que nem todas as mulheres tinham a oportunidade de contar com os cuidados de uma parteira, pois em muitos lugares esse serviço era cobrado e então, apenas as mulheres de classes mais favorecidas podiam ser acompanhadas por parteiras experientes. As demais recorriam a quem estivesse disponível para ajudá-las, com ou sem experiência (MORAIS, 2010; GRECIA et al., 2018).

Esse cenário, contudo, começou a mudar, lenta e gradualmente. Na Europa, o processo de acompanhamento do parto começou a ser absorvido pela medicina a partir do século XVIII, e desde então as parteiras passaram a ter seu papel reduzido no processo do parto até chegarmos aos dias de hoje, em que foram excluídas quase que totalmente da assistência ao parto em boa parte dos lugares. Mas isso não foi de uma hora para outra. Aos poucos, “as mulheres foram desapropriadas de seus saberes, de sua função como parteiras e dos domínios no campo da

parturição” (VENDRÚSCULO; KRUEL, 2015, p. 98), sendo substituídas pelos médicos, a partir do aprimoramento da medicina moderna.

Inicialmente, a intervenção médica tendia a ocorrer apenas em partos mais complicados. Entretanto, o avanço do capitalismo industrial e a percepção da importância da força de trabalho para se obter riqueza provocaram um aumento do interesse do Estado e da Igreja nos índices de natalidade. Assim, tornou-se necessário que o nascimento e o parto fossem mais controlados, diante do alto índice de mortalidade materna, aborto e infanticídio (FEDERICI, 2017). O Estado - aliado à medicina - passou a controlar nascimentos e mortes, bem como a criminalizar a prática das parteiras. Em muitos lugares da Europa, a atuação das parteiras se tornou condicionada à formação e regulamentação específicas (BARROSO, 2009).

A princípio, esse processo foi complicado, pois, parir em casa com uma parteira era uma tradição consolidada e as comunidades tinham muita confiança nas parteiras e curandeiras de sua localidade. Além disso, a inserção do homem no acompanhamento do parto era, de forma genérica, tratada com pudor ou medo (FEDERICI, 2017).

Entretanto, as ideias advindas da modernidade foram ganhando espaço. As mudanças científicas e tecnológicas se consolidaram, seja por meio de aceitação ou imposição. E assim, aos poucos, a partir daquilo que Foucault (1998) denominou de “normalização médica”, a ciência médica passou a desmerecer o saber das parteiras.

Aliado a isso, foi sendo criada uma imagem de que a parteira era responsável pelos abortos, infanticídios e mortalidade materna, muitas vezes acusando-as de bruxaria (FEDERICI, 2017). Essa imagem contribuiu para a perda de espaço das parteiras na sociedade, bem como facilitou a inserção do saber médico e de suas tecnologias muitas vezes frias e distantes no processo de parto e nascimento.

No Brasil, esse processo se iniciou no início do século XIX, com a inauguração das escolas de medicina da Bahia e do RJ, em 1808. De acordo com Brenes (1991) foi

apenas no início do século XX que o curso de obstetrícia passou a ser realizado dentro de uma maternidade. Antes disso, a partir de meados do século XIX, o que existiam eram enfermarias de parto em alguns hospitais do Rio de Janeiro e da Bahia ou casas de saúde abertas por alguns médicos, aonde se faziam parto.

Esse fator fez com que, no Brasil, as parteiras ainda mantivessem garantido seu lugar na assistência ao parto por mais tempo que na Europa. Poucas mulheres gestantes ou parturientes procuravam os serviços prestados por essas enfermarias, já que havia uma resistência quanto à internação nas enfermarias de parto, além da desconfiança do médico homem (BRENES, 1991).

Além disso, assim como na Europa, como estratégia para a substituição definitiva das parteiras, aqui também houve um período em que elas passaram por um processo de formação. Tal formação, contudo, seguia uma lógica religiosa. A regulamentação das parteiras levou à diminuição dos partos realizados em casa, na medida em que só poderiam exercer o ofício de parteira as mulheres que se submetessem à formação elaborada pelos médicos e realizada nas Santas Casas. Ademais, essas mulheres que se formavam acabavam sendo absorvidas pelo hospital para trabalhar como auxiliares dos médicos nos nascimentos (MORAIS, 2010).

Mesmo depois que algumas maternidades foram inauguradas, o corpo médico precisava encontrar uma maneira de trazer as mulheres para serem atendidas por eles.

Houve todo um esforço por parte da corporação médica em construir uma imagem do médico que inspirasse confiança na população. Porém, isto ainda foi pouco para conseguir levar as mulheres à presença do obstetra e muito menos, ainda, para convencê-las e se abrirem para eles (BRENES, 1991, p. 145).

O que eles fizeram então foi se apropriar de um discurso emergente na Europa no século XIX, o qual caracterizava a mulher como o sexo frágil, que apenas os médicos tinham o poder de compreender e orientar. Esse discurso foi o mesmo responsável pelo surgimento de “o mito do amor materno, a mãe dedicada, boa esposa, a rainha do lar, as histéricas, as mundanas e toda uma série de tipos femininos que ocupariam a literatura médica e o imaginário social do século XIX”

(BRENES, 1991, p. 145). Isso garantiria a manutenção da estrutura patriarcal na qual a sociedade capitalista estava fundada. Mantendo a mulher enquanto frágil, o homem poderia submetê-la a seu poder, sob a justificativa de que ela precisa dele.

Além disso, a atuação da medicina no campo da obstetrícia surgiu, teoricamente, para garantir maior segurança e precisão na hora de parir. O corpo feminino passou a ser visto como algo defeituoso, uma máquina com defeito que precisa de reparos para que funcione. Esse discurso abraçou a reificação<sup>18</sup>, objetificando o que é humano e trouxe à tona um cuidado tecnicista e padronizado.

Apesar da investida médica no subjetivo da mulher, a adesão das mesmas ao tratamento hospitalar ainda era muito baixa, pois elas reconheciam na maternidade um lugar que deveriam ir em caso de muita necessidade, e não para uma internação. Os médicos, entretanto, se interessavam pela permanência das mulheres na clínica, para que, assim, eles pudessem adquirir a prática no processo do parto.

A corporação médica, então, tentou conseguir apoio do governo, e solicitou que fosse obrigatório o controle e cadastramento de nascimento nas clínicas existentes.

Há uma séria objeção ao estabelecimento desta clínica que é a falta de parturientes, que de certo modo haveria com a organização atual; mas se o governo quiser tomar as devidas providências não somente abundarão as parturientes, mas obterá aumento da população, perfeito conhecimento dos nascimentos e evitará os infanticídios que se dão em grande número no Rio de Janeiro. Para este fim dever-se-á obrigar a toda e qualquer mulher rica ou pobre que tiver parido a levar ou mandar levar o recém-nascido à apresentação em casa do subdelegado do distrito; este não deve ser qualquer cidadão indistintamente, mas um empregado próprio do governo. (...) Com a necessária vigilância poder-se-á punir os infanticídios que ainda tiverem lugar, e obter-se-á uma lista exata dos nascimentos, o que não se alcança atualmente com o péssimo sistema de confiar aos curas a parte relativa ao nascimento e falecimento da população, pois isto pertence à administração civil e não à igreja. A mulher pobre, para livrar-se de todos estes incômodos com toda a facilidade, preferirá parir no hospital do que em casa, e as pessoas que hoje acolhem facilmente uma mulher em trabalho de parto deixarão de fazê-lo para furtar-se às "exigências da lei" (GUIMARÃES, 1863, apud BRENES, 1991, p. 149).

A partir desse trecho, é possível identificar que a busca de uma maior eficácia no

---

<sup>18</sup> Carcanholo (2011, p. 92) conceitua a reificação, explicando que "ela consiste no fato de que as relações humanas aparecem como relações entre coisas [...] e essa coisificação ocorre por meio das mercadorias [...]". Nesse processo, o que é humano se torna uma coisa. Assim, o corpo da mulher se tornou um objeto.

registro dos recém nascidos ocorreu primordialmente para garantir que as mulheres tivessem seus filhos em ambiente hospitalar, sendo secundário, ainda que importante, o controle dos bebês nascidos.

Por fim, no Brasil, apenas ao longo do século XIX, as parteiras e o ambiente familiar e doméstico foram sendo substituídos pela figura do médico e do ambiente hospitalar frio, hierarquizado e burocrático, sendo consolidado como o mais adequado e higiênico entre as décadas de 1930 e 1940. E atualmente, no Brasil, os partos tem sido majoritariamente no hospital, apesar de uma recente tentativa de resgate do ofício das parteiras enquanto profissão.

Importante ponderar que, a partir do século XVIII, o hospital passou a ser visto como um instrumento de cura, e o médico tornou-se o principal responsável pela organização hospitalar. “O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar” (FOUCAULT, 1998, p. 111).

Atualmente, cerca de três milhões de pessoas nascem todo ano no Brasil. Em 2018, 98,4% dos partos foram em hospitais (BRASIL, 2018), contra 0,6% de partos domiciliares e 0,6% de partos em outros estabelecimentos de saúde, tais como clínicas ou casas de parto. Entendemos, contudo, que a hospitalização do parto reforça a ideia da patologização do parto e do corpo da mulher, o que faz com que ambos necessitem de intervenção médica e tecnológica para funcionarem adequadamente.

Parir nos dias de hoje, se tornou um ato médico. Em que, no geral, impera o desejo, as prioridades e o corporativismo/racionalidade da medicina. É em meio a isso que emergem dois elementos ao redor do parto hospitalar: muitas mulheres são desrespeitadas durante sua internação; e os índices de parto cesárea chega a 56% no país, o que significa que o de parto vaginal não passa de 44% (BRASIL, 2018). Vale dizer que a OMS sugere que a taxa de parto cesárea fique entre 10 e 15%. Esses dois elementos são tratados, hoje, como Violência Obstétrica.

### 3.1 PARIR NO BRASIL - UMA ANÁLISE DOS DADOS DISPONÍVEIS NO DATASUS

No ano de 2018, de acordo com informações do Datasus - Departamento de Informática do SUS (BRASIL, 2018), quase três milhões de mulheres pariram no Brasil. Dentre elas, 55% se declararam pardas e 34% se declararam brancas. Apenas 6% das mulheres brasileiras se declararam negras e 1% indígena. Essa porcentagem é muito baixa se considerarmos a formação social do país. A diferença entre as mulheres que se declararam pardas e as mulheres que se declararam negras e índias nos chamou atenção.

Talvez o termo “pardo” se preste apenas a agregar os que, por terem sua identidade étnica e racial destroçada pelo racismo, pela discriminação e pelo ônus simbólico que a negritude contém socialmente, não sabem mais o que são, ou, simplesmente, não desejam ser o que são (CARNEIRO, 2011, p. 67).

Identificamos, assim, a dificuldade que existe em se autodeclarar negra em um país essencialmente racista, cuja possibilidade de sofrer violência aumenta drasticamente em função de sua cor.

Assumir a identidade racial negra em um país como o Brasil é um processo extremamente difícil e doloroso, considerando-se que os modelos “bons”, “positivos” e de “sucesso” de identidades negras não são muitos e poucos divulgados e o respeito à diferença em meio à diversidade de identidade-s raciais/ étnicas inexistente (OLIVEIRA, 2004, p. 57).

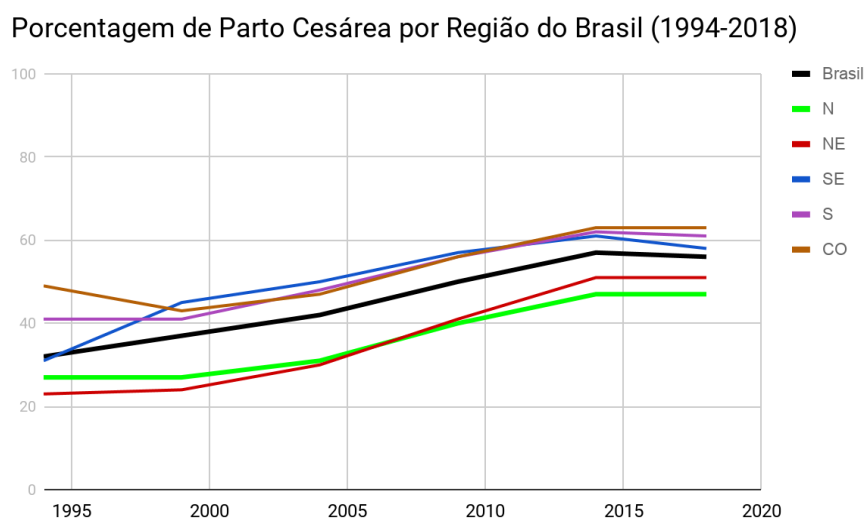
Identificamos, também, que, em 2018, a maioria das mulheres que pariram eram solteiras (44%), seguida de mulheres casadas (33%) e mulheres em união consensual (21%). No que diz respeito à idade, há uma concentração entre puérperas de 20 a 29 anos, representando 48% de todas as parturientes daquele ano.

Outro dado importante demonstrado pelo Datasus é que nos últimos três anos, 98% das parturientes tiveram seus filhos em hospitais. Além disso, no mesmo período, 56% dos partos foram cesárea, contra 44% de parto normal. Sabemos entretanto, que o predomínio da cesárea nos partos é um fenômeno recente, neste sentido, buscamos identificar quando o número de parto vaginais foi ultrapassado pelo de partos via cesárea. Constatamos que no ano de 2009 o número de cesarianas



superou o número de partos normais no Brasil. Entretanto, regionalmente, este fenômeno ocorreu em períodos diferentes: na região Sudeste, o número de partos cirúrgicos superou o de partos vaginais em 2004; no Sul e no Centro-oeste, a cesárea passou a predominar em 2007. Na região Nordeste isso só ocorreu em 2014, enquanto na região Norte, até hoje há o predomínio do parto normal (DATASUS, 1994-2018). Podemos identificar isso no gráfico abaixo, em que é possível observar a ascensão da cesárea desde 1994 até 2018:

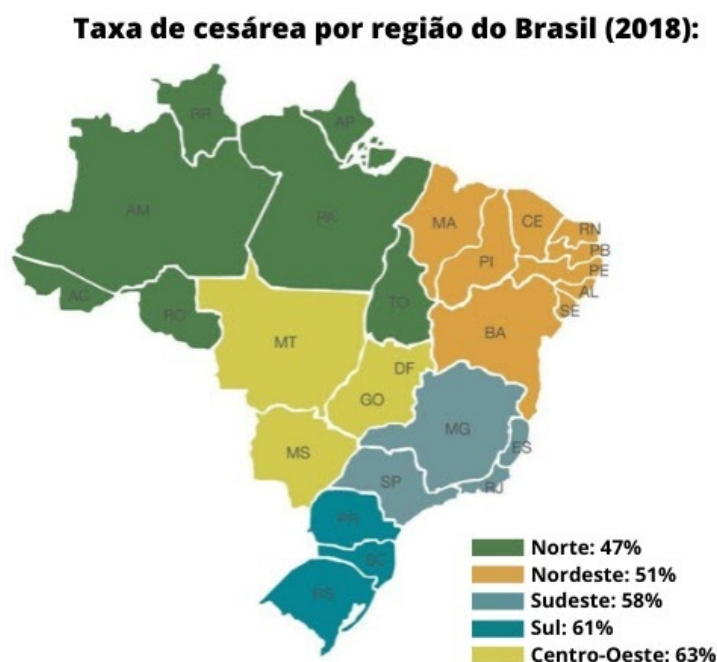
**Gráfico 2 - Porcentagem do parto cesárea, por região, no Brasil (1994-2018).**



Fonte: Datasus (1994-2018). Sistematizado pela autora (2020)

Fizemos, também, o mapa do Brasil com a taxa de cesárea de cada região, em 2018, para facilitar o entendimento:

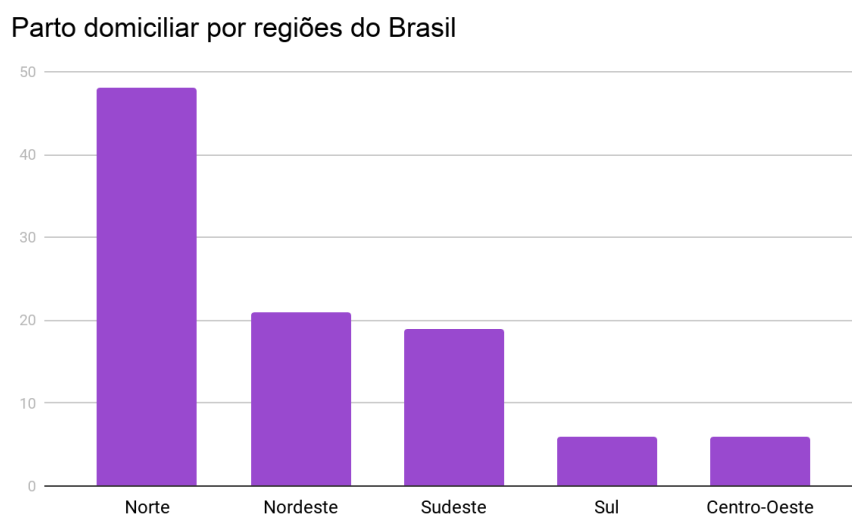
Figura 2 Mapa do Brasil com a taxa de cesárea por região.



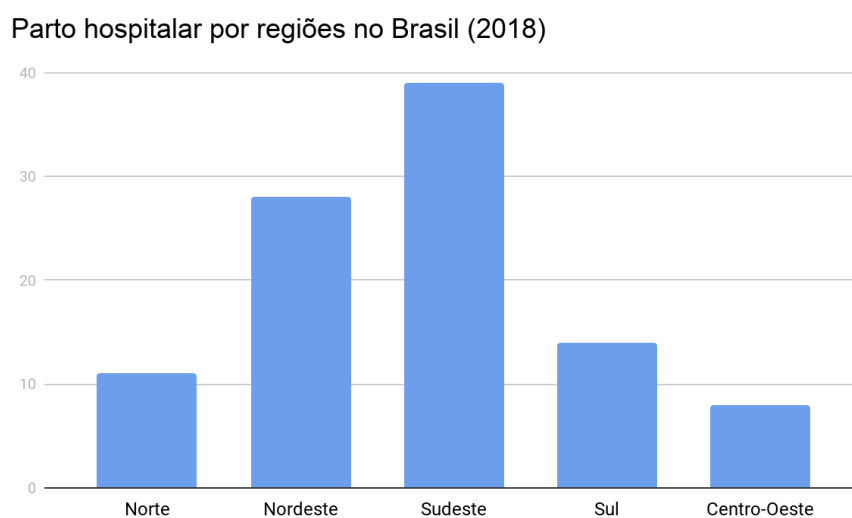
Fonte: Elaboração Própria. Dados retirados do Datasus (2018)

Importante destacar que o fato de no Norte essa inversão ainda não ter ocorrido, não significa que a taxa de cesárea seja baixa. Ainda nesta região, 47% das mulheres parem via cesárea, taxa muito acima da recomendada pela OMS. Entretanto, é necessário refletirmos o que faz com que tal região se diferencie das demais.

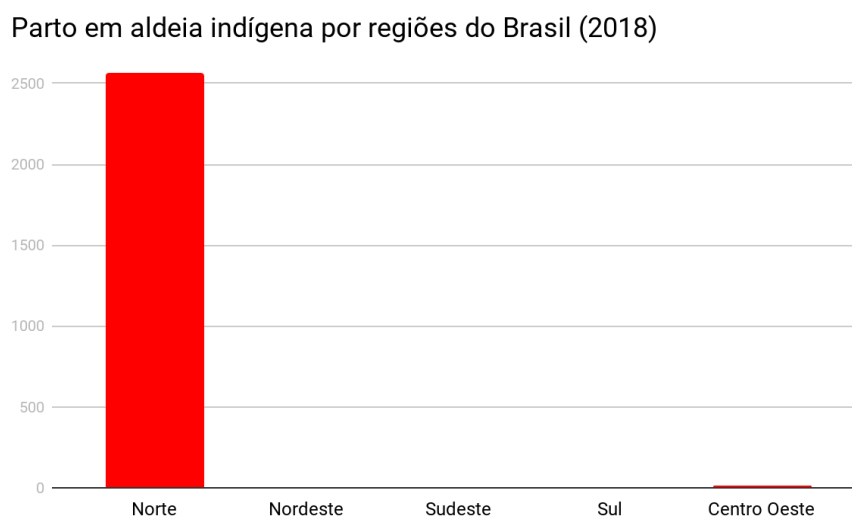
No que diz respeito ao local de parto, também há uma diferença entre o Norte e as demais regiões do país. A região Norte representa 10% dos partos hospitalares no Brasil, o que é compreensível, já que é de 11% sua representatividade no total de partos ocorridos no país. Entretanto, ao analisarmos isoladamente os demais locais de parto, observamos que a região Norte se destaca: 48% dos partos domiciliares do Brasil ocorrem na região norte. E além disso, 99% dos partos em aldeia indígena do país se concentram nessa região. Os gráficos 3, 4 e 5 demonstram essas informações:

**Gráfico 3 - Porcentagem de parto domiciliar por região, no Brasil.**

Fonte: DATASUS (2018). Sistematizado pela autora (2020).

**Gráfico 4 - Porcentagem de parto hospitalar por região, no Brasil.**

Fonte: DATASUS (2018). Sistematizado pela autora (2020).

**Gráfico 5 - Porcentagem de parto em aldeia indígena por região, no Brasil.**

Fonte: DATASUS (2018). Sistematizado pela autora (2020).

As regiões Norte e Nordeste, historicamente, apresentam territórios com maiores problemas sociais, os quais possuem menor cobertura de serviços de saúde em seus três níveis de atenção: básica, média e alta (BRASIL, 2010a, p. 16). Em uma entrevista, Maria do Carmo Leal reflete que há duas realidades distintas para o parto domiciliar no Brasil. Caso ocorra no interior do Norte e do Nordeste, em regiões muito pobres sem infra-estrutura ou serviço de saúde por perto para dar apoio, o parto domiciliar pode relacionar-se a um alto índice de mortalidade infantil. Em contrapartida, se essa experiência ocorre entre mulheres de classe média e da elite, com infra-estrutura adequada e acompanhamento de enfermeiras obstétricas competentes, não apresenta risco para saúde materna e do bebê. Pelo contrário, tais experiências promovem realização para a parturiente e sua família (CARVALHO; LEAL; LIMA, 2018).

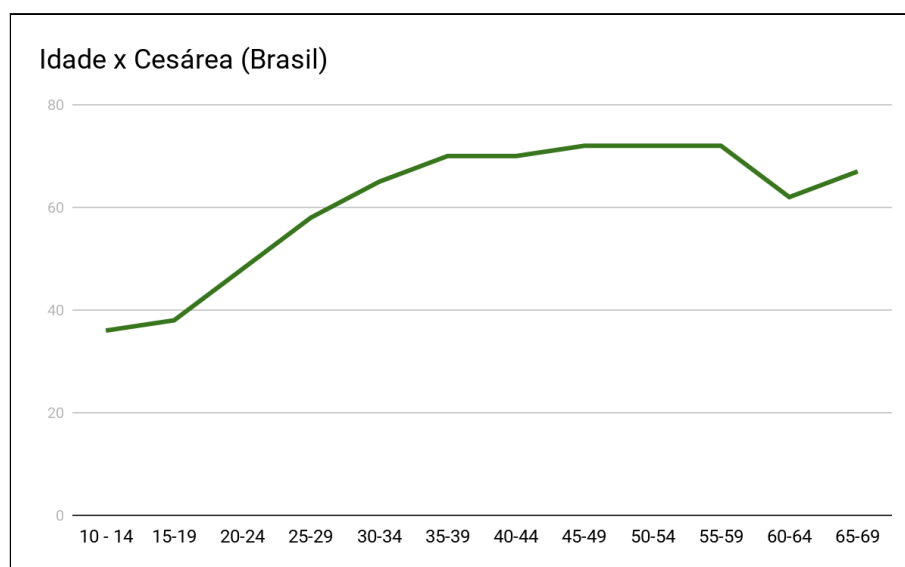
Importante refletirmos, entretanto, na atuação de parteiras tradicionais, que desempenham suas atividades sobretudo nas áreas rurais, ribeirinhas, quilombolas e indígenas da região Norte e Nordeste. Tal atuação - apesar de fundamental - no geral, não é reconhecida pelo sistema de saúde local, o que faz com que ocorra de forma precária, desarticulada do SUS, caracterizando exclusão e isolamento. “A grande maioria das parteiras não recebe nenhuma capacitação, não dispõe de

materiais básicos para a assistência ao parto domiciliar e não é remunerada pelo seu trabalho” (BRASIL, 2010a, p. 9).

Assim, observamos que há ainda a necessidade de aprimoramento de políticas públicas que diminuam as desigualdades regionais que compõem o Brasil. No que tange à assistência ao parto, é importante que o Sistema Único de Saúde (SUS) absorva o parto domiciliar como sua responsabilidade, implementando políticas de capacitação às parteiras tradicionais, bem como possibilitando que elas tenham condições estruturais para o acompanhamento de qualidade do parto.

Prosseguindo a análise das características das parturientes do Brasil, observamos que as mulheres de 20 a 24 anos são as que mais parem no Brasil (24,5%) seguidas das mulheres de 25 a 29 anos (23,5%). Ao cruzar as variáveis de idade e tipo de parto, constatamos, ainda, que quanto maior a idade, maior a possibilidade de que a mulher seja submetida a uma cesariana. Mulheres de dez a 24 anos tem, em sua maioria, parto vaginal. A partir dessa idade, o número se inverte, ou seja, de 25 anos em diante a maioria dos partos são cesáreos (Gráfico 6).

**Gráfico 6 - número de partos cesariana por idade, no Brasil.**



Fonte: DATASUS (2018). Sistematizado pela autora (2020).

Entendemos que existe a crença de que quanto mais avançada a idade, maior a possibilidade de que a mulher desenvolva alguma patologia durante a gestação, e, por isso, a cesárea passa a ser indicada. Entretanto, estudo recente concluiu que a

cesárea está associada a um risco maior de morbidade materna e que esse risco aumenta significativamente para mulheres de 35 anos ou mais (KORB et al., 2019).

É possível, também, obter dados interessantes ao cruzarmos as variáveis cor/raça e tipo de parto, no país. Identificamos que o parto cesárea é predominante entre as mulheres que se declaram brancas, tendo sua ocorrência em 66% desses casos. Observamos um equilíbrio entre as mulheres que se declararam pretas e pardas. Entre elas a taxa de cesárea é de 49% e 51% respectivamente. Em contrapartida, entre as mulheres indígenas, apenas 21% dos partos foram cesarianas.

Essa taxa mais alta entre as mulheres brancas pode ser explicada na medida em que há uma concentração dessas mulheres no setor privado, o qual possui uma taxa de parto cirúrgico que chega a 88% (ENPS, 2012). Enquanto entre as indígenas, a taxa de cesárea mais baixa pode estar relacionada à cultura preservada dentro das comunidades.

Ao fazermos o recorte desses dados oferecidos pelo Datasus para o Espírito Santo (ES), identificamos que o estado segue a tendência do país, havendo pequenas diferenças. Em 2018, no que tange à cor/raça, a maioria das parturientes também se declararam pardas (66%), 25% se declararam branca, 6% pretas e 0,3% se declararam amarela e indígena, cada. Em relação ao estado civil, diferente do país, a maioria se declarou casada (44%), enquanto as parturientes solteiras representaram 38% do total, seguidas de mulheres com união consensual (15%).

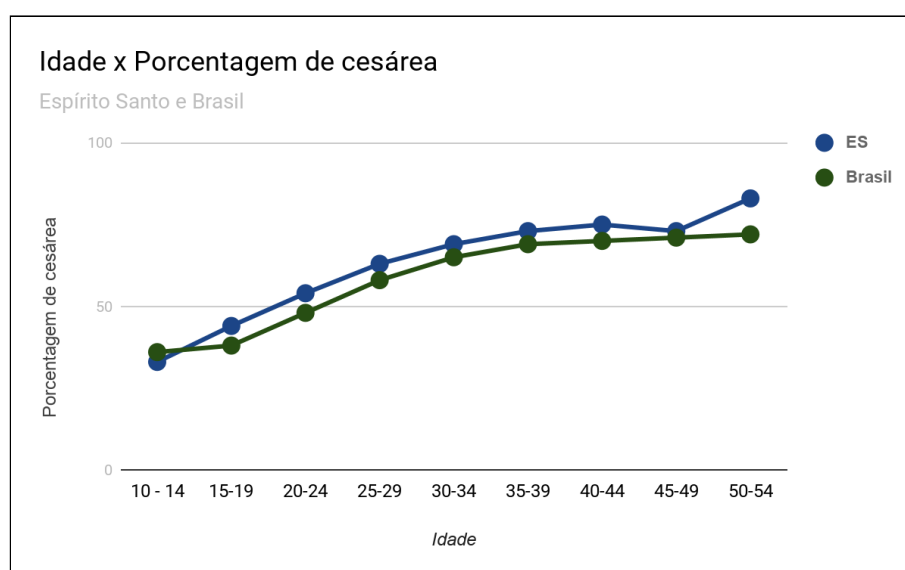
Observamos ainda, que no ES, a porcentagem de mulheres que têm filhos entre 30 e 34 anos é de 23%, maior que a do país. Este percentual se equivale ao de mulheres com idade entre 20 e 24 anos, e também se aproxima do índice de mulheres que têm filhos com idade entre 25 e 29 anos (23,5%).

Importante destacar que o percentual de mulheres que têm filhos entre 30 e 34 anos aumenta a cada ano. Isso demonstra a tendência atual, em que, principalmente mulheres de classe média-alta priorizam ter filhos após o desenvolvimento de sua carreira profissional (BERNARDI; FÉRES-CARNEIRO; MAGALHÃES, 2018; BRUZAMARELLO; PATIAS; CENCI, 2019).

Quanto ao local do parto, verificamos que, no ES, 99% deles ocorrem em ambiente hospitalar. No estado, o número de partos via cesariana é maior que a média nacional, correspondendo a 61%.

Ao cruzarmos as variáveis idade e tipo de parto, no ES, também observamos pequenas diferenças. Enquanto no país, o parto cesárea passa a predominar a partir dos 25 anos, no Espírito Santo, a cesariana se sobrepõe ao parto vaginal a partir dos 20 anos, representando, nessa faixa etária, 54% dos partos:

**Gráfico 7** - número de partos cesariana por idade, no Espírito Santo (ES).



Fonte: DATASUS (2018). Sistematizado pela autora (2020).

Verificamos ainda, que no ES a taxa de cesárea entre as mulheres que se declararam brancas é de 73%, muito acima do percentual de mulheres que se declararam pardas e pretas (ambas 57%).

Apresentamos aqui o perfil das mulheres que vivenciam o parto no Brasil. Nos últimos anos tem sido mulheres que, majoritariamente, declaram-se pardas, solteiras, com idade entre 20 e 29 anos, e que têm seus filhos em hospital, por via cesárea.

No ES, as características das parturientes se aproximam do perfil nacional. Em sua maioria, as mulheres se declararam pardas, e que tiveram parto hospitalar por via cesárea. Observa-se pouca alteração quanto à idade, pois no estado em questão, as

mulheres de 30 a 34 anos também representam uma quantidade expressiva das parturientes. Sendo assim, a faixa etária predominante é de 20 a 34 anos, o que significa que mais mulheres do ES estão engravidando com mais idade. Além disso, a maioria das puérperas são casadas.

No próximo item, apresentaremos a discussão de como o parto tem se inserido no contexto mercantilista e como a administração pública tem lidado com essa questão. Buscamos compreender quais elementos perpassam o parto numa sociedade capitalista, ancorada na mercadoria, e quais implicações esta forma de organização social lança sobre o parto e sobre a vida das mulheres que parem.

### 3.2 PARTO COMO MERCADORIA E PARTO COMO DIREITO

A riqueza da sociedade capitalista é a mercadoria, nos aponta Marx em *O capital* (1985a). Em suas análises, o autor constatou que a mercadoria possui valor de uso e valor de troca. O valor de uso, por meio de suas propriedades, satisfaz necessidades humanas, e o valor de troca, possibilita o intercâmbio desta com outras mercadorias. Continuando sua observação, Marx (1985a) percebeu que o valor de troca é uma forma de manifestação de algo que está contido na mercadoria: o valor. Apesar deles estarem imbricados, eles se distinguem: o primeiro é aparência e o segundo é essência.

Importante marcar que o valor é típico da sociedade capitalista, tendo em vista que ele “é, na realidade, a relação social mercantil expressa nas coisas produzidas pelo trabalho como uma propriedade, que consiste num determinado poder de compra sobre as demais coisas” (CARCANHOLO, 2011, p. 36). Assim, no capitalismo, a mercadoria não existe apenas para satisfazer as necessidades humanas, mas também para que haja circulação e valorização de capital.

É nesse sentido que Soares (2009) aponta que, a partir do neoliberalismo, com a mundialização do capital, os serviços de saúde se tornaram possibilidades de altos níveis de lucratividade e por isso, o mercado privado nessa esfera está em constante expansão. “A política de saúde brasileira tem sido objeto de processos de



mercantilização, negação e retração de serviços e direitos, desfinanciamento, desumanização e privatização” (MELO; LESSA, 2017, p. 2).

Há três projetos com características e interesses distintos em disputa no Brasil no que diz respeito à política de saúde: a reforma sanitária, o projeto privatista e a reforma sanitária flexibilizada (BRAVO; PELEZ; MENEZES, 2020). A reforma sanitária, desenvolvida a partir de meados da década de 1970, defende a garantia universal à saúde, concebendo-a enquanto direito e cuja responsabilidade é do Estado. O projeto privatista se orienta pela lógica e interesse do mercado, uma lógica capaz de explorar a doença para obter mais lucro. Por fim, a reforma sanitária flexibilizada “ [...] adquire contornos próprios em meio às contradições inerentes à implementação do SUS, no contexto da reconfiguração do Estado brasileiro e progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas” (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 194).

Tomada como mercadoria e, por isso, objeto de exploração privada com vistas ao lucro, podemos acrescentar que, segundo Paim (2004), a saúde pode ser analisada a partir de dois enfoques: como respostas aos problemas e necessidades de saúde e como um serviço que integra os processos de produção, distribuição e consumo. No âmbito social, enquanto resposta às necessidades de saúde da população (e direito de todos), temos a saúde enquanto política pública de responsabilidade estatal. Por outro lado, enquanto serviço/mercadoria, está ligada a processos que perpassam o Estado e o mercado, numa lógica<sup>19</sup> que movimenta o comércio de insumos de saúde (equipamentos, alimentos dietéticos, medicamentos, descartáveis, etc.) sustentando um complexo industrial de grande porte. Essa engrenagem na qual se insere a saúde torna esse campo de atuação altamente lucrativo, dito de outro modo “[...] o sistema de serviços de saúde configura-se como

---

<sup>19</sup> A gestão da atenção à saúde reveste-se de grande complexidade, pois contempla desde a aquisição e suprimento de milhares de itens de produtos utilizados na prestação de serviços, passa pela adesão, compromisso, qualificação e dedicação ao cuidado dos agentes das práticas de saúde, até alcançar relações especiais com o mercado, os cidadãos, partidos, políticos e o Estado nas suas diferentes instâncias governamentais, jurídicas e legislativas. No caso brasileiro, trata-se de um sistema bastante complexo em que o Estado é financiador e prestador no âmbito municipal, estadual e federal; é comprador de serviços do setor privado contratado pelo SUS e de insumos no mercado; e é regulador da assistência médica suplementar e dos bens, serviços e ambientes que afetam a saúde (PAIM, 2004, n.p.).

locus privilegiado de realização dessas mercadorias e, como tal, alvo de pressão para o consumo, independentemente da existência ou não de necessidades” (PAIM, 2004, n.p.).

A mercantilização do parto está intrinsecamente associada ao que vem acontecendo com a Política de Saúde de modo geral, em meio à hegemonia do neoliberalismo. Conforme já exposto, nas sociedades anteriores à mercantilista, o processo de parto era uma atividade puramente feminina, acompanhada por mulheres sábias e experientes, que agiam solidariamente à experiência do parto de outra mulher (BIO, 2015, p. 29). Nesse sentido era apreendido pelo seu valor de uso, satisfazendo uma necessidade básica e inerente a qualquer ser humano: o nascer. Ao longo do tempo esse processo foi sendo modificado. O parto, que até então, era caracterizado por ser uma experiência corporal e emocional para as mulheres, do qual era gerado outro ser humano, passou a conter um valor de troca quando os acompanhamentos e atendimentos passaram a ser realizados em troca da mercadoria dinheiro. O parto se tornara uma mercadoria e o valor dele estava contido no tempo de trabalho despendido em sua produção.

Se antes a mulher era protagonista do processo do partear, e detentora do poder em relação a seu corpo, a partir do desenvolvimento da sociedade capitalista, o valor de troca passou a se sobrepor a isso. Então, o corpo da mulher se tornou instrumento de trabalho e o parto uma mercadoria cada vez mais lucrativa. Consoante com o que nos disse Paim (2004), o parto passa a ser inserido numa lógica mercantil, na qual sua realização (quando transformado em fenômeno médico/hospitalocêntrico) e demais intervenções que o perpassam movimentam um mercado de saúde interessante para o capital, mas nem sempre vai ao encontro das necessidades humanas. Assim, entendemos que a relação mercadológica está tão inerente à sociedade hoje, que o próprio nascimento é marcado por ela. O parto e o nascimento, nesta sociedade, guardam um valor mercantil, valor esse que aliena os principais sujeitos do trabalho de parto: a mãe e o bebê.

O processo de mercantilização do parto foi potencializado a partir do fenômeno da hospitalização, acompanhado da intensa medicalização. Como já comentado, até o

final do século XIX, a maioria dos partos ocorriam em casa, os médicos eram chamados apenas em casos complicados. No decorrer do século XX houve uma mudança gradual nas práticas das mulheres: elas começaram a frequentar consultórios médicos, houve a inserção do uso de medicamentos para as mulheres e para os bebês e o parto passou a ser um evento médico e hospitalar, em que procedimentos e intervenções são pré-estabelecidas, independente do quadro clínico da mulher que ali chegue para atendimento (LEISTER; RIESCO, 2013). Foucault (1998) reflete que a partir do fenômeno da hospitalização, o indivíduo se torna objeto de intervenção do médico e o hospital é o lugar em que a cura acontece. Em meio a isso, a patologização do corpo da gestante e da puérpera foi aprofundada e exteriorizada. A mulher, sua subjetividade e seus sentimentos foram anulados e submetidos ao que fosse melhor para a rotina do hospital e dos profissionais que ali trabalham: medicalização intensa e uma generalização do parto cesárea, como se todas as mulheres a ele submetidas tivessem alguma intercorrência na gestação que impedisse o parto normal.

O parto, antes reconhecido enquanto um rito de passagem, tanto para o bebê, quanto para a mãe, agora é identificado como um mero instrumento que garante a reprodução do capital, seja por meio do nascimento de mais uma potencial força de trabalho, seja em função do custo que se tem com recursos humanos e materiais nos procedimentos realizados no trabalho de parto, o que fomenta a indústria farmacêutica e médico-hospitalar.

Importante elucidar que somos favoráveis quanto ao investimento financeiro em torno do trabalho de parto. Entretanto, criticamos o fato de que, além de desconsiderar a autonomia e os desejos da parturiente, o protocolo hospitalar faz com que haja uma despesa financeira desnecessária a partir de intervenções de rotina que não deveriam existir, principalmente, em gestantes de baixo risco, tais como catéter intravenoso, uso de ocitocina sintética<sup>20</sup>, episiotomia e a própria cesárea. Downe (2014) relata que nos Estados Unidos da América (EUA), gasta-se 18 bilhões de dólares por ano com intervenções de rotina desnecessárias.

---

<sup>20</sup> É um medicamento indicado para indução do parto por razões médicas, quando ocorre alguma intercorrência no parto ou no pós parto sendo dispensável em mulheres com parto de risco habitual.

Identificamos pesquisas aqui no Brasil que demonstram que a cesárea possui um custo 38% maior que o parto vaginal (ENTRINGER; PINTO; GOMES, 2019). Nesse sentido, Leal et al. (2014b) afirmam que se fizéssemos a conta do quanto é desperdiçado financeiramente com intervenções e cesarianas desnecessárias, chegaríamos a uma quantia surpreendente. Tal quantia poderia estar sendo usada para atender outras demandas de saúde no país ou qualificar a própria assistência ao parto.

Acreditamos que a medicalização intensa do parto é uma consequência da patologização do corpo da mulher e da institucionalização do parto, a qual serve a diversos atores, aumentando os limites de atuação e o controle, sobretudo, da medicina. Entendemos, também, que a medicalização do parto está intimamente relacionada à medicalização da vida consolidada nas práticas atuais de assistência do modelo hegemônico de saúde, modelo esse que garante o domínio médico e controle dos indivíduos pelo Estado.

Analisando a medicalização e o imaginário no consumo de serviços de saúde em duas áreas periféricas da cidade de São Paulo, Cohn et al. (2015) apontam um processo de acentuada medicalização por parte da população, no sentido de que criou-se um imaginário alimentado pela ideia de que a presença de um mal-estar requer a busca de atendimento médico. Os autores apontam, a partir de dados empíricos encontrados, que o nível de medicalização detectado permite pensar também que a centralidade dos serviços médicos e do saber instituído da medicina (resguardado o grau de eficiência das práticas médicas) evidenciam uma estrutura social e política com viés destrutivo, que encontra sua defesa na capacidade de saturar os indivíduos com terapias que eles foram ensinados a desejar. Isso pode levar ao que está sendo denominada de “iatrogênese”, que discute o processo de adoecimento na sociedade em função da medicalização intensa. YEIN (2016, p. 37) afirma que a iatrogênese “[...] abrange todo cuidado de enfermidade, impotência e angústia advindas do conjunto de cuidados profissionais” e que a medicina obstétrica, com suas intervenções desnecessárias seria um canal patológico no atendimento clínico.

O Movimento Feminista aliado a diversos estudos (DINIZ et al., 2020; LEAL et al., 2014a; MARTINS; BARROS, 2016) denunciam a baixa qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto. Em meio a isso, observamos que a atenção ao parto tem sido alvo de várias políticas públicas, no esforço de gerar mudanças no que diz respeito ao modelo de assistência obstétrica, em busca de garantir a dimensão do parto de qualidade enquanto direito. Exemplificaremos algumas dessas políticas públicas a seguir.

Em 1984, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual inaugurou uma nova perspectiva nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher. A partir dele, buscou-se um modelo centrado na integralidade e equidade das ações, dando ênfase à função educativa dos serviços de saúde, para promover mais conhecimento da mulher sobre o seu próprio corpo, sua saúde e sua sexualidade (BRASIL, 2010a).

Em 2000, o governo federal instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento (PHPN) cujo objetivo principal é melhorar “[...] o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002, p. 5). Para isso estabeleceu três componentes: o primeiro é o incentivo à assistência pré-natal, o segundo é a organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e pré-natal, e o terceiro é uma nova sistemática de pagamento na assistência ao parto (BRASIL, 2002).

A Lei Federal nº 11.108 de 2005 (BRASIL, 2005b) que trata do direito ao acompanhante também se insere nisso. De acordo com uma revisão sistemática realizada em 2017, mulheres acompanhadas têm maior probabilidade de ter um parto vaginal espontâneo, aumento de satisfação com a experiência do parto, menor possibilidade de analgesia intraparto<sup>21</sup> e redução do tempo de trabalho de parto (BOHREN et al., 2017). Entretanto, infelizmente, essa lei ainda não se materializa em todos os serviços de saúde. Dentre nossas entrevistadas, três fizeram relato acerca da falta de acompanhamento, uma delas, inclusive, relatou que na

---

<sup>21</sup> Intraparto: que ocorre durante o parto.

maternidade próxima de onde ela mora, a lei não é considerada e por isso ela não quis ter filho lá.

*Você vai sozinha, você entra sozinha, você sai sozinha. A minha cunhada teve neném lá um ano atrás. Ela entrou sozinha quando ela teve neném. Ela que deu banho, ela que fez tudo... sozinha... ali não pode. E é um direito que é violado e é errado então eu não teria meu filho ali, teria no meio da rua mas não teria ali (Ceuci).*

Outra lei que se insere nesse contexto e que é pouco divulgada é a Lei Federal nº 11.634 de 2007 (BRASIL, 2007), que garante às gestantes atendidas pelo SUS o direito de conhecimento e vinculação à maternidade em que receberá assistência ao parto. O intuito primordial dessa lei é evitar a peregrinação da gestante enquanto está em trabalho de parto, em busca de uma maternidade para receber atendimento, e caso a maternidade vinculada não esteja apta a receber a gestante no momento do trabalho de parto, o SUS será responsável em garantir a transferência segura da parturiente para outra maternidade.

Apesar disso, a persistência da má qualidade na assistência ao parto, levou o Ministério da Saúde a instituir, em 2011, por meio da Portaria nº 1.459, a Rede Cegonha. Esse programa é uma estratégia que busca contribuir para a redução de mortalidade materna e infantil e consiste em uma

[...] rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Desde então, a Rede Cegonha tem sido implantada gradualmente no país, observando as taxas de mortalidade infantil e maternas de cada local, bem como a densidade populacional. Dentre as iniciativas propostas, destacamos a implantação de Casas de Parto Normal, que funcionam com um ambiente mais centrado na mulher e em sua família; Formação e capacitação de enfermeiras (os) obstétricas (os); além do repasse de recursos para a ampliação de leitos para gestantes de alto risco, UTI e UCI neonatal (BRASIL, 2011). Essa estratégia, entretanto, esbarra no desmonte da política de saúde, sendo sua atuação limitada em função do baixo investimento governamental na área da saúde.

Outra conquista importante foi a Resolução Normativa nº 368, que determina que as operadoras de plano de saúde devem informar os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico. Além disso, determina, também, a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde complementar (ANS, 2015).

Desde os anos 2000, o Ministério da saúde tem lançado e atualizado cartilhas com diretrizes para atuação na assistência ao parto normal. A última foi lançada em 2017, com o objetivo de “sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal” (BRASIL, 2017). Essa cartilha sistematiza várias recomendações para reduzir as intervenções desnecessárias que podem ocorrer na atenção ao parto normal, bem como qualificar o atendimento às parturientes e gestantes.

São mais de 200 recomendações, tais como: “uma mulher em trabalho de parto não deve ser deixada sozinha, exceto por curtos períodos de tempo ou por sua solicitação” (BRASIL, 2017, p. 16); “os gestores nacionais e locais devem proporcionar condições para o redesenho das unidades de assistência ao parto visando a oferta da imersão em água para as mulheres no trabalho de parto” (BRASIL, 2017, p. 17); “os puxos devem ser sempre durante a contração” (BRASIL, 2017, p. 20); “evitar toque vaginal na ausência de contrações” (BRASIL, 2017, p. 21).

Nesse sentido, vivenciamos um período de luta pela defesa de uma atenção humanizada e respeitosa no parto, com protagonismo da mulher e a redução de intervenções durante o parto. Além da Rede Nacional Feminista (constituída em 1991), foi fundada, em 1993, a Rede de Humanização pelo Parto e Nascimento (REHUNA) (RATTNER, 2012) e desde então o debate acerca deste tema tem se fortalecido nas pautas dos movimentos sociais e de ativistas. Os avanços são inegáveis, porém ainda são inexpressivos diante da amplitude do fenômeno de violência na assistência ao parto.

Em meio ao cenário de desrespeito às gestantes e parturientes e das incertezas geradas pelo processo social de distanciamento do parto enquanto fenômeno natural, surgiu a figura da doula, cujo papel principal é auxiliar a mulher durante seu ciclo gravídico-puerperal. A doula desempenha papéis importantes nesse período, acompanha e prepara a mulher e sua família com informações acerca do parto, utiliza métodos não farmacológicos para alívio da dor, favorece a manutenção de um ambiente tranquilo e acolhedor, oferece apoio nos cuidados pós-natais e no aleitamento materno, dentre outras atividades, com o intuito de que o parto seja vivenciado com mais tranquilidade (JUNIOR; BARROS, 2016; HERCULANO et al., 2018; BRASIL, 2001).

Em 2001 o Ministério da saúde reconheceu oficialmente a importância da doula no acompanhamento da gestação, parto e pós-parto da mulher e de sua família ao publicar em uma de suas diretrizes (BRASIL, 2001) a sugestão para que se tenha o acompanhamento de doulas, pois:

reduz a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor e o número de partos operatórios. Alguns estudos também mostram a redução do número de cesáreas. Além destas vantagens, também é observado que os grupos de parturientes acompanhadas durante o parto pela doula têm menos depressão pós-parto e amamentam seus recém-nascidos nas primeiras seis semanas de vida em maior proporção que as parturientes dos grupos de controle (BRASIL, 2001, p. 65).

Identificamos a importância desse acompanhamento em nossa pesquisa. Sete mulheres contrataram uma doula para acompanhamento de gestação, parto e pós-parto. Dentre as sete mulheres, seis tiveram parto normal, e a que teve parto cesárea não estava com a doula presente no momento do trabalho de parto e reconhece que foi para a cesárea por estar sob estresse e pressão. Presumimos, nessa entrevista, que se a doula estivesse presente, o desfecho desse parto poderia ter sido diferente.

*Eu não me arrependo, eu sei que eu poderia ter tido parto normal.. ela tava numa posição muito boa. Só que o meu parto foi o melhor possível naquele momento, o melhor foi eu, numa situação de extremo estresse e pressão, ir pra uma cesariana (Mama Sara).*

Contudo, apenas em 2013 a doulagem foi reconhecida enquanto uma ocupação pelo Ministério do Trabalho e do Emprego (GRECIA et al, 2019). Apesar disso, esse



serviço, ainda não é amplamente oferecido pelo SUS<sup>22</sup>, o que faz com que um grupo reduzido e privilegiado de mulheres tenha acesso a ele, por terem possibilidade de pagar. Identificamos, portanto, um aspecto ainda classista na utilização desse serviço. Em nossa, pesquisa, por exemplo, dentre as sete mulheres que utilizaram esse serviço, apenas uma pariu no serviço público; seis se declararam brancas e uma parda; cinco possuem no mínimo ensino superior completo e duas estavam concluindo a faculdade.

Outro ponto importante a ser considerado diz respeito ao parto domiciliar. Na Diretriz nacional de assistência ao parto normal (2017), o Ministério da Saúde indica que não há como recomendar essa modalidade em função de não estar disponível no sistema de saúde, porém, não se deve desencorajar a família a realizar o parto em domicílio desde que se possa proporcionar uma transferência em tempo ágil para um hospital caso haja alguma intercorrência (BRASIL, 2017).

Entretanto, algumas mulheres, principalmente da classe média e alta, têm procurado essa alternativa, a fim de se proteger do sistema obstétrico hospitalar vigente, na medida em que este último vem sendo reconhecido pelo seu ambiente frio e suas práticas autoritárias e desrespeitosas (CASTRO, 2015; CURSINO; BENINCASA, 2020). O parto domiciliar seguro está sendo reconhecido enquanto uma possibilidade de garantia de um parto acolhedor e respeitoso, em que a mulher busca um resgate aos partos realizados por parteiras, cujos protagonistas eram a mulher e seu bebê. Podemos observar isso na fala de Atena, uma de nossas entrevistadas:

*Desde o momento que eu descobri a gravidez dela já era certo que ia ser um parto domiciliar porque eu tinha tido 2 partos anteriores cheios de violência. Mas era uma violência gourmetzada, porque era uma equipe particular, que vende parto normal mas que faz um monte de intervenção que na época eu não tinha informação pra saber que eram desnecessárias, que eram violentas.. Então eu fui muito bem tratada como uma cliente, né.. mas fui submetida a procedimentos que não me fizeram bem emocionalmente, nem fisicamente (Atena).*

---

<sup>22</sup> Em 2019 foi a primeira vez que um hospital contratou doulas pelo SUS. No geral, a atuação de doulas pelo SUS é voluntária e limitada, pois nem todo hospital aceita o serviço voluntário de doula. (VITAL, 2019)

Contudo, essa realidade ainda é acessível para poucas, na medida em que não é coberto pelo SUS e nem pelo sistema suplementar de saúde, o que faz com que o pagamento tenha que ser por via particular. Além disso, ainda existe uma falta de informação acerca dessa possibilidade, haja vista a parca produção científica que aborde esse tema (CURSINO E BENINCASA, 2020), bem como a proibição pelo conselho de medicina (CRM)<sup>23</sup> de que o médico assista partos em domicílio.

A proibição do CRM à participação do médico no parto humanizado potencializa a desconfiança da população em relação a essa modalidade de parto, haja vista que predomina-se ainda, na sociedade, a inquestionabilidade do saber médico e de seus padrões institucionais. Padrões esses que, por vezes, alienam, violentam e anulam a mulher parturiente.

Importante reforçar o recorte classista do parto domiciliar seguro e de qualidade e diferenciá-lo do parto domiciliar que ocorre em regiões mais pobres do Brasil, por falta de opção e de infra-estrutura ou apoio de uma rede de saúde. Como já colocado, nessas regiões, muitas mulheres são acompanhadas por pessoas inexperientes, colocando em risco sua vida e a do bebê. Destacamos ainda, as parteiras tradicionais, as quais, apesar da experiência, desenvolvem seu ofício sem apoio da rede de saúde, muitas vezes sem remuneração e sem os materiais básicos para assistir a mulher parturiente, o que dificulta o atendimento de qualidade (CARVALHO; LEAL; LIMA, 2018; BRASIL, 2010a).

Entendemos que o parto domiciliar poderia ser uma alternativa à medicalização intensa que vivemos em nossa sociedade, e acreditamos que esse é um dos motivos principais de não encontrar apoio e lugar no país. Identificamos, que em uma sociedade submetida à lógica do mercado, o parto necessita do processo de patologização para justificar a intensa medicação a que é submetido e a necessidade de utilização de inovações tecnológicas, as quais fomentam o mercado de consumo. A medicina segue com o monopólio dos partos, o Estado segue com

---

<sup>23</sup> A resolução 193/2019 proíbe a participação do médico em partos fora do hospital, bem como proíbe a adesão deles a quaisquer documentos, incluindo o plano de parto ou similares (CFM, 2019).

seu controle sob os corpos, a indústria farmacêutica e tantas outras seguem lucrando com a venda de seus produtos.

### 3.3 VIOLÊNCIA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

*A violência é a parteira de toda velha sociedade  
que está prenhe de uma nova.  
(Marx, 1996)*

A transição do modo feudal para o modo de produção capitalista foi permeada de violência. Marx (1996) afirma que a violência é uma potência econômica. Nesse sentido, o Capitalismo, enquanto um sistema essencialmente de exploração, não pode dispensar o uso da violência para se manter. As diversas formas de violência são provenientes da maneira com que a produção e reprodução da vida foram organizadas nesse sistema. Concordamos com Duarte (2016), quando ela reflete que a violência emerge nas mais variadas formas de exploração do trabalho, a partir de uma busca permanente pela criação de mais valor.

Entendemos que a violência é perpetrada para impor um domínio sobre determinado grupo ou circunstância. A dominação, entretanto, não acontece apenas a partir do uso de força. Ocorre, também, por meio da constituição de aparatos ideológicos que naturalizam a violência. Tais aparatos ideológicos estão intimamente relacionados à “forma particular que a classe dominante elabora e difunde sua visão de mundo, buscando torná-la universal” (IASI, 2011, p. 78).

Por meio da ideologia, a classe dominante consegue empregar seus valores, seus interesses, sua visão de mundo, ditando o que é certo e o que é errado; o que é superior e o que é inferior; o que deve ser eliminado e o que deve ser mantido. No que diz respeito às mulheres, as normas ditadas referem-se a seu papel de mãe, de esposa, de dona-de-casa. A boa mãe é aquela dedicada e paciente que abre mão de todos os seus desejos e planos para cuidar de seus filhos; a boa esposa é aquela que está sempre disponível para atender as necessidades do marido, qualquer que sejam elas, inclusive de se submeter a agressões e humilhações; e a boa dona-de-casa é aquela que mantém a casa sempre em ordem, limpa, com comida

feita, pronta para servir, independente de trabalhar fora ou não. Enfim, a boa mulher é aquela que submete suas necessidades e seu corpo aos interesses e necessidades de sua família e da sociedade.

É nesse contexto que a violência contra a mulher se legitimou. E uma de suas manifestações é a violência obstétrica, a qual é perpassada por vários tipos de violência contra a mulher: a violência física, moral, verbal, sexual e institucional<sup>24</sup>. A física diz respeito ao uso inadequado ou irrestrito das tecnologias existentes (uso de ocitocina sintética entre outros), bem como ao uso de força física (manobra de kristeller, amarração de mulheres, etc.). A moral está relacionada às condutas dos profissionais, em que há uma desvalorização da autonomia e do saber das mulheres internadas e uma supervalorização da tecnologia e saber médico (agendamento de cesárea sem recomendação baseada em conhecimentos científicos, descumprimento da lei do acompanhante, impedimento ou retardo do contato da mulher com seu bebê nos primeiros momentos de vida, etc.). A verbal é o tipo de violência presente em comentários realizados com o intuito de depreciar a mulher (xingamentos e expressões irônicas, por exemplo). A sexual está intimamente ligada às anteriores, sendo mais direcionada à genitália (exame de toque repetitivos e desnecessários, episiotomia sem autorização da parturiente, estupro e etc.). Por fim, a institucional é entendida como a falta de estrutura adequada para atender essas mulheres, com recursos físicos e humanos precários (recusa da admissão da gestante no hospital, alocação da gestante em cadeiras por falta de leito, etc.) (MARTINS; BARROS, 2016).

Entre as parturientes negras a situação é ainda mais complexa. Oliveira (2018) relata que a desigualdade nas condições de saúde da população negra perpassa vários aspectos, desde as diferenças biológicas e discriminação étnica-racial, até questões estruturais, que envolvem o acesso à serviços de saúde, educação, moradia, bens materiais.

Estudos (DOMINGUES et al., 2013, LEAL; GAMA; CUNHA, 2005; OLIVEIRA, 2018) demonstram que as mulheres negras são mais expostas a uma assistência

---

<sup>24</sup> Não há um consenso entre os pesquisadores do tema quanto à classificação de tais violências, neste trabalho será utilizada essa, em função de julgarmos ser a mais completa.

inadequada no âmbito da saúde, bem como são submetidas a ações deficientes em seu cuidado, sobretudo no ciclo reprodutivo. Domingues et al. (2013) revelam que o racismo

influencia tanto o funcionamento das organizações de saúde quanto as relações entre profissionais e usuários(as) dos serviços de saúde. Pode ser identificado através de alguns aspectos, tais como: diferenças no acesso aos serviços de saúde; atendimento diferenciado aos(às) usuários(as) de cor negra; consultas em que os(as) profissionais examinam inadequadamente as mulheres negras; utilização de expressões depreciativas em relação aos(às) negros(as) (DOMINGUES, 2013, p.286).

É necessário refletir, ainda, como a assistência ao parto ocorre entre as mulheres indígenas. Moliterno et al. (2013) relatam que os estudos acerca desse tema são escassos no Brasil, o que demonstra a invisibilidade ainda maior da violência obstétrica em meio a essa população. Em sua pesquisa, elas identificaram que a maioria das índias se incomodam com a assistência hospitalar a qual elas são submetidas e relatam a discriminação que sofrem por serem indígenas (MOLITERNO et al., 2013).

Na presente pesquisa identificamos, nas histórias relatadas por nossas entrevistadas, todos os tipos de violência obstétrica acima citadas. A física, a partir da aplicação de ocitocina, utilização na manobra de Kristeller. A moral, com o agendamento de cesárea sem recomendação, impedimento de acompanhante no parto, o impedimento de se movimentar livremente, dentre outras. A verbal, com a utilização de falas irônicas e brincadeiras jocosas de cunho moralista. Quanto à sexual, destacamos neste momento, principalmente, os relatos de toques repetitivos e desnecessários. E a institucional, com a dificuldade para admissão em hospital e reclamação acerca de equipamentos velhos.

Reconhecemos, principalmente, dois elementos evidentes e presentes na ocorrência da violência obstétrica, quais sejam o abuso de autoridade dos profissionais de saúde e o desconhecimento dos direitos das mulheres - tanto por elas, quanto pelos profissionais. Entendemos, contudo, que tais elementos são a aparência do fenômeno da violência obstétrica, ou seja, é um dos aspectos possíveis de se apreender ao observar tal fenômeno sem, no entanto, se aprofundar nele - o que dificulta a percepção de sua essência.

Admitimos aqui que a violência obstétrica tem sua essência na sociedade patriarcal, racista e capitalista. Sendo assim, apenas fazendo análise a partir deste trinômio é que conseguiremos “[...] entender os nexos íntimos da realidade [e] explicar a razão da própria conformação da aparência, a estrutura e as leis de funcionamento além das tendências e potencialidades futuras do real” (CARCANHOLO, 2011, p. 46). Isso, entretanto, não exclui o fato de que o abuso de autoridade e o desconhecimento dos direitos existem, são reais e devem ser combatidos.

Alguns profissionais de saúde desconsideram a autonomia da mulher e, conseqüentemente, abusam de sua autoridade institucional enquanto ela está internada. Aguiar e Oliveira (2011) apontam que algumas falas de puérperas traduzem sua angústia por terem que silenciar suas dores e seus medos, em função da submissão aos profissionais de saúde que as atendem durante o parto. Elas relatam com tristeza a banalização da violência obstétrica e reafirmam a necessidade de se calar como estratégia para não sofrerem ainda mais com tal opressão.

A autoridade dos profissionais de saúde se manifesta de diversas formas, tais como: a patologização do parto natural e do corpo da mulher grávida, a utilização de procedimentos desnecessários, a submissão de crenças e costumes às tecnologias ou a precariedade de recursos humanos ou físicos<sup>25</sup>. Na presente pesquisa, algumas entrevistadas identificam e caracterizam o abuso de autoridade, Mama Sara, por exemplo, expressou o que pensa em relação a isso:

*Abuso de autoridade... Porque a gente enxerga a equipe de médicos e enfermeiros como uma pessoa que está mais apta a saber o que é melhor pra gente do que a gente mesmo, no sentido clínico. Tipo assim, a gente tem discernimento, sabe o que é certo e o que é errado que é bom pra gente. Mas às vezes o médico fala, olha eu tenho que cortar o seu abdômen de fora a fora pra você sobreviver, pro seu filho não sofrer.. Aí a gente fala, ah, pro meu filho não sofrer eu vou fazer qualquer coisa aqui (Mama Sara).*

Em relação à patologização do parto, há uma noção no meio social de que o corpo da mulher gestante é inferior e tratado como doente, o que se cristaliza em uma

---

<sup>25</sup> Resultado apreendido a partir do meu Trabalho de Conclusão de Curso no Programa de residência multiprofissional em atenção à saúde da criança e do adolescente - UFES, intitulado: “Violência Obstétrica: um olhar da literatura científica”, em que foi feita uma revisão integrativa a fim de identificar o que se havia discutido sobre o tema até o momento da pesquisa.

“objetificação” deste corpo, passando ele a ser considerado exclusivamente em seu âmbito biológico, tornando-o passível de invasão (BISPO; SOUZA, 2007).

Isso ocorre em função da centralização do parto na figura do médico, ao contrário do que ocorria anteriormente, quando as parteiras realizavam os partos, cujo principal agente era a mulher. Como já apresentado na introdução, a transição do acompanhamento de partos por parteiras para a realização de partos por médicos, no Brasil, ocorreu a partir de 1808, com a fundação das primeiras escolas de medicina. Santos (2016) reflete que a medicina obstétrica, desde sua constituição, estuda o parto a partir de um olhar biológico, com influência da anatomia patológica. Essa compreensão do parto como doença ou distúrbio foi fundamental para que a medicina se apropriasse, também, desse campo, bem como do corpo da mulher.

A partir da inserção dos médicos no fenômeno do parto, o autoconhecimento da mulher, sua cultura, seus valores e princípios foram subjugados pelo saber e tecnologias da medicina. A mulher deixou de ser protagonista do nascimento: quem conduz o parto, hoje, é o médico e não a parturiente.

No que diz respeito à utilização de procedimentos desnecessários, Leal et al. (2014a) afirmam que uma parcela considerável das complicações que ocorrem durante o parto pode ser reduzida a partir do uso adequado da tecnologia, e em contrapartida, o uso inadequado dessa mesma tecnologia pode acarretar em problemas graves tanto à mãe, quanto ao bebê.

A episiotomia, a amniotomia artificial precoce<sup>26</sup>, o uso de ocitocina artificial, a manobra de Kristeller, o uso de rotina de cateter venoso, a analgesia peridural, e a própria cesariana são considerados, hoje, alguns dos exemplos de intervenções obstétricas que muitas vezes ocorrem sem necessidade, “cumprindo papel de repetição de uma rotina que parece não considerar nem a demanda clínica das pacientes nem as evidências científicas do campo” (LEAL et al, 2014a, p. 22). Por esse motivo, várias são as diretrizes da OMS (2018) e do Ministério da saúde (BRASIL, 2017) com orientações para que não utilize tais procedimentos de rotina.

---

<sup>26</sup> Rompimento não natural da bolsa amniótica

A episiotomia foi integrada à rotina na atenção ao parto no início do século XX, com o intuito de reduzir a lesão provocada por uma possível laceração natural que possa ocorrer com a saída do bebê, bem como evitar um possível trauma ao bebê durante o parto (CARROLI; MIGNINI, 2009). Entretanto, estudos (SERATI; SALVATORE; RIZK, 2019; CARROLI; MIGNINI, 2009; CARROLI; BELIZAN, 2000) apontam que a episiotomia aumenta o risco de laceração, infecção e hemorragia e por esse motivo, há a orientação recente de que não utilize esse procedimento de rotina.

A amniotomia artificial precoce e a infusão de ocitocina artificial são usados para acelerar o trabalho de parto, reduzindo o tempo que o profissional deve ficar disponível para a parturiente, bem como reduzindo o tempo que a parturiente ocupa uma sala de parto e um leito. O lento progresso do trabalho de parto, de fato, pode gerar um aumento de taxas de cesarianas ou uma crescente taxa de morbidade fetal e materna. Entretanto, estudos (KENYON et al., 2013; BUGG et al., 2011) comprovam que não há diferença significativa nessas taxas quando esses métodos são utilizados. De acordo com um desses estudos, “o uso precoce de ocitocina resultou em um aumento da hiperestimulação uterina associada a alterações cardíacas fetais” (BUGG et al., 2011, p. 1) e apesar de reduzir a duração média do trabalho de parto em duas horas, não aumentou o número de partos normais.

No que tange à Manobra de Kristeller, não há comprovação de que tal procedimento traz benefícios para a parturiente, sendo recomendado que não seja utilizado (Leal et al., 2014a; OMS, 2018; BRASIL, 2017).

Em relação à analgesia e ao cateter venoso, Leal et al. (2014b) questionam a utilização destes medicamentos em detrimento aos métodos não farmacológicos para alívio de dor, métodos esses já comprovadamente eficazes.

Chama atenção a iniquidade na oferta de métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor. O modelo de atenção ao parto e nascimento que não priorize a parturição fisiológica medicaliza em excesso, aumenta a dor e o medo do parto e, paradoxalmente, usa como alternativa para aliviar o sofrimento da mulher mais medicação (LEAL et al, 2014b, p. 43).

Outro procedimento que merece nossa atenção é a cirurgia cesariana. A cesárea é uma inovação tecnológica desenvolvida para diminuir as taxas de morbidade e



mortalidade materna e neonatal. Entretanto, quando usada inadequadamente, de maneira excessiva, pode representar um risco, gerando resultados maternos desfavoráveis.

No Brasil, mais da metade das mulheres (56%) tem seus filhos por via de cirurgia cesariana. A OMS afirma que quando a cesariana é realizada em mais de 10% das mulheres, não há uma redução efetiva da mortalidade materna e neonatal. Quando a cesariana é realizada milhares de vezes por ano, há um número expressivo de complicações cirúrgicas graves e, paradoxalmente, pode contribuir para a dificuldade em se reduzir a taxa de mortalidade materna no Brasil (BRASIL, 2016). Vários estudos já foram feitos a fim de avaliar quais as complicações que o parto cesárea pode acarretar. Um deles identificou que há um aumento de risco pós parto de parada cardíaca, de histerectomia<sup>27</sup>, infecção puerperal, tromboembolismo venoso, entre outros (Liu et al., 2007). Outro estudo identificou que o parto cesárea, quando comparado ao parto vaginal, foi associado a 56% a mais de complicações precoces, 79% mais risco de infecção urinária e mais de 12 vezes complicações anestésicas (MASCARELLO et al, 2018).

Importante reforçar que para além das complicações relacionadas à morbidade e mortalidade materna e neonatal, a cesariana “[...] pode interferir na vinculação mãe-bebê, no aleitamento materno e no futuro reprodutivo da mulher além de possíveis repercussões de longo prazo na saúde da criança” (BRASIL, 2016, p. 19).

Apesar disso, houve uma normalização da cesárea no Brasil. A cesárea deixou de ser uma alternativa para salvar vidas e passou a ser vista como um modo de nascer. O que aparece, com total equívoco, para a sociedade, é que a cesárea é mais indolor, limpa, segura e controlável. Mas o que há por trás desse imaginário social? O parto cesárea encontrou força e espaço na nossa sociedade capitalista, medicalizada e de consumo. Nessa sociedade em que a tecnologia é sempre superior à fisiologia. Em que tempo é dinheiro. E que o corpo, principalmente o da mulher, é objeto.

O arranjo sócio-técnico do agendamento, o ambiente das maternidades privadas e um complexo mercado de serviços e tecnologias médicas e não

---

<sup>27</sup> Remoção do útero

médicas (mídia, cosmética, gastronomia) concorrem para uma nova estética e roteirização do nascimento. Numa dinâmica permanente, a cesariana assume sentidos distintos quanto mais suas possibilidades são exploradas (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015, p. 899)

Nesse sentido, a cesariana se tornou frequente em muitos países ao redor do mundo. Pesquisadores chegam a afirmar que essa cirurgia se tornou uma pandemia. Mesmo nos países que não apresentam alta taxa de cesárea, houve aumento dessa via de parto nos últimos anos. Os motivos que levam a esse aumento são considerados muito complexos. Estudos relacionam tais motivos a características obstétricas maternas; práticas obstétricas e protocolos clínicos de conduta; recursos tecnológicos disponíveis; e fatores socioeconômicos (GUIMARÃES et al., 2016; RUIZ-SANCHEZ et al., 2013; Kluthcovsky et al., 2019).

Dentre as características obstétricas maternas, são consideradas, por exemplo, o fato de ter tido cesárea anteriormente, o que pode ser um equívoco, já que de acordo com alguns autores, a cesariana eletiva após uma cesariana anterior aumenta o risco de mortalidade materna (RUIZ-SANCHEZ et al., 2013; LEAL et al., 2015). Dentre as práticas obstétricas e protocolos clínicos, podemos citar como exemplo a indução ao parto com o uso de ocitocina artificial. Foi comprovado que esse procedimento aumenta em 70% as complicações perinatais, acarretando no parto cirúrgico.

Os fatores sócio-econômicos nos chamam muita atenção. No Brasil, a taxa de cesárea é maior entre as mulheres com mais poder aquisitivo. Domingues et al. (2014) declaram que é possível observar o desestímulo ao parto vaginal ao longo do pré-natal realizado no sistema privado, em que o acompanhamento é exclusivo com o médico. Além disso, as autoras observaram em seu estudo que, no setor privado, a preferência das mulheres pela cesariana no final da gestação em relação ao início aumentou cerca de 70%.

O medo da dor do parto é um dos fatores mais citados pelas mulheres que decidem ter parto cesárea mesmo sem indicação. Domingues et al. (2014) apontam que entre as mulheres que tem seu parto pelo setor privado, o principal motivo que aparece para a decisão pela cesárea é, além da conveniência em agendar a melhor data para o parto, a ideia de que o parto cesáreo, além de indolor, é mais seguro para o

bebê - o que não é comprovado cientificamente. Já no setor público, o motivo que se destaca para optar pela cesárea é o desejo de fazer laqueadura. Entre as mulheres com parto anterior, a definição da cesariana para “ [...] realização de laqueadura tubária foi referida por quase 40% das mulheres com parto financiado pelo SUS, o dobro do valor observado nas mulheres com parto financiado pelo setor privado” (DOMINGUES et al., 2014, p. 109).

Por esse motivo, muitas mulheres não entendem que a indicação da cesárea sem motivo clínico é uma violência. Nesse sentido, entendemos que os fatores culturais historicamente consolidados ao longo do último século, juntamente com o modelo de assistência hospitalocêntrico e medicalizado e com o protagonismo do médico em detrimento ao da parturiente são elementos que contribuem para a taxa escandalosamente alta de cesáreas no Brasil.

Importante destacar que, em um pesquisa de coorte nacional realizada entre 2011 e 2012, um terço das mulheres com partos anteriores atendidos pelo setor privado consideraram suas experiências anteriores positivas (DOMINGUES et al., 2014). Entretanto, de acordo com Domingues et al. (2014), esse número é de 20% entre as mulheres atendidas no setor público, o que significa que a relação da cesariana a uma experiência positiva é muito menor. Provavelmente isso ocorre por dois principais motivos: a recuperação do parto cesárea pode ser mais lenta e o apoio para realização de tarefas domésticas na casa dessas mulheres é menor; ou a indicação da cesárea, na rede pública, pode estar mais relacionada à complicações durante a gestação ou durante o trabalho de parto (DOMINGUES et al., 2014; Oliveira et al., 2016).

Muitas mulheres que têm seus bebês em rede pública se consideram violentadas por não terem sido encaminhadas para a cesariana logo no início do trabalho de parto, quando foram identificadas dificuldades em sua evolução. Inferimos a necessidade de que se conheça a história de cada mulher, tendo em vista que algumas tiveram experiências negativas com o parto normal anterior, e, no momento em que essas experiências são desconsideradas e não são acolhidas, a imposição do parto normal se torna violenta. Reconhecemos, assim, a necessidade de dois dos

instrumentos mais importantes da assistência na saúde e que por vezes é relegado: a escuta e a disponibilidade para informar.

Outra expressão da autoridade médica diz respeito à submissão de crenças e costumes às tecnologias. Mehry e Franco (2006) consideram que existem três tipos de tecnologias no trabalho em saúde: as duras, que são os instrumentos do profissional de saúde; as tecnologias leves-duras, que dizem respeito ao saber do profissional de saúde; e as tecnologias leves, que são as relações entre os sujeitos (profissionais e usuários, profissionais e profissionais).

Na assistência ao parto, há um predomínio do uso tecnologias duras, bem como da exaltação das tecnologias leves-duras, em detrimento à relação entre os profissionais e as usuárias. Os serviços de saúde ignoram os valores, crenças, hábitos e costumes das mulheres internadas, impondo normas institucionalizadas (ALVARENGA; KALIL, 2016). Luz e Gico (2017, p.4) refletem que não há um reconhecimento de “existência, em pé de igualdade, de outros saberes, e que por isso se constitui, de fato, em hierarquia epistemológica, gerando marginalizações, silenciamentos, exclusões ou liquidações de outros conhecimentos”. Aguiar, Oliveira e Schraiber (2013), bem como Silva et al (2014), dentre outros pesquisadores, concordam que há uma sobreposição do discurso médico aos anseios e opiniões da mulher sobre seu próprio corpo, associado ao desconhecimento dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres pela sociedade, o que facilita ainda mais a ocorrência da violência obstétrica.

Necessário se faz refletirmos acerca do desconhecimento dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres pela sociedade. Independente de classe, às mulheres, é negado o conhecimento de tais direitos. Entretanto, o acesso a essas informações é ainda mais difícil para mulheres de classes subalternas, com menor nível de escolaridade.

Conscientizar-se desses direitos é essencial para fomentar a luta em busca de garanti-los. Contudo, é necessário que se tenha em vista que o desconhecimento de tais direitos não é desproposita. Pelo contrário, é fundamental que as mulheres não tenham acesso a esse conhecimento para que o sistema patriarcal, racista e

capitalista continue funcionando a todo vapor, subjugando seus corpos e suas vidas.

Várias pesquisas (DINIZ, 2014; ANDRADE et al., 2016; ALVARENGA; KALIL, 2016) apontam a falta de preparo ou o desconhecimento da mulher no que diz respeito ao parto como um dos fatores que acarretam a violência obstétrica. Em nossa pesquisa, inclusive, quatro mulheres sinalizaram a falta de informação como um dos motivos possíveis para a ocorrência de tal violência. Essa afirmação, por outro lado, é perigosa, na medida em que sugere uma culpabilização da mulher pela violência que ela sofre. Pode acarretar em uma inversão: a mulher se torna responsável pela violência em função de não conhecer os seus direitos. E é baseado nessa inversão que se estimula o empoderamento da mulher como forma de se defender da violência obstétrica.

Identificamos aí dois problemas principais. O primeiro é que esse empoderamento feminino abarca quais mulheres? De quais classes? Quais cores/etnias? O neoliberalismo impossibilita que o empoderamento englobe a ampla maioria das mulheres (ARRUZA; BHATTACHARYA; FRASER, 2019). Além disso, o empoderamento alcança a mulher individualmente, não gerando efeitos no âmbito coletivo. O segundo é que, mesmo a mulher empoderada e conhecedora de seus direitos, se não houver um rompimento coletivo da opressão, não há a garantia de que ela conseguirá se impor.

Discutir o empoderamento feminino é importante em meio a essa sociedade em que a mulher é anulada, entretanto não é suficiente. Deve-se ter muito cuidado com esse discurso, pois em suas entrelinhas está o discurso neoliberal de que a oportunidade e a alternativa existem, basta a mulher se apropriar delas. Saffioti (2015, p. 121) aduz que o “[...] empoderamento individual acaba transformando as empoderadas em mulheres-álibi [...]” do sistema capitalista.

Identificamos, nesse contexto, o poder da Ideologia no que tange à mulher, seu corpo e seus hábitos. Simionatto (1999, p. 79) assevera que “é no terreno do senso comum que as classes subalternas incorporam as ideologias dominantes, cuja pretensa verdade se impões às classes subalternas como única”.

As ideologias dominantes encontram terreno para serem impostas na medida em que o Estado é composto de instituições, regras e aparatos que possibilitam a união e domínio da classe dominante, a qual além de controlar e distribuir os bens econômicos, organiza e distribui as ideias (SIMIONATTO, 1999). Em meio a isso, a sexualidade da mulher passa a ser controlada e motivada a exercer apenas duas funções: de reprodução e de satisfação sexual masculina.

Além disso, no início do século XX, o Estado precisou controlar os instintos sexuais em função, também, do novo modelo de produção em ascensão, fundado na união do sistema fordista com o sistema taylorista. Tal modelo é baseado por uma linha de produção em massa, em que busca-se o aumento da produtividade por meio da racionalização da produção e do trabalho e mecanização do trabalhador, em que o exercício do trabalhador é “reduzido a gestos simples repetidos com ritmo intenso” (GRAMSCI, 2001, p. 272).

O Fordismo trouxe como uma das principais inovações a esteira rolante, que, na fábrica, leva o produto a ser produzido até os operários e o Taylorismo tem como objetivo alcançar o máximo de rendimento e eficiência com o mínimo de tempo e atividade. A partir do fordismo, a produção se fragmentou em uma série de tarefas padronizadas, a serem realizadas com movimentos repetitivos em uma constância de tempo pré-estabelecida (SIMIONATTO, 1999). Alguns aspectos, desenvolvidos pelo taylorismo-fordismo, para a organização racional do trabalho são importantes a serem destacados aqui nessa pesquisa: Divisão do trabalho e especialização do operário, distribuição de cargos e funções, e padronização de métodos para reduzir custos e aumentar a produtividade (SIMIONATTO, 1999).

Gramsci (2001) reflete acerca da mecanização do trabalhador nesse processo, de como ele se distancia do conteúdo intelectual e realiza seus ofícios de maneira automática. O homem se mecaniza, seu processo de trabalho se mecaniza, o operário passa a realizar trabalhos desgastantes e repetitivos.

Arriscamos aqui, fazer uma analogia entre esse processo e o parto. Acreditamos que, a partir da hospitalização do parto, há uma busca incessante pelo aumento da

produtividade. Quando há a ocorrência de violência obstétrica em um hospital, significa que o parto, enquanto fenômeno fisiológico e natural, se tornou algo mecânico, assim como as pessoas ali envolvidas. A mulher segue sendo objetificada, vista apenas como uma máquina de parir, em um fenômeno evidente de reificação, em que as relações humanas aparentam ser relações entre coisas.

Quando a violência obstétrica se presentifica, há também hospitais que se tornam uma fábrica de partos. E os profissionais envolvidos no parto são como os operários especializados, cada um responsável por uma parte do processo.

Assim como no fordismo, nesses hospitais cujo o parto humanizado é ignorado, identifica-se o princípio da intensificação, cujo objetivo é reduzir o tempo para se produzir um produto e fazer com que ele chegue mais rápido no mercado. Assim como o trabalho é levado até o trabalhador, o parto é levado até o profissional de saúde, e então é sujeito a métodos padronizados para sua realização. O parto deixa de ser individual e subjetivo. A mulher não é mais protagonista do parto, é apenas um acessório para sua realização.

Nesses hospitais, especificamente, observa-se que há uma produção em série de partos e bebês. De tempos em tempos um parto é concluído, e se algum trabalho de parto está durando além do tempo regulamentar, logo encontra-se uma justificativa para que o parto normal, seja transformado em parto cesárea, mesmo que tal justificativa não seja baseada em comprovações científicas.

Dessa forma, além do Estado controlar a sexualidade da mulher, ele controla os nascimentos para que nada saia errado na sua tentativa de assegurar a reprodução do capital. O que alimenta a sociedade de mercado é a acumulação incessante do capital, cuja sustentação só é possível a partir da mercadorização da natureza, do homem, da mulher, de seus corpos e de suas necessidades. Assim, “no contexto da vida pública, assiste-se a uma integração recíproca de mercado, sociedade civil e Estado, governada pelos interesses do grande capital, que requerem uma reestruturação global da vida social, econômica e política” (SIMIONATTO, 1999, p. 90).

#### **4 “É PRECISO OUVIR AS MULHERES E ECOAR SUAS VOZES” - ANÁLISE DE DADOS COLETADOS**

Depois de percorrer um longo caminho para compreender o processo de controle dos corpos femininos e das violações relacionadas à sexualidade da mulher e de seus direitos reprodutivos; bem como de inserir o parto não só nesse cenário, como também, em um contexto mercantil, iremos, agora, apresentar os resultados e a discussão da análise da coleta de dados da presente pesquisa, a partir de elementos teóricos e metodológicos discutidos anteriormente. Cada mulher recebeu o nome de uma Deusa como codinome. A escolha dessas Deusas foi feita a partir de um desejo de evidenciar a força e a potência que cada mulher carrega dentro de si.

Iniciamos traçando o perfil e fizemos uma análise descritiva dos dados socioeconômicos das mulheres entrevistadas. Posteriormente abordamos os principais pontos que cada uma trouxe na entrevista a respeito da assistência ao seu parto. Destacamos as intervenções, os incômodos, bem como os aspectos positivos anunciados por cada uma delas, procurando relacionar tais relatos à sociedade patriarcal, racista e capitalista.

No subitem 4.2.2, buscamos discutir a violência retratada por algumas mulheres a partir de um recorte de cor/etnia. Neste subitem, sentimos a necessidade de detalharmos ainda mais a experiência destas mulheres, na tentativa de transmitir para a leitora (e o leitor) o sentimento de revolta e de tristeza evidenciados ao longo da entrevista.

Finalizamos o capítulo com a análise de elementos que respondem uma de nossas perguntas: qual a percepção das participantes acerca das práticas violentas que marcam a assistência ao parto? Neste ponto, buscamos compreender o que elas entendem por violência obstétrica, bem como quais motivos elas acreditam que isso acontece, e se elas relacionam tal violência ao patriarcado, racismo e/ou capitalismo.



#### 4.1 QUEM SÃO ELAS? PERFIL DAS MULHERES ENTREVISTADAS.

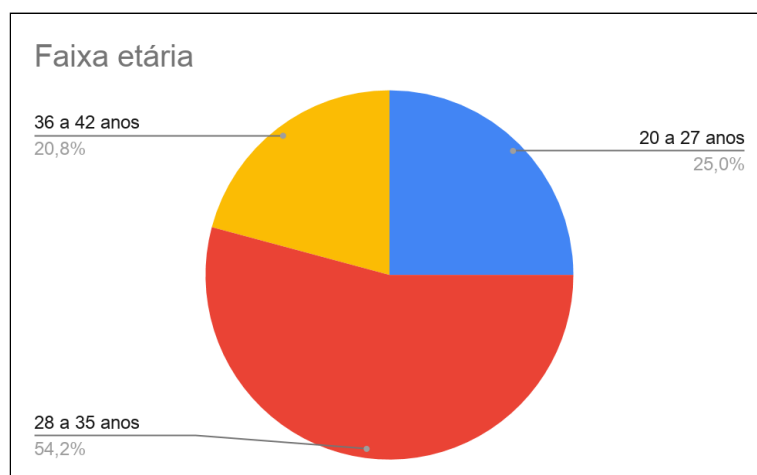
**Tabela 1: Sujeitos da pesquisa**

Pseudônimo	Tipo	Cor	Idade	Escolaridade	Renda Familiar (R\$)	Nº filhos	Município
Onilé	Cesárea	Preta	31	8ª série	3.000	3	Cariacica
Artemis	Normal	Branca	36	Doutorado	5.000	1	Serra
Kali	Normal	Parda	27	Ens. Méd. comp.	3.000	1	Cariacica
Shakti	Normal	Parda	29	7ª série	400	4	Cariacica
Oyá	Normal	Preta	28	Ens. Méd. comp.	3.000	2	Cariacica
Pacha Mama	Normal	Parda	28	Mestrado	2.000	1	Vila Velha
Ceuci	Normal	Branca	28	Superior comp.	5.000	1	Serra
Afrodite	Normal	Parda	20	Ens. Méd. comp.	0	1	Cariacica
Nanã	Normal	Parda	25	Sup. Completo	4.000	1	Cariacica
Durga	Normal	Branca	21	Ens. Méd. comp.	0	1	Cariacica
Kiana	Normal	Preta	23	Ens. Méd. comp.	2.000	1	Cariacica
Atena	Normal	Branca	31	Superior incomp.	6.000	3	Vitória
Mama Cocha	Normal	Branca	30	Mestrado	3.000	1	Vila Velha
Yebá Belo	Normal	Branca	29	Mestrado	9.000	2	Vila Velha
Heras	Cesárea	Branca	42	Doutorado	18.000	2	Vitória
Nix	Cesárea	Branca	34	Superior comp.	3.000	1	Vitória
Íris	Cesárea	Parda	31	Superior comp.	5.000	2	Serra
Maia	Cesárea	Branca	42	Doutorado	9.980	2	Vitória
Mama Sara	Cesárea	Branca	33	Superior comp.	1.500	1	Vila Velha
Gaia	Cesárea	Parda	33	Superior incomp.	4.500	2	Vitória
Mama Quilla	Normal	Parda	23	Superior incomp.	4.500	1	Vitória
Hebe	Normal	Branca	36	Superior comp.	7.000	1	Vila Velha
Jaci	Normal	Branca	31	Pós-graduação	2.750	1	Vila Velha
Parvati	Normal	Parda	37	Superior comp.	5.000	1	Cariacica

Fonte: Dados de campo da autora (2019)

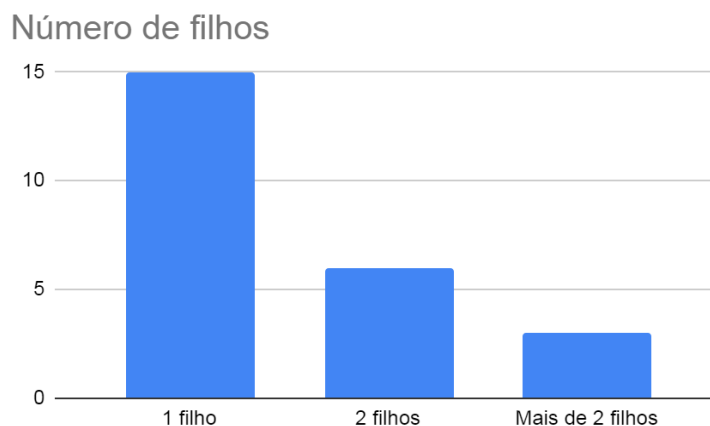
Como já exposto, a faixa etária das participantes foi de 20 a 42 anos. O gráfico 8 nos mostra que o grupo de idade entre 28 a 35 anos se sobressai em relação aos demais, contendo 54,2% das entrevistadas. Por outro lado, a faixa etária de menor representatividade é de 36 a 42 anos, com 20,8% das entrevistadas.

**Gráfico 8 - Faixa etária das mulheres entrevistadas**



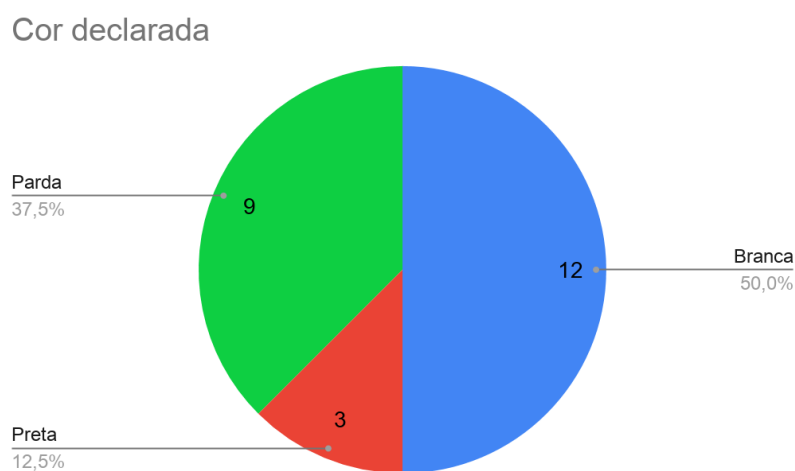
Fonte: Dados de campo da autora (2019)

Em relação à taxa de fecundidade, dentre as mulheres entrevistadas, encontramos uma taxa de 1,5 filhos por mulher, inferior à taxa de fecundidade do estado do Espírito Santo, que, em 2010, era de 1,8 (IBGE, 2010). O gráfico 9 demonstra a taxa de fecundidade das mulheres entrevistadas, sendo que quinze mulheres pariram o primeiro filho, seis pariram o segundo filho, duas tiveram o terceiro e uma está no quarto.

**Gráfico 9 - Taxa de fecundidade das mulheres entrevistadas**

Fonte: Dados de campo da autora (2019)

O gráfico 10 apresenta a cor declarada. Na interpretação dos dados coletados, utilizaremos o critério estabelecido pelo IBGE, que define a classificação da cor negra como a união de pessoas pretas e pardas. Observamos, assim, uma equivalência entre o número de mulheres que se declararam negras e o número de mulheres que se declararam brancas.

**Gráfico 10 - Cor declarada das mulheres entrevistadas**

Fonte: Dados de campo da autora (2019)

A tabela 2 expõe os dados a partir das categorias renda familiar e escolaridade.

**Tabela 2: Renda familiar mensal (salário mínimo) x Nível de escolaridade da participante (2019)**

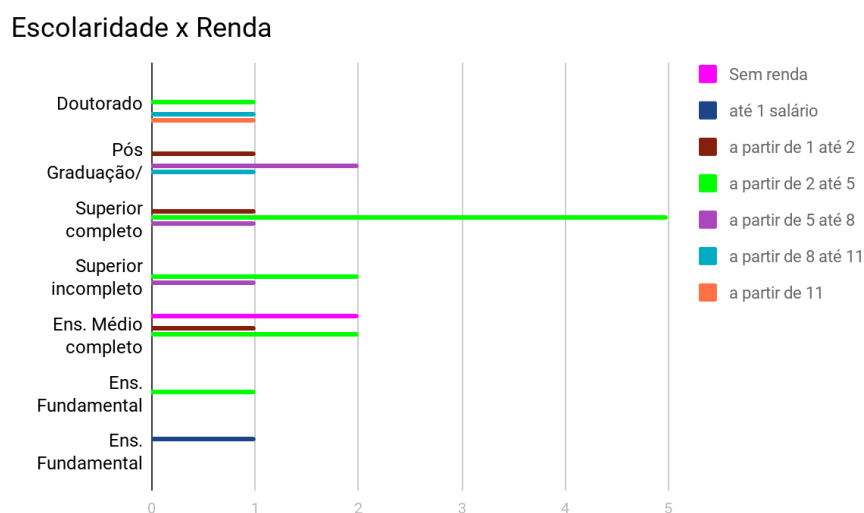
Renda familiar mensal (R\$)	Nível de escolaridade							TOTAL
	Fund. Incomp	Fund. Comp.	Médio Comp.	Sup. Incomp	Sup. Comp	Pós-gra/ Mestrado	Dout	
s/ renda			2					2
até 1.045	1 (BF*)							1
1.046 até 2.090			1		1	1		3
2.091 até 5.225		1	2	2	5	2	1	13
5.226 até 8.360				1	1			2
8.361 até 11.495						1	1	2
11.496 +							1	1
TOTAL	1	1	5	3	7	4	3	24

Fonte: Dados de campo da autora (2019)

Os dados da tabela 1 demonstram que, em relação ao nível de escolaridade, o maior grupo é composto pelas oito mulheres com ensino médio completo, sendo que três delas estão cursando o ensino superior. A renda deste grupo varia de zero a oito salários mínimos, ficando os menores valores entre aquelas que não iniciaram o ensino superior. Em seguida aparece o grupo com sete mulheres que possuem titulação de ensino superior completo, com renda variando de um a cinco salários mínimos. Foram entrevistadas também quatro mulheres que possuem o título de mestrado, com a renda familiar variando entre 1 e 11 salários mínimos;

posteriormente está o grupo de mulheres com doutorado, com renda familiar de dois a mais de onze salários mínimos e, finalmente, ensino fundamental incompleto e completo, com renda, respectivamente de até um salário mínimo (a única entrevistada que recebe bolsa família), e de dois a cinco salários mínimos. Fizemos também um gráfico para melhor visualização.

**Gráfico 11 - Escolaridade x renda das mulheres entrevistadas**



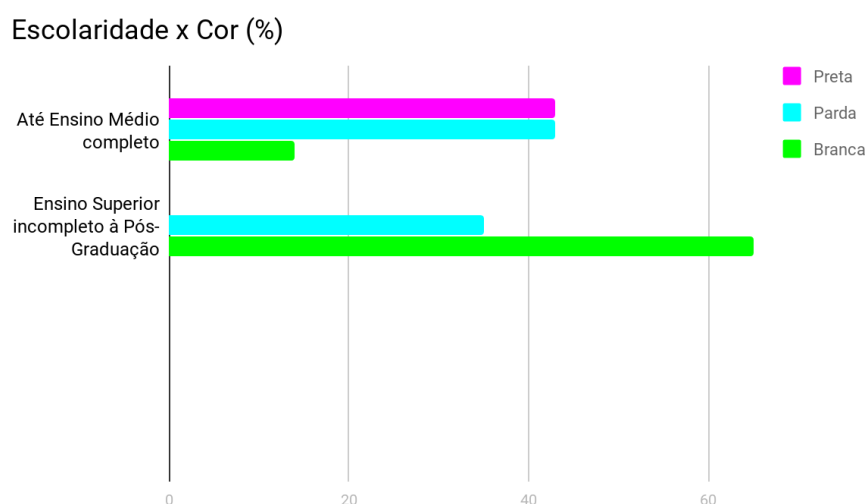
Fonte: Dados de campo da autora (2019)

A partir deste gráfico, observamos que a maioria das mulheres participantes possui renda familiar de dois a cinco salários mínimos, havendo uma distribuição desse grupo no que tange à escolaridade, com destaque para cinco mulheres que possuem ensino superior completo. Isso significa que, dentre as participantes dessa pesquisa, a escolaridade maior não é determinante para uma renda familiar maior. A renda média familiar encontrada entre as participantes é de 4.442 reais, muito superior à renda média per capita do estado do Espírito Santo, que corresponde a 1.477 reais (IBGE, 2019).

Identificamos, assim, que apenas três mulheres entrevistadas possuem renda per capita inferior à média do estado, o que sugere que as famílias das mulheres participantes dessa pesquisa possuem melhores condições de manutenção da vida que a maioria das famílias do estado.

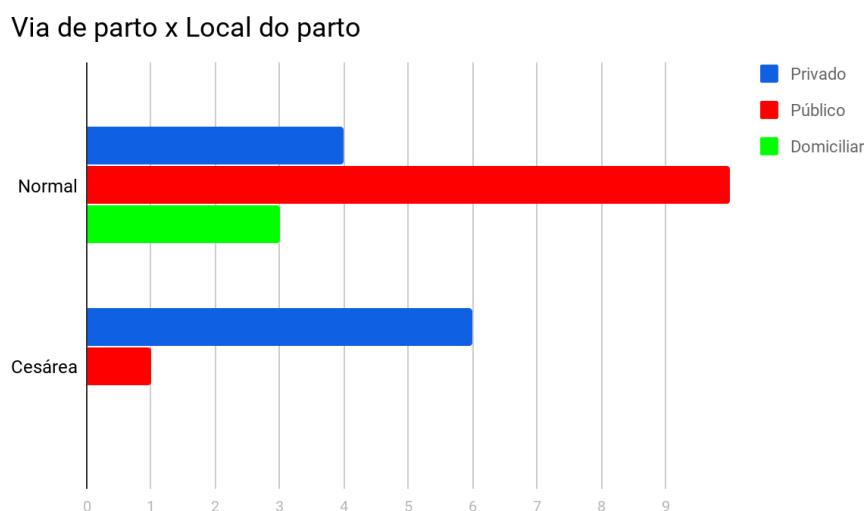
Importante destacar, ainda acerca da escolaridade, que entre as sete mulheres que possuem no máximo ensino médio completo há uma concentração de mulheres negras, enquanto as mulheres brancas se concentram nos níveis de escolaridade entre ensino superior completo e pós-graduação. Isso reforça a existência de desigualdade de acesso e permanência das mulheres negras na escola em relação às mulheres brancas, apontadas em outras pesquisas (SALDAÑA, 2019; OLIVEIRA, 2018).

**Gráfico 12 - Escolaridade x Cor das mulheres entrevistadas**



Fonte: Pesquisa de campo da autora (2019)

Em relação ao local do parto, buscamos equiparar a quantidade de mulheres entrevistadas que pariram pela rede pública com a quantidade de participantes que pariram pela rede particular, independente do parto ser vaginal ou cesárea. Nesse sentido, foram entrevistadas onze mulheres que pariram em hospital da rede pública, dez mulheres que pariram em hospital da rede particular e três mulheres que pariram em seu domicílio, acompanhadas pela equipe especializada em parto domiciliar. O gráfico 14 faz uma relação entre a via de parto e o local do parto, expondo significativas informações a respeito dessas categorias:

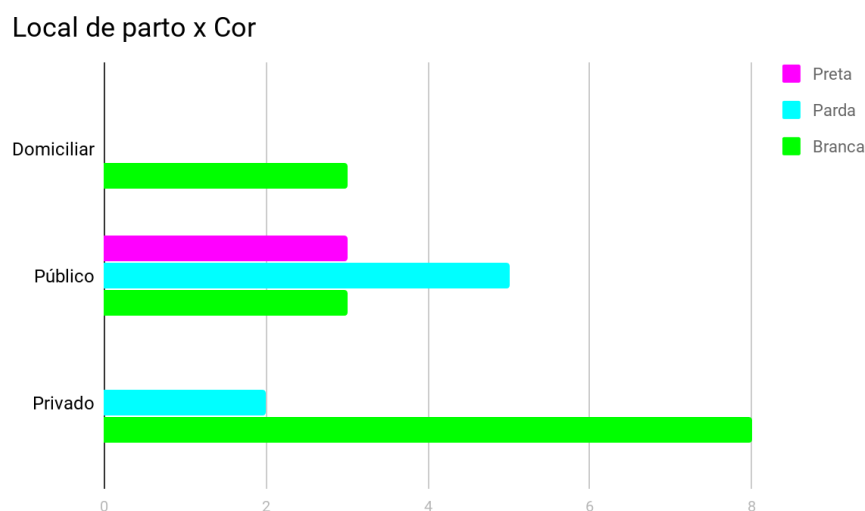
**Gráfico 14 - Via de parto x Local do parto das mulheres entrevistadas**

Fonte: Dados de campo da autora (2019)

Observamos que, na presente pesquisa, a maioria das mulheres tiveram seu parto pela via normal, representando 70,8% das participantes, enquanto o parto cesariano representou 29,2%. Isso se difere da realidade do país, na medida em que os partos no Brasil são 56% cesárea e 44% normal (BRASIL, 2018).

A partir deste gráfico, destacamos, também, a sobreposição do parto normal ao parto cesariano nos ambientes domiciliares e de rede pública, enquanto na rede particular predomina-se o parto cesárea (60% dos partos). Esses dados vão ao encontro da pesquisa nacional Nascer no Brasil (ENPS, 2012), que aponta que na rede pública há uma frequência maior da ocorrência de parto normal, representando 56% dos partos, enquanto na rede privada há uma prevalência do parto cesárea (88% dos partos são cesarianas).

Outros dados importantes que merecem cruzamento é o local do parto com a cor/etnia. A partir do gráfico 15 identificamos que, dentre as participantes, não houve mulher negra que pariu em seu domicílio, entretanto é importante destacar que foram entrevistadas apenas três mulheres que tiveram parto domiciliar. Identificamos, também, que houve um predomínio de mulheres brancas nos hospitais de rede particular (80%), e do grupo de mulheres negras em hospital público (72%).

**Gráfico 14 - Local de parto x Cor/etnia das mulheres entrevistadas**

Fonte: Dados de campo da autora (2019)

É possível, a partir dessa dado, refletir acerca do perfil de pessoas que utilizam o SUS. Pesquisas demonstram que a maioria dos usuários do SUS se declaram pardas e pretas (GUIBU et al., 2017; RIBEIRO et al., 2006).

As mulheres participantes de nossa pesquisa foram, em sua maioria, com idade de 28 a 35 anos; sendo metade branca e metade negra, com renda média per capita superior à renda média per capita do estado do ES. Outra característica importante é que a maioria das mulheres entrevistadas tiveram seu filho por via de parto normal. Tais diferenças entre o perfil das mulheres entrevistadas e o perfil da parturiente do ES, apresentado pelo Datasus foram considerados na análise de dados.

## 4.2 A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

A assistência oferecida à mulher ao longo do pré-natal, bem como durante o trabalho de parto pode ser determinante para a inexistência ou redução de danos à gestante e ao bebê no parto. Concordamos, no entanto, que o uso inadequado de tecnologias e a realização de intervenções desnecessárias são rotineiras em hospitais, lugar em que historicamente se privilegia o tempo e o conforto do



profissional de saúde em detrimento da mulher e de seu corpo (SANTOS, 2016; AGUIAR, 2010; DECARLI, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b) a ausência de controle de pré-natal pode representar por si só uma gestação de risco. Em nossa pesquisa, quase todas as entrevistadas fizeram acompanhamento até o fim da gestação. Apenas Onilé teve que suspender o acompanhamento no 4º mês, em função da ausência de médico na unidade de saúde em que era atendida. De acordo com ela, quando tinha alguma intercorrência ela se dirigia ao hospital, tomava remédio e voltava pra casa. Além disso, fez ultrassom todo mês para acompanhar o desenvolvimento do bebê mesmo sem acompanhamento de pré-natal.

O fato de Onilé não ter realizado pré-natal até o fim foi mal recebido pelos médicos do hospital em que ela teve seu filho, a mesma afirmou que os médicos “*deram esporro*” nela por esse motivo. Assim, ela foi submetida ao pré-julgamento da equipe médica, a qual ao invés de acolher suas necessidades, desrespeitaram-na. Nas últimas semanas de sua gestação ela estava indo pro hospital quase sempre em função da pressão alta e do calor, e nessas idas a médica que a atendeu falou que quando ela completasse 41 semanas, ela deveria ir pra maternidade pra induzir o parto. Mas sua indução evoluiu para a cesárea, depois de vivenciar momentos de muito sofrimento dentro do hospital, a partir da negligência da equipe que a atendeu. Onilé teve seus direitos violados a partir da falta de acesso ao pré-natal, bem como do parto desrespeitoso experimentado por ela.

Dentre as mulheres entrevistadas, sete delas tiveram parto cesárea, sendo que uma teve no serviço público e as outras seis, no serviço particular. Três dessas mulheres passaram pelo processo de tentativa de indução do parto antes, enquanto quatro foram encaminhadas direto para cesárea: Heras foi encaminhada pelo fato de seu bebê ter parado de se mexer, Gaia agendou em função de trauma do parto anterior, Maia, em função da idade adiantada e por não ter entrado em trabalho de parto com 40 semanas, e Íris, por incrível que pareça, foi encaminhada à cirurgia devido à intercorrência do parto de uma outra paciente de sua médica. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) sugere que sempre que possível, deve-se priorizar a indução ao

parto ao invés de encaminhar diretamente para a cesárea, visando o término por via vaginal.

Nos partos domiciliares não foram utilizadas intervenções entendidas como desnecessárias pelo Ministério da Saúde. Todas puderam se alimentar, se movimentar livremente e parir na posição que se sentisse mais confortável. Mama Cocha relata que teve dificuldade de dilatação, e então buscaram alternativas não farmacológicas e não invasivas para ajudar a dilatar:

*Deu uma complicaçãozinha no meio do parto porque eu tava com contração de três em três minutos e não tinha dilatado. Minha dilatação não desenvolvia. Fiz muito exercício e nada. Não tava aguentando mais, aí ela [a enfermeira] falou: vamos fazer um movimento específico. São três exercícios que a mulher faz com as contrações ativas, ou seja, de três em três minutos eu fazia exercício. não tinha descanso. Depois disso eu fui pro banheiro, aí foi de três cm pra dez cm em uma hora (Mama Cocha).*

Em contrapartida, observamos um alto índice de intervenções nos partos vaginais hospitalares. Das quatorze mulheres que tiveram parto normal em hospital, metade (50%) teve a aplicação de ocitocina para estimular as contrações no parto, a amniotomia ocorreu em 21% delas, a manobra de kristeller e a episiotomia ocorreram ambas em 7% das parturientes. Além disso, 21% das mulheres reclamaram que os profissionais de saúde abriram suas vaginas com a mão para ajudar o bebê a sair, e 71,4% delas pariram em posição de Litotomia.

Identificamos, nos relatos, que as intervenções em si não foram o que mais incomodaram as mulheres. A queixa em relação ao procedimento realizado ocorreu mais no sentido da maneira com que tal procedimento foi executado: com delicadeza ou com brutalidade, e se houve alguma conversa anteriormente explicando o que seria feito e o motivo.

*Aí ela começou a fazer procedimentos né, fez primeiro o descolamento de membrana. É... Perguntava se podia, isso que eu gostei né. Tinha gente que já tinha me falado que o médico não falou nada e já ia fazendo. Mas ela ia me explicando e perguntando. Aí eu autorizei e ela fez (Parvati).*

Assim, a maioria das reclamações quanto à assistência foram associadas às relações interpessoais entre paciente e profissional, caracterizadas, por muitas delas, pela falta de diálogo entre ambos, no tratamento grosseiro ou com distanciamento, bem como no fato de não ter sido assistida durante a maioria de seu

trabalho de parto. Isso vai ao encontro de outras pesquisas que relatam as impressões das mulheres em relação à assistência que receberam no parto (HOGA et al, 2002; DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004; AGUIAR, 2010).

#### **4.2.1 “Medo, que dá medo do medo que dá”: A assistência ao parto hospitalar - intervenções realizadas e o contato com o profissional**

Identificamos a partir dos relatos das mulheres entrevistadas que a experiência do parto é marcada pelo medo: medo de sentir dor, medo de não aguentar, medo de acontecer algo com o bebê ou com ela, medo de ser maltratada. Este último medo perpassou todas as mulheres entrevistadas que tiveram parto normal, independente de renda, cor/etnia e escolaridade.

Jaci, que pariu em uma maternidade particular, relatou o medo de sofrer maus tratos já que não iria pagar disponibilidade médica<sup>28</sup>, e de seu marido não ter conhecimento para identificar e evitar qualquer abuso de autoridade; e Nanã lamentou pois acabou tendo seu parto na maternidade pública que não era de sua preferência e tinha medo de sofrer as mesmas violências de outras tantas mulheres que por ali passaram:

*Você fica com muito medo de violência obstétrica. Era o meu maior medo com meu marido dele não saber, sabe. Aí a gente contratou uma doula, não contratei particularidade de médico nenhum. E aí era oração e esperar que caísse uma benção de médico pelo menos respeitoso no dia do plantão. Qualquer coisinha ali é isso aqui pra dar errado e quererem te colocar na cesárea. Coisas que você tem que tá muito esperto. E na hora você tá muito doida, tá puro hormônio (Jaci).*

*E era o hospital que eu sempre falava que eu não queria, pois já tinha visto vários relatos de que não era bom, de que tinham vários médicos que não eram bacanas.. pela infra estrutura, eu ouvia falar bem mal da infra estrutura, e não queria de jeito nenhum que fosse lá, mas acabou tendo que ir pra lá (Nanã).*

O medo aliado à violência naturalizada está intimamente relacionado a técnicas de obediência obrigatória, isso significa que ao gerar na mulher um sentimento de medo, o controle exercido sobre ela é mais fácil. Entendemos, assim, que a

---

<sup>28</sup> A disponibilidade médica refere-se a uma taxa paga ao obstetra a fim de que ele esteja disponível para acompanhar o trabalho de parto desde o momento que seja solicitado pela gestante.

incidência do medo é um instrumento de controle e domínio do opressor. Ribeiro (1999) afirma que o medo é um mecanismo de obediência e é responsável pelo apaziguamento e manutenção da ordem social, e, dessa forma, se tornou uma ferramenta à favor da técnica e da ciência. “A hegemonia conservadora na nossa formação social trabalha a difusão do medo como mecanismo indutor e justificador de políticas autoritárias de controle social” (BATISTA, 2003, p. 23).

A mulher, portanto, imbuída desse medo, sucumbe aos mandos e desmandos do corpo médico. De acordo com Martins e Barros (2016), a partir do momento que a parturiente é admitida na instituição ela passa a ser tratada como uma pessoa que precisa de várias intervenções para concluir seu parto. Em 2017, o Ministério da Saúde desenvolveu diretrizes de assistência ao parto normal que contribuem para refletirmos sobre a incidência das intervenções, bem como o tratamento que deve ser despendido à essas mulheres. Essa diretriz tinha como um dos objetivos gerais “orientar os envolvidos no cuidado com o intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal” (BRASIL, 2017, p. 8).

Analisaremos aqui as intervenções realizadas, tendo como base as orientações dadas pelo MS. Não é o objetivo deste estudo afirmar se as intervenções foram adequadas ou não, até porque a pesquisadora não tem conhecimento técnico para tanto, contudo faremos algumas observações acerca do que nos foi relatado.

Em relação ao uso de ocitocina, o MS (BRASIL, 2017) sugere que não seja utilizada de rotina em mulheres cujo o trabalho de parto esteja se desenvolvendo bem, porém, caso seja aplicado, faz-se necessário explicar o motivo, assim como avisar que as frequências e intensidades das contrações aumentam e por isso, sugere-se o uso de analgesia. Na presente pesquisa, a ocitocina foi utilizada em 50% dos partos vaginais hospitalares. Apenas em uma delas - *Parvati*, que pariu em hospital particular - foi administrado o uso de analgesia também. Algumas relataram como o trabalho de parto ficou muito mais doloroso após o uso de ocitocina:

*Aí eu autorizei botar ocitocina, só que com 15 minutos de ocitocina eu quase morri de tanta dor. Aí me deram analgesia e eu continuei na ocitocina pelo resto do dia. Fiquei na ocitocina, aí quando deu 5 horas da tarde fiz analgesia de novo porque era muito dolorido, não tava suportando a dor (Parvati).*

*Aí me deram soro.. com ocitocina, quando deu o soro, deus me livre.. pingou duas gotinhas na minha veia e eu fiquei louca, desesperada, aí fui pra sala, pro chuveiro de novo (Kianda).*

*Quando caiu a primeira gotinha assim eu vi Jesus.. aí eu comecei a chorar, chorar, vomitei de dor.. meu marido falou: você tem que acalmar pra ela poder vir. Eu não tava falando nada com nada, aí ele falou bem assim: você tá falando o que? Eu não sei.. tava vomitando, vomitando.. porque tava doendo demais (Ceuci).*

Identificamos casos, como de *Durga*, que a ocitocina foi aplicada de rotina, mesmo com o trabalho de parto evoluindo bem. Além disso, *Pacha Mama* que optou em ir para o hospital apenas na fase ativa para sofrer o menor número de intervenções possível era constantemente pressionada a autorizar o uso de ocitocina, se vendo obrigada a tolerar a demonstração de insatisfação dos médicos por não aceitar.

*Ele [o médico] tipo, foi do meu lado: vamos ter que entrar com ocitocina porque a sua força não tá sendo suficiente.. E eu falei: gente, vamos esperar pelo menos mais umas duas ou três contrações e se não vier a gente entra. Aí ele fez uma cara assim, de puto, aí saiu da sala. Aí a obstetra continuou, mas continuou com umas caras assim: não acredito que ela tá fazendo isso. (...) Aí ela [a médica] deu uma desconversada falando que o ritmo cardíaco vai diminuir. Aí chegou um rapaz muito novinho, parecia ser residente e auscultou e tava tudo bem. Aí o pessoal fez uma cara assim de ah, tá tudo normal com o ritmo cardíaco, então vamos esperar mais um pouco (Pacha Mama).*

Depois de mais uma investida da equipe, *Pacha Mama* acabou cedendo e aceitou a aplicação de ocitocina, porém afirma que foi desnecessário. Percebemos, a partir desse relato, a sujeição do corpo da mulher grávida ao poder médico e a desconsideração da autonomia e dos desejos da parturiente, observados em tantos outros partos que ocorrem pelo Brasil (LEAL et al., 2014a; DINIZ et al., 2015; MARTINS; BARROS, 2016).

Importante frisar que houve uma das mulheres entrevistadas pediu para colocar ocitocina para acelerar o trabalho de parto, e outra, mesmo não tendo autorizado a aplicação de ocitocina, avaliou como positivo o uso, pois, apesar da dor, o bebê saiu mais rápido.

*Não falou nada, só colocou. Não perguntou o que eu achava. Mas ah, como eu queria que nascesse logo porque eu tava morrendo de dor... Mas assim, botou o soro rapidinho nasceu (Kianda).*

Outra intervenção tratada na diretriz do Ministério da Saúde, também responsável por estimular a aceleração do parto é a amniotomia (estourar a bolsa amniótica). Tal

intervenção foi realizada em 21,4% dos partos vaginais hospitalares. O caso da Durga merece destaque, na medida em que ele é um exemplo do modelo intervencionista da prática obstétrica que impera no Brasil (ANDRADE et al, 2016). Após ser submetida à aplicação de rotina de ocitocina assim que foi internada, Ela foi submetida à amniotomia por um motivo questionável.

*A médica foi fez o toque, era por volta das cinco e pouca da manhã.. aí tava com cinco centímetros de dilatação. Aí ela fez o toque e falou: espera mais um pouco. Por volta das 6.30h ela fez o toque de novo e tava com sete centímetros. E aí quando deu oito horas ela fez o toque de novo aí tava com 8,50 centímetros. Aí ela pegou e teve que estourar minha bolsa, porque a bolsa não tava querendo estourar (Durga).*

Como podemos ver, seu trabalho de parto estava evoluindo, e estava dilatando aos poucos, entretanto, com três horas de trabalho de parto, a médica estourou sua bolsa amniótica, possivelmente para acelerar o trabalho de parto.

O MS (2017) sugere a amniotomia caso haja suspeita de falha no progresso do trabalho de parto e orienta que, em mulheres primíparas<sup>29</sup>, uma das possibilidades de falha é quando a dilatação cervical for menor que dois centímetros em quatro horas, o que evidentemente não aconteceu, já que ela dilatou mais de três centímetros em menos de três horas. Entretanto, tal intervenção não foi questionada por Durga, pois a médica explicou atenciosamente o motivo de estourar a bolsa e estava sempre por perto. Isso reforça que, em muitos casos, por mais que a paciente desconfie do recurso utilizado, o que se torna determinante para a parturiente é a maneira com que o profissional se comporta diante dela: “As enfermeiras me trataram super bem.. a médica foi uma médica ótima que me atendeu, fez o parto tranquilo, foi conversando comigo, falando umas coisas” (Durga).

Outro aspecto importante do trabalho de parto abordado nas diretrizes apresentadas pelo MS é que as mulheres devem permanecer na posição que se sentirem mais confortáveis. Nas entrevistas, percebemos que isso foi respeitado por algumas equipes médicas, mas por outras não. Estudos apontam que a melhor posição para parir é a verticalizada, e a mais desconfortável para a mulher é a deitada. No entanto, a tecnologia hospitalar foi organizada a fim de atender o que é melhor para

---

<sup>29</sup> Primeiro filho.

o profissional de saúde, em detrimento do conforto da mulher que está ali sentindo as contrações do parto (BRASIL, 2017; TORRES et a, 2018; EVANDER et al., 2015).

Dentre as quatorze mulheres que tiveram parto vaginal em hospital, dez pariram em posição de litotomia (71%). Dentre elas, duas não queriam deitar, alegando que o corpo pedia para ficar em movimento, e uma delas, apesar do cansaço, resistiu ficar na posição litotômica, pois já havia lido que o desfecho do parto é melhor em outra posição. Durga chegou a manifestar sua necessidade de não deitar, porém, diante da insistência ameaçadora da enfermeira, deitou. E Mama Quilla, apesar de não ter querer deitar, cedeu e avaliou como positivo pois pôde descansar.

*Aí eu fui pra debaixo do chuveiro e rapidinho a enfermeira veio e falou: “não, volta pra cama agora, você tem que deitar.” Mas eu não tô aguentando mais ficar deitada. “Mas você tem que deitar”. Aí eu deitei.. aí ela falou que o neném poderia nascer no chão e essas coisas (Durga).*

*Aí eu fui, deitei. Porque eu não queria deitada né. A gente que quer o parto normal pensa: não, de cócoras e tal.. mas aí foi bom porque eu relaxei e consegui concentrar na força.. eu segurava num negócio de ferro assim ó que tinha do lado.. tem até o vídeo.. aí eu fiquei um tempo e ela nasceu (Mama Quilla).*

Importante pontuar, que as outras mulheres não fizeram nenhuma consideração acerca de terem parido deitadas. Para elas foi natural chegarem ao leito e o profissional pedir para que elas ficassem deitadas. Ao que parece, elas não pensam na possibilidade de questionar essa posição para parir, pois é isso que elas estão habituadas a ver e ouvir desde quando nasceram, seja em casa, com a experiência de outras mulheres da família ou da vizinhança, seja nas mídias - tais como novelas e filmes. Destacamos a mídia e os meios de comunicação em geral, como um instrumento utilizado pela classe dominante para transmitir a sua visão de mundo e o que lhes interessa, moldando e direcionando, assim, o comportamento das pessoas (IASI, 2011).

Em contrapartida, tivemos quatro casos em que os profissionais romperam com o protocolo hospitalar tradicional, incentivando as mulheres a ficarem na posição que achassem mais confortáveis:

*Eu tava agachadassa, ela ia lá embaixo pra auscultar a neném, sabe? Nenhum momento os médicos falavam: “olha, se posiciona aí pra eu auscultar..” não.. se eu tivesse virada ao contrário eles viravam ao contrário*

*pra auscultar o bebê.. então assim, foi totalmente fora da curva pelo que eu vejo por aí, entende (Jaci).*

*Ela falou: “ó, você não vai conseguir ter neném nessa posição não.. vamos tentar outra posição?” Eu falei: vão.. aí ela pediu pro médico ir lá pegar o banquinho, aí falou: “você vai sentar aqui, seu neném vai nascer aqui, você vai ver..” ela sentou no chão, falou pra eu apoiar o pé nela.. aí eu defequei... fiz força, fiz força.. aí ela foi, foi foi puxando (Ceuci).*

Observamos que os casos em que os profissionais incentivaram a posição que fosse melhor para a parturiente e a ela se adaptaram foram uma surpresa, pois elas esperavam que teriam que ficar na posição mais confortável para o médico. Importante reforçar que essa situação aconteceu tanto em hospital particular, quanto em hospital público.

Em relação à Manobra de Kristeller e à episiotomia, destacamos que ambos os procedimentos foram realizados uma vez e na mesma mulher: Artemis. Como foi a única parturiente entrevistada que pariu nessa maternidade não foi possível avaliar se foi um caso isolado ou se essa maternidade ainda pratica esses recursos de rotina durante o trabalho de parto.

O caso da Artemis é intrigante, pois, durante sua internação, ela passou por três plantões de equipes (que dura 6 horas) e a condução de seu trabalho de parto foi diferente de acordo com o médico responsável. Ou seja, o que determinou o desfecho de seu parto não foi, prioritariamente, sua condição física e emocional, e sim o desejo e interesse da equipe que a estava atendendo naquele momento. Explico: ela internou às 16 horas, com a bolsa vazando líquido amniótico para iniciar o processo de indução do parto. A equipe aplicou o medicamento intra-vaginal com vistas ao parto normal. Às 21 horas, o médico do plantão seguinte informou que ela teria que ir pra cesárea, entretanto, com o nítido desapontamento de Artemis, o mesmo médico disse que naquele dia não daria mais tempo e voltaria depois. No dia seguinte, seis horas da manhã ele voltou avisando que ela entraria na dieta para ir pra cesárea, pois eles estavam preocupados com o quadro da bebê, já que a dilatação não estava progredindo. Entretanto, com a troca do plantão, novo desfecho:

*E aí chegou outra médica lá e fez o exame do toque e falou assim: olha, você tá com 10 centímetros.. e aí, dá pra ganhar, mas tem que ser agora porque você já tá aí há um tempo e tal.. Aí chegou ela, outra médica e mais*



*duas enfermeiras. Enfermeira com muita experiência. Que você vê que sabe o que tá fazendo assim, sabe? Aí chegou, me botaram lá deitada com as pernas pra cima e falaram, força, força, força. E aí ela saiu [a bebê], mas o médico teve que dar uma pressionada. Aí ele deu e ela foi mesmo, na minha última força. Porque eu já tava também sem fôlego. Ele pressionou a barriga, pra poder ajudar assim (Artemis).*

Observamos, nesse caso, a total sujeição ao trabalho de parto às necessidades da equipe médica. Ou seja, o encaminhamento de Artemis para a cesárea dependeu não de seu quadro clínico, mas sim dos interesses do corpo médico. Artemis desabafou, com tristeza, acerca da falta de controle e de autonomia da mulher sobre as decisões que foram tomadas a respeito de seu parto:

*Mas é uma coisa que eu fiquei meio assim porque eu não tinha muito controle né. Eu queria que fosse de um jeito, mas teve a possibilidade de não ser do jeito que eu queria... e eu fiquei um pouco triste, mas aí eu consegui (Artemis).*

Identificamos, assim, que além da episiotomia e da Manobra de Kristeller, Artemis foi submetida ao puxo induzido e pariu em posição de litotomia. Isso, entretanto, não foi um problema pra ela, na medida em que, além de não ter informações acerca dessas intervenções, o que importou para ela é que as profissionais daquela equipe lhe transmitiram muita segurança e ajudaram-na a ter o parto vaginal que ela desejava.

Em pesquisas anteriores, tais como Nascido no Brasil (ENPS, 2012), identificou-se o alto índice de episiotomia no país: 56% das entrevistadas sofreram essa intervenção durante o seu parto. Identificamos, porém, que, na presente pesquisa, a maioria dos hospitais em que as mulheres entrevistadas pariram não fazem mais uso desse recurso de rotina. Algumas relataram que os profissionais informaram que agora é proibido fazer “o corte”. Isso nos fez refletir se esse baixo índice de episiotomia ocorreu em nossa pesquisa apenas em função da amostra ser reduzida, ou se, de fato, obtivemos avanços em relação a isso.

Encontramos, então, um estudo recente realizado em 2017, comparativo com o Nascido no Brasil de 2012, o qual constatou que as taxas de intervenções inadequadas durante o parto vaginal, como a realização de episiotomia e da manobra de Kristeller foram entre 20% e 50% menores nos estudos de 2017 (LEAL et al., 2019). Isso demonstra os progressos que estamos tendo no que tange ao

enfrentamento à violência obstétrica. Apesar disso, acreditamos que, mesmo com a redução de intervenções desnecessárias, ainda é possível identificar um caráter violento na assistência ao parto, na medida em que a mulher continua sendo subjugada ao saber clínico do corpo médico, e não é orientada acerca dos procedimentos realizados em seu corpo. O que mais uma vez reforça que a essência da violência está no sistema de dominação e exploração patriarcado-racismo-capitalismo.

Nesse sentido, em função da episiotomia ter sido institucionalizada, ainda é vista por algumas mulheres como natural e positiva. Oyá se sentiu extremamente violentada e afirma que eles não fizeram o corte por má vontade. De acordo com ela, todo seu atendimento, desde quando chegou na maternidade foi permeado de violência.

*A outra médica [residente] tava o tempo todo conversando falando: “o mãe, faz força” e eu falava: mas eu não aguento. E eu falava: fala pra ela fazer um corte, um talho... Ai ela [residente] perguntou se poderia, e ela [a médica] todo tempo negando, falando que não poderia... sendo que realmente pode, desde o instante que o bebê bateu e voltou, foi o que minha tia falou, ela deveria ter dado o talho.. quando ela viu que o neném tava dormindo, que eu tava fazendo a força sozinha, ela deveria ter dado um talho (Oyá).*

Verificamos, nesse caso, a falta de diálogo entre o profissional e a parturiente. O vínculo entre ambas já estava fragilizado desde o momento da internação, quando a médica foi rude em seu atendimento durante a triagem e não foi possível estabelecer uma relação de confiança entre a médica e a usuária. A falta de tato da médica em não explicar o motivo de não ser realizada a episiotomia foi interpretada como a indicação de que a equipe não se importa com o caso ou não está agindo com profissionalismo.

Diante da fragilidade desse atendimento, observamos a predominância da autoridade médica, baseada na dependência da paciente em relação à médica e aos procedimentos utilizados por ela. Aguiar (2010) reflete conosco que a autoridade médica tem seus pilares na legitimidade que o saber médico oferece, bem como na dependência de que o paciente obedeça o médico para não ter consequências danosas em sua saúde.

Prosseguindo com nossa análise, outra orientação apontada na diretriz realizada pelo MS (2017) é quanto à realização do exame vaginal, conhecido entre as mulheres entrevistadas como “toque” ou “dedada”. Este exame deve ser realizado de quatro em quatro horas, ou quando houver alguma preocupação com o progresso do parto, ou se a mulher desejar.

Dentre as mulheres entrevistadas tiveram aquelas que não se incomodaram com os exames de toque frequentes, aquelas que reclamaram que toda hora alguém fazia o exame, mas ponderaram que em compensação os profissionais eram gentis, e aquelas que sentiram muita dor com a realização do exame, apontando a brutalidade e indiferença do profissional que o realizou:

*Afrodite: Aí toda hora eu tomava toque... Eu tava dilatando rapidinho.*

*Pesquisadora: Toda hora tomava toque por que?*

*Afrodite: Porque eu tava dilatando muito rápido, tava andando, não parava de andar, aí toda hora que eles vinham eu tava dilatando.*

*É, toda hora vinha um acadêmico e dava dedada, deita aí.. Aí eu falava: meu Deus do céu... Meu marido olhava pra mim e até virava a cara, porque eu falava meu Deus do céu, não tô aguentando isso mais não. Aí na hora que veio outra equipe eu falei: cara, eu deitei aqui na cama agora. E eles falaram: mas a gente precisa saber como tá. E eu: mas eu deitei agora, saiu uma equipe e vocês chegaram de novo. E toda hora chega uma equipe lá diferente. E aí toda hora... um desrespeito.. toda hora você deita lá. Mas eles são muito educado, pedem licença. (...) A mulher lá reclamou, falou que não ia fazer... e ele disse que então ela não ia ter alta (Onilé).*

*A triagem foi um pesadelo, eu cheguei a urrar na hora que ela me fez o toque, foi assim, pavoroso, cheguei a urrar de dor, e aí ela me deixou lá, sangrando e sentou na mesa e começou a fazer perguntas: “ah, você usa drogas?...” aquelas perguntas. Aí nisso entrou a enfermeira e me viu deitada.. eu não tinha força pra levantar, não tinha força nenhuma e aí na hora que eu levantei caiu uma bola de sangue no chão, e aí ela me ajudou a limpar e tudo.. e a médica continuando, como se nada tivesse acontecendo (Naná).*

Afrodite encarou o exame de toque como positivo, na medida em que assim sabia o quanto estava dilatando. Onilé reclamou da frequência de toque realizado por diferentes profissionais, que ela julga serem os acadêmicos, afirmando que os “médicos mesmo” aparecem apenas para dar alta. Além disso, ela fez um relato importante ao dizer que o médico ameaçou não dar alta à sua vizinha de leito se ela não permitisse a realização do toque. Isso demonstra o abuso de autoridade médica e a falta de tato para lidar com situações como essa.

Nanã retratou a postura de distanciamento que a médica assumiu ao realizar o exame vaginal e indiferença diante da dor que sentiu no exame de toque. O acolhimento da dor e a atenção no cuidado são fundamentais para que o trabalho de parto prossiga com tranquilidade.

O toque frequente, realizado sobretudo nas maternidades públicas é um evidente episódio relacionado à formação acadêmica dos médicos. Cada equipe que passa são futuros profissionais que precisam aprender a realizar determinado procedimento, e, assim, despersonalizam a mulher, tornando seu corpo um objeto de estudo. Diniz et al. (2016) indicam que, no que elas denominaram de “Vagina-escola”, os futuros profissionais aprendem que “[...] a paciente não tem direito à escolha ou à recusa informada, e que as necessidades de ensino dos treinandos são mais importantes que a autonomia ou a integridade corporal das parturientes” (DINIZ et al., 2016, p. 254).

Outro elemento abordado pelas mulheres entrevistadas foi a frequência de visitas médicas ao longo do processo, o qual constituiu um quesito importante para a mulher se sentir amparada ou desamparada. Em todos os casos, ter ou não um profissional de saúde por perto avaliando o progresso do trabalho de parto foi considerado um ponto importante na avaliação da assistência ao parto:

*É, assim.. eu sabia que já estaria cheio, não imaginava que ia ficar [sozinha]. Se eu tivesse, por exemplo algum problema durante... Porque o parto foi tudo sozinha. Se eu tivesse em casa, seria tudo do mesmo jeito. Se eu tivesse alguma intercorrência eu não ia saber porque ninguém foi lá ver.. entendeu? Graças a deus não teve nenhum problema (Mama Quilla).*

*Minha pressão aumentou de novo, aí eu comecei a sentir dor, era três e pouca da manhã. Sumiu todo mundo da maternidade. A Mulher que tava me atendendo acho que foi dormir... Aí meu marido ficou preocupado chamou a enfermeira que eu tava sentindo muita dor e nada de aparecer ninguém. Aí ela veio, me deu remédio, me deu.. que minha pressão tava alta na veia (Onilé).*

Além dessas duas mulheres, outras quatro apontaram que os profissionais de saúde sumiram, principalmente durante a madrugada. No caso de Onilé, a falta de monitoramento de seu trabalho de parto evoluiu para uma cesárea de emergência,

pois quando os profissionais apareceram os batimentos cardíacos do bebê estavam fracos e ele havia feito mecônio<sup>30</sup> dentro da bolsa amniótica.

As mulheres que tiveram seu trabalho de parto com um profissional sempre por perto, sinalizaram isso também como um aspecto positivo, principalmente entre mulheres que pariram em hospital público:

*Cada agachamento que eu fiz ela fez comigo me segurando... Ai eu fui pra ducha, ela ficava comigo na ducha. Ficou no banheiro o tempo todo, conversando comigo.. e eu falando que não ia conseguir, eu chorava, eu chorava... porque na hora que eu cheguei tinha um monte de mulher tendo filho.. Fui muito bem atendida e todas as meninas que estavam lá comigo. Não tenho o que reclamar nem de obstetra, nem de enfermeiro (Ceuci).*

*Eu não ficava um tempo longo sem alguém me examinar, examinar ela. Então assim, sempre o que eu parava pra perguntar me respondiam.. então não vi má vontade, assim.. e eu me surpreendi.. quando eu tava no parto também. Ela me perguntava da neném, me chamava pelo nome.. Eu fui muito bem tratada lá, me surpreendi (Artemis).*

Ambas, entretanto, demonstraram surpresa por ter tido um acompanhamento tão atencioso, já que não esperavam isso de um hospital público. Isso revela a imagem negativa que se tem do atendimento em hospital público. Silva (2019, p. 172) reflete que existe um “movimento de desvalorização e sucateamento do que é público, enaltecendo a ilusão de que o que é bom só existe no privado” e, assim, paira na sociedade a imagem de que o serviço público é inóspito e insuficiente (SILVA, 2019).

Outro aspecto importante no que diz respeito ao parto é o direito de um acompanhante para a parturiente. Ainda hoje, apesar da existência da Lei Federal nº 11.108 de 2005 (BRASIL, 2005b) - a qual garante um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós parto imediato - algumas parturientes encontraram dificuldade para garantir esse direito.

*Aí assinei pra internar mesmo, sem querer, e subi totalmente desestabilizada pra internar. Ai meu esposo subiu comigo, teve que brigar porque a moça também não queria deixar ele subir. Só que a gente já tinha né, as leis que garantem que podia acompanhar o parto e tudo, e aí ele foi e criou uma certa confusão assim, né, no hospital... Até a assistente social chamou ele pra conversar depois (Nanã).*

Outro caso foi o do companheiro de Onilé, que, apesar de ter podido acompanhar inicialmente, quando o parto evoluiu para cesárea de emergência, teve que descer e

---

<sup>30</sup> Primeira evacuação do bebê, pode acontecer de o bebê evacuar antes de nascer.

esperar na recepção enquanto a cesárea era realizada: “E aí a que tava me atendendo a noite falou que ele não podia entrar porque era emergência. Ele não pode entrar, mandou ele pegar as bolsas e esperar lá embaixo” (Onilé). Importante ponderar que esses dois casos aconteceram na mesma maternidade. Ceuci relatou que a maternidade próxima de sua casa não permite em hipótese nenhuma acompanhante, o que foi um dos motivos primordiais dela não querer ter sua filha lá.

*Dizem que aqui é péssimo, primeiro porque eles violam uma lei que eu não concordo e eu ia arrumar um problema com eles. Porque mal ou bem, formada em direito eu sou.. e meu marido é policial, ele ia querer cumprir a lei. Porque a gente tem o direito de ter um acompanhamento pré, durante e pós. E ali não pode, nem mãe, nem homem, nem ninguém (Ceuci).*

Além dessas intervenções, já abordadas pelo MS (Brasil, 2017), identificamos, também, a prática de abrir a vagina das parturientes com os dedos durante o período expulsivo. Isso foi relatado por cinco mulheres, em diferentes maternidades, públicas e particulares:

*Foi ruim também porque o que doeu não foi nem o círculo de fogo, não foi nem a cabecinha da bebê, o que doeu é que principalmente esse filho da puta enfiou a mão assim e fez assim... [gesto de abrindo a vagina].. Super desnecessário. A obstetra também pegava na vagina de um jeito que me assustava. Eu sabia que era desnecessário.. eles iam abrindo, e esse toque deles doeu mais (Pacha Mama).*

*Os médicos, eles têm mania de botar a mão quando o bebê tá saindo. Eles botam a mão junto pra ir tirando o bebê, e isso daí eu já sabia que não é bom, porque aumenta a chance de ter laceração né.. mas na hora eu nem pensei nisso. Eu pensei só que na hora que ela botava a mão, doía...aí eu conseguia botar a mão.. bati na mão dela na hora.. tira a mão, tá doendo [simulando um grito] (Mama Quilla).*

Dentre as mulheres que tiveram cesárea, o medo e a preocupação também circulavam antes do parto. Tanto dentre aquelas que chegaram na maternidade com a cesárea agendada, quanto entre aquelas que tentaram induzir, mas desistiram de prosseguir com o parto vaginal.

*O dia do parto foi chato pra mim, assim... Por causa disso, eu tava muito preocupada com ele [o bebê] e quando a gente entrou.. vamos fazer a cirurgia, vamos tirar, vamos tirar.. e.. abria e ele não saía. Ele tava numa posição e ele não virou. Ele tava sentado (Heras).*

*Aí fica aquele negócio assim meio estranho, você meio frenética que não sabe o que tá acontecendo direito e eu ficava com muito medo assim, principalmente nessa segunda gestação na hora do parto porque eu pensava assim: ah, não pode acontecer nada comigo porque tem esse bebezinho e tem uma de três anos, meu deus do céu (Maia).*

*Com os outros pagando minha internação e essa situação eu não tô conseguindo relaxar e aí eu percebi que o que me sucumbiu foi meu emocional. Eu não estava bem pra aquela coisa da entrega, pra eu parir (Mama Sara).*

Em relação às mulheres que tiveram parto cesárea, a reclamação foi mais em relação à tensão que elas próprias sentiam em função da realização de uma cirurgia. Um relato, no entanto, chamou nossa atenção, pois ela trouxe um ponto de vista que nenhuma outra trouxe: o distanciamento do parto cesárea e como a mulher se encontra em uma situação absolutamente passiva no parto, o que se traduz em uma alienação da mulher com relação ao nascimento de seu filho ou sua filha.

*Aplicam a anestesia, aí você não sente os membros inferiores né, que é esse o objetivo, não sentir. E aí, por conta de uma série de medicamentos que eles aplicam na veia, o braço fica amarradinho, não pode movimentar e o outro tem o tempo todo um aparelho verificando a pressão.. Aí você fica imobilizada... E com isso o parto, ele acontece... é sempre uma situação que você fica apreensiva, você sabe que vai cortar, mas você não sabe o momento que a criança vai nascer, porque você não sente contração, você não sente nada e **de repente eles pegam uma criança e a criança chora** (Maia).*

Maia, com sua experiência, expressa o que discutimos no subitem 2.2, em como o hospital com procedimento do parto cirúrgico se tornou uma fábrica de partos. Em que observa-se a mecanização do trabalhador e, portanto, do processo que é parir.

O relacionamento interpessoal entre a paciente e profissional de saúde é apontado por Domingues et al. (2004) como um fator importante na assistência ao parto. O respeito à individualidade, experiências e valores da mulher internada é fundamental para a experiência de um parto respeitoso.

A postura que alguns profissionais de saúde assumem diante de suas pacientes é reflexo de um modelo hospitalocêntrico inserido em uma sociedade patriarcal, racista e capitalista, em que se predomina a relação de poder do profissional de saúde sobre a paciente. Em função da paciente em questão ser mulher essa relação de poder é ainda mais desigual, e ainda se torna mais complexa se for mulher negra. A mulher passa a ser triplamente objetificada: por ser mulher, por ser paciente e por ser corpo que pare um bebê. Assim sendo, enquanto objeto, ela não precisa de tratamento dispensado a um ser humano.

Pudemos apreender que os maus tratos expostos pelas mulheres entrevistadas foram denunciados, principalmente, pelo tratamento grosseiro e distante, pela indiferença do profissional em relação a dor que elas estavam sentindo, pela falta de diálogo e pelo abandono ou negligência ao longo do trabalho de parto. Íris comentou constrangida da maneira indelicada com que o enfermeiro se portou ao identificar que ela não havia realizado a tricotomia (raspagem dos pêlos) pubiana e perineal:

*Aí outra coisa assim, porque eu tava com 37 semanas e eu não tinha me preparado assim e o cara falou: nossa, não raspou nada, não sei o que e ficou reclamando.. Aí eu falei assim: não.. É porque era pra nascer dia cinco de novembro e nasceu dia dezoito de outubro. Aí ele ficou todo sem graça e falou ah, tá (Íris).*

A comunicação de qualidade foi, portanto, outro critério para avaliação positiva entre as mulheres. Esse fato vai ao encontro da pesquisa de Aguiar (2010), a qual pondera que “o profissional de saúde que dá atenção à paciente em todo o seu período de internação, conversa com ela e explica o que está acontecendo ou pode acontecer é visto como um bom profissional: atencioso, cuidadoso e carinhoso” (AGUIAR, 2010, p. 73).

Identificamos, também, na fala de algumas puérperas a necessidade de não gritar ao longo do trabalho de parto para não sofrerem retaliações, tal como serem desassistidas durante o trabalho de parto. O interessante é que no caso delas, o medo de sofrerem retaliações vem a partir de experiência de outras mulheres, experiências que são transmitidas entre as mulheres da família, amigas e vizinhas:

*Onilé: Piorou se fazer show, aí que eles somem mesmo.  
Pesquisadora: Piora se faz show?  
Onilé: Ahan, um exemplo, se começar a gritar alto e com muita dor. Aiai... eles deixam sofrendo lá.. teve uma que jogou cadeira pra cima, o marido dela foi segurar ela, ela falou pra soltar ela que tava machucando.. chegou os policial lá em cima.*

*Kali: E até que eu não gritei não, porque se gritar é pior, né?  
Pesquisadora: É pior por que?  
Kali: Porque se ficar gritando, eles fala que os enfermeiros e os médicos demoram mais ainda pra fazer seu parto. Só pedir a Deus mesmo... e o pé esticava quando vinha as contração uma atrás da outra.. misericórdia (Kali).*

Verificamos, portanto, a necessidade de silenciar a dor como forma de se proteger de um tratamento hostil ou negligente. Aguiar (2010, p. 93) reflete sobre isso em sua pesquisa e afirma que “para muitas esta adequação aos padrões de comportamento



impostos pela instituição - que se traduz em calar sua dor - é revertida em sinônimo de força e superação de dificuldade”.

Importante se faz trazermos o ponto de vista de Hotimsky (2002) que aponta o silêncio enquanto forma de evitar as brutalidades e humilhações sofridas pelas mulheres ao longo do parto. De acordo com essa autora, “para algumas, trata-se de procurar se adequar aos padrões de comportamento que julgam corresponder às expectativas dos profissionais de saúde e, nesse caso, o silêncio transparece como estratégia privilegiada” (HOTIMSKY, 2002, p. 1307). A partir desse ponto de vista, tivemos algumas mulheres que assumiram essa postura de calar a sua dor, e isso foi retratado por algumas como demonstração de toda a sua força. Apesar do silêncio ser uma estratégia de proteção, entendemos que a imposição do silêncio é também uma violência. Silencia-se a dor do parto. Silencia-se as violações no parto. Silencia-se, mais uma vez, a mulher.

*Eu acho assim, a mulher tá sentindo dor, tem que gritar mesmo, eu não gritei de tanto eles fala: ah, se gritar é pior.. Porque é uma dor, parece que você não vai aguentar, que você vai morrer. Você aguenta, mas é uma dor muito forte (Kali).*

Observamos a partir dos relatos coletados que os partos realizados no hospital foram predominantemente perpassados por uma cultura intervencionista. As intervenções, no entanto, foram experimentadas por cada uma de maneira distinta. As impressões deixadas por cada atendimento variaram de acordo com a sua realidade concreta e com suas experiências ao longo da vida.

Dentre as 24 mulheres entrevistadas, quatro identificaram que sofreram violência, o que corresponde a 16% da amostra total. Importante destacar, que as quatro são negras, tendo duas se declarado pretas e duas pardas. Isso significa que das doze mulheres negras entrevistadas, quatro (33%) indicaram que vivenciaram uma assistência ao parto desrespeitosa e violenta.

#### **4.2.2 Reflexos da cor/etnia na assistência ao parto**

O racismo afeta a garantia de acesso aos serviços públicos de saúde por parte da população negra. Domingues (2013) afirma que ao se comparar o acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas negras com o acesso e utilização

dos mesmos serviços pelas pessoas brancas, é possível identificar muitas desvantagens sociais.

Pudemos identificar na presente pesquisa que a violência na assistência ao parto se manifestou de maneira mais latente justamente entre as mulheres negras - todas as mulheres que reconheceram um tratamento desrespeitoso e desumano durante o trabalho de parto e atribuíram a esse tratamento a expressão violência, são mulheres negras. Além disso, dentre as três mulheres entrevistadas que se declararam pretas, duas sofreram violência.

Nanã, Oyá e Onilé vivenciaram partos traumáticos, regados de negligência, imprudência, agressões físicas e emocionais. No caso de Nanã, que vivenciou seu primeiro parto, o trauma foi tão grande, que ela perdeu o desejo de ter mais um filho, pois tem medo de passar pelas mesma experiência novamente.

*Depois da experiência eu fico assim.. Agora eu conheço tudo que eu vou ter que passar.. Até o meu esposo, ele traumatizou.. ele assistiu tudo.. e ele fala: ó, se eu tiver que acompanhar, por mim você não engravida nunca mais. A gente não vai ter outro filho se eu tiver que... (Nanã).*

Nanã iniciou seu acompanhamento de pré natal em um hospital de referência em Vitória, pois não havia médica na sua unidade de saúde de referência. Entretanto, como iniciou o período de férias letivas, teve que concluir seu pré-natal em outra maternidade pública. De acordo com ela, foi para o hospital quando não aguentava mais ficar em casa e chegando lá, desde a triagem sofreu maus tratos. O exame de toque foi extremamente dolorido: *“e aí fui atendida num toque.. e aí que começou minha saga... que foi bem agressivo, machucou bastante, começou a sangrar”* (Nanã). Ela afirmou que a médica era indiferente à dor e à fraqueza que ela estava sentindo, além de ter imposto friamente o início do processo de indução, com introdução de ocitocina, o que ao olhar de Nanã não havia necessidade.

*Não quero indução, minha gestação seguiu normal até agora, não tive pressão alta, não tive nada, não tem necessidade. Aí me ignorou, e aí me deu papel pra internar (Nanã).*

Depois de internar ela foi submetida à aplicação de ocitocina e relata que sentiu muita dor, pois, por erro da enfermeira, a ocitocina desceu muito rápido. Com

tristeza relata o descaso e a zombaria por parte das enfermeiras em relação à dor que estava sentindo e à preocupação com o nascimento de sua filha.

*Não veio ninguém assim mesmo.. e aí eu fiquei mais um tempo no banheiro sentindo dor, e aí eu coloquei a mão e senti a cabeça da minha filha e aí eu entrei em desespero... Corre, que ela vai nascer, corre, corre.. aí ele [o marido] foi, correu e chamou elas aí veio umas quatro enfermeiras assim.. pararam na porta do banheiro. Aí eu vai nascer, desesperada com a mão segurando, aí as meninas paradas todas rindo... (Naná).*

Além disso, o corpo médico foi negligente no que diz respeito aos cuidados com sua filha no pós parto:

*Aí levaram ela pro procedimento e tal.. nem sei o que fez e o que não fez.. A única coisa que eu tava muito preocupada era que precisava fazer o teste de tipagem sanguínea, porque eu sou o+ e meu esposo o-, aí a única coisa que eu lembrava de pedir era pra fazer isso. Que foi uma coisa que não fizeram.. tanto que a gente precisou ficar internado 1 dia a mais porque não coletaram, tinha que coletar ali no cordão umbilical mesmo e não coletaram (Naná).*

O parto de Oyá também foi permeado de violência. Oyá foi para a maternidade já no período expulsivo, optou por ficar em casa o máximo de tempo possível. Chegando lá, teve dificuldade de acesso, pois informaram a ela que não havia médica suficiente para atendê-la, em função do horário do almoço. Quando enfim conseguiu ser admitida no hospital, as profissionais que a atenderam pediram para ela “segurar a dor” pois tinham que fazer o exame de toque e depois um exame de sangue<sup>31</sup> em meio às contrações, já que não aceitaram o exame que ela tinha em mãos. Por fim a médica abriu sua vagina com as mãos para tirar o bebê e lhe disse que daqui a um ano ela estaria de volta.

*Chegando lá a contração já tava bem adiantada, eu tava com 9,50 dilatado. Então eles não queria me atender porque é... falaram que seria o horário de almoço. (...) E ela não aceitou os meus exames, então ela me levou pra mim fazer o exame pra tirar sangue com a dor que eu tava sentindo. Mais um pouquinho e o neném nascia ali.. E ela falou pra mim ficar todo tempo segurando a dor (Oyá).*

*Aí ela pegou e arregassou minha vagina e ela pediu Geovane e a outra médica pra segurar minha perna pra ela puxar o neném. Aí a cabeça dele corou, aí eu falei ta agarrado.. Aí ela falou: tá não, é impressão sua.. Aí ela puxou ele. Segurou ele e rodou. E falou depois: “Ah, daqui a um ano você tá de volta” (Oyá).*

<sup>31</sup> Oyá foi diagnosticada com Sífilis no começo da gestação e fez o tratamento. A médica que a acompanhava havia pedido um exame recentemente e disse pra ela apresentar esse exame quando internasse, pois ele era suficiente. Mesmo com o exame em mãos, ela teve que fazer outro em meio às contrações. De acordo com ela, a médica sequer olhou o exame.

A história de Onilé foi diferente, ela teve um parto cesária, mas antes tentou induzir e ao longo dessa tentativa, sua estadia no hospital foi regada de violência. Por ordem médica, internou para induzir o parto quando completou 41 semanas. De acordo com ela, semanalmente ela estava indo ao hospital, pois, em função do calor, ela tinha recorrentes picos de pressão, e como não havia médica na unidade de saúde de sua referência, o acompanhamento acabou sendo no hospital mesmo. Ela afirma que não foi possível realizar o pré natal depois do 4º mês de gestação, pois não havia mais médica na unidade de saúde. De acordo com ela, o fato de não ter feito pré-natal até o final da gestação levou os profissionais a tratá-la mal desde o início da internação.

A indução de Onilé foi iniciada com aplicação de misoprostol. De acordo com ela, desde sua internação - que ocorreu às oito horas da manhã - a enfermeira aplicava o remédio de seis em seis horas, mas ela não entrava em trabalho de parto. No meio da madrugada ela começou a sentir muita dor, chamou pela médica, mas não aparecia ninguém para avaliar. Ela relata que todo mundo sumiu na maternidade pela noite. Quando a enfermeira apareceu, ela auscultou o coração do bebê e estava muito fraco, porém afirmou que era normal. Na troca do plantão, quando a médica do novo plantão chegou para avaliar, ela encaminhou para a cesárea com urgência, pois o bebê estava em sofrimento fetal.

*Foi 6.30h da manhã que a outra médica veio que tirou ele. Me pegou, furou a bolsa dele, falou que tinha que tirar nas emergências, falou que não podia ficar mais dentro de mim, já tava com o coração bem fraquinho, aí procurou a outra que ficou a noite toda comigo e achou. Ela já tava indo embora.. aí como era troca de plantão, ela já tinha batido ponto e tudo, e a outra médica falou assim que o neném já tava com o coração fraquinho e ia ter que fazer a cesárea. Aí eu falei: cadê meu marido? E a outra falou bora, bora, bora.. bora tirar logo... E a outra falou: Não, o marido dela vai entrar. Ai ela falou: não, não pode não, é emergência, não pode entrar. A que ficou a noite comigo falou que não podia entrar (Onilé).*

Identificamos, que além da negligência durante a indução ao trabalho de parto, outras violações ocorreram com Onilé, como a proibição de ser acompanhada durante o parto e o excesso de exame vaginal. Ela nos informou, também, que no parto de sua primeira filha, também ocorreu negligência, o que lhe acarretou dano:

*Eu já tive problema na outra gravidez, minha outra filha ficou na cadeira de roda por causa de erro médico. E eu já tinha falado isso e eles neeem... (Onilé)*

Outra participante negra que reconheceu um tratamento violento e abusivo durante a assistência ao seu parto foi Pacha Mama, que se sentiu coagida desde o momento que internou, afirmando que não trataram-na bem por ela ter esquecido o cartão de pré-natal.

*Tinha esses dois obstetras, muitos técnicos de enfermagem... muita galera assim, e essa galera tava muito puta com a gente porque a gente não tinha os dados de pré natal. E aí a gente foi enquadrado no público que não faz pré natal e alvo de um milhão de preconceitos. (Pacha Mama)*

Pacha Mama reclamou também do fato da equipe ficar fazendo puxo induzido e insistindo em aplicar a ocitocina logo, mesmo o trabalho de parto estando em um bom desenvolvimento. Além disso, relatou que sentiu muita dor, pois o médico enfiou a mão em sua vagina para puxar o bebê

Além dessas quatro mulheres que se sentiram expressamente violentadas, uma outra participante negra, relatou que apesar de não ter tido nenhum problema na assistência ao seu parto, ofendeu-se com uma fala desrespeitosa em sua alta, quando lhe afirmaram que ano que vem ela estaria de volta:

*Isso é uma brincadeira muito besta na saída.. Ah até o ano que vem.. tipo assim, querendo dizer que todo ano a gente vai ficar engravidando não sei que (Kianda).*

Quando questionada do motivo pelo qual ela acha que ouviu isso, identificamos a responsabilização a outras mulheres, evidenciando, mais uma vez, a culpabilização do oprimido pela violência sofrida, o que contribui para a dificuldade na percepção da violência na assistência ao parto:

*Mas também tem aquelas meninas novas que todo santo ano está lá.. Aí pra elas, menina nova que engravida é tudo igual as outras né.. mas comigo foi só nesse período que ele brincou né.. Tchou, até o ano q vem.. Foi o segurança da portaria.. mas não dei confiança não... (Kianda).*

Nossa pesquisa vai ao encontro de outras que demonstram a desigualdade racial na assistência à saúde que impera no país. Constatamos, nas entrevistas, que a violência na assistência ao parto entre as mulheres negras ocorreu de forma mais complexa. A discriminação racial, entretanto, é camuflada nas relações sociais, o

que dificulta a sua percepção (OLIVEIRA, 2018). Nesse sentido, apesar dessas mulheres terem identificado que sofreram violência, quando questionadas o motivo pelo qual elas acham que isso aconteceu nenhuma delas relacionou ao fato de serem negras. Uma delas não soube responder a esse questionamento; outra encontrou a justificativa no fato de o médico não trabalhar com amor; a terceira acredita que os médicos se colocam em uma posição de detentores do poder e consideram que pessoas com renda mais baixa não possuem conhecimento; por fim, a quarta mulher declarou que o motivo da violência obstétrica está no fato do parto ter se institucionalizado.

Depois, ao final da entrevista, quando indagadas se a violência na assistência ao parto poderia ter a ver com a cor da parturiente, duas rejeitaram essa possibilidade e duas responderam que sim.

Em nossa pesquisa, identificamos, também, que o número de mulheres negras está concentrado entre as mulheres com menor nível de escolaridade. A respeito disto, Leal, Gama e Cunha (2005) refletem que há dois níveis de discriminação social que atravessam a atenção à saúde no Brasil: a racial e a educacional. Acreditamos, no entanto, que tal afirmação pode transmitir uma ideia de que se trata de níveis dissociados que não se cruzam. Porém, o acesso precário à educação no Brasil, está justamente relacionado à discriminação racial. Dados do IBGE (2019) demonstram que 90% das mulheres negras possuem no máximo ensino médio completo, e 30% dessas mulheres entre 19 e 24 anos não possuem nem ensino médio (SALDAÑA, 2019). Assim, a mulher negra encontra-se em uma situação muito complexa no que diz respeito à assistência ao parto: é mulher, é negra, e possui baixo nível de instrução - o que dificulta a identificação da violência.

Tal assertiva, contudo, nos fez refletir como se dá a assistência ao parto de mulheres negras com grau de instrução maior. Todas as pesquisas que encontramos acerca do parto entre mulheres negras foram realizadas com mulheres negras cujo nível de escolaridade é baixo. Ficamos nos perguntando até que ponto o nível de escolaridade interfere na violência obstétrica investida sobre a mulher negra.

De qualquer forma, pudemos identificar em nossa pesquisa que todas as mulheres que relataram ter sido submetidas a algum tipo de violência na assistência ao parto são negras e atendidas no setor público, o que vai ao encontro de outros estudos, (WAISELFISZ, 2015; D'ORSI, 2014; SANTOS, 2016). Isso demonstra o caráter racista e classista presente nas relações sociais no Brasil.

#### 4.3 EU VEJO, EU OUÇO, EU SINTO: PERCEPÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Ao final da entrevista, as mulheres foram chamadas a dizer se já ouviram falar em violência obstétrica, se conhecem alguém que já passou por isso, bem como o motivo pelo qual elas acreditam que isso ocorra. Das 24 entrevistadas, 20 disseram que já ouviram falar, uma delas, entretanto, entende que tal violência, na realidade, não existe. Três disseram que nunca ouviram falar e uma disse que não conhecia, porém a sua mãe que trabalha no hospital já presenciou muitas situações desrespeitosas com as mulheres internadas.

Quanto ao que elas entendem por violência na assistência ao parto, foi possível identificar na totalidade das respostas quase todos os âmbitos de violência obstétrica tratados nessa pesquisa: violência física, sexual, moral e verbal. Apenas a violência institucional não foi citada por nenhuma mulher entrevistada, apesar de uma delas ter sofrido essa modalidade de violência ao ter dificuldade de ser admitida para internação quando estava em trabalho de parto. Os equipamentos antigos mencionados por algumas mulheres também não foi considerado um exemplo de violência, mesmo tendo sido incômodo para elas.

Pudemos perceber que a violência moral se destaca em relação às demais nas falas das entrevistadas, na medida em que o descaso e o abandono do profissional é amplamente entendido como violência. Outro exemplo muito repetido pelas mulheres, que se enquadra contudo em violência física, é a Manobra de Kristeller - muitas delas conhecem alguém cujo médico subiu em sua barriga durante o trabalho de parto para empurrar o bebê. A violência verbal apareceu a partir de referências

de frases vexatórias ou xingamento. E a violência sexual foi a menos abordada no todo, mas apareceu na fala de algumas, ao exemplificar a episiotomia e os exames vaginais de toque, muitas vezes dolorosos e desnecessários. Selecionamos algumas falas que podem demonstrar isso:

*Tem algumas mulheres que ficam jogadas lá, né.. que nem.. tinha uma amiga lá que ela mesmo.. ela ganhou o neném sozinha. Lá no box lá, nem chegou a ir pra sala. Ela ganhou sozinha o bebê (Afrodite).*

*Às vezes, as mulheres mais velhas sofreram violência obstétrica e nem sabe. Que é a negação da informação de qualidade. Aquela manobra... eu lembro de uma mulher falando que o parto dela foi maravilhoso contando que eles fizeram a manobra de kristeller empurrando a barriga, que não se faz mais hoje em dia (Mama Quilla).*

*Tem uma amiga minha que subiram na barriga dela em uma [maternidade] particular faz só 3 anos. Depois que eu coloquei meu relato de parto no instagram várias amigas vieram me falar sobre a violência que sofreram. Assim, óbvio que subir na barriga as pessoas sabem que não é normal... Mas várias coisas que às vezes as mulheres passaram e depois descobriram que não tinha que ser daquele jeito (Yebá Belo).*

*Aí ela passou mal, começou a ter muita hemorragia e foi parar no hospital né... e aí a enfermeira falou assim: ninguém manda também, piranha.. (Nix)*

*O sistema envolve muita gente, envolve assistente social, fisioterapeuta, enfermeiro, médico, técnico.. pessoas que estão limpando o lugar que às vezes podem falar alguma coisa com a mãe: “cala a boca, você não fez? Não virou o olho?” esses absurdos né que eu já cansei de ouvir de amigas, de colegas, de paciente (Jaci).*

*E a outra prima também que precisou de depender do serviço público.. Tanto que ela falou que mulher lá não pode nem gritar.. que eles fazem piadinha tipo assim: ah, na hora de fazer você não gritou. A minha prima também, ela falou que eles insistiram, insistiram que fosse parto normal e não tinha passagem, ela não tava aguentando mais no trabalho de parto e os médicos insistindo, subiram em cima da barriga dela.. Tanto que ela não quer mais ter filho porque a experiência foi péssima.. Aí colocaram ocitocina e não avisaram também (Gaia).*

Interessante notar que a cesárea sem recomendação aparece como forma de violência obstétrica na fala de 1/3 das mulheres entrevistadas, entretanto com uma concentração nas mulheres que tiveram parto domiciliar e em maternidades privadas. Apenas uma mulher que pariu pela rede pública considera a possibilidade da cesárea vir a ser uma violência obstétrica, caso não haja justificativa científica para tal.



Isso pode ser explicado pelo fato de que o parto cesárea não costuma ser uma opção para a mulher que terá seu filho na rede pública, a não ser que haja uma recomendação forte para isso. O problema é que a essas mulheres são negadas informação de qualidade e muitas vezes o processo de indução que em geral precede a cesárea é permeado de maus-tratos, o que gera dúvidas, angústias e incompreensões. Ocorre, portanto, uma inversão: muitas mulheres da rede pública se sentem violentadas por não terem tido a oportunidade de fazer a cesárea direto, sem passar pelo processo de indução.

*A única coisa que eu acho ruim ali é que agora tudo eles querem induzir o parto na pessoa. Eles não quer nem olhar se tem risco nem nada, eles fala que não pode levar pra cesárea assim não, que tem que induzir o parto e você sofre.. e não fui só eu não. Quantas mães que eu vi quebrando tudo lá? Jogando cadeira pra cima? Eles deixam lá, ó.. somem. (Onilé)*

A partir das entrevistas foi possível identificar que a violência na assistência ao parto se apresenta em um cenário em que as mulheres são tratadas como meros objetos de intervenção do profissional de saúde, quando perdem sua individualidade e sua autonomia, submetidas ao saber médico e aos padrões institucionais de tempo e de forma. As parturientes são dupla ou triplamente subjugadas: enquanto pacientes e enquanto mulheres e/ou enquanto negras.

Dentre os motivos que as mulheres formularam sobre a ocorrência da violência durante o parto, os mais abordados foram associados à autoridade médica (33%), seguida da categoria gênero (21%) e depois da falta de informação da parturiente (17%). Mas também apareceram entre as respostas outros motivos, tais como a comercialização da saúde e da cesárea, as condições de trabalho precárias, o atraso da medicina, falta de amor à profissão ou o fato da mulher estar muito nervosa.

*Os profissionais, a conduta médica é muito como uma relação de poder, assim né.. Eu sei e você vai fazer o que eu acho que é melhor pra vc. E muitas vezes eles não vão se atualizar das evidências científicas.. Eles reproduzem é.. um.. o fazer ali da profissão deles: ah, sempre foi assim e vai continuar sendo (Mama Quilla).*

*Porque é uma noção infeliz que se tem de que a mulher tem que fazer de uma determinada forma.. “Ah não, você tem que fazer assim, você faz desse jeito... Sou eu que sei”. Então, né.. quando na verdade quem tá sentindo as coisas é a mulher, não é o médico, né (Heras).*

*A saúde da mulher é uma coisa muito negligenciada, né.. é uma coisa que a gente não tem uma informação disseminada né, não só sobre o parto, né.. da saúde da mulher em geral, o corpo da mulher, menstruação, menopausa (Mama Quilla).*

*Ah, não sei, eu acho que ele fica.. frio. Sabe? Aquilo todo dia.. sabe quando é rotina.. você carimba, não lê... ele não lê mais a gente, ele só carimba (Nix).*

Ao analisar a relação entre o nível de escolaridade das mulheres entrevistadas e o que elas entendem por violência na assistência ao parto e o motivo disso ocorrer, identificamos, que das sete mulheres entrevistadas que possuem até ensino médio completo - duas nunca tinham ouvido falar nessa modalidade de violência, e as outras cinco buscaram explicações à nível da aparência, o que pode significar uma maior dificuldade de entender o fenômeno, interpretando a realidade apenas em sua superfície. Algumas, por exemplo, justificam a ocorrência da violência na culpabilização das vítimas por não se comportarem dentro do esperado pelos padrões institucionais, outra atribui a ocorrência da violência obstétrica à falta de amor ao profissional.

*Depende da pessoa também, que já chega lá num estado de nervo, à flor da pele e é mal atendido e fica mais nervoso ainda e atrapalha o profissional. Eu acho que é um pouco das duas partes (Kianda)*

*Eu acho que é porque é o segundo filho já, aí eles não dão tanta atenção como é o primeiro (Afrodite)*

*Acho que é mais questão de bebê não quer sair eu acho.. aí eles querem ajudar e acaba sendo perigoso (Durga)*

*Eles falam que é porque a mulher grita demais, e eles não suportam isso (Kali)*

*Eu acho assim que hoje em dia o ser humano não trabalha com amor.. ele se forma da forma que o dinheiro dele dá pra pagar.. então assim a pessoa que gosta de cuidar da saúde dos outros tem que gostar, tem que fazer aquilo que gosta porque.. aí vai tratar as pessoas com amor.. (Oyá)*

Constatamos assim, que, na presente pesquisa, as mulheres que possuem no máximo ensino médio completo têm dificuldade de compreender o que está por dentro das manifestações da violência obstétrica se mostra. Esse dado é importante na medida em que pode ser uma das justificativas para a naturalização e para a invisibilidade da violência obstétrica.

De acordo com o IBGE (2018), 83,1% das mulheres brasileiras maiores de 25 anos possuem no máximo ensino médio completo. Relacionando isso com a presente pesquisa, podemos supor que a maioria das mulheres do país não tem instrumentos necessários para compreender a violência na assistência ao parto de uma forma ampla, restringindo-a a um fato pontual e esperado pelas parturientes.

Necessário sinalizar, no entanto, que o fato da mulher possuir um nível de escolaridade maior (a partir de superior incompleto) não garante que ela associe a violência que ocorre no parto à uma sociedade que inferioriza a mulher, principalmente a mulher negra, e que prioriza os interesses de mercado. Das dezessete entrevistadas com pelo menos nível superior incompleto, quatorze fizeram relação a no mínimo menos um desses três fatores, destacando a lógica mercadológica. Entretanto três não fazem essa relação: *Maia* nunca tinha ouvido falar em violência na assistência ao parto, e, portanto não tinha o que dizer sobre isso; *Íris* atribuiu a ocorrência da violência à falta de amor à profissão; e *Ceuci* alegou que a violência obstétrica é relativa, e pra ela não existe, pois as pessoas levam tudo para o lado pessoal e negativo.

*Eu acho que as pessoas levam muito pro lado pessoal, porque a gente é muito egoísta né.. quando a gente perde alguém, isso aquilo outro.. Mas eu acho que a violência obstétrica é muito relativa. Eu acho que é meio retrógrado, entende? Porque, igual, eu fiquei com aquela cabeça bitolada, eu assisti muita coisa de parto normal, daquela série da Netflix.. Renascimento do parto. (...) Eu não tenho o que reclamar disso.. assim, não tenho mesmo.. então as pessoas levam muito pro lado ruim (Ceuci).*

Importante frisar que dentre essas mulheres com nível de escolaridade maior, quatro disseram que imagina que a violência obstétrica esteja relacionada à falta de informação da mulher sobre o que pode e o que precisa ser feito. Alguns autores, tais como Andrade et al. (2016), Alvarenga e Kalil (2016) e Luz e Gico (2017) apontam a falta de informação, no sentido de desconhecimento das mulheres sobre seus direitos reprodutivos, como um fator significativo para a ocorrência da violência obstétrica.

Entendemos que de fato é um elemento agravante, na medida em que ao não se conhecer seus direitos, não se reconhece a violação dos mesmos ou toleram tais violações, mesmo quando causam estranhamento. Entretanto, é importante

ponderar que a falta de informação da mulher não deve ser analisada isoladamente como justificativa à violência obstétrica, pois poderia levar ao entendimento equivocado de que para não sofrer tal violência, basta se inteirar do assunto e tomar conhecimento de todos os seus direitos.

Como dito anteriormente, a violência é um elemento estruturante em nossa sociedade, e aliada ao patriarcado e ao racismo, pode fazer com que aquela que sofreu violência se sinta responsável. Isso significa que mesmo munida das informações necessárias, a mulher ainda pode ser submetida à violência, em função de toda opressão a qual é submetida na sociedade. É possível observar isso na fala de uma de nossas entrevistadas, a qual optou ter seu parto em domicílio, pois acreditava que mesmo trabalhando na área obstétrica, se estivesse no hospital, cederia à pressão do corpo médico.

*Tenho mta dificuldade de falar não, ainda me submeto a procedimentos médicos.. por isso que eu optei em não parir em hospital mais, porque eu sei que eu posso ter toda a informação do mundo eu vou chegar lá e acabo ficando refém (Atena).*

Senna e Tesser (2017) elencam alguns fatores que contribuem para a invisibilidade da violência obstétrica, tais como: condutas dos profissionais pautadas em estereótipos de classe e gênero, toleradas e até esperadas pelas pacientes; a aceitação e a banalização até das intervenções já consideradas desnecessárias; bem como a dificuldade de avaliar negativamente o serviço ou o atendimento por ele oferecido, na medida em que, em geral, as mulheres saem do serviço aliviadas e agradecidas se ela e seu bebê estão saudáveis. Foi possível identificar esses fatores em nossa pesquisa. O último aspecto, especificamente, é possível observar na fala de mais de uma mulher:

*Depois eu até pensei: eu não reclamei, não fiz nenhuma reclamação. Me arrependo de não ter reclamado disso. Porque na hora eu fiquei tão feliz que deu tudo certo, que não tomei analgesia, apesar de ter pedido (risos), que foi rápido, que correu tudo bem (Mama Quilla).*

*Aí teve essa complicação mas nada fica maior do que a hora que ela sai e você bota no braço e.. não sei, eu me senti muito completa assim, muito gostoso (Mama Cocha).*

*E eu só sabia agradecer a Deus, ao universo, a meu esposo, a mim mesma por ter conseguido! Apesar de tudo sou grata a Deus e à médica do outro plantão, que foi um anjo e me trouxe a paz que eu precisava (Nanã).*

Em contrapartida, destacamos, em meio a isso, estratégias de resistência das mulheres que vão parir em hospital. A estratégia que se destaca e que foi usada pela maioria das mulheres que teria parto normal hospitalar é a de ficar o máximo de tempo em casa e só ir para o hospital na fase expulsiva do trabalho de parto. Nove entre as quatorze mulheres usaram essa estratégia.

*E a gente viu que os hospitais públicos a possibilidade de intervenção eram muito grandes, assim.. Aí a gente decidiu pela estratégia que muitas doulas têm de chegar ganhando. Aí a gente decidiu, vamos ficar em casa o máximo que a gente puder, e chegar no hospital na fase ativa quase expulsiva.. e graças a Deus isso deu certo (Pacha Mama).*

*Ah, eu tava em casa e aí comecei a sentir muita dor, e aí pensei: não, vou ficar até quando eu aguentar.. aí fiquei o dia todo sentindo dor. Ia voltava, ia voltava. Aí de noite piorou e eu fui. Cheguei lá quase ganhando já (Shakti).*

Pudemos identificar, também, entre as entrevistas outras formas de resistência à relação de poder que o médico impõe: conseguir manifestar seu desejo e sua opinião de alguma forma quando se sentir humilhada ou coagida. Oyá e Pacha Mama, por exemplo, conseguiram à sua maneira se colocar durante o atendimento, mesmo correndo o risco de sofrerem uma represália.

*Ah, daqui a um ano você tá de volta” e eu falei assim: não, porque eu levei nove anos pra ter meu segundo filho, então eu não vou estar aqui. Aí ela falou que eu era uma boa parideira (Oyá).*

*E eu falei: gente, vamos esperar pelo menos mais umas duas ou três contrações e se não vier a gente entra com ocitocina. Aí ele fez uma cara assim, de puto.. aí saiu da sala (Pacha Mama).*

Consideramos, também, como estratégias de resistência à violência na assistência ao parto a possibilidade de trocar de médico, de contratar doula ou de buscar realizar seu parto em domicílio próprio. Essas formas de resistência, entretanto, nitidamente são restritas à pequena parcela das mulheres do Brasil (CURSINO; BENINCASA, 2020), demonstrando mais uma vez a desigualdade de classe e raça/etnia que predomina no país.

*Aí quando eu descobri que tava grávida eu fui.. pelo meu plano de saúde.. eu uso São Bernardo e aí eu fui em uns três médicos.. e tipo.. eu não confiava.. Porque o meu maior medo não era fazer a cesárea.. era fazer a cesárea desnecessariamente. Tipo assim, eu queria ter confiança de que o médico quando ele me falasse: não, você vai fazer cesárea eu teria que realmente fazer. E antes eu tinha ido em dois encontros desse negócio de roda de doula, com discussão sobre. E um foi realmente sobre essa questão do plano de saúde.. Porque geralmente mulher que tem plano de saúde tem*

*mais possibilidade de fazer cesárea do que no SUS né.. e tem gente que vai pro SUS justamente pra não ter a possibilidade de fazer cesárea sem necessidade (Hebe).*

*Continuei pesquisando e vi que a maior chance de eu ter o desfecho que eu queria era em casa, de eu não ter.. eu não sou contra analgesia, não sou contra nada, mas eu acho que tem que ser o querer da mulher, não o apressar do médico. Então eu falei, cara eu não quero, eu vou ter em casa. Aí decidi ter em casa (Yebá Belo).*

Em relação à contratação de doulas, dentre as sete mulheres que tiveram parto normal e que financiaram seu parto (parto hospitalar particular ou parto domiciliar), seja por meio de plano de saúde ou por meio de pagamento direto ao profissional, seis tiveram acompanhamento com essa profissional. Em contrapartida, das seis mulheres que tiveram parto cesárea no hospital particular, Mama Sara foi a única que teve sua gestação acompanhada também por uma doula, a qual não pôde estar presente durante o parto. Estudos comprovam que a doula proporciona um aumento na possibilidade de um desfecho satisfatório do parto para a mãe e sua família (JUNIOR; BARROS, 2016; HERCULANO et al., 2018; BRASIL, 2001), no entanto, o acesso a esse serviço também é restrito entre aquelas que tem condições de pagar, tendo em vista que não é financiado pelo SUS.

*Aí eu fui e comecei a conhecer a figura da doula, que existia doula, e falei.. não sabia exatamente o que era, mas falei, bem, se a OMS fala que melhora a experiência da mulher no parto, eu quero saber o que é (Yebá Belo).*

Outro aspecto a ser considerado na análise é se as mulheres entrevistadas estabelecem alguma relação entre a violência que ocorre na assistência ao parto com machismo, racismo ou renda da parturiente. Ao final da entrevista, após elas terem relatado todo seu parto, e depois de terem respondido o que elas entendem por violência obstétrica e o motivo pra isso acontecer, foi-lhes questionado se tais fatores podem interferir nessa modalidade de violência.

Das 21 mulheres que já conheciam algo sobre essa modalidade de violência, nove mulheres entendem que o machismo está relacionado à ela, onze não percebem essa relação e uma não soube dizer.

Observamos, no entanto, que três mulheres não vinculam o machismo à violência na assistência ao parto, em função de entenderem que tal discriminação só pode ser

perpetrada por homens. Ou seja, para elas, se uma mulher pratica violência obstétrica, isso não pode ocorrer em decorrência do machismo.

*Gaia*, por exemplo, quando questionada dessa relação afirma que os homens são mais gentis no atendimento. E *Naná* relata que estranhava uma mulher, que deveria ser mais empática em função de possivelmente sentir as mesmas coisas, fazer um atendimento tão grosseiro.

*O homem, por incrível que pareça nessa situação acaba sendo mais gentil com a mulher do que a própria mulher. Muitas vezes a mulher acha que é frescura. Quando é o homem por ele não conhecer exatamente o processo, a dor que a gente sente eu acho que tem um pouco mais de empatia. Isso não é só uma coisa que eu penso.. um monte de gente pensa: que prefere ser atendida por homem que por mulher, porque mulher geralmente é muito grossa porque faz pouco caso da dor da outra (Gaia).*

*Machismo eu acho que não. Porque a gente fala só por parte dos homens, mas por parte das mulheres.. Eu ficava me perguntando.. gente, será que ela já foi mãe? Essa pessoa que está me atendendo já foi mãe, já teve um parto, sabe como é que é? (Naná).*

Reforçamos, aqui, que o machismo não se restringe à prática masculina. Saffiotti (2015, p. 108) nos lembra que “imbuídas da ideologia que dá cobertura ao patriarcado, mulheres desempenham, com maior ou menor frequência e com mais ou menos rudeza a função do patriarca”.

Em relação ao racismo, dez das entrevistadas entendem que o racismo é um elemento agravante para a possibilidade de ocorrência da violência obstétrica, entretanto quatro delas afirmam que a renda é mais determinante que a raça/ etnia. Nove mulheres acham que a raça não influencia na prática da violência obstétrica e duas não souberam responder. Atena, por exemplo, acredita que a intensidade de ocorrência dessa violência aumenta se a mulher for negra, bem como se existirem outros fatores que escapam aos padrões médicos.

*Com certeza, mulheres negras né.. só vai aumentando a incidência o grau de violência.. se essa mulher é negra, aonde ela mora.. se ela vai chegar sozinha no hospital (Atena).*

*Porque eu vejo assim, que quanto mais vulnerável é a mulher mais violência ela pode sofrer. Se ela for mãe solo, se ela for negra, se ela for homossexual (Yebá Belo).*

Assim, constatamos que a maioria das mulheres entrevistadas não relaciona a violência obstétrica com a estrutura da sociedade que vivemos. No entanto, em cada

justificativa dada por elas para a ocorrência da violência na assistência ao parto, identificamos por trás uma fundamentação de cunho patriarcal, racista e/ou capitalista. Em função da alienação, típica da sociedade burguesa (MARX, 1985a), acreditamos que não é possível para a maioria delas fazer a conexão entre o que está na aparência e o que entendemos como essência de tal violência. Em função dessa alienação, elas não questionam, por exemplo, o que está por trás da falta de informação e da dificuldade de acesso da mulher a seus direitos sexuais e reprodutivos. O que é ocultado pela resistência da medicina em se atualizar, mantendo suas práticas não baseadas em evidência científica. De onde vem essa autoridade do profissional de saúde e essa poder de fazer as coisas no tempo deles, da forma que é adequada para eles. O que está por trás dessa ideia de que a mulher é escandalosa e não coopera.

Acreditamos que as respostas para essas perguntas e tantas outras que surgem ao discutir violência obstétrica estão ao redor de um só núcleo: a sociedade patriarcal, racista e capitalista. Precisamos reconhecer isso para elaborar estratégias também na direção de enfrentamento a essa forma de organização social.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente pesquisa buscamos, a partir do olhar de mulheres puérperas, realizar uma análise da relação entre a violência na assistência ao parto e a maneira com que nossa sociedade está organizada, fundada em um sistema patriarcal, racista e capitalista. Assim, partimos da hipótese de que essa violência é consequência de determinações sociais históricas e contraditórias.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, procuramos incorporar conhecimentos que nos possibilitassem desvendar as práticas violentas que acontecem durante o parto. Entendemos que tais práticas estão intimamente relacionadas à subjugação da mulher em nossa sociedade e se manifestam ancoradas na autoridade médica exercida pelos profissionais de saúde e no desconhecimento quanto aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Esses elementos fazem com que haja uma naturalização da violação dos direitos da mulher parturiente.

Nesse sentido, durante a abordagem teórica, demonstramos como o sistema patriarcal, enquanto um sistema que oprime e subjuga a mulher, forneceu subsídios para que a sexualidade feminina e a reprodução humana deixassem de ser controladas pelas mulheres e passassem ao controle do Estado e da ideologia dominante masculina.

No decorrer da consolidação do patriarcado o homem instaurou um esquema de dominação e exploração da mulher, apropriando-se do corpo feminino e dos produtos deste corpo. Arelado ao patriarcado, encontramos, ainda o racismo, caracterizado pela subjugação de povos a partir de sua raça/etnia. Acreditamos, assim, no fenômeno da consubstancialidade das relações sociais a partir da consolidação do capitalismo, em que observamos a indissociação das dimensões de sexo, classe e raça/etnia nos critérios de exploração e dominação.

A partir disso, a violação à integridade física, psíquica e moral da mulher, e sobretudo da mulher negra, tornou-se um fenômeno recorrente e naturalizado. Tão naturalizado que, muitas vezes, não é nem reconhecido. A violência na assistência

ao parto se inclui nisso, tornando-se invisível e natural aos olhos tanto de quem vivencia, quanto de quem pratica.

Em meio à dominação e controle patriarcal, o partejar se caracterizou como um evento centrado na figura do médico e de seus interesses. Apresentamos, portanto, como a supremacia da racionalidade técnica, bem como a lógica produtivista e mercadológica que atualmente vigoram em nossa sociedade interferem em um parto seguro, respeitoso e de qualidade.

O partejar hoje, em geral, é permeado de uma intensa medicalização e de intervenções, que muitas vezes são comprovadamente desnecessárias, mas mesmo assim, ainda são realizadas de rotina sobre o corpo que está ali pronto para servir como instrumento do parto. Sim, o corpo da mulher se tornou acessório, uma máquina utilizada pela equipe médica para realizar o nascimento de um bebê da forma que julga correto. E quando as necessidades, os anseios e a subjetividade da mulher são colocadas de lado, a violência se materializa.

Entre as mulheres negras essa situação é ainda mais complexa, vários estudos comprovam a desigualdade do acesso a serviços de qualidade para elas. Isso foi reforçado em nossa pesquisa de campo, em que as participantes que reconheceram a violência na assistência ao seu parto se declararam negras. Tais mulheres, entretanto, não associam a violência que sofreram ao fato de serem negras, o que é reflexo da discriminação racial velada existente em nossa sociedade.

Em relação às mulheres entrevistadas, em sua maioria, foram com idade de 28 a 35 anos; sendo metade branca e metade negra, com renda per capita superior à renda média per capita do estado do ES. Pudemos identificar, a partir dos dados coletados, que a qualidade da assistência ao parto foi avaliada principalmente a partir da relação entre elas e o profissional que as atendeu e da presença de algum membro da equipe médica para monitorar o trabalho de parto. Assim, mesmo que o profissional tenha realizado alguma intervenção desnecessária ou inadequada, isso não é avaliado como negativo se esse mesmo profissional se dirigiu à parturiente com respeito e gentileza.

Por não conhecerem seus direitos e os procedimentos que podem ser realizados, as mulheres, no geral, não questionaram a conduta do corpo médico, mesmo que tenham se sentido desconfortáveis em alguma situação - tais como aquelas que tiveram sua vagina aberta com os dedos dos profissionais para a saída do bebê, ou que foram submetidas ao exame de toque com frequência, ou ainda que tenham se sentido abandonadas pela equipe médica em algum momento.

Assim, a presente pesquisa revela que houve um alto índice de intervenções: das quatorze mulheres que tiveram parto vaginal hospitalar, metade (50%) teve a aplicação de ocitocina para estimular as contrações no parto, a amniotomia ocorreu em 21% delas, a manobra de kristeller e a episiotomia ocorreram ambas em 7% das parturientes. Além disso, 21% das mulheres reclamaram que os profissionais de saúde abriram suas vaginas com a mão para ajudar o bebê a sair, e 71,4% delas pariram em posição de Litotomia. Entretanto, em geral, as mulheres não questionaram tais intervenções e saíram aliviadas do hospital por estarem com seu bebê saudável no colo. Isso dificulta o reconhecimento da violência obstétrica, na medida em que muitas mulheres não se dão conta de que foram submetidas a procedimentos inadequados. Dentre as 24 mulheres entrevistadas, quatro identificaram que sofreram violência, o que corresponde a 16% da amostra total. Importante destacar, que as quatro são negras, tendo duas se declarado pretas e duas pardas.

Outro elemento que se mostrou em nossa pesquisa e que merece destaque foi o medo. O medo da dor, o medo de que aconteça algo com o bebê ou com ela, o medo das violações que historicamente vem ocorrendo durante os partos, enfim, um medo gerado pela crença na incapacidade e incompetência do corpo feminino em partejar. Um medo gerado pela alienação da mulher e ao ato de parir. Tais medos fazem com que a mulher acredite que o melhor seja transferir seu protagonismo para aqueles que possuem o saber para isso: o médico. E assim, legitima-se o controle e o lugar inquestionável do médico e de sua equipe.

A partir disso, os anseios, as particularidades e as necessidades da mulher não são respeitadas, sob justificativa de uma autoridade técnico-científica que sarrupia da

mulher o conhecimento sobre seu próprio corpo, não abrindo possibilidades para outras alternativas diferentes do que foi previamente estabelecido pelo saber médico.

Constatamos, em nossa pesquisa, que nem metade das mulheres entrevistadas vincula a violência na assistência ao parto ao machismo (37% associam) ou ao racismo (42% relacionam). Isso pode ocorrer como reflexo da alienação, fenômeno típico da sociedade capitalista - que não oferece elementos para apreender a essência de fenômenos, tal qual a violência obstétrica.

Foi possível identificar, ainda, a utilização, por parte das mulheres, de mecanismos de resistência à violência. O mais utilizado entre as puérperas que tiveram parto normal em hospital foi a protelação ao máximo da ida para a maternidade, deixando para ir apenas quando o trabalho de parto já está bem adiantado (oito entre as quatorze mulheres declararam ter feito isso estrategicamente). Outra forma de se proteger da violência é a mudança de obstetra (três buscaram alterar), a procura pelo parto domiciliar e a contratação de doula (sete contrataram). Essas últimas possibilidades, entretanto, não são acessíveis para todas as mulheres brasileiras. O parto domiciliar, em nossa pesquisa, só foi possível para mulheres brancas, com no mínimo ensino superior incompleto.

É imprescindível destacar a importância do Movimento Feminista em meio a todo esse processo. O movimento feminista, no Brasil, começou a se organizar na década de 1970, e é na década de 1980 que a sexualidade, o parto e a maternidade entram na pauta de debate. Sob égide do slogan “Meu corpo, minhas regras”, a luta pelos direitos sexuais e reprodutivos da mulher passou a ser difundida, em busca de garantir-lhe autonomia sobre seu corpo e sua vida. Em meio a isso, o movimento feminista se tornou fundamental, também, no combate à violência obstétrica, buscando, desde a década de 1990, dar visibilidade a esse tema e pressionando o governo para que haja mudanças positivas.

O movimento feminista, entretanto, esbarra em um grupo conservador, que tem medo do enfraquecimento da tradição política-religiosa masculina que impera no

Brasil desde sua formação, a qual dispara ataques de cunho falso-moralistas e fundamentalistas, no intuito de manter a ordem vigente.

Apesar disso, avanços graduais têm sido feitos no sentido de buscar o combate à violência na assistência ao parto. Desde o início dos anos 2000, o Ministério da Saúde lança cartilhas e documentos com orientações acerca do parto tanto normal, quanto cesárea, bem como promove implementações de programas para qualificar a assistência ao parto, tais como a Rede Cegonha.

Esses avanços, entretanto, definitivamente não são suficientes para a supressão da violência, tendo em vista o modelo hegemônico vigente na sociedade. É necessário que o parto volte a ser centrado na mulher. Defendemos, assim, outros mecanismos que possibilitem o retorno do controle do parto às mulheres. Valorizamos, o investimento para aperfeiçoamento e formação de parteiras tradicionais que possam atuar, também, no âmbito do SUS, com materiais adequados.

Defendemos, também, a utilização e respeito do plano de parto, instrumento importante para a parturiente, na medida que nele pode ser registrado o que a parturiente deseja no seu parto, quais acompanhantes, quais intervenções podem ocorrer, evidenciando, assim, a centralidade da mulher em seu parto. O plano de parto pode ser construído junto com o profissional de saúde, possibilitando que, ainda durante o pré-natal, as mulheres tenham acesso a informações acerca de seus direitos sexuais e reprodutivos, os quais muitas vezes são negadas a elas.

Afirmamos, também, que o acesso a esse conhecimento não deve ocorrer somente para a mulher e, tampouco, apenas enquanto ela se encontra gestante. Essas informações devem ser amplamente oferecidas a todas(os) as(os) jovens, durante sua formação. Por isso, sustentamos a necessidade de incorporação de educação sexual nas escolas, o que possibilita, também, que tais temas saiam do campo de domínio exclusivo da biomedicina. Ainda em relação à educação, é necessário que os profissionais tenham uma formação crítica, capaz de fornecer a eles elementos que os permitam compreender questões centrais da sociedade e as determinações sociais que a envolve. Aí então conseguiremos avançar ainda mais na humanização.

Esse assunto não se esgota aqui. Precisamos continuar discutindo e pesquisando a violência obstétrica. Muitas são as possibilidades de desdobramento: discutir o aborto; entrevistar os profissionais que trabalham com a assistência ao parto; realizar uma pesquisa que discuta especificamente a situação de mulheres negras e indígenas; realizar um estudo com mulheres homossexuais. É necessário esmiuçar ainda mais os elementos que se manifestam com a violência obstétrica, quais sejam o abuso autoridade médica e o desconhecimento dos direitos reprodutivos da mulher. Esperamos contribuir para o adensamento da discussão acerca da Violência Obstétrica na sociedade. Assim, levaremos os resultados obtidos nessa pesquisa à todos os espaços possíveis de debate e reflexão.

Por fim (porém sem finalizar), entendemos que o controle do parto deve ser entendido enquanto um elemento de disputa de poder. Contudo, o combate à violência na assistência ao parto não pode se constituir em uma luta isolada e pontual. Enquanto vigorar, no Brasil, o sistema patriarcal-racista-capitalista, baseado na exploração e discriminação da mulher, do povo negro e da classe trabalhadora, haverá submissão do corpo da mulher, haverá violência. Enquanto houver dominante, haverá dominado. Devemos lutar por um projeto societário de emancipação humana. E é nesse sentido que os movimentos sociais são importantes, pois são capazes de unir essas pautas.

A luta do movimento feminista contra o patriarcado, o racismo e o capitalismo é necessária e fundamental para a superação da violência obstétrica. É superando esse sistema e construindo uma nova ordem social e ideológica que conseguiremos devolver os corpos das mulheres à elas durante o parto. Combater a violência obstétrica é combater a ordem social vigente. É ainda nesse sistema que devemos lutar e reafirmar nosso compromisso com o enfrentamento a toda forma de exploração, dominação e violência. Paraphraseando Michel Odent, “para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer”.

## REFERÊNCIAS

ADOULA - ASSOCIAÇÃO DE DOULAS DO ESPÍRITO SANTO (Brasil). **Violência Obstétrica**. 2020. Disponível em:

<<http://adoules.com.br/index.php/violencia-obstetrica/>>. Acesso em: 21 jun. 2020.

AGUIAR, J. M. **Violência Institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento**. 2010. 204 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina, São Paulo, 2010. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/pt-br.php>> Acesso em: 16 de junho de 2020.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-92, Mar. 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 11 de fevereiro de 2018.

AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.; SCHRAIBER, L.B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, Nov. 2013.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001100015&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 15 de junho de 2020.

ALVARENGA, S.P.; KALIL, J.H. **Violência Obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira**. Minas Gerais, 2016. Disponível em:

<<http://docplayer.com.br/27252089-Violencia-obstetrica-como-o-mito-pariras-com-dor-afeta-a-mulher-brasileira.html>> Acesso em: 11 de fevereiro de 2018.

ANDRADE, P.O.N. et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. Recife: **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 16, n. 1, p. 29-37, Mar. 2016.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292016000100029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100029&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 15 de junho de 2020.

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução nº 368, de 6 de janeiro de 2015. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 6 de janeiro de 2015. Disponível em:

<<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>>. Acesso em: 13 de julho de 2020.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

ARRUZA, C.; BHATTACHARYA, T.; FRASER, N. **Feminismo para os 99%: um manifesto**. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2019.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: O mito do amor materno**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1977.

BARROSO, I. C. **Os saberes de parteiras tradicionais e o ofício de partejar em domicílio nas áreas rurais**. Amapá: PRACS, 2009. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/view/34>> Acesso em: 16 de junho de 2020.

BARRETO JUNIOR, I. F. Regionalização do atendimento hospitalar público na Região Metropolitana da Grande Vitória, ES. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 461-471, June 2015

BATISTA, V. M. **Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro**. 2a ed., Rio de Janeiro: Revan. 2003.

BERNARDI, D.; FÉRES-CARNEIRO, T.; MAGALHÃES, A. S. **Entre o desejo e a decisão: a escolha por ter filhos na atualidade**. Rio de Janeiro: Contextos Clínicos, 2018. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v11n2/v11n2a03.pdf>>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

BIO, E. O corpo no trabalho de parto: o resgate do processo natural do nascimento. São Paulo: **Summus**, 2015. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?id=UT8BCgAAQBAJ&pg=PT36&lpg=PT36&dq=o+parto+nas+sociedades+primitivas&source=bl&ots=4WhM8uT9wH&sig=VwygpoMAtp6XWXHbMrVoqpGxFTY&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiR7ueB8l\\_cAhXTqZAKHdhKDVQQ6AEIODAD#v=onepage&q=o%20parto%20nas%20sociedades%20primitivas&f=false](https://books.google.com.br/books?id=UT8BCgAAQBAJ&pg=PT36&lpg=PT36&dq=o+parto+nas+sociedades+primitivas&source=bl&ots=4WhM8uT9wH&sig=VwygpoMAtp6XWXHbMrVoqpGxFTY&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiR7ueB8l_cAhXTqZAKHdhKDVQQ6AEIODAD#v=onepage&q=o%20parto%20nas%20sociedades%20primitivas&f=false)>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

BISPO, C., SOUZA, V. Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 1, p. 19-30, jan/abr 2007. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3909/2875>>. Acesso em: 16 de junho de 2020

BOHREN, M.A. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. **Plos Medicine**, California, US. 2015. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847>>. Acesso em: 26 de novembro de 2018.

BOHREN, M.A. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst Rev.**, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28681500/>>. Acesso em: 17 de junho de 2020.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **Ser Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191-209, 6 jan. 2020. Disponível em: <[https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25630](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630)> Acesso em: 16 de junho de 2020.



BRASIL. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo, 2019. Disponível em:

<[https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL\\_21.10.19.pdf](https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf)> Acesso em: 16 de junho de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Datasus. **Informações de saúde, estatísticas vitais, nascidos vivos (1994 a 2018)**. Brasília, Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nv>> Acesso em: 16 de junho de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio\\_Diretrizes-Cesariana\\_final.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf)>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal (STF). **Arguição de descumprimento de preceito fundamental 54**. ADPF nº 54/2004. Relator: Ministro Marcos Aurélio. Brasília, STF, abr. 2012. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.459 de 21 de junho de 2011. **Ministério da Saúde**, Brasília, 21 de junho de 2011. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais**. Brasília: Editora MS, 2010a. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto\\_nascimento\\_domiciliar\\_parteiras.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf)>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília: Editora MS, 2010b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)> Acesso em: 17 de junho de 2020.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 27 de dezembro de 2007. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm)>. Acesso

em: 17 de junho de 2020

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do §8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as mulheres e da Convenção Interamericana Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 7 ago. 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm)>. Acesso em: 3 jun de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cartilha: Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, 2005a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf)>. Acesso em: 25 de junho de 2020.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 7 de abr de 2005b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em: 17 de junho de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>> Acesso: 16 de junho de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

\_\_\_\_\_. **Código Penal**. São Paulo: Saraiva, 2004.

\_\_\_\_\_. **Convenção do Belém do Pará**. Pará, 1994. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. **Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil**. Brasília, 1993. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/85082>>. Acesso em: 01 de junho de 2019.

BRENES, A. C. **História da parturição no Brasil, século XIX**. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 1991. v. 7, n. 2, p. 135-149. Disponível em:

<[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 de junho de 2020.

BRUZAMARELLO D.; PATIAS, N. D.; CENCI, C. M. B. **Ascensão profissional feminina, gestação tardia e conjugalidade**. Rio Grande do Sul: Psicologia em estudo, 2019. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/pdf/pe/v24/1807-0329-pe-24-e41860.pdf>> Acesso em: 16 de junho de 2020.

BUGG G. J. et al. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. **Cochrane Database Syst Rev**. 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23794255/>>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

CARCANHOLO, R. A. (Org.). **Capital: essência e aparência**. São Paulo: Expressão Popular, ed. 1, v.1, 2011.

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

CARROLI G.; MIGNINI L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database Syst Rev**. 2009. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19160176/>>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

CARROLI G.; BELIZAN J. Episiotomy for vaginal birth. **Database Syst Rev**. 2000. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10796120/>>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

CARVALHO, M. S.; LEAL M. C.; LIMA, L. D. Nascendo no Brasil, uma entrevista com Maria do carmo Leal. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:

<[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2018000807501](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2018000807501)>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

CASTRO, C. M. Os sentidos do domicílio planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. **Cafajeste. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 69-75, março de 2015. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00069.pdf>> Acesso em: 16 de junho de 2020.

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social (Brasil). Código de ética. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 de março de 1993. Disponível em:

<[http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf)> Acesso em: 14 de julho de 2020.

CFM - Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 193, de 26 de agosto de 2019. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Florianópolis, 26 de ago de 2019. Disponível em:

<[https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/SC/2019/193\\_2019.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/SC/2019/193_2019.pdf)>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

CISNE, M; SANTOS, S.M.M. **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.

CLASTRES, P. **A sociedade contra o Estado: pesquisas de antropologia política**. São Paulo: Cosac & Nify, 2003.

COHN, A. et al. **A medicalização e o imaginário no consumo de serviços de saúde**. In: COHN, Amélia et al. A saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez, 2015, p. 112-153.

CONFERÊNCIA DE CAIRO. **Relatório da conferência internacional sobre população e desenvolvimento**. Nações Unidas: Cairo, Egito, 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 17 de junho de 2020.

COUTINHO, R. O racismo começa na gravidez. **Gelédes**: Instituto da mulher negra. setembro de 2015. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/o-racismo-comeca-na-gravidez/>>. Acesso em: 20 de setembro de 2017.

CURSINO, T. P.; BENINCASA, M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1433-1444, abr. 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000401433&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401433&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DECARLI, M. O. **O partear e a violência obstétrica: silenciosa violência e a violência do silêncio**. 2017. 136 f. Dissertação - Programa em pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=5219947](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=5219947)>. Acesso em: 19 de dez de 2018.

DINIZ, S.G. O renascimento do parto, o que o SUS tem a ver com isso. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 217-220, 2014. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000100217](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100217)>. Acesso em: 17 de junho de 2020.

DINIZ, S. G. et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt\\_19.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf)>. Acesso em: 15 de junho de 2020.

DINIZ, C. S. G. et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 253-259, Mar. 2016. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-20-56-0253.pdf>>. Acesso em: 15 de junho de 2020.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, fevereiro de 2017. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 de junho de 2020.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 959-966, Junho de 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 de Junho de 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014. Disponível em:

<[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300017&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300017&script=sci_arttext)>. Acesso em: 17 de junho de 2020.

DOMINGUES, R. M. R. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S52-S62, 2004. Disponível em:

<[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X200400070006](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200400070006)>. Acesso em: 17 de junho de 2020.

DOMINGUES, P. M. L. et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 285-292, June 2013. Disponível em:

<[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000200003](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200003)>. Acesso em: 17 de junho de 2020.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S154-S168, 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 de Junho de 2020.

DOWNE, S. Reduzindo intervenções de rotina durante o trabalho de parto e parto: primeiro não causar dano. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0037.pdf>>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

DUARTE, R. F. R. **A violência no capitalismo contemporâneo: uma expressão de alienação humana**. 2016. 112 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2016. Disponível em:

<<http://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/1534/1/A%20viol%C3%A2ncia%20no%20capitalismo%20contempor%C3%A2neo%20uma%20express%C3%A3o%20de>

%20aliena%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.

ENSP - ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA. **Nascer no Brasil**: Inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. Acesso em: 10 de novembro de 2018.

ENTRINGER, A. P.; PINTO, M. F. T.; GOMES, M. A. S. M. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1527-1536, abr. 2019. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232019000401527](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232019000401527)>. Acesso em: 17 de junho de 2020.

EVANDER C. et al. Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113.000 spontaneous births. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2015. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0689-7#citeas>>. Acesso em: 26 de junho de 2020.

FALQUET, J. Repensar as relações sociais de sexo, classe e “raça” na globalização neoliberal. **Revista de Ciências Sociais**, 2008. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/3290/2702>>. Acesso em: 19 de junho de 2018.

FARIAS, R. S.; CAVALCANTI, L. F. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1755-1763, July 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000700014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000700014&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 15 de junho de 2020.

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa**: Mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 13ª edição. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1998.

FREYRE, G. **Casa-Grande e Senzala**. 51 ed. São Paulo: Global, 2006.

FRIEDAN, B. **Mística Feminina**. Rio de Janeiro: Editora Vozes Limitada, 1971.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo, 2010. Disponível em: <[http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa\\_.org\\_.br\\_sites\\_default\\_files\\_pesquisaintegra.pdf](http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf)> Acesso em: 10 de junho de 2017.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, Vol. IV, 2001.

GRECIA et al. Percepção e ações de doulas no processo de humanização do parto. **Revista Mineira de Enfermagem (REME)**, 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051583>>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

GUIBU, I. A. et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 17s, 2017. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007070.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007070.pdf)>. Acesso em: 13 de julho de 2020.

GUILLAUMIN, C. **Prática do poder e ideia de natureza**. In: FERREIRA, Verônica et al. (orgs.). O Patriarcado desvendado: teorias de três feministas materialistas: Colette Guillaumin, Paola Tabet e Nicole Claude Mathieu. Recife: SOS Corpo, 2014. p. 27-100.

GUIMARÃES, R. M. et al. Fatores associados ao tipo de parto em hospitais públicos e privados no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 17, n. 3, p. 571-580, July 2017. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292017000300571&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000300571&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 17 de junho de 2020.

G1. **Monitor da violência: feminicídios no Brasil**. G1, Espírito Santo. 2018. Disponível em: <<http://especiais.g1.globo.com/monitor-da-violencia/2018/feminicidios-no-brasil/>>. Acesso em: 19 de dezembro de 2018.

HERCULANO, T. B. et al. Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 702-713, Set. 2018. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000300702&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000300702&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 16 de junho de 2020.

HOGA, L. A. K. et al. Relacionamento interpessoal: fator relevante da assistência ao parto na avaliação de puérperas. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, São Paulo. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000100049&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000100049&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso: 17 de junho de 2020.

HOTIMSKY, S N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, Oct. 2002. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2002000500023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2002000500023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 17 de junho de 2020.

IASI, M. **Ensaio sobre consciência e emancipação**. 2ª edição. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população**. Espírito Santo, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/pesquisa/10057/60018>>. Acesso em 17 de junho de 2020.

\_\_\_\_\_. **Panorama do Estado do Espírito Santo**. Espírito Santo, 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>>. Acesso em: 17 de junho de 2020.

\_\_\_\_\_. **Estatísticas de Gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil**. Rio de Janeiro, IBGE, 2018. Disponível em: <[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551_informativo.pdf)>. Acesso em: 17 de junho de 2020.

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4ª ed. - Brasília: Ipea, 2011. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>>. Acesso em: 16 de junho de 2019.

JUNIOR, A. R. F.; BARROS, N. F. Motivos para atuação e formação profissional: percepção de doulas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1395-1407, Out. 2016. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312016000401395&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401395&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

KENYON, S et al. High-dose versus low-dose oxytocin for augmentation of delayed labour. **Cochrane Database Syst Rev**. 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23853046/>>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

KERGOAT, D. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 86, p. 93-103, março de 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nec/n86/n86a05.pdf>>. Acesso em: 17 de junho de 2020.

KLUTHCOVSK, A. C. G. C. et al. Trends and factors associated with cesarean sections in Brazil and its States between 2001 and 2015. **O mundo da saúde**, São Paulo, p. 1044-1063, 2019. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo\\_saude\\_artigos/tremds\\_cesarean\\_2015.PDF](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/tremds_cesarean_2015.PDF)>. Acesso em: 17 de junho de 2020.

KORB, D. Risk of severe maternal morbidity associated with cesarean delivery and the role of maternal age: a population-based propensity score analysis. **Canadian Medical Association Journal**, Canadá, 2019. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/332148099\\_Risk\\_of\\_severe\\_maternal\\_morbidity\\_associated\\_with\\_cesarean\\_delivery\\_and\\_the\\_role\\_of\\_maternal\\_age\\_a\\_population-based\\_propensity\\_score\\_analysis](https://www.researchgate.net/publication/332148099_Risk_of_severe_maternal_morbidity_associated_with_cesarean_delivery_and_the_role_of_maternal_age_a_population-based_propensity_score_analysis)>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

LEAL, M. C. et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares



de dois estudos avaliativos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, 2019. Disponível em:

<[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2019000905002&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2019000905002&script=sci_arttext)> Acesso em: 19 de junho de 2020.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de baixo risco. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014a Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acesso em: 21 de novembro de 2018.

LEAL, M. C. et al. Ampliando o debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S43-S47, 2014b. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 21 de novembro de 2018.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, Jan. 2005. Disponível em:

<[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000100013](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100013)>. Acesso em: 18 de junho de 2020.

LEISTER, N., RIESCO M.L.G. Assistência ao parto: História Oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_20.pdf)> Acesso em: 08 de julho de 2018.

LIU, S. et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. **CMAJ**. 2007. Disponível em:

<[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17296957/#:~:text=Absolute%20risk%20increases%20in%20severe,nonsignificant%20\(p%20%3D%200.87\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17296957/#:~:text=Absolute%20risk%20increases%20in%20severe,nonsignificant%20(p%20%3D%200.87))>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

LUZ, L.H., GICO, V.V. As redes sociais digitais e a humanização do parto no contexto das epistemologias do sul. **Revista Famecos: mídia, cultura e tecnologia**. São Paulo, 2017. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/24801>> Acesso em: 17 de junho de 2020.

MARTINS, A.C.; BARROS, G.M. Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. **Revista Dor**. São Paulo, 2016.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/pdf/rdor/v17n3/pt\\_1806-0013-rdor-17-03-0215.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rdor/v17n3/pt_1806-0013-rdor-17-03-0215.pdf)> Acesso em: 16 de junho de 2020.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Volume 1, Tomo 1. 2 ed. São Paulo: Nova Cultural, cap. IV, 1985a.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Livro 1, Tomo II. 2 ed. São Paulo: Nova Cultural, cap. XXIV, 1985a.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Volume 1, Tomo 2. 2 ed. São Paulo: Nova Cultural, cap. XXXIII e XXIV, 1985b.

MASCARELLO, K. C. et al. Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 21, 2018. Disponível em:

<[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2018000100409&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000100409&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em 17 de junho de 2020.

MCCALLUM, C.; MENEZES, G.; REIS, A. P. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 37-56, Mar. 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702016000100037&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000100037&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 20 de junho de 2020.

MEHRY, E.E., FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPJV; 2006. Disponível em:

<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/23/Trabalho-em-Saude-Merhy--Franco.pdf>>. Acesso em: 01 de dezembro de 2018

MELO, M. P.; LESSA, S. E. C. **Políticas de Saúde, Neoliberalismo e o Crescimento do Chamado Terceiro Setor: uma análise das FASFIL do campo da saúde no Censo IBGE 2005**. Porto Alegre: Textos & Contextos, 2017. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/24602>>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

MENDÉZ, N. P. Do lar para as ruas: capitalismo, trabalho e feminismo. Porto Alegre: **Revista Fee**, v. 5, p. 51-63, 2005. Disponível em: <<https://revistas.fee.tche.br/index.php/mulheretrabalho/article/view/2712/3035>> Acesso em: 16 de junho de 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª edição. São Paulo: Hucitec, 2004.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª edição. São Paulo: Hucitec, 2014.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes. 2002. 21ª Edição. Disponível em: <<http://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 15 de setembro de 2017.

MOLITERNO, A. C. M et al. Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 22, não. 2, p. 293-301, Junho de 2013. Disponível em:

<[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000200004&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

MORAIS, F. R. R. **A humanização do parto e do nascimento**: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, Natal, 2010. Disponível em: <[http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/FatimaRRM\\_TESE.pdf](http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/FatimaRRM_TESE.pdf)>. Acesso em 15 de junho de 2020.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 885-904, Set. 2015. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312015000300885&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312015000300885&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em 17 de junho de 2020.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do Método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

OLIVEIRA, E. H. S. A. **Mulheres negras vítimas de violência obstétrica**: estudo em um hospital público de Feira de Santana - Bahia. 2018. 119 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/30942>>. Acesso em 20 de junho de 2020.

OLIVEIRA, F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. **Estud. av.** São Paulo, v. 18, n. 50, p. 57-60, abril de 2004. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142004000100006](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100006)>. Acesso em 16 de junho de 2020.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra, Suíça, 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf)> Acesso em: 10 de junho de 2017.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva**: Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Genebra, Suíça, 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

ONTIVEROS, E. Mutilação genital feminina: o que é e por que ocorre a prática que afeta ao menos 200 milhões de mulheres. **BBC**. 2019. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-47136842>>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6539/1/Paim%20JS.%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20a%20saude.%202004.pdf>> Acesso em: 04 jul. 2020.

PALHARINI, L. A. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 49, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332017000100307&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332017000100307&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 17 de novembro de 2018.

PASSARINHO, N. Brasileiras procuram aborto seguro nos poucos países da América Latina onde prática é legal. **BBC**. 2018. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-45135808>>. Acesso em: 01 de junho de 2019.

RATTNER, D. Os movimentos sociais na humanização do parto e do nascimento do Brasil. **Cadernos Humaniza SUS**, Brasil Mulher, 2012. Disponível em: <[http://rehuna.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Cadernos-HumanizaSUS-v.-4\\_-Humaniza%C3%A7%C3%A3o-do-parto-e-do-nascimento-Movimentos-Sociais.pdf](http://rehuna.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Cadernos-HumanizaSUS-v.-4_-Humaniza%C3%A7%C3%A3o-do-parto-e-do-nascimento-Movimentos-Sociais.pdf)> Acesso em: 16 de junho de 2020.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Apresentação. **Rede feminista de saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos**, Florianópolis/ SC, 200?. Disponível em: <<http://redesaude.org.br/institucional/>>. Acesso em: 25 de junho de 2020.

RIBEIRO, M. C. S. de A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, Dec. 2006. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232006000400022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#:~:text=A%20utiliza%C3%A7%C3%A3o%20de%20servi%C3%A7os%20de,e%20n%C3%A3o%20usu%C3%A1rios%20do%20SUS.](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232006000400022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#:~:text=A%20utiliza%C3%A7%C3%A3o%20de%20servi%C3%A7os%20de,e%20n%C3%A3o%20usu%C3%A1rios%20do%20SUS.)> Acesso em 13 de julho de 2020.

RIBEIRO, R. J. **Ao leitor sem medo: Hobbes escrevendo contra o seu tempo**. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

RUIZ-SANCHEZ, J. et al. Cesárea: Tendencias y resultados. **Perinatol. Reprod. Hum.**, México, v. 28, n. 1, p. 33-40, março 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372014000100006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000100006)>. Acesso em: 17 de junho de 2020.

SACONI, J.P. Cotada para ministra diz que 'mulher nasce para ser mãe' e 'infelizmente tem que ir para o mercado de trabalho'. **O Globo**, Brasil, 2018. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/brasil/cotada-para-ministra-diz-que-mulher-nasce-para-ser-mae-infelizmente-tem-que-ir-para-mercado-de-trabalho-23272762>>. Acesso em: 05 de dezembro de 2018.

SAFFIOTI, H. I. B. **A mulher na sociedade de classes**. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2013.

\_\_\_\_\_. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SALDAÑA, P. 4 em cada 10 jovens negros não terminaram o ensino médio. **Folha**

de S. Paulo, Brasília, 1º de setembro de 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/educacao/2019/09/4-em-cada-10-jovens-negros-nao-terminaram-o-ensino-medio.shtml>>. Acesso em: 21 de junho de 2020.

SANTOS, R. P. S. **Violência obstétrica no Brasil: uma análise de determinações patriarcais, racistas e capitalistas**. 2016. 141 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Direitos Sociais) - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró, 2016. Disponível em: <<http://www.uern.br/controladepaginas/ppgssd-dissertacoes/arquivos/2528raissa.pdf>>. Acesso em: 01 de junho de 2019.

SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais.

**Cafajeste. Pagu**, Campinas, n. 16, p. 137-150, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332001000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332001000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 de julho de 2020.

SENA, L. M.; TESSER, C. D.. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 209-220, Mar. 2017. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000100209&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000100209&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 17 de junho de 2020.

SERATI, M.; SALVATORE, S. RIZK, D. Episiotomy in modern clinical practice: friend or foe? **Int Urogynecol J**. 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30868195/>>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

SILVA, C. A. **Deu Zika! Serviços de saúde para casos de síndrome congênita do ZIKV em Vitória - ES**. 2019. 320 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2019. Disponível em: <[http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese\\_13514\\_Cinthia%20Alves%20da%20Silva.pdf](http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_13514_Cinthia%20Alves%20da%20Silva.pdf)>. Acesso em: 20 de junho de 2020.

SILVA, M.G. et al. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 2014. Disponível em: <[http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11479/1/2014\\_art\\_mgsilva.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11479/1/2014_art_mgsilva.pdf)> Acesso em: 17 de junho de 2020.

SIMIONATTO, I. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1999.

SOARES, R. C. **As particulares da contra-reforma na política da saúde brasileira**. Trabalho apresentado no Seminário Latino Americano de trabalho social, Equador. Guayaquil, 2009. Disponível em: <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-176.pdf>>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

TABET, P. **Mãos, instrumentos, armas**. In: FERREIRA, Verônica et al. (orgs.). **O Patriarcado desvendado: teorias de três feministas materialistas: Colette Guillaumin, Paola Tabet e Nicole Claude Mathieu**. Recife: SOS Corpo, 2014. p. 101-174.

TENÓRIO, E. M. **Entre a polícia e as políticas**: análise crítico-feminista da lei maria da penha e das medidas de proteção de urgências judiciais. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.

TORRES, M. et al . Evidência sobre a posição da grávida no segundo estágio do trabalho de parto. **Acta Obstet Ginecol Port**, Coimbra, v. 12, n. 4, p. 277-283, dez. 2018. Disponível em:  
<[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-58302018000400005](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302018000400005)>. Acesso em: 26 de junho de 2020.

VENDRÚSCULO, C. T.; KRUEL, C. S. **A história do parto**: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. Santa Maria: Disciplinaryum Scientia, 2016. Disponível em:  
<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinaryumCH/article/view/1842/1731>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

VENEZUELA, **Ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**, 2007. Acesso em: 31 de out. Disponível em:  
<<http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>>

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, São Paulo, 2014. Disponível em:  
<<https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>>  
Acesso em 16 de junho de 2020.

VITAL, M. Hospital da Mulher é 1º do Brasil com contratação de doulas no SUS. **Secretaria de Estado da Saúde - Governo do Estado de Alagoas**, Alagoas, out de 2019. Disponível em:  
<<http://www.saude.al.gov.br/2019/10/14/hospital-da-mulher-e-primeiro-do-brasil-com-contratacao-de-doulas-pelo-sus/>>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil**. 1 ed. Brasília: 2015. Disponível em <[www.mapadaviolencia.org.br](http://www.mapadaviolencia.org.br)> Acesso em: 03 de junho

YEIN, M. A. S. K. **Profissões médicas e violência obstétrica: expertises, monopólios, autoridades e medicalização**. 2016. 127 f. Dissertação (mestrado em Direito) - Faculdade de Direito de Vitória (FDV), Vitória, 2016. Disponível em:  
<<http://191.252.194.60:8080/bitstream/fdv/214/1/M%C3%81RCIO%20ANDR%C3%89%20DE%20SOUSA%20KAO%20YIEN.pdf>>. Acesso em 15 de junho de 2020.

ZORZAM, B. et al. Violência Obstétrica - a voz das brasileiras. Assistam! **Cientista que virou mãe**. 25 de novembro de 2012. Disponível em:  
<<https://www.cientistaqueviroumae.com.br/blog/textos/violencia-obstetrica-a-voz-das-brasileiras-assista>>. Acesso em: 15 de junho de 2020.

## GLOSSÁRIO

**Amniotomia** - Ruptura artificial da bolsa amniótica.

**Episiotomia** - Cirurgia caracterizada por um corte na região do períneo realizado pelo médico para ampliar o canal do parto.

**Litotomia (posição)** - Posição deitada de barriga para cima, com perna flexionada, facilitando a exposição do períneo.

**Manobra de Kristeller** - Manobra que “consiste em pressionar a parte superior do útero para facilitar (e acelerar) a saída do bebê (CRESCER, 2017, n.p.).

**Ocitocina Sintética** - Medicamento utilizado para indução do parto.

**Poliândrico** - Relativo à mulheres casadas com mais de um homem.

**Puérperas** - Mulheres que estão vivenciando o pós-parto.

**Tricotomia Pubiana** - Remoção dos pelos em torno da região pubiana.

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

A senhora está sendo convidada a participar, como voluntário, da pesquisa intitulada “O partear em uma sociedade patriarcal, racista e capitalista: desvendando uma violência”, de responsabilidade da pesquisadora Paula Gabrielle Nascimento Ricio, sob orientação da Profa. Dra. Soraya Gama de Ataíde Prescholdt. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conta com a assinatura de ambos os envolvidos, pesquisadora e participante.

#### **JUSTIFICATIVA**

A Organização Mundial de Saúde convocou a academia a produzir conhecimento acerca da temática da Violência Obstétrica para conseguir definir e medir com mais contundência este fenômeno, facilitando o combate a ele. Nesse sentido, essa pesquisa se justifica na medida em que discutiremos seus resultados articulando-os à sociedade patriarcal, racista e capitalista vigente, na perspectiva de apreender a estrutura e a dinâmica fenômeno da Violência Obstétrica, o que não foi feito até o momento. Além disso, este estudo irá reforçar a importância de se discutir e trazer à tona a centralidade da mulher no parto, bem como a ocorrência diária da violência obstétrica, tão invisibilizada e naturalizada hoje na sociedade.

#### **OBJETIVO**

Analisar a violência na assistência ao parto a partir do relato de experiência das puérperas que pariram na da Grande Vitória, para articular esses relatos a expressões de uma sociedade patriarcal, racista e capitalista, na qual estão inseridas.

#### **PROCEDIMENTOS**

Sua participação será respondendo a uma entrevista semi-estruturada, com duração de no máximo uma hora. As entrevistas serão gravadas por meio de gravador digital de voz, com o seu consentimento, e posterior à realização, serão transcritas no



processador de texto Word, possibilitando manter maior fidedignidade às informações.

#### DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

Será realizada nos meses de outubro e novembro, nos locais a serem definidos pelas entrevistadas, sendo cada participante da pesquisa entrevistada individualmente, em um tempo máximo de uma hora.

#### RISCOS E DESCONFORTOS

Caso a senhora não se sinta à vontade para conversar durante a entrevista sobre algum acontecimento que não lhe traga boas lembranças, a senhora terá todo o direito de não tocar no assunto. Assim, sinta-se à vontade em não responder qualquer pergunta, bem como solicitar o encerramento da entrevista a qualquer tempo. Se preciso, podemos conversar sem realizar gravação, não sendo essa conversa sob nenhuma hipótese material de pesquisa. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos relacionados ao tempo da entrevista e a quais emoções tal entrevista pode gerar. A fim de minimizar os riscos, o tempo de entrevista será de no máximo uma hora; e caso haja algum estresse em decorrência da entrevista, será indicada uma rede de apoio sociopsicológico.

#### BENEFÍCIOS

Contribuir para o adensamento do debate em torno da temática contribuindo para evidenciar o fenômeno e combater todas as formas de violência e desrespeito durante o trabalho de parto. Violência esta, que ainda é muito invisibilizada e naturalizada.

#### GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

A Senhora não é obrigada a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, a Senhora não mais será contatada pela pesquisadora.

#### GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E DA PRIVACIDADE

A pesquisadora coletará informações que serão mantidas de forma confidencial, assim, sua identidade não será revelada em nenhuma circunstância. Os dados coletados somente poderão ser utilizados em eventos ou publicações científicas, e jamais identificará a senhora.

#### GARANTIA DE RESSARCIMENTO

Na hipótese de eventuais custos/despesas em virtude da participação da pesquisa, estes serão reembolsados mediante comprovação logo após a participação da pesquisa. Na impossibilidade de comprovação do custo/despesa imediatamente após a participação na pesquisa, esta poderá ocorrer nos dias seguintes conforme acordado com a pesquisadora. O reembolso se dará no limite do valor comprovado.

#### GARANTIA DE INDENIZAÇÃO

Fica garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes tão somente da participação dessa pesquisa, conforme o que vier a ser decidido judicialmente.

#### ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, a senhora deve contatar a pesquisadora Paula Gabrielle Nascimento Ricio, no telefone (27) 99835-5379 ou pelo e-mail paulita.gabi@gmail.com. Em caso de denúncia e ou intercorrências/problemas, a senhora poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/UFES) através do telefone (27) 3145-9820, e-mail: [cep.goiabeiras@gmail.com](mailto:cep.goiabeiras@gmail.com), pessoalmente ou através do correio: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.075-910. O CEP/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais.

Além de assinar, a senhora deve rubricar todas as páginas.

Declaro que fui verbalmente informada e esclarecida sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, de que a entrevista será

gravada, como também os meus direitos, e que, voluntariamente, aceito participar deste estudo. Também declaro ter conhecimento de assinar duas vias de igual teor deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinada pela pesquisadora, ficando uma em minha posse e outra em posse da pesquisadora.

---

Nome da participante

Na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa “O partear em uma sociedade patriarcal, racista e capitalista: desvendando uma violência”, eu, Paula Gabrielle Nascimento Ricio, declaro ter cumprido as exigências dos itens IV.3 e IV.4 da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

---

Paula Gabrielle Nascimento Ricio

## APÊNDICE B

### Roteiro de entrevista semi-estruturada

#### ENTREVISTA

##### 1 - Dados socioeconômicos

1 - Nome: \_\_\_\_\_.

1.2 - Idade: \_\_\_\_\_.

1.3-Escolaridade: \_\_\_\_\_.

1.4- Ocupação atual: \_\_\_\_\_.

1.5. Estado Civil: \_\_\_\_\_.

1.6. Números de filhos \_\_\_\_\_.

1.7 - Cor: \_\_\_\_\_.

1.8. Renda familiar mensal: \_\_\_\_\_.

1.9.Bairro/ Cidade: \_\_\_\_\_.

1.10. E-mail: \_\_\_\_\_.

1.11. Data de nascimento do bebê \_\_\_\_\_.

1.12. Semanas de gestação ao nascer \_\_\_\_\_.

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

##### 2 – Situação da puérpera

2.1. Como foi sua gravidez?

2.2. Teve algum problema de saúde durante a gravidez?

2.3 . Sua gravidez foi considerada de risco?

2.4. Teve complicações durante o parto?

##### 3 – Assistência ao parto (da chegada à maternidade ao nascimento do bebê)

3.1 - Quais eram suas expectativas sobre a assistência que você receberia no seu parto?

- 3.2 - Como foi quando você chegou na maternidade?
- 3.3. O que achou do atendimento no parto? O que gostou? O que não gostou? Você teve acompanhante?
- 3.4. Como foi o contato com a equipe durante o processo? Foi como você esperava? Os profissionais cuidaram de você e do seu bebê como você imaginava?
- 3.6. Você lembra dos procedimentos realizados durante o parto? Você foi informada sobre a necessidade desses procedimentos?
- 3.7. Se pudesse resumir em uma palavra qual você escolheria para definir seu parto?
- 3.8 . Você já ouviu falar de violências no parto? Você acha que acontece por quais motivos?
- 3.9 - Você acha que a forma que os profissionais se relacionam com as mulheres no parto pode ter a ver com machismo ou racismo?
- 3.10. Como foi o contato com o bebê logo após o parto?
- 3.11. Teve alguma coisa que foi feita com o seu bebê na hora do nascimento e que você não gostou? Por quê?



Continuação do Parecer: 3.637.907

suficiente dos procedimentos.

\*\*Quanto ao orçamento do estudo: consta nas informações básicas do projeto: financiamento próprio.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1437116_E1.pdf	17/09/2019 15:27:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.pdf	17/09/2019 15:26:16	PAULA GABRIELLE NASCIMENTO RICIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	17/09/2019 15:25:54	PAULA GABRIELLE NASCIMENTO RICIO	Aceito
Outros	Metodologia_alterada.pdf	17/09/2019 15:25:27	PAULA GABRIELLE NASCIMENTO	Aceito
Outros	Justicativa_emenda.pdf	17/09/2019 15:23:55	PAULA GABRIELLE NASCIMENTO	Aceito
Outros	Formulario_autorizacao.pdf	29/05/2019 17:01:52	PAULA GABRIELLE NASCIMENTO	Aceito
Outros	Carta_resposta_2.pdf	28/05/2019 11:56:04	PAULA GABRIELLE NASCIMENTO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	01/03/2019 17:31:11	PAULA GABRIELLE NASCIMENTO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN

**Bairro:** Goiabeiras

**CEP:** 29.075-910

**UF:** ES

**Município:** VITORIA

**Telefone:** (27)3145-9820

**E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com



UFES - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CAMPUS GOIABEIRA



Continuação do Parecer: 3.637.907

VITORIA, 11 de Outubro de 2019

---

**Assinado por:**  
**KALLINE PEREIRA AROEIRA**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN

**Bairro:** Goiabeiras

**CEP:** 29.075-910

**UF:** ES

**Município:** VITORIA

**Telefone:** (27)3145-9820

**E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com