

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS – CCSH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

BRUNA FANI DUARTE ROCHA

**“MÃES NA LUTA CONTRA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA”: A
DOR DO PARTO TRANSFORMADA EM MOVIMENTO
SOCIAL**

**Santa Maria, RS
2021**

Bruna Fani Duarte Rocha

**“MÃES NA LUTA CONTRA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA”: A DOR DO PARTO
TRANSFORMADA EM MOVIMENTO SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestra em Ciências Sociais**.

Orientadora: Profa. Dra. Monalisa Dias de Siqueira.

Santa Maria, RS
2021

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

Rocha , Bruna Fani Duarte
"Mães na luta contra violência obstétrica": a dor do parto transformada em movimento social / Bruna Fani Duarte Rocha .- 2021 .
209 p.; 30 cm

Orientadora: Monalisa Dias de Siqueira
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, RS, 2021

1. Violência obstétrica 2. Parto 3. Ativismo 4. Emoções 5. Saúde I. Siqueira, Monalisa Dias de II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

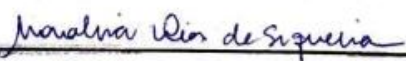
Declaro, BRUNA FANI DUARTE ROCHA , para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Bruna Fani Duarte Rocha

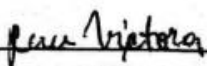
**“MÃES NA LUTA CONTRA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA”: A DOR DO PARTO
TRANSFORMADA EM MOVIMENTO SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestra em Ciências Sociais**.

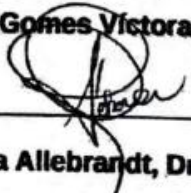
Aprovado em 29 de abril de 2021:



Monalisa Dias de Siqueira, Dra. (UFSM)
Presidente/Orientadora



Ceres Gomes Vitoria, Dra. (UFRGS)



Débora Allebrandt, Dra. (UFAL)

Santa Maria, RS
2021

Dedico cada linha deste trabalho ao amor que sinto pelo meu filho, Vicente Duarte, que lutou pela vida, mas não resistiu à violência que marcou nossos corpos e nossos destinos.

AGRADECIMENTOS

Certamente não cheguei até aqui sozinha, por isso, quero agradecer a todas as pessoas que estiveram comigo, de uma forma ou de outra. Entretanto, pela densidade deste trabalho e pela relação com a minha vida pessoal, há algumas pessoas que foram muito essenciais para este trabalho acontecer:

- Em primeiro lugar, quero agradecer a minha orientadora Monalisa Dias pela sensibilidade e flexibilidade na condução desta pesquisa. Você abriu espaço para a esperança e otimismo, deixando minha vida cheia de afetos;

- Agradeço às mulheres do movimento de mães não só pelo apoio à pesquisa, mas pelos anos de luta, de resistência, de trocas e de aprendizado. Em especial, agradeço àquelas que me permitiram compartilhar suas histórias com o meio acadêmico;

- Sou grata a todos os amigos que ajudaram a trilhar esse caminho e, em especial, ao Dartanhan Baldez Figueiredo, pelas fotos, pela arte, pela presença. Foi muito bom ter teu olhar sempre conosco;

- Sou grata a minha família, como exemplo de resistência e resiliência, formada por mulheres fortes, em especial, a minha mãe, que me deu a vida e a base para chegar onde cheguei;

- Sou muito grata à amiga Lauren Moraes por me levantar todas as vezes que cai durante nossa trajetória de amizade. Você sempre respeitou a minha história, sendo lar e aconchego, dividindo comigo sonhos, arte e trajetória;

- Sou grata pelo apoio e pela amizade de Valdir Oliveira e Valdeci Oliveira, que estiveram ao meu lado nessa luta;

- Quero agradecer ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais (PPGCS/UFSM) pelo acolhimento e pela oportunidade de seguir meus estudos. Em especial, a sempre disposta secretária Jane Santos, ao professor Francis Almeida, às professoras Ceres Brum, Zulmira Borges, Rosana Pinheiro Machado e Débora Leitão por serem inspiração em minha jornada;

- Quero agradecer à Coordenação de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de pesquisa durante esses dois anos junto ao programa de pós;

- Quero agradecer, especialmente, às pessoas que contribuíram com o crescimento deste trabalho, na qualificação, Søndre Scneck e à Débora Leitão, assim como à carinhosa banca de defesa final, Ceres Gomes Victora, Débora Allebrandt e Zulmira Borges;

- Quero agradecer ao Núcleo de estudos em emoções e realidades digitais (NEERD), por possibilitar a expansão de horizontes, diálogos, trocas e apoio durante o cotidiano acadêmico. Às colegas da turma de mestrado 2019, em especial, a Thainá Saciloto, a Renata de Jesus e a Karina Lilith, pelos cafés, carinhos e desabafos;

- A todas as minhas amigas, irmãs e bruxas pelas conversas, pela leveza e pelos risos, principalmente, durante a pandemia, quando ficou ainda mais difícil de seguir em frente;

- Finalmente, quero agradecer ao meu companheiro Matheus Bordin Marchi, pelo carinho, pela compreensão, pelas conversas, pelos sonhos nutridos, compartilhados e por ser aconchego sempre que as coisas ficavam amargas. Na memória, tenho você, um café e um sorriso largo. Acrescento, ainda, a imensa gratidão aos nossos felinos Salem e Mafalda, que tanto trouxeram leveza quando eu não a encontrava. Grata por serem tudo!

EPÍGRAFE

Poesia em tempos de Cólera

Fácil escrever poemas apaixonados
Quando o amor visita o estômago com asas de borboletas
e o céu é azul e mesmo a chuva parece cálida
Desses eu tenho aos montes
Vivem amontoados e servem de apoio para minha cabeça
Antes de dormir
São testemunhas do meu estado quase sempre enamorado

Mas tem outra raça de poesia
Que nasce da parte escura e rasgada dentro de mim
São versos que vocifero com a voz rouca de tanta raiva
Raiva que sinto
E que ganha vida na tinta vermelha que mancha o caderno
É feito o sangue dos meus ancestrais
É feito o corpo das mulheres mutiladas

Raiva contra a hipocrisia imunda que prefere minha obediência à autenticidade
Raiva da linha com a qual costuraram meus lábios
Fazendo de meu prazer pecado
Raiva dos amordaçados que já perderam o poder sobre a própria língua
E por isso julgam a liberdade das minhas palavras

Não escrevo um poema compassivo frente aos oprimidos
Mas de ódio a opressores
Àqueles que não podem gritar empresto meu grito
Àqueles que não podem chorar derramo meu pranto salgado e vermelho
Aos que perderam o poder das palavras
Entrego cada corda presa a minha voz.

(O Oráculo da Mulher Selvagem – Jennifer Perroni)

RESUMO

“MÃES NA LUTA CONTRA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA”: A DOR DO PARTO TRANSFORMADA EM MOVIMENTO SOCIAL

AUTORA: Bruna Fani Duarte Rocha
ORIENTADORA: Monalisa Dias de Siqueira

O estudo trata sobre o processo de formação de um movimento social construído por mulheres que se reconhecem vítimas de violência obstétrica. Com isso, a pesquisa compreende as relações entre ativismo e emoções na formação do grupo “Mães na luta contra a violência obstétrica”. O delineamento da pesquisa, predominantemente qualitativa, com método etnográfico, foi realizado a partir de relatos de parto nas mídias digitais, observação participante e registros documentais relacionados às mobilizações do grupo e manifestações públicas na cidade de Santa Maria. A pesquisa permitiu uma discussão a respeito do parto e dos diferentes atores sociais envolvidos nesse evento, bem como um conhecimento aprofundado sobre as lógicas de funcionamento do grupo em questão, seu processo de constituição, e sobre como as emoções são mobilizadas na prática política, na conversão ao ativismo e em suas articulações online e off-line. Observou-se que, com diferentes configurações emotivas, as mães compõem “comunidades emocionais” que trocam experiências e narrativas sobre um lugar de reconhecimento de seus corpos. O reconhecimento da dor, da raiva, da angústia, da violação é que legitima e corporifica essa sensibilidade na condição de ser mulher, de ser mãe e reflete na conversão ao ativismo como expressão desse sofrimento.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Ativismo. Emoções.

ABSTRACT

“MOTHERS IN THE FIGHT AGAINST OBSTETRIC VIOLENCE”: THE PAIN IN CHILDBIRTH TRANSFORMED INTO SOCIAL MOVEMENTS

AUTHOR: Bruna Fani Duarte Rocha
ADVISOR: Monalisa Dias de Siqueira

This study deals with the formation process of a social movement built by women who recognize themselves as victims of obstetric violence. The research includes the relations between activism and emotions in the formation of the group “Mothers in the fight against obstetric violence”. The research design, predominantly qualitative with ethnographic method, was carried out with the use of childbirth reports on digital media, participant observation and document records related to the group mobilizations and public manifestations in the city of Santa Maria. This work provided a debate about childbirth and the different social actors involved in this event as well as an in-depth knowledge about the operating logic of this group, its formation process, and how emotions are engaged in political actions, in the conversion to activism and its connections on and off-line. It was observed that with different emotional configurations, mothers compose “emotional communities” where they exchange experiences and narratives about a place of recognition of their own bodies. The acknowledge of pain, anger, anguish and violation is what legitimizes and embodies this sensitivity in the condition of being a woman, of being a mother, and impacts in the conversion to activism as an expression of this suffering.

Keywords: Obstetric violence. Activism. Emotions.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ANDO	Associação Nacional de Doulas
APICEON	Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia
AVSTM	Associação dos familiares de Vítimas e Sobreviventes da Tragédia de Santa Maria
CEDAW	Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres
CFM	Conselho Federal de Medicina
CREMERS	Conselho Regional de Medicina do estado de RS
EUA	Estados Unidos da América
<i>FSP</i>	Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP
HCS	Hospital Casa de Saúde
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PT	Partido dos Trabalhadores
RBS	Rede Brasil Sul
REHUNA	Rede de Humanização do Nascimento
SIMERS	Sindicato Médico do Rio Grande do Sul
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VO	Violência Obstétrica
WHO / OMS	Organização Mundial da Saúde

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 – Print da Página de Mães no Facebook.....	21
Imagem 2 – Protestos de Adelir	76
Imagem 3 - Cartazes do protesto de Adelir	76
Imagem 4 - Eles mataram o meu filho - Relato de parto.	117
Imagem 5 – Hospital como um lugar de risco	119
Imagem 6 - A presença de Deus na imagem de um "bom parto".....	119
Imagem 7 - A identificação com a dor	120
Imagem 8 - Reportagem do jornal A Razão	122
Imagem 9 - Reportagem do Diário de Santa Maria	123
Imagem 10 - Organização do Primeiro Protesto pelo grupo no Facebook.....	127
Imagem 11 - A marcha pela reparação da violência	129
Imagem 12 - Performance de parto.....	130
Imagem 13 -Violação do corpo e o silêncio diante da violência	131
Imagem 14 – A busca por justiça nas ruas	133
Imagem 15 - Pronunciamento na praça Saldanha Marinho	133
Imagem 16 - Protesto na Avenida Rio Branco	135
Imagem 17 - Círculo de mulheres vítimas de violência obstétrica.....	138
Imagem 18 - "Eles mataram a minha filha também?" - Relato de parto	139
Imagem 19 - Pedidos por justiça	140
Imagem 20 - Com mãe não se mexe	142
Imagem 21 - "Violência Obstétrica tirou a vida da minha filha Bethina"	142
Imagem 22 - Cartaz "não preciso passar por violência obstétrica para me juntar à causa"	144
Imagem 23 - Reunião do movimento com as Comissões na Câmara de Vereadores	147
Imagem 24 - Audiência Pública para tratar do tema "Violência Obstétrica"	149
Imagem 25 - Abertura da Semana de Consciência à violência obstétrica	154
Imagem 26 - Evento com o prefeito de promulgação da Lei Municipal	157
Imagem 27 - Inauguração da Frente Parlamentar contra violência obstétrica em Porto Alegre	161
Imagem 28 - Reunião do Grupo em uma Unidade Básica de atendimento, em 2016	163
Imagem 29 - Reunião em uma unidade básica de atendimento, em 2018	163

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	13
1.1 EMOÇÕES E ATIVISMO COMO OBJETO DE ESTUDO.....	14
1.2 PERCURSO METODOLÓGICO.....	15
1.3 DIVISÃO DOS CAPÍTULOS.....	23
2 DE CASA PARA O HOSPITAL: A TRAJETÓRIA DO CORPO FEMININO NA PARTURIÇÃO	25
2.1 A APROPRIAÇÃO SOBRE O CORPO E A SUBJETIVIDADE FEMININA	25
2.2 HISTÓRIA DO PARTO	30
2.3 HUMANIZAÇÃO DO PARTO COMO VIA ALTERNATIVA	51
2.4 O IMPACTO DO FEMINISMO NA LUTA POR DIREITOS	61
3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO UMA VIOLAÇÃO INSTITUCIONALIZADA ...	68
3.1 RELATOS DE PARTO E DE RESISTÊNCIA.....	83
3.1.1 “Eles fazem o que bem entendem e eles mesmos se protegem” – Relato de Daniela Bortoluzzi	86
3.1.2 “Eu teria que me acostumar com choros de dor e outras coisas devido à P.C” – Relato de Inara Oliveira da Silva.....	89
3.1.3 “Eu apodreci viva” – Relato de Vanessa Padilha	92
3.1.4 “A médica pegou ele no colo e me mostrava ele como um objeto” – Relato de Késsile Tanski	95
3.1.5 “Era para ser meu primeiro dia das mães e foi mas sem minha filha nos braços” – Relato de Jenifer Cardoso	97
3.1.6 “A pediatra veio até nós nos dizer que nossa filha poderia estar viva” – Relato de Tieli Martins	100
3.1.7 “Aguardei quieta afinal ‘quem grita ou faz escândalo’ é deixada de lado” – Relato de Odara Garcia	102
3.1.8 “Me deixaram ali sozinha, coberta de sangue” – Relato de Camila Stefanello	104
3.1.9 “Vamos lá, mãe, vamos tirar essa criança daí” – Relato de Bruna Fani	108
4 O ATIVISMO E AS EMOÇÕES NA FORMAÇÃO DO MOVIMENTO E SEUS IMPACTOS POLÍTICO-SOCIAIS.....	113
4.1 A DOR DA PERDA NA <i>TIMELINE</i>	114
4.2 DA <i>TIMELINE</i> PARA AS RUAS.....	124
4.2.1 Redes de afeto e compartilhamento.....	125
4.2.2 “A justiça é cega, mas as mães não são”	128

4.3 A IMERSÃO POLÍTICA E OS IMPACTOS MUNICIPAIS E ESTADUAIS	136
4.3.1 “Eles mataram a minha filha também?” – Narrativa nas redes.....	139
4.3.2 A narrativa nas ruas.....	141
4.4 PERCURSO POLÍTICO.....	146
4.4.1 Uma semana de memória e reparação	152
4.4.2 Decadência dos hospitais	155
4.4.3 A escuta das vítimas e as mudanças políticas.....	157
4.5 O IMPACTO DOS TENSIONAMENTOS POLÍTICOS	164
4.5.1 Silenciamento do movimento.....	168
4.6 REABITANDO UM MUNDO DEVASTADO PELA VIOLÊNCIA	173
4.6.1 A repressão e o silenciamento da dor nos hospitais.....	177
4.6.2 “Mães especiais” e Mães enlutadas – existir é resistir.....	180
4.6.3 A condição indissociável de mãe no campo e nas ruas.....	187
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	191
BIBLIOGRAFIA	197

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este trabalho trata de compreender a relação entre ativismo e emoções, na construção de um movimento social formado por mulheres que se reconhecem vítimas de violência obstétrica, a partir das noções de corpo, parto, ativismo e emoções. O grupo “Mães na Luta Contra Violência Obstétrica” formou-se, inicialmente, na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, no contexto online e off-line, desde agosto de 2016, articulando-se com outros municípios do estado, como Pelotas e Rio Grande, tendo uma participação no combate à violência obstétrica e na elaboração de políticas públicas municipais e estaduais até o presente momento.

A atuação do movimento social tensiona as mudanças do sistema de saúde, questionando as formas de assistência que têm se mostrado na prática ainda em uma visão mecânica, verticalizada, do atendimento à mulher. Ao observarmos os processos históricos e sociais relacionados ao parto, é possível perceber que as mudanças - a respeito da cesariana - para a discussão do parto humanizado se fizeram sem uma transformação nas relações entre médicos e pacientes, dominada por uma cultura que mantém o poder de decisão sobre os corpos e partos com os profissionais de saúde. Por isso, a pesquisa permitirá mostrar, também, as tensões que se desenvolvem no espaço público entre coletivos de mulheres, funcionários públicos e integrantes do Estado em seus distintos níveis.

A motivação para estudar essas questões se dá não só pelo fato de ter perdido meu filho aproximadamente 45 dias após o nascimento, vítima de violência obstétrica, como também pelo fato de ter assumido um lugar de liderança do movimento, na cidade de Santa Maria. A partir dessa posição de cofundadora e integrante do grupo, mãe e pesquisadora, criei um vínculo com outras mães que atravessaram a mesma situação, envolvendo profissionais da saúde, jornalistas, entre outros atores sociais, formando uma comunidade ampla, reunida sob o intuito de reivindicar e conquistar direitos.

Embora toda a sociedade passe pelo nascimento, o parto parece lamentavelmente interessar mais mulheres. Ingenuamente poderíamos pensar o parto como um evento individual, porém a importância de se reconhecê-lo como um evento social parte dos fenômenos que perpassam essa experiência, como a relação da

sociedade com o corpo feminino, com a sexualidade e com a maternidade. Além de biológico, o parto é um momento simbólico carregado de significados sociais.

Ao analisar a história do parto, percebemos relações sociais e relações de poder envolvidas nessa experiência, em uma sociedade marcada por relações patriarcais. Pelo alto índice de mortalidade materna e fetal no Brasil, além de maus tratos, negligência médica, negação de direitos, passa-se a falar sobre violência no parto, conhecida recentemente como “violência obstétrica”. Esse termo designa o lugar dessa violência, que é o corpo feminino, marcado por violências seculares. À frente dessa mobilização, estão as mulheres mães, mas também profissionais de saúde e simpatizantes dos movimentos sociais maternos.

Ao pensar a realidade de Santa Maria e observar a violência obstétrica como um fenômeno social, percebe-se que a partir do momento em que há morte de crianças e sequelas deixadas em mães e em bebês, passa a ser urgente compreender as experiências de parto. Ademais, interessa observar como essas mulheres passam a se articular dentro de um cenário no qual o saber biomédico constitui-se, ainda, como dominante, detendo o poder sobre a vida.

1.1 EMOÇÕES E ATIVISMO COMO OBJETO DE ESTUDO

Em se tratando de um movimento social construído majoritariamente por mulheres vítimas de violência obstétrica, as emoções são elementos centrais nos discursos, nas ações cotidianas e nas formas de uso do corpo nos protestos. Assim, o referencial teórico utilizado foi o da Antropologia das emoções, bem como os estudos sobre corpo, parto e maternidade. Neste trabalho, compreendo as emoções como mobilizadoras e produtoras de modos de ações coletivas. Outro aspecto central para a discussão diz respeito a como as mídias sociais contribuíram para o compartilhamento das manifestações públicas - com caráter emocional e político - e para a produção de visibilidade de um tema que, até então, não era discutido publicamente na cidade. Com isso, importa perguntar: qual é o papel das manifestações emocionais em relação ao reconhecimento dos corpos femininos em uma esfera de violência obstétrica?

Assim, tenho como objetivo geral da pesquisa compreender a relação entre ativismo e emoções na construção desse movimento social. Além disso, tenho como objetivos específicos: apresentar a constituição do movimento social, suas formas de manifestação online – off-line e suas articulações com outros atores sociais; compreender como as emoções estão presentes nos relatos de parto das mulheres, nas manifestações públicas e o que produzem não só em termos de discursos, como também de mobilização política nos espaços públicos.

A seguir, apresento a trajetória metodológica para a elaboração da pesquisa. Olhar para uma violência que também marcou o meu corpo e a minha história como pesquisadora certamente não foi uma tarefa fácil. Por isso, a minha intenção é contribuir com o tema e com as políticas públicas pela voz das mulheres que me ajudaram a construir não só esta pesquisa, mas também a pesquisadora que aqui escreve.

1.2 PERCURSO METODOLÓGICO

Com as emoções e o ativismo em campo, iniciei minha etnografia junto ao movimento “Mães na luta contra violência obstétrica”. Como uma forma de reconstituir as memórias e a narrativa do grupo, acessei sua trajetória por meio de matérias jornalísticas, publicações nas redes sociais, vídeos, fotos, documentários, relatos de parto, documentos e da minha própria participação no grupo. Para elaborar a trajetória, devido à quantidade de materiais, fiz o recorte temporal que vai do surgimento de 2016 do grupo de mães até 2019. Dei ênfase às narrativas das mulheres que deram voz às denúncias, tendo em vista o trânsito entre as mídias digitais (online), as ruas e outros espaços públicos (off-line).

A pesquisa tem uma relação intensa com a minha biografia, por isso, cabe contar como cheguei até esse tema. Tendo a minha vida devastada pela violência obstétrica em 2016, encontrei no ativismo uma forma de expressão. Claro que, naquele período, eu nem tinha tanta consciência do que estávamos construindo. Entretanto, conforme os acontecimentos, fui vivendo a maternidade nas ruas, nas falas públicas e nas participações em eventos. Até então, trabalhava apenas como

professora, por essa razão, cabe dizer que não havia pensado que poderia pesquisar este tema.

Em 2018, ao entrar em contato com o Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFSM, descobri que poderia, também, dedicar minha vida profissional a isso. Tornava-se, cada vez mais evidente, para mim, a necessidade de falarmos sobre esse assunto e dar espaço a esse debate de forma responsável. Minha formação como mulher e como feminista já entendia que essa violência não era “fatalidade” ou “um caso isolado”. Entendo esse cenário, meu interesse, ainda, era mostrar a trajetória das mulheres que impulsionaram as transformações desse movimento. Elas, muitas vezes, sozinhas, invisíveis, silenciadas são a minha motivação para compreender não só o fenômeno da violência obstétrica que marca nossos corpos, mas também o modo como nós agenciamos nosso cotidiano a partir disso.

Muito inspirada pelos modos de fazer pesquisa de Monalisa Siqueira (2014), sob influência de Veena Das (2007), dei atenção ao ordinário, construído no cotidiano, à experiência, compreendendo a linguagem na fala, nos corpos e nos comportamentos. Durante a pesquisa, por um tempo, desviei das práticas cotidianas e dei atenção ao que era extraordinário, não percebendo como o extraordinário está também presente na ordinariedade da vida e vice-versa. Foi muito trabalho até perceber que essa era uma reação – como parte da pesquisa e vítima da violência da qual escrevo. Por isso, acessar o cotidiano envolvia acessar minhas próprias dores e meu vazio. Um caminho duro, mas necessário para compreender o meu enredamento nesse processo.

Esse enredamento foi preocupação durante boa parte do curso de Ciências Sociais, em que os debates sobre objetividade e neutralidade se faziam presentes. Todavia, o contato com Das (2008) facilitou a clareza de que o conhecimento humano é perspectivado e situado. Para a compreensão do caos, é necessário um deslocamento do/a antropólogo/a para tratar do subalterno, tratando da ordem hegemônica que entra em conflito com essa nova ordem. Ao romper e questionar os parâmetros tradicionais de produção de conhecimento, trago o sofrimento social como experiência social para indagar se, de alguma forma, o lugar institucional é modificado pela dor do outro, por meio da produção e transmissão do conhecimento. Para tratar da produção de conhecimento nas Ciências Sociais, recupero, em Donna Haraway

(1995), o argumento em que o debate sobre a “objetividade” do conhecimento científico revela uma doutrina científica descorporificada.

Conforme a autora, há noções corporificadas da verdade, embora não isentas de uma avaliação crítica, decodificação, desconstrução e interpretação (HARAWAY, 1995, p. 23). Nesse sentido, constrói-se uma visão de saberes localizados, corporificados e situados, por meio de uma perspectiva diferente daquela tradicionalmente usada nas Ciências Sociais. Isso expõe o fato que a objetividade não quer dizer desengajamento, mas sim assumir um risco de não deter o conhecimento absoluto e de sequer ter o controle final. Por isso, “as perspectivas dos subjugados são preferidas porque parecem prometer explicações mais adequadas, firmes, objetivas, transformadoras do mundo” (HARAWAY, 1995, p. 23).

Com base em Haraway (1995) e em Das (2008), entendo que esta pesquisa não busca firmar-se como verdade absoluta, mas trazer uma verdade corporificada, representada pela voz das mulheres que construíram o movimento em questão. O fato deste trabalho estar sendo escrito por uma mulher, ativista e vítima dessa violência modifica o lugar institucional da pesquisa, ao tratar da dor do outro. Cynthia Sarti (2010) comenta que o corpo, a dor e o sofrimento constituem objetos de pesquisa que atravessam fronteiras disciplinares por envolverem dimensões da existência humana reivindicadas. Por isso, é muito importante delimitar e definir bem de que lugar se fala e as fronteiras que separam e aproximam os saberes.

Parto, nesse sentido, da ideia de que a produção de conhecimento e o desenvolvimento científico não estão dissociados dos acontecimentos societários, como argumenta Jaumont e Varela (2016), pelo contrário, são partes constituintes desses eventos. Por isso, é importante a compreensão da urgência dessa perspectiva no cenário atual do Brasil. Este trabalho subscreve-se em uma busca de produção de conhecimento que esteja vinculada a ações transformadoras da sociedade. Tudo isso para vincular a reflexão crítica e teórica com a prática nas lutas populares, tentando fortalecer o protagonismo popular em uma relação dialética entre teoria e prática, nesse caso, das mulheres que se reconhecem vítimas desse processo de violação.

A pesquisa desenvolvida pode ser classificada como exploratória e explicativa. Exploratória para, como argumenta Gil (2008), proporcionar uma visão geral acerca do movimento social e da violência obstétrica; explicativa para identificar os fatores

que determinam ou contribuem para a existência de determinados fenômenos. Para isso, será necessária a: a) familiarização com o tema e obter, mesmo que parcialmente, explicações de outros pesquisadores sobre os fenômenos envolvidos e para b) relacionar teoria e prática justificando os fatores que motivam a construção desse movimento social.

Compreendo que se aproxima do método indutivo pela tentativa de ir de um universo de pesquisa particular para compreender o que se pode tirar de generalização deste estudo. Como argumenta Gil (2008), o método indutivo parte da observação dos fenômenos cujas causas se pretende conhecer. Foi por meio desse método que a observação se tornou indispensável para as ciências sociais, pois como discorre Becker (1999), os dados do grupo pesquisado podem ser coletados por meio da interação de modo a compreender a organização do movimento. Enquanto procedimento, este trabalho foi realizado por meio da observação participante, do levantamento bibliográfico e da análise documental.

O universo de pesquisa é composto por 75 relatos de parto, dos quais 9 foram selecionados e apresentados no capítulo 3, um manifesto entregue ao Ministério Público, 55 matérias de jornais, 7 matérias televisivas, 12 entrevistas em rádios, e os atos públicos, duas audiências públicas – uma gravada em vídeo, outra em ata, reuniões na Câmara dos Vereadores, dois protestos, imagens (fotografias e audiovisuais) das manifestações online e off-line e os documentos produzidos pelo ou para o movimento de 2016 a 2019. Além disso, ainda há dois Projetos de lei estadual, uma lei municipal instituída, alguns documentos da Organização Mundial de Saúde, do Conselho Federal de Medicina e do Ministério da Saúde sobre violência obstétrica dos últimos anos.

É importante destacar que a participação nas mídias digitais é muito fluída e não necessariamente apresenta continuidade. Foi possível perceber que mais de cinco mil mulheres participaram de forma mais ou menos direta do ativismo nas plataformas digitais. Nem todas essas mulheres eram de Santa Maria, uma vez que o grupo não restringiu a atuação a Santa Maria nas mídias digitais, mas a maioria das mulheres foram atendidas no município. A rede social mais usada pelas mulheres foi o Facebook. Além da participação online, havia a participação presencial, que também teve uma volatilidade grande. Há várias formas de participação no presencial. Há aquelas que apenas foram aos protestos e falas públicas, assim como há aquelas que

também usaram o espaço para falar, ao se identificar como vítima ou apoiadora da causa.

Entretanto, há algumas pessoas que se mantiveram ativas no grupo desde 2016. São cerca de 15 famílias de variadas configurações, 10 delas em situação de vulnerabilidade social. A ausência dos atos presenciais da maioria das mulheres de Santa Maria que participavam das mídias digitais se justificava pelas condições de vulnerabilidade, seja por condições de saúde das crianças ou das próprias mães. Nem todas conseguiam falar abertamente ou estar presente nos lugares, considerando as diferentes formas de sentir, sofrer e elaborar as emoções. Apesar da trajetória política do grupo dizer respeito a essas pessoas que estiveram mais presentes nos atos, trago, ao longo do trabalho, relatos de parto de algumas mulheres que não participaram presencialmente de manifestações do movimento. Essa decisão se dá, principalmente para dar espaço a outras mulheres e outras narrativas, bem como por entender que a participação online também constitui o grupo e o ativismo.

Ao ter acesso aos relatos de parto das mulheres pela página de mães, entrei em contato para convidá-las a participar da pesquisa e pedir autorização para usar seus relatos. A partir do diálogo aberto com elas, pude tomar algumas decisões importantes, como não usar as imagens presentes nas postagens dos relatos de parto, para não expor as crianças a olhares capacitistas. Todas optaram por usar o nome verdadeiro nos relatos, como forma de resistência política.

Débora Leitão e Laura Gomes (2011) afirmam que, no ambiente digital, há um deslocamento do corpo físico para o virtual, em que parece possível estar nos dois lugares ao mesmo tempo. Nesse sentido, há diversos paradoxos nessa imersão e na relação entre o biológico e o digital. O contínuo on e off-line pode ser pensado em qualquer trabalho de campo que envolva a esfera virtual, mesmo que a imersão apresente restrições, uma vez que pode ser interrompida a qualquer minuto, caso a internet ou o dispositivo pelo qual se acessa falhe.

Ainda conforme o Miskolsci (2011, p. 19), “desde o final do século XX, vivemos uma reconfiguração entre o público e o privado, os quais são rearticulados transformando nossa experiência cotidiana profundamente”. Tal colocação reforça – coerentemente com Leitão e Gomes (2017) - a ideia de que os ambientes digitais

passaram a produzir a impressão de estarmos em uma praça de pessoas conversando.

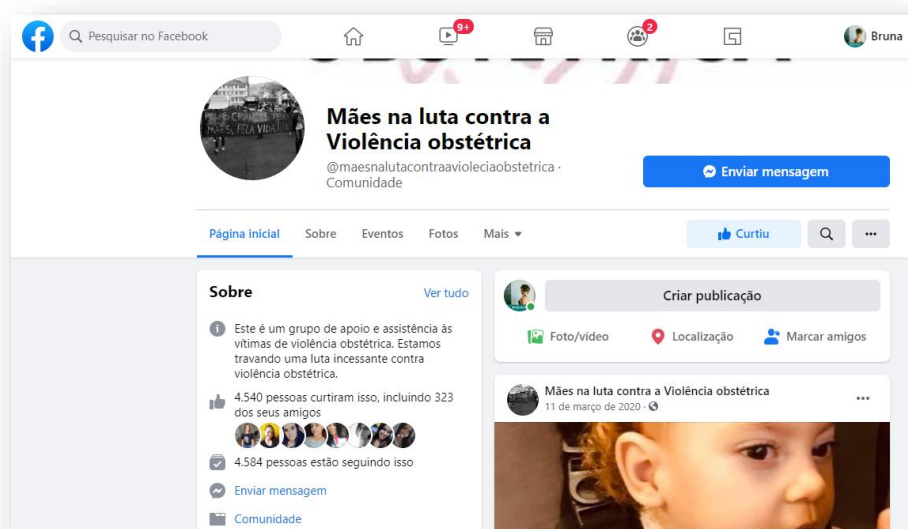
Nesse sentido, a perspectiva das mídias digitais pressupõe uma abordagem etnográfica plurilocal e multissituada, conforme Marcus (2001). Há uma lógica de tempo e de espaço interessante para reflexão, tendo em vista que os relatos de parto das mulheres entre outras manifestações são compartilhados no Facebook, embora experienciados nos hospitais. Dentro da temporalidade proposta, organizei todos os materiais por formato, ano e mês. Tendo em vista essa construção etnográfica, pude observar as ações coletivas do movimento, analisando os documentos de várias fontes e formatos. Os relatos de parto estão na página do grupo “Mães na Luta Contra Violência Obstétrica” no Facebook, o que permitiu que eu os acessasse e guardasse comigo, usando o “print” como ferramenta. As matérias, em grande maioria, estão disponíveis na internet, mas também foram salvas e organizadas por data. Todas as reuniões na câmara de vereadores geram uma ata e uma matéria da equipe de comunicação, o que me permitiu precisar detalhes com as notas em diário de campo.

A partir das noções de Christine Hine (2015), é possível ver o quanto a internet está incorporada e corporificada nas relações, a considerar a presença do movimento no Facebook, propondo uma extensão das manifestações das redes às ruas. A partir do compartilhamento dos relatos de parto nas mídias digitais, fui percebendo as interações entre as mães, a partir de um nível de identificação, seja da maternidade, seja da violência. É imprescindível destacar que os partos das interlocutoras desta pesquisa são anteriores ao surgimento do movimento social, o que nos leva a pensar o quanto a criação dessa “comunidade emocional” (JIMENO, 2010) facilitou a produção da sensibilidade em torno do reconhecimento de seus corpos, na esfera de violência obstétrica. Não pretendo mostrar a plataforma e suas dinâmicas, mas os usos que essas mulheres fazem das redes sociais, usando as emoções e elaborando o ativismo, que reverbera também nas ruas.

O encontro da maioria dessas mulheres se deu pelas mídias digitais. Partindo do contínuo online/off-line, em que elas se encontraram e criaram vínculos que transcenderam a relação dentro da plataforma. Os relatos de parto em questão também variaram na forma de divulgação. A maioria dos relatos foram compartilhados primeiro no Messenger da página do grupo “Mães na luta contra violência obstétrica”, onde as administradoras leram, interagiram e, posteriormente, compartilharam pelo

feed da página de forma anônima ou não. Outros foram divulgados diretamente no perfil pessoal das mulheres.

Imagem 1 – Print da Página de Mães no Facebook



Fonte: Facebook.

Essa página de mães teve um crescimento mais significativo depois da matéria divulgada pelo Profissão Repórter, em dezembro de 2018. O intuito inicial da página era divulgar os relatos de parto para formar uma denúncia pública e coletiva em torno da violência obstétrica. Todavia, acabou sendo usada para chamar as pessoas para os atos públicos, reuniões, informar dos avanços, reclamar dos retrocessos, divulgar outros casos, etc. A página de inscreve na categoria “comunidade”, em que é descrita como “grupo de apoio às vítimas de violência obstétrica”. O nome da página “Mães na luta contra violência obstétrica” é o mesmo nome do grupo e foi muito utilizado nas matérias jornalísticas. Com mais de 4 mil seguidores, a página ainda ajuda na divulgação de campanhas para arrecadar fundos ou alimentos para as mães de crianças com deficiências.

A notícia da pesquisa foi bem aceita e reconhecida entre as interlocutoras. A imagem indissociável de mãe e a minha trajetória como ativista fizeram com que elas entendessem a participação como forma de apoio e ativismo. Respondiam “pelos nossos filhos” e ainda se mostravam solidárias a minha história e a minha dor. A

possibilidade de acesso e de comunicação com as interlocutoras facilitou a escrita da dissertação. Pude acessar documentos, registros e atas do grupo, pela minha atuação política junto dele. Esse acesso facilitou a construção da narrativa pelo olhar das interlocutoras. Nesse sentido, as negociações éticas foram sendo discutidas ao longo da pesquisa. A proximidade com as interlocutoras facilitou não só a comunicação, mas a realização de uma comunicação não-violenta, embora tenha dificultado o estranhamento de um espaço já familiarizado. Como articula Bourdieu (2011):

a realização de uma comunicação não violenta com os interlocutores, e como a proximidade social e a familiaridade sustentam duas das exigências principais para a efetivação dessa comunicação não violenta. O interrogador, quando se encontra socialmente próximo do seu interlocutor, termina por garantir que não haja ameaças de ver suas razões subjetivas reduzidas a causas objetivas. (BOURDIEU, 2011, p. 699).

A necessidade da criação de uma distância analítica exigiu um grande trabalho de reflexão e vigilância permanente de meus próprios pressupostos, como pretendido por Bourdieu (2011), sobretudo, porque trato aqui de uma situação que envolve questões éticas e morais, atravessadas pela situação de violência. Por isso, o compromisso ético é um dos aspectos mais importantes e necessários de serem explorados ao longo da pesquisa, calcado na reflexividade e no código de ética da Associação Brasileira de Antropologia (ABA). O pesquisador, como afirma Víctora et al. (2011), deve compreender durante o percurso não só a estrutura, mas os vínculos estabelecidos entre os sujeitos de pesquisa e a densidade desses vínculos.

Para finalizar esta seção, cabe ressaltar que opto pela categoria “vítima” como composição dos atores sociais em questão, dentro de uma lógica de agenciamento dessas mulheres. Uso a categoria “violência obstétrica”, entendendo a importância de nomear essa violência em tempos de negacionismo político e apagamento da luta das mulheres. Importa saber que a categoria “mães especiais”, mencionada ao longo do texto, é uma categoria êmica, utilizada pelas mães de crianças com deficiência como definição e identificação. Por fim, a escolha de usar “médicos” no masculino e “enfermeiras” no feminino se dá por uma questão de gênero, melhor discutida no capítulo 2, em que se observa a classe médica predominantemente masculina e a enfermagem dentro de uma luta por espaço e por legitimidade no atendimento obstétrico, por ter relação história com práticas de cuidado entre mulheres.

1.3 DIVISÃO DOS CAPÍTULOS

Estruturei a dissertação em cinco capítulos, sendo o primeiro estas considerações iniciais. No segundo capítulo, trago as noções antropológicas sobre corpo, como uma forma de construção social, atravessado pelo gênero e por outros marcadores sociais. Esse capítulo é destinado ao levantamento bibliográfico em torno do parto, da humanização e do feminismo. Discuto a construção do corpo feminino como objeto da medicina e de interesse do Estado, levando a sexualidade feminina a uma forma de controle sobre o gênero. Dentro dessa discussão, trago a industrialização do corpo e do parto como reflexo da sociedade capitalista, que atinge a subjetividade feminina, inculcando fé no modelo tecnocrático. Mostro, ainda, o quanto a formação da medicina acompanha o processo político do Brasil, expulsando gradativamente as parteiras dos espaços de parto. O Movimento pela Humanização do parto surge em contraposição ao modelo industrial, mostrando outras possibilidades de assistência e disputas de poder, bem como as relações com o feminismo.

No terceiro capítulo, busco contextualizar e elucidar a violência obstétrica como uma mudança de paradigma da assistência médica. No âmbito do discurso e da prática legal, o termo surge em meados de 2007 e 2010, na América Latina. Essa necessária contextualização vai desde o surgimento do termo até o seu impacto na realidade social, elucidando as novas diretrizes e práticas dessa discussão no Brasil. A parte que considero mais valiosa desse capítulo, no entanto, é a que contém os relatos de parto das interlocutoras da pesquisa. Esses relatos evidenciam, entre outros aspectos, os rituais de atendimento dentro dos hospitais.

No quarto capítulo, trago a discussão entre ativismo e emoções, sob a construção de “comunidades emocionais”, a partir do reconhecimento dessas mulheres como “vítimas”. Além disso, trago a movimentação e articulação política do grupo, que construiu uma narrativa nas mídias digitais e nas ruas, utilizando-se do corpo (de mães e crianças) como mobilizador de emoções. Busco mostrar as alianças e a intertextualidade entre os relatos, bem como o impacto do movimento em Santa Maria e na Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Para além da trajetória do movimento, mostro o endurecimento político que fecha algumas portas para as mulheres, acionando elementos históricos de perseguição a grupos femininos

ativistas. Ao final do capítulo, trago os elementos de retomada do cotidiano das interlocutoras, mostrando uma realidade invisível de dor, de trauma, de luto e de resistência, bem como as minhas próprias afetações ao longo desse percurso de pesquisa e escrita. Por fim, no último capítulo, apresento as considerações finais do trabalho.

2 DE CASA PARA O HOSPITAL: A TRAJETÓRIA DO CORPO FEMININO NA PARTURIÇÃO

Neste capítulo, trarei discussões acerca do corpo, da história do parto, da medicalização do corpo feminino, do percurso da medicina como saber legítimo, da transição do parto domiciliar para o parto hospitalocêntrico, assim como do contexto de humanização do parto. A priori, devo salientar que esse debate em torno da assistência ao parto não é vivido da mesma forma por todas as mulheres, por isso, tratarei aqui de mulheres com útero e em processo reprodutivo, pois é onde entendo que essa violência está marcada. Há, ainda, marcadores sociais de raça e de classe que devem ser observados em sua influência desde a educação sexual feminina, a qual pode modificar a forma como uma mulher experiencia o parto e a maternidade, longe de universalizar essas questões, mas para mostrar questões que atingem grande parte das mulheres com útero.

2.1 A APROPRIAÇÃO SOBRE O CORPO E A SUBJETIVIDADE FEMININA

Para começar, é preciso compreender que o corpo é abordado de maneira mais ampla para poder elucidar as questões que quero mostrar, como seus entrecruzamentos simbólicos. Pioneiro em mencionar a noção do “homem total”, Marcel Mauss (1974) acreditava que para compreender as dimensões sociais envolvidas, era necessário estudar o corpo pela biologia, pela psicologia e pela sociologia. Considerando que “o corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem” (MAUSS, 1974, p. 407), nota-se que esse é modelado conforme suas inscrições culturais, classificando possíveis diferenças sociais, como de acordo com o sexo e a idade. Em se tratando de parto, os próprios sentimentos que aparecem circunscritos na extensão do corpo, dentro de uma dimensão social, repercutem e são expressos fisicamente. Isso ilustra normas coletivas implícitas, sendo possível, por exemplo, desenvolver uma maneira adequada de reagir em um determinado grupo.

Nesse sentido, o corpo é o lugar em que as técnicas corporais representam elementos socioculturais marcados pelo tempo e pelo espaço. Para Mauss (1974), as distinções no uso das técnicas do corpo dizem respeito ao processo educativo. Assim,

o autor inaugura o conceito de *habitus*, discorrendo sobre o processo de aprendizagem desse corpo como instrumento sociocultural. Para refletir, as técnicas de parto ou de nascimento variam desde a posição de parto, o modo de pegar a criança, os cuidados pós-parto, até os cuidados com a criança, a amamentação e o uso ou não de berço.

Sônia Maluf (2001) articula o corpo como uma construção social e cultural – para além da dimensão física e psicológica abordada pela área da saúde. Há coisas que são naturalizadas pela sociedade e compreendidas como parte desse sistema fisiológico, como, por exemplo, a própria dor do parto. Diante das décadas de estudos sobre o corpo, é interessante pensar fenômenos sociais que estiveram inscritos no corpo feminino como instrumento de manutenção da cultura, por isso, preciso trazer a noção de gênero, postulada por Judith Butler (2003). Ao problematizar a categoria, a autora discute sexo e corpo na construção de conceitos cristalizados e naturalizados, como a noção de homem/mulher, masculino/feminino, binarismos que refletem uma sociedade heteronormativa, marcada pelo falocentrismo. Tudo que foge ao padrão hegemônico é marginalizado no meio social, pois “não há como recorrer a um corpo que já não tenha sido sempre interpretado por meio de significados culturais.” (BUTLER, 2003, p. 27).

Butler (2003) destaca que o corpo está implicado no discurso, inserindo o sujeito dentro de uma expectativa social, através de um padrão de identidade heterossexual. Nesse sentido, o “sexo” torna-se gênero desde o começo, construído como produção ou efeito discursivo, ou seja, a condição biológica como um destino da identidade de gênero. A produção da “inteligibilidade de gênero” é o que torna as pessoas em conformidade com os padrões. O corpo que está incoerente com a performatividade de gênero deslegitima o sistema de poder hegemônico que classifica ainda as pessoas dentro dessa lógica.

Marcado por diferenças sociais – esse corpo está sujeito a ser associado a algo “naturalmente” patológico, processo que legitima a medicalização desse instrumento humano, à medida que foge da expectativa social ou à medida em que se torna um “mistério” para a ciência e para o Estado. Conforme Maluf (2001), nas sociedades ocidentais, as diferenças de gênero estão concentradas no corpo. Esse processo está ligado à anatomia, ao remodelamento e à construção dessa diferença, em que o útero foi visto como fonte de perturbação feminina, junto do aparelho reprodutivo.

A medicalização do corpo funciona como reguladora da ordem social feminina perante a sociedade. Esse processo colocou as mulheres na linha da racionalidade e tirou a sociedade dos riscos do desequilíbrio feminino, uma vez que a materialidade do corpo não pode ser pensada fora da materialidade do sexo. Ainda de acordo com a autora, a construção da norma dá-se não só no tempo, como também forma um processo temporal de reiteração da norma. Para David Le Breton (2011), o corpo – nas sociedades modernas – é o signo dos indivíduos. A medicina, nesse constructo, interessa-se pela doença, mas não pelo enfermo.

A ciência técnica vai se legitimando como um projeto de reconstrução e remodelagem desse corpo, criado para interferir em seus processos. A partir do século XVIII, o corpo foi sendo construído como objeto da medicina, a qual desempenha um papel disciplinador por meio da higienização da sociedade. Esse papel só é possível devido à configuração da área médica como intervencionista e científica durante esse período. A partir de então, a medicina vinculou seu saber científico à prática social. Para Elisabeth Meloni Vieira (2002), a medicalização é usada no sentido da ampliação de serviços médicos e da incorporação desses ao cuidado individual.

Michel Foucault (1988; 1999) ressalta que, para controlar a sociedade, deve-se primeiro controlar o corpo, trazendo-o como uma estratégia biopolítica, enquanto se apropria de seus processos. O surgimento dos hospitais, invenção que data o final do século XVIII, no que se refere ao corpo feminino, funciona como processo de apropriação da sexualidade, como uma forma de controlar a população também. Com a medicina assumindo o papel de higienização da população, a medicalização da população e a criação de conceitos morais sobre o corpo feminino ficaram mais evidentes. Estabeleceram-se ferramentas reguladores de biopoder, tornando a sexualidade uma estratégia central para tal. A sexualidade está na encruzilhada entre o corpo e a população, que depende da disciplina e da regulamentação. Dessa forma, a medicina converte-se em uma técnica política de intervenção. Um saber-poder que incide sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre processos biológicos, em que o elemento que circula entre um e outro é a “norma”.

O interesse pelo corpo e pelas doenças femininas associou sempre tais doenças ao útero, reforçando a ideia de que essa desordem é parte da natureza feminina. Fabíola Rohden (2001) comenta que a imagem da mulher foi se construindo pela representação da maternidade. O surgimento das clínicas e dos hospitais muda

as concepções sobre saúde, sobre doença, levando o “doente” a ocupar um lugar no conjunto social. É nesse período – nas últimas décadas do século XIX – que os médicos passam a ocupar um lugar diferente na cultura de cuidado do corpo.

Ana Paula Vosne Martins (2004) argumenta que a subjetividade da mulher foi sendo transformada pela produção de saberes da medicina. A produção dessa diferença pode contribuir para reforçar uma visão que reduz a mulher a um sistema reprodutivo, considerado como destino natural de todas as mulheres, levando a considerações precárias sobre sua fisiologia e sua suposta patologia. No Brasil, essa fixação da medicina obstétrica é similar ao processo de legitimação da própria medicina na sociedade. A arte obstétrica - disciplina que dava conta da gravidez, parto e puerpério, doenças do recém-nascido e ginecológicas - seguiu a linha europeia e até meados do século XVIII não haviam sido dissociadas.

A própria noção de indivíduo – de acordo com a autora – era restrita aos homens, compreendendo, ainda, que a estrutura familiar é uma estrutura hierárquica. Em um contexto de gravidez e parto, há dois sujeitos de direito, a mulher e o bebê. Por isso, Carmen Susana Tornquist (2004, p. 14) acrescenta que “não se pode perder de vista a crescente valorização da criança, como um sujeito de plenos direitos na sociedade contemporânea”. A autora ainda discorre sobre as representações discursivas de gênero promovidas pela medicina, na medida em que essa consolidou-se e se legitimou como saber científico. O corpo feminino passa a ter lugar de destaque – depois de ser considerado um corpo pouco evoluído em relação ao masculino – mas, ainda assim, o corpo masculino segue sendo modelo de referência ao feminino. Todos os conceitos morais em relação ao corpo feminino fazem com que as áreas da medicina justifiquem as inovações científicas no campo da maternidade.

Martins (2004) trata da relação com o corpo feminino e como a produção de saberes tomava forma desde a puberdade, em que a criança se tornava mulher através do processo de diferenciação sexual. A impressão era de que somente o corpo feminino diferenciava-se, apesar de meninas e meninos passarem por transformações corpóreas durante a puberdade. Marcada pela menstruação, a mudança no aparelho reprodutivo levantava a questão sobre um problema de ordem natural e cultural: a idade para o casamento. Mas por que os médicos se preocupariam com isso? O papel da medicina não se restringia mais apenas ao diagnóstico e leitura de doenças, mas a uma inserção social mais ampla, construindo diferentes corporalidades na produção

científica. A visão dos médicos sobre a mulher, como reprodutora, norteara o olhar deles sobre o corpo feminino, havendo um interesse maior pelos órgãos genitais.

Entretanto, a análise dessas transformações físicas, para Martins (2004), trazia uma linguagem erótica e apontavam para mudanças psíquicas e intelectuais, que poderiam levar a mulher a mudanças de conduta. A apreensão dos médicos sobre tais considerações levou-os a prescrições comportamentais sobre moças, acionando, inclusive, a família para os riscos de tais alterações emocionais. A menstruação configurava um dos elementos que mais intrigavam os médicos, relacionando-a com a impureza e a uma condição de debilidade da saúde feminina, motivo pelo qual se intensificou o olhar assimétrico sobre o gênero. A própria definição de mulher consistia naquela que menstruava e reproduzia, o que deixa de fora todas as outras possibilidades de existência.

O interesse sobre o corpo feminino é entendido quando se analisa a tentativa social de compreensão das diferenças sexuais. Rohden (2001) comenta sobre o surgimento de uma especialidade médica no interesse pela diferença, que é a ginecologia, articulando o quanto essa se constitui como uma “ciência da mulher”, mostrando que o corpo masculino só se torna alvo de estudos com as doenças venéreas, posteriormente. A autora comenta que a ginecologia e toda a produção em torno da sexualidade e da reprodução feminina se baseiam em torno da diferença, que impacta diretamente na medicalização desse corpo. Ainda conforme Rohden (2001, p. 53), “uma das suas proposições era a ideia de que essas diferenças não estavam contidas nos órgãos genitais, mas na totalidade fisiológica e psicológica dos indivíduos”.

Diante da compreensão sobre a construção social do corpo feminino e sobre a produção de saberes da medicina sobre esse corpo, entendo a produção da diferença sexual em torno das diferenças fisiológicas. A história do corpo feminino é marcada pelo mistério, que é um dos motivos da apropriação política sobre a sexualidade das mulheres. Para aprofundar mais a compreensão sobre a sexualidade e a reprodução, contextualizarei a história do parto e as transformações sociais e políticas em torno do processo de parturição.

2.2 HISTÓRIA DO PARTO

Os sistemas de parto são socialmente construídos, assim como todos os rituais relacionados, como o aleitamento, as formas de parir, etc. No entanto, de acordo com Robbie Davis-Floyd (2009), algumas práticas culturais e essenciais dos modos de parir são relativamente uniformes, como o fato de as mulheres andarem livremente, escolherem a posição de parir e até o cuidado e o controle das dores para ter um “bom parto”. Entretanto, como tudo, o parto e a gravidez sofreram mudanças e adaptações concomitantes com as da sociedade, como a industrialização. Hoje, com um modelo industrializado de parto, não se permite às mulheres comer, beber, andar livremente como antes.

Acontece que tanto o processo de parto “anterior” quanto o “trabalho de parto controlado”, nas palavras da autora, compõem rituais de parturição. O parto tecnocrático acompanha um movimento político e social de poder e de controle sobre o corpo feminino, reforçando simbolicamente o pensamento hegemônico. Nesse sentido, o ritual tecnológico conecta a mãe ao feto, mediando a comunicação da díade por meio de aparelhos. Isso vai reforçando a teoria cunhada por Van Gennep (2011) sobre os ritos de passagem, presentes em toda a humanidade, em diferentes tempos e lugares, usados para transmitir crenças e valores culturais aos indivíduos participantes desses ritos, neste caso, a cultura tecnocrática.

Ao fazer a conversão do parto naturalizado para um rito de passagem cultural, a sociedade garante e legitima o status quo, modificando o recém-nascido, a mãe que recém deu à luz para que ambos compreendam seu papel na sociedade. Victor Turner (2013) traz as etapas do que o autor chama de dramas sociais, em que se divide em separação, crise, ação remediadora e reintegração. O rito de separação abrange o comportamento simbólico que significa o afastamento do indivíduo de um grupo. O período, caracterizado como margem, traz as características do sujeito transitante nas quais esse traz quase nada dos atributos do passado ou do estado futuro.

Conforme Rosamaria Carneiro (2011), os diversos aparelhos e máquinas tecnológicas reforçam, simbolicamente, o corpo feminino como algo defeituoso, e o parto como um evento patológico, o qual necessita de um monitoramento médico, o saber reconhecido e legitimado dentro da instituição. O parto não é mais um evento

feminino, mas um evento estatal, cheio de relações patriarcais nas tramitações institucionais, despersonalizando a figura feminina nesse processo. Com a passagem do parto domiciliar para o parto hospitalar, a instituição teria também tirado a perspectiva espiritual desse momento. Antes a dor, que era entendida como necessária, parte do processo ou até sagrada - por ser entendida como uma forma de passagem da mulher para a mulher-mãe - agora, passa a ser um produto de um evento técnico.

Segundo Davis-Floyd (2009), a formação médica compõe um processo educativo desumanizador. O ideal humanitário é perdido desde o início do curso, estabelecendo uma atmosfera a qual faz com que o modelo tecnocrático pareça inevitável ou inviolável. Isso leva as mulheres a terem fé no modelo tecnocrático e a terem medo de fazer qualquer coisa que fuja dessa estrutura. Esse ritual de separação é corriqueiramente estetizado e encenado dentro dos parâmetros do mercado. Segundo a autora, o paradigma da medicina acompanha uma lógica da separação corpo/mente e isso configura um dos princípios do modelo tecnocrático.

Como o médico representa o técnico que vai operar o corpo-máquina, ele não vê a necessidade de criar relação com esse corpo, utilizando-se de ferramentas e números em relação às pacientes. As informações valorizadas ali são as informações que vem das máquinas, desde o monitoramento ultrassonográfico até o tratamento. Esse uso de tecnologia – chamado pela autora de tecnocracia – diz respeito a um sistema político de implementação das tecnologias, ilustrando não só a hierarquia, mas a autocracia e a burocracia, como partes de uma realidade culturalmente dominante.

A relação simbólica no hospital tende a ser constituída pela subalternidade, restrição e pela perda de identidade das mulheres. O fato de despir-se das suas roupas e precisar usar as roupas institucionais, ter o acesso à alimentação restrita ser sujeita a exames de toques por representantes da instituição, tudo isso marca essa mudança de paradigma que estabelece relações extremamente assimétricas de atendimento, por meio da tecnologia. O desempenho da mulher no trabalho de parto depende do que as máquinas estão relatando aos técnicos que a assistem.

Davis-Floyd (2009) afirma que as máquinas mantêm a lógica de atuação médica dentro da estrutura de “atualizar” o atendimento. Apesar de, muitas vezes, a

sua utilização não ter tanta relação com a eficácia, mas com a valorização simbólica e criação de imagens, sensibilidades e mudanças de paradigmas. Essa tentativa de domínio sobre a natureza é mais evidente desde a Revolução industrial – na sociedade ocidental. Considerando que o nascimento funciona como um processo caótico, imprevisível e descontrolável, produz-se um interesse em desconstruí-lo e dividi-lo em segmentos identificáveis e mapeáveis, dentro dessa lógica industrializada. Claro que esse movimento também nos impulsiona a sair das limitações do natural, como, por exemplo, em situações que o bebê fica trancado no canal vaginal, sendo asfixiado ou em situações de complicação que são previstas pelas máquinas de monitoramento.

O medo da morte configuraria o “ethos” por trás de todos os procedimentos e intervenções, dando à mulher e à equipe certa sensação de segurança por estar supostamente mantendo a morte longe, como se os aparelhos tivessem a função de manter a vida. Esse processo gerou reações, como o movimento humanista, que parte de dentro das instituições, composto por médicos e enfermeiras, na tentativa de tornar o atendimento tecnocrático mais relacional, dentro de uma lógica de parceria, tendo – de acordo com a autora – mais potencial de abrir o sistema tecnocrático de dentro.

A abordagem humanista traz, ainda de acordo com Davis-Floyd (2009), o reconhecimento da influência da mente sobre o corpo em uma comunicação. Com isso, essa abordagem permite observar o quanto as emoções podem afetar o trabalho de parto e o quanto o apoio emocional pode ser o caminho para o reajuste do processo. O corpo não como máquina, mas como organismo, responde aos estímulos do ambiente, inclusive emocionalmente. Esse atendimento se diferenciaria até na abordagem da perda do filho no parto ou posterior a ele, pois dentro da lógica tecnocrática já ocorre o afastamento do corpo, deixando os pais de “braços vazios”. Por outro lado, na abordagem humanista, haveria o tempo empático para os pais terem o momento em silêncio, a sós, com o corpo.

Esse campo de pesquisa sobre o cenário obstétrico vai se consolidando no âmbito das ciências sociais para reflexão de um campo que se forma e revela tantas transformações sociais. Mas de qual mulher estamos falando? É importante ressaltar que a maternidade não diz respeito a todas as mulheres, mesmo que indiretamente possa ter alguma relação. Conforme Muller et al. (2015), quando se fala em parto, supõe-se na imaginação uma suposta mulher universal, a mulher mãe,

necessariamente heterossexual, o que exclui todas as outras possibilidades de existência e, inclusive, de maternidade. Essas questões não podem ser definidoras da identidade de uma mulher.

Ana Vosne Martins (2005) e Elisabeth Meloni Vieira (2002) argumentam que esse interesse da medicina sobre o corpo feminino já havia sido testemunhado desde o século XVI na Europa, uma vez que a “disputa” entre os saberes científicos e tradicionais foram assunto na historiografia feminista. No entanto, as últimas décadas do século XIX marcam o início de uma transformação do parto como um evento controlado pela obstetrícia e circunscrito no ambiente hospitalar.

No contexto brasileiro – assim como em diversos outros – segundo Anayansi Brenes (1991), os cuidados de parto eram tradicionalmente realizados por mulheres, que eram conhecidas como aparadeiras, comadres ou parteiras. Isso ocorria desde a gestação até os primeiros dias do recém-nascido, dentro de uma relação de confiança. Em 1808, com a chegada da corte ao Brasil, a implantação do ensino oficial de medicina foi iniciada sob a intenção de criar um colégio de cirurgia, onde fosse ensinado também anatomia e arte obstétrica. Em 1816, com a reformulação do currículo, o ensino da obstetrícia passou a ocorrer na Bahia. Ainda precário, sem ensino prático, sem estrutura, o curso foi inicialmente especulativo e abstrato.

Segundo Lúcia Mott (2002) e Martins (2004), o hospital passa a ser visto como um lugar para as mulheres parirem a partir de 1930 no Brasil. Ou seja, até fim do século XIX, os partos eram realizados de forma domiciliar e o médico só era solicitado em casos mais complicados, com risco de vida para a mulher ou para o bebê. A norma era sempre salvar a vida da mãe. Por isso, vários instrumentos obstétricos foram inventados para tirar o bebê do ventre da mãe, acrescentando “a cesariana era realizada apenas em mulheres mortas, pois o uso do clorofórmio como anestésico ocorreu a partir de 1847, e não se reconhecia o papel de micróbios na transmissão de doenças” (MOTT, 2002, p. 198).

Os locais de atendimento ao parto foram usados inicialmente para dar conta das demandas inscritas nos corpos subalternos. Conhecido como o lugar menos apropriado para parir – tanto estruturalmente quanto moralmente –, era o destino possível das mulheres que fugiam das expectativas sociais de gênero, de corpo e de sexualidade. A casa, ambiente legitimador da moral, não abria espaço para partos que

carregavam em si uma esfera simbólica da transgressão. Não obstante, a representação cultural desses lugares de atendimento levou à perseguição moral dos mesmos. Com todo o alvoroço, foram proibidos por lei de funcionar, nas primeiras décadas do século XX.

Médicos também abriram casas de parto e, inclusive, tinham parteiras que atendiam lá. Todavia, os esforços para abrir maternidades foram se consolidando em ações mais coletivas, nutridas por sentimentos humanitários, mas também pela ideia de que o aumento no número de habitantes influenciaria nas riquezas do país. Isso levou a vida da criança e da mulher “interessar aos médicos, dos legisladores e governantes, por sua capacidade de reproduzir e gerar filhos” (MOTT, 2002, p. 201).

O combate à febre puerperal, no fim do século, levou ainda mais a campanha do atendimento às mulheres pobres, por uma preocupação com os altos índices de mortalidade infantil. Crescia a legitimidade do saber médico para o atendimento das mulheres e recém-nascidos, como o sujeito que pode salvar a criança e a mãe. No Brasil, o atendimento era realizado de acordo com a origem social e econômica das mulheres. Essas - com maiores condições estruturais - pagavam pelo atendimento de um médico-parteiro ou mesmo uma parteira; as mulheres pobres – mas com alguns recursos – pagavam uma parteira; já as mulheres mais vulneráveis eram atendidas nas enfermarias dos hospitais.

Conforme Mott (2002) e Vieira (2002), nas primeiras décadas do século XX, então, os partos normais ainda ocorriam pelas mãos de parteiras leigas e diplomadas, mas também passaram, cada vez mais, a ser atendidos por médicos. Aos poucos, os hospitais foram sendo considerados locais seguros para parir e a medicina foi conquistando seu espaço social, com o domínio médico de novas técnicas a fim de garantir a sobrevivência da mãe e do bebê. As regras de higienização passaram a dominar as técnicas nos hospitais.

As casas e os hospitais atendiam, sobretudo, mulheres pobres e indigentes e as mulheres mais abastadas só eram atendidas em caso de risco à saúde da díade-mãe e bebê. Entretanto, a partir dos anos 20, a lista de exigências dos médicos para o parto domiciliar ficou cada vez maior, o que gerou uma grande dificuldade de promover esses partos. Apesar disso, até o final dos anos 30, conforme a autora, a internação era raramente desejada pelas mulheres, sendo até discutido pelos

médicos, como um preconceito a ser desmistificado, o da hospitalização. Houve, apesar disso, um aumento no número de hospitais, com leitos pagantes e gratuitos. Expandiu-se a perseguição às parteiras, aos locais de atendimento disponibilizados por elas e essa atmosfera de medo em torno do parto levou as mulheres a considerar a maior participação dos médicos no parto. A legitimação do discurso científico trouxe a confiança necessária para que a cena obstétrica fosse sendo encaminhada para os hospitais.

Brenes (1991) afirma que o médico passou a ser conhecido como “médico-parteiro”, inaugurando os discursos anato-patológicos da medicina sobre o corpo feminino. Aliada a outros setores da sociedade, a medicina começou a proferir discursos sobre mães, esposas, donas de casa, moralizando o lugar da mulher na sociedade. Passando, dessa forma, a “jogar” de forma diferente, durante o Brasil Império, com a criação de uma nova subjetividade feminina, em que a mulher pudesse intensificar seu papel dentro da sociedade, como afirma Martins (2005):

Em seu afã de definir a ‘mulher’, eles promoveram um intenso debate público sobre a domesticidade e a inferioridade das mulheres, a vocação maternal, a sexualidade perigosa, o pudor feminino, a pouca aptidão para a política e as ciências etc., contribuindo para fundamentar a exclusão das mulheres da esfera da cidadania e a negação de sua autonomia e subjetividade. Enquanto o corpo feminino se tornava objeto de um discurso normativo altamente eficiente, os médicos se consolidavam como poder político e artífices de primeira linha na construção das instituições modernas: as ciências, a família burguesa, o Estado nacional etc. (MARTINS, 2005, p. 660).

Essa construção da imagem da mulher moderna pela medicina teve intensos envolvimento com as questões sociais e políticas do período. A ideologia a respeito da maternidade foi um elemento central nessa estruturação da medicina. Brenes (1991, p. 145) discorre sobre o ponto de apoio desse discurso:

Deste ‘jogo’ surgiram ‘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. A mulher criada no século XIX, que povoou as páginas do romance nacional, destacava-se pela sua constituição frágil e débil. (BRENES, 1991, p. 145).

Esse interesse pela sexualidade foi ancorado pelos discursos produzidos acerca da mulher como um ser doméstico, frágil e incapaz. Consoante com Mary Del Priore (2004), o interesse do Estado e da Igreja era promover o adestramento da sexualidade feminina, usando de estratégias para atrair o público feminino para as clínicas. Esses disparavam, inclusive, críticas sobre a educação não preparar as mulheres para as responsabilidades da vida, deixando-as a única alternativa de recorrer à classe médica para resolver quaisquer problemas da vida sexual. Essa união da medicina com o Estado serviu para desenvolver técnicas de controle da sexualidade feminina, em que a inferioridade era imposta às mulheres. Essa construção da imagem da mulher moderna pela medicina teve intensos envolvimento com as questões sociais e políticas do período.

Sob a concepção de que a mãe é a melhor pessoa para cuidar dos filhos, os médicos foram produzindo discursos para que as mulheres não abandonassem suas funções tradicionais, criando estatutos de anomalias potenciais em relação às mulheres. Essas mudanças passam a disciplinar o corpo feminino de modo absoluto, trazendo a desqualificação como base para tirar o poder das mulheres sobre seus corpos. A construção da ideia de uma natureza feminina, também trabalhada por outras autoras que trarei aqui, faz com que se construa um olhar sobre esse corpo com atributos naturais e essenciais.

Assim, Del Priore (2004) argumenta o quanto a sexualidade feminina “exigia” maior controle, visto o fenômeno do cio, que atribuía à mulher uma sexualidade mais fisiológica. Essa necessidade de explicar a fisiologia feminina levou à construção de várias teorias – muitas baseadas na observação de animais. Concepções essas que restringiam a mulher à função de reprodutora. Relacionada à psicologia e à sexualidade feminina, a menstruação passou a ser vista como objeto de estudos científicos.

Segundo Vieira (2002), o ordenamento da medicina, enquanto obstetrícia, permitiu o deslocamento do conhecimento sobre o corpo feminino das parteiras para as mãos dos médicos, caracterizando o processo de medicalização do parto. Nesse sentido, a produção médica sobre o feminino não estaria dissociada da tomada desse corpo como objeto de prática médica. De acordo com a autora, “durante três séculos eles vinham se preparando para ocupar o lugar das parteiras e efetivamente

transformar o parto em um evento médico” (VIEIRA, 2002, p. 47). Um processo que dura 300 anos antes da sua institucionalização.

A partir disso, ainda sob os preceitos da autora, percebe-se que quando falamos em sexualidade, gravidez e parto, também estamos falando de mudanças estruturais no pensamento social. Essas relacionam-se com a formação da medicina e com a conquista de espaço dessa no corpo social, impactos de outras transformações ainda maiores, como a industrialização da sociedade. Apesar do intenso cenário de tensões e disputas de poder, é indiscutível o quanto o aprimoramento das tecnologias e da medicina - enquanto ciência de modo geral - garantiu a sobrevivência de milhares de mulheres e crianças.

Discorrendo sobre a consolidação da medicina como saber científico, associa-se esse processo à formação da sociedade capitalista, que se consolida como um projeto para a medicalização da sociedade. A ampliação de serviços médicos na sociedade vai incorporando o cuidado médico individual no interior das sociedades. Essa nova visão da prática médica articula-se à medicalização do corpo feminino. Ademais, conforme Vieira (2002, p. 22), “o médico também se transforma em educador e guardião da moral e dos costumes”, no contexto brasileiro, essa expansão da medicina estende-se à sexualidade e à reprodução.

Até o século XIX, o parto foi vivido com um risco de morte bastante real, já que a mortalidade materna na Europa Ocidental era bastante elevada. A medicina necessitou de todo o século XIX para desenvolver as técnicas cirúrgicas, junto do uso de anestésicos e do combate à infecção puerperal a fim de efetivamente dominar essa prática. Por isso, a hospitalização do parto contribuiu muito para o desenvolvimento das práticas médicas. O maior obstáculo dessa hospitalização seria a infecção puerperal para efetivar essa institucionalização do parto. Entretanto, isso fez com que esse problema fosse enfrentado com a adoção de medidas higiênicas. Ainda de acordo com Vieira (2002), tal aumento de profilaxia, inclusive no pós-cesariana, aumentou muito a sobrevivência das mulheres.

É importante trazer essa problematização da autora para não correremos o risco de contarmos uma história só, pois a história da medicalização não teve uma trajetória linear, pelo contrário. No Brasil, por exemplo, até o século XIX, a prática foi desenvolvida por parteiras, visto que muitas se tornavam madrinhas dos filhos

partejados. Nesse sentido, “o discurso médico da metade do século XIX, relativo à obstetrícia, vai se caracterizar pela defesa da hospitalização do parto e da criação de maternidades, ao mesmo tempo que coloca em dúvida a competência das parteiras” (VIEIRA, 2002, p. 54).

Nathalie Leister e Maria Gonzalez Riesco (2013) afirmam que os partos, no Brasil, seguiam sendo realizados por parteiras, mesmo em hospitais, apenas os partos complicados eram realizados por médicos. Como se percebe, a transição do parto domiciliar para o parto hospitalar foi gradativa, devido ao medo das mulheres de parir em um hospital cujo lugar parecia inadequado. Entretanto, nas primeiras décadas do século XX, a transição foi se estabelecendo por meio de mudanças graduais nos hábitos das mulheres, a legitimação do médico no processo de parturição foi um dos motivos. Esse fenômeno da hospitalização do parto é universal, mas se deu de forma diferenciada e precoce nos países desenvolvidos.

O surgimento do Instituto Nacional de Segurança Social (INPS) foi um dos impulsionadores para a transição dos partos, tendo um impacto de 22% em partos hospitalares, constituindo um modelo amplamente praticado a partir de 1970. No período, o parto cirúrgico era mais bem remunerado do que o parto vaginal, mas, em 1980, passou a ter o mesmo tipo de pagamento, visto que o índice de escolha por esse tipo de parto havia aumentado.

Em 1930, no Brasil, foi aprovado um decreto pela Constituição Federal, que proíbe o exercício da função de parteira – assim como de médicos e dentistas – que não tenham habilitação para trabalhar, discorrendo no artigo 9º “nas localidades, onde não houver autoridade sanitária, compete às autoridades policiais e judiciárias verificar se o profissional se acha devidamente habilitado para o exercício da sua profissão”. Ao regulamentar as profissões, o decreto deixa claro que as parteiras devem recorrer a um médico em condições mais graves de atendimento¹.

Para Riesco e Leister (2013), entre as décadas 30 e 60 que passam a coexistir os modelos de assistência ao parto no Brasil, domiciliar e hospitalar, atendidos tanto por parteiras quanto por médicos. Entre 70 e 80, o parto passou a ser majoritariamente

¹ BRASIL. Decreto n. 20.931, de 11 de janeiro de 1932. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d20931.htm>. Acesso em: 8 set. 2020.

hospitalar, cirúrgico e assistido por médicos. Analisando a experiência de mulheres de diferentes gerações e contextos, as autoras mostram a transição do modelo assistencial para a consolidação de um modelo hospitalocêntrico.

Segundo Martins (2004), as preocupações de ordem política, demográfica e de saúde pública formaram a necessidade de controle sobre o evento obstétrico. Isso vinha muito da preocupação com a infância, com a mortalidade infantil, assombrando a lógica nacionalista, levando à criação de maternidades, creches, entre outros elementos que permitiam essa vigilância. Além disso, a preocupação com a saúde materno-infantil passa a ser formulada com políticas públicas, sendo executada a partir da década de 40.

Essa transição dos partos domiciliares para os hospitais e a inserção dos médicos na cena obstétrica mostram o quanto a reprodução tornou-se assunto de relevância não só para médicos, como também para o Estado, muitas vezes, guiado pelos interesses econômicos. Como o papel da mulher é central nesse processo, era necessário desvendá-la, “a perenidade do grupo, da raça, da espécie ou da sociedade – variações conceituais para a ideia da existência humana – dependia da capacidade do corpo feminino em gerar a vida, o que explica a universalidade de mitos e crenças sobre a gravidez” (MARTINS, 2005, p. 655).

A partir do século XX, inúmeras medidas passam a ser implementadas na assistência ao parto no Brasil. Por isso, cabe listar as referentes às últimas décadas para pensá-las em relação ao panorama aqui apresentado. Um documento do Ministério da Saúde de 1984, chamado “Plano de Assistência integral à Saúde da Mulher²”, trazia diversos dados, entre esses o dado de que 5,9% dos óbitos de mulheres correspondiam a complicações no parto ou na gravidez. Com os dados da década de 60 e 70, atribui-se as causas de mortalidade materna à hipertensão, complicações no trabalho de parto, febre puerperal, hemorragia, etc., consideradas causas facilmente evitáveis com uma assistência pré-natal.

O documento considera que a diminuição de fecundidade do período correspondia à maior contracepção da população feminina. Essa contracepção, no entanto, gerou o questionamento em relação aos motivos das famílias brasileiras

² Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2020.

estarem diminuindo a “prole”, o que pode levar às dificuldades materiais enfrentadas. Entre os objetivos programáticos do documento, está “desenvolver técnicas de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade” (BRASIL, 2004, p. 17). No que tange ao parto e ao puerpério, “ações educativas voltadas ao aleitamento materno” (idem, p. 21).

Várias ações são colocadas em prática de 1998 a 2005, no cenário obstétrico brasileiro. Uma delas é a regulamentação do parto feito por enfermeiras (os) obstétricas (os), em 1998. Em 1999, a criação de um Centro de Parto Normal para atendimento das mulheres. E em 2005, autoriza-se todos os profissionais com certificado de obstetriz a solicitar internação de mulheres grávidas. Além disso, algumas portarias são estabelecidas, como os critérios para o pagamento do percentual máximo de cesárea, em 1998; o programa de humanização de partos e nascimentos, em 2000; assim como o manual técnico de assistência ao parto e o guia para urgências e emergências maternas, no mesmo ano.

Foi instituída uma série de portarias, como a HumanizaSUS³, em 2004, bem como outras que dizem respeito ao exercício da medicina, até a Rede Cegonha⁴, instituída em 2011 e o ApiceOn⁵, em 2017. Nota-se, a partir dessas portarias e programas instituídos, que a política de humanização foi sendo construída desde 2003, dando destaque às redes de atendimento, como a implementação da Rede Cegonha. Essa considera a ampliação de assistência pré-natal para disponibilizar às mulheres os exames ultrassonográficos, além do caráter preventivo de doenças, como hepatite e DST's, assegurando-as um atendimento reprodutivo pela perspectiva humanizada e às crianças um nascimento, crescimento e desenvolvimento saudável.

Longe de ser um processo homogêneo, o cenário brasileiro passou por intensas transformações no âmbito das políticas públicas de saúde. O debate em torno da assistência envolve a ciência, o papel do Estado e as mulheres para

³ Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus#:~:text=A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Humaniza%C3%A7%C3%A3o,entre%20gestores%2C%20trabalhadores%20e%20usu%C3%A1rios>>. Acesso em: 25 ago. 2020.

⁴ Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/rede-cegonha#:~:text=Sistema%20log%C3%ADstico%20\(transporte%20sanit%C3%A1rio%20e,dois%20primeiros%20anos%20de%20vida](https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/rede-cegonha#:~:text=Sistema%20log%C3%ADstico%20(transporte%20sanit%C3%A1rio%20e,dois%20primeiros%20anos%20de%20vida)>. Acesso em: 30 jul. 2020.

⁵ Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/>>. Acesso em: 30 jul. 2020.

pensarmos a humanização do parto e do nascimento. Entretanto, para refletirmos a humanização – como faremos mais adiante – precisamos, antes, refletir sobre o que torna o ciclo gravídico-puerperal desumano, levanto questões sobre as possíveis relações entre parto, tecnologia, a submissão e subalternidade imposta às mulheres.

Martins (2004) explica a precariedade do ensino da obstetrícia estava presente até a década de 70. A inspiração da ampliação de serviços médicos para a criação de uma medicina da mulher veio por influência europeia, visto que a hospitalização do parto em lugares desenvolvidos foi bastante precoce, sintonizando a medicina com as tecnologias disponíveis. No Brasil, as dificuldades materiais e institucionais levaram a medicina a ser reconhecida pelo mercado e legitimada pela sociedade apenas no século XX. Foi com a consolidação de espaços de atendimento, como as clínicas e os espaços institucionais, além da ampliação do debate sobre o cenário obstétrico que a área deixou de ser teórica e improvisada para ser uma área legítima de atuação. A obstetrícia e a ginecologia constituíram-se, diante disso, como áreas autorizadas a falar sobre a mulher e estabelecer “verdades”.

O desenvolvimento da colônia não favorecia o desenvolvimento de centros científicos, uma vez que as autoridades não estavam abertas a negociar essa autonomia científica da colônia. Não havendo maior incentivo do governo imperial, os hospitais ainda se mantinham na tentativa de assistir os mais necessitados. A ausência de estrutura, aparelhagem e até colchões não configurava um cenário convidativo às mulheres, que até século XVIII não pariam nos hospitais. No Rio de Janeiro, funcionava o Hospital de Caridade Santa Casa, que atendeu mulheres em situação de vulnerabilidade. Entretanto, a lógica de segregação sexual não favorecia a entrada de estudantes na enfermagem de mulheres, configurando um estigma social em torno do parto e das doenças femininas. Vale considerar isso como expressão do preconceito com mulheres solteiras grávidas, pobres, negras e etc.

Percebe-se que a atuação dos profissionais estava sujeita às condições morais do período. Foram muitos anos – mais precisamente séculos – para que a medicina conseguisse conquistar um espaço institucional na sociedade. Para isso, percebe-se a formação de alianças desse campo de saber com a política, em que o controle dos corpos se tornou um modo de atuação para os interesses hegemônicos. O ensino obstétrico era um ensino teórico, o que levava alunos e professores ao descontentamento pela falta de prática na grade curricular.

As alianças políticas, econômicas e científicas, conforme Tornquist (2004), revelam o campo de batalha presente entre médicos e demais profissões interessados na natalidade e na saúde da população. A medicina não se configura como somente um saber masculino, como também branco e pertencente à elite. Nessa perspectiva, a medicalização e institucionalização tornaram-se parte do processo de modernização da sociedade, tornando-se uma marca comum para a ideia de civilidade.

Tornquist (2004) afirma que as alianças se davam entre os homens que ocupavam as posições hierárquicas. Isso levou a atuação da medicina e da política de encontro às práticas femininas de cura, sendo que já havia o interesse econômico de levar as mulheres para os hospitais. A conversa de comadres – denominada a rede de saberes femininos em torno do ciclo gravídico-puerperal – foi considerada nefasta pela comunidade médica, evidenciando esse processo de estigmatização e subalternação dos saberes femininos sobre o próprio corpo. O projeto civilizador da corte portuguesa teve grandes impactos na colônia, incluindo a apropriação dos costumes europeus, desde a valorização dos filhos, significados da maternidade, da paternidade até a modificação da forma que se dava à luz.

A autora explica que a política de profissionalização das parteiras desencadeou na exclusão das milhares de parteiras iletradas, corroborando para a estigmatização, notada através das denominações pejorativas (comadres, curiosas...). Entre as condições para uma mulher se formar, estava a capacidade de leitura, de escrita e de enunciação do português, além da boa conduta moral. A higienização da sociedade vai se configurando como a higienização moral daquilo que não se quer enxergar. Ainda com toda tentativa de exclusão das parteiras tradicionais, houve muita resistência e as práticas seguiam ocorrendo em muitos lugares no Brasil.

Acrescenta, ainda, que essa perseguição, criada para acabar com essas redes de saberes, foi mais evidente em alguns lugares, como é o caso do Rio Grande do Sul, em que o positivismo foi uma forte corrente política, muito ligada à ideia de modernização, que levou à perseguição de práticas de cura por crenças religiosas e místicas. Em Santa Catarina, no século XX, deu-se a criminalização formal das parteiras. Esse “medo” que foi se construindo através dessas diligências de controle de atuação das mulheres levou, pouco a pouco, à marginalização da categoria.

O estereótipo e a perseguição a parteiras pobres, camponesas e negras fazia parte do processo de combate às práticas de cura femininas no país, como define Rohden (2001). Ainda, a política de higienização da sociedade tinha, como pano de fundo político, o interesse no disciplinamento das condutas urbanas. A aliança entre parteiras diplomadas e médicos era frágil, pois estava imbricada em uma disputa de poder sobre o objeto, ou seja, sobre o corpo feminino. A intensificação do parto cirúrgico e intervencionista foi o que consolidou a transferência do parto das mãos das parteiras para as mãos dos médicos, dentro de um complexo jogo de relações. A chave dessa relação se dá pela reconfiguração desses espaços de poder, caracterizando o hospital, cada vez mais, dentro de uma lógica de divisão do trabalho, marcada pelas representações de gênero e pela divisão sexual do trabalho.

Tornquist (2004) explica que nos anos 60, quando criados os cursos de enfermagem, as relações de gênero e de poder foram ainda mais evidenciadas por conflitos corporativos. A presença cada vez mais significativa do Estado no sistema de saúde, nas escolas e nas normativas abriu caminho para a lógica de mercado no campo da saúde. Mesmo se valendo dos saberes femininos, a biomedicina perseguiu, desqualificou e puniu as parteiras. Foi a Igreja medieval que associou as parteiras a bruxas, em outros termos, a mulheres que deveriam ser perseguidas, presas e controladas, a modernidade traz mais fortemente a relação entre Estado e Medicina, dentro da lógica higienista. Assim, isso foi sendo representado – pelo olhar do Estado e da medicina – como uma prática “atrasada”, “suja”, ou seja, que nada tinha a ver com a modernização. Embora esse termo possa designar a mulher negra ou camponesa ou pobre, cabe considerar que atua no processo de passagem da mulher de uma condição para a outra, em estado liminar.

Essa condição de liminaridade, articulada por Tornquist (2004), diz respeito à situação das parteiras transitar entre elementos do universo feminino e do universo masculino, podendo ter liberdades que as demais mulheres não têm para exercer seu ofício. Com as transformações sociais, o século XIX foi decisivo para as modificações na assistência ao parto. Nota-se que a medicina serviu aos interesses de mercado, apropriando-se de saberes femininos ancestrais e, posteriormente, extinguindo as representantes desses saberes nos meios institucionais. Esse controle sobre a vida, sobre o nascimento e sobre o trabalho das parteiras evidencia o processo de biopoder,

no sentido foucaultiano, em que se insere o racismo e a perseguição contra todos os tipos de saberes entendidos como “subalternos”.

Para Maria Riesco e Maria Tsunehiro (2002), no Brasil, a formação para a enfermagem obstétrica foi controlada pelos médicos até meados do século XX, submetidas à autorização e à legislação ligadas à medicina. Apenas em 1955 a profissão foi regularizada. Apesar disso, por muitos anos, a identidade profissional da enfermagem obstétrica esteve confusa, levando as entidades de enfermagem a elaborar um documento para classificar as enfermeiras obstétricas, as obstetrizes, as parteiras tradicionais, etc. Em algumas regiões do mundo, há posições contrárias ao envolvimento da obstetrícia com a enfermagem, devido à visão patológica do processo de saúde e doença.

Com as decisões mais atuais do Ministério da Saúde brasileiro, em relação ao parto poder ser realizado por uma enfermeira obstétrica, o campo de tensões entre médicos e enfermeiras aumentou. Ainda conforme as autoras, tal tensionamento reacendeu antigas disputas pelo direito de exercer a profissão. Entretanto, o descontentamento das usuárias das redes de saúde dos atendimentos médicos tem favorecido a entrada de obstetrizes e enfermeiras obstétricas na cena do parto.

A obstetrícia – no olhar dos médicos – era fundamentalmente uma área científica da medicina, não cabendo às parteiras parte nessa história. Apesar de muitos não nutrirem inimizades entre as áreas, muitas foram sendo estigmatizadas pelas sociedades e relacionadas à ignorância e ao atraso. Apesar disso, o atendimento obstétrico era tratado com desinteresse pela medicina devido à crença de que o parto poderia ocorrer sem a presença de um médico, mesmo embora relatos de médicos sobre dados estarrecedores de mortalidade materna atribuem o ocorrido à precariedade do ensino, da prática médica, das parteiras, aparadeiras e comadres, conforme Martins (2004). A mortalidade materna e infantil vai formando o medo das mulheres sobre o parto e gerando insegurança sobre o local de parir, funcionando como mecanismo do Estado para direcionar as mulheres.

É por meio da sexualidade, da gravidez e do processo de parturição como um todo que o Estado vai configurando seus modos de agir sobre a sociedade. É possível observar que o parto e a maternidade passam a ser incluídos nas mudanças mais amplas que dizem respeito ao controle da população e às questões médicas e

sanitárias. A partir de uma análise mais ampla, como a proposta por Foucault (1999), com as epidemias, no final do século XVIII, a medicina passa a assumir o papel de higienização da população e, conseqüente, medicalização da população. Por isso, estabelece-se ferramentas reguladoras de “biopoder”. Simultâneo ao crescimento do prestígio da opinião médica, cresce a desvalorização do saber popular.

Foucault (2011) caracteriza o início do século XIX como o marco para a medicina científica, deslocando do âmbito privado para o âmbito coletivo, a medicina das espécies dá atenção às endemias e epidemias, ou seja, aos cuidados coletivos. O autor aponta uma questão para o olhar médico, que é o seu olhar restrito à doença. Essa, por sua vez, que aparece “através do corpo”. Esse olhar separatista da medicina sobre o corpo nega ao sujeito a possibilidade de existir e de ter qualquer autonomia. Entretanto, essa postura “passiva” do paciente vai se consolidando como protocolo no sistema de saúde. A preocupação com a mortalidade infantil leva o Estado a promover mudanças, portarias e normativas.

Essa mudança de “ritual” configura-se como a institucionalização do parto, que passa a ocorrer na clínica médica e nos hospitais. Isso acontece como um processo de apropriação do biopoder, consolidando um sistema fabril no que tange não só à assistência ao parto, como também à divisão do trabalho e à rotinização dos hospitais. Na perspectiva foucaultiana de apropriação da vida com a ideia apresentada por Martin de corpo-máquina sob os preceitos de Martin (2006) e Davis Floyd (2009), surge o hospital como lugar técnico de controle do corpo máquina, que funciona por uma base econômica.

Para Foucault (1999), o surgimento da população como uma questão econômica e política leva a sociedade à necessidade de analisar a taxa de natalidade, bem como outras questões referentes ao matrimônio. Isso faz com que o sexo se conecte à concepção de espécie, deixando de ser uma questão individual para ser uma questão coletiva, de manutenção da humanidade. A ideia de “povoação” de um país estaria relacionada diretamente a sua capacidade de gerar riquezas. Através do que o autor chama de “economia política da população” surge uma teia de observações sobre o sexo, levando à análise do impacto econômico.

Assim, ao refletir sobre a história do parto e perceber o envolvimento da medicina com a política e a economia, percebe-se um modo de atuar de forma

industrial sobre o corpo moderno. Esse modo de atuar só é possível quando se exclui algumas pessoas da cena obstétrica – mesmo que saibamos que isso não ocorreu de forma heterogênea. A marginalização da profissão das parteiras e de todas as formas de curas alternativas mostra o quanto a medicina constitui-se como um saber hierárquico, elitista e masculino, ao reforçar os interesses do Estado de controle biopolítico. Ainda que o campo de tensões esteja presente na assistência à gravidez e ao parto, é preciso compreender como se dá a apropriação da medicina sobre o corpo feminino para entender, nos próximos capítulos, a violência obstétrica.

Fabíola Rohden (2001) argumenta que é no século XIX que a medicina se converte em uma verdadeira ‘ciência da diferença’, como defensora do que a autora chama de “desígnio natural”, que se relaciona à mulher assumir o papel de mãe e esposa. É necessário destacar que as intervenções da medicina sobre os corpos só ocorrem depois do estímulo da área de firmar como ciência experimental, impulsionada pela astronomia e mecânica, que ocorre durante o século XIX. Em diálogo com a mídia e a política, a medicina firma-se como saber legítimo.

As teses de medicina – estudadas por Rohden (2001) – mostram que os trabalhos associavam os ovários e o processo reprodutivo da mulher a desordens físicas e psíquicas. Assim, foi sendo construído todo um saber em torno da “diferença”, conhecida na época como “questão da mulher”, a partir do impacto das mudanças sociais ocorridas na segunda metade do século XIX. Ao fazer o mapeamento das origens e dos significados em torno dessa ciência da mulher, foi necessário observar como se dá esse impulso da medicina no século XIX.

A autora sugere que o interesse pela ciência da mulher viria não só de uma tentativa de entendimento e ordenação do mundo no período, mas de uma reação às manifestações feministas, as quais levaram mulheres a ocupar posições de trabalho nas fábricas e passavam a exercer atividades fora do lar. Além disso, ocorreram outras mudanças em relação à forma das mulheres lidarem com a própria sexualidade, como os métodos contraceptivos, “essas alterações nas funções ocupadas pelas mulheres começavam a ameaçar a ordem social estabelecida.” (ROHDEN, 2001, p. 39). Ainda conforme a autora:

Contrariamente à presumida passividade, modéstia e domesticidade, as mulheres começavam a demandar acesso à educação, a se engajar nos

debates públicos sobre prostituição e direitos, a se juntar à força de trabalho, a se casar mais tarde e a reduzir o número de filhos. Enquanto os médicos esperavam definir a feminilidade como fixa e estática, ela se apresentava instável e fluida. (ROHDEN, 2001, p. 42)

Então, firma-se, nesse contexto, o interesse pelo que é chamado de “perversão” ou “desvio”, de acordo com a autora, “certamente essa preocupação da medicina em se dedicar ao estudo da mulher não nos causaria espanto se houvesse também uma ciência ou estudo do homem.” (ROHDEN, 2001, p. 50). O interesse da medicina pelo homem se deu justamente quando surge uma doença a qual pode comprometer a sua descendência. Esses dados legitimam visões de mundo e hierarquias sociais. A mulher, no caso, está mais sujeita a doenças e instabilidades e isso justificaria uma ciência só para “tratar” dessas questões.

A autora comenta o surgimento de uma medicina da mulher, em que trata da entrada desta para a ciência médica, mesmo embora isso aconteça com intensidade somente durante o século XIX, com muita resistência devido à suposta fragilidade emocional e psíquica das mulheres:

Um ponto a ser destacado é que, também aqui, a entrada da mulher no campo médico se fundamentou na noção de que as mulheres médicas seriam as profissionais adequadas para atender as outras mulheres e as crianças e que deveriam se restringir a estes pacientes e ao conhecimento dos temas que envolvessem a reprodução e a infância. Talvez seja possível mesmo sugerir que se admitiu a entrada da mulher na medicina na medida em que ela se prestasse a cuidar da saúde reprodutiva das outras mulheres, mas, ao contrário das antigas parteiras, desde que passasse pela formação e pelo controle das instituições dirigidas por médicos homens. (ROHDEN, 2001, p. 93).

Com as concepções sobre a natureza feminina já legitimadas na sociedade, discursos eram proferidos sobre o acesso das mulheres à educação. Segundo os médicos do período, as mulheres deveriam concentrar-se no amadurecimento dos órgãos reprodutivos e não se desgastar nos estudos. Nesse sentido, o ingresso das mulheres na medicina fez com que isso questionasse as visões hegemônicas não só sobre o corpo feminino, mas sobre a divisão do trabalho.

A ciência da diferença, como articula Rohden (2001), norteou o pensamento social nos variados setores da sociedade, estipulando, como comentado anteriormente, o status e as hierarquias sociais, determinando à mulher o âmbito

doméstico para não “ameaçar” o equilíbrio da sociedade. Embora no Brasil o direito de estudar chegue apenas no final do século XIX, a Mme Durocher foi primeira parteira diplomada na faculdade de medicina do Rio de Janeiro. Já na faculdade de medicina, Maria Augusto Generoso Estrella, mesmo não tendo sido formada no Brasil por ter sido recusada, recebeu apoio do próprio imperador Dom Pedro II para fazer o curso. É importante lembrar que a primeira a receber o título em faculdades brasileiras foi uma gaúcha, Rita Lobato Velho Lopes.

Consoante a isso, toda a centralidade de análises sobre a mulher e a construção discursiva sobre sua natureza estavam em torno da sexualidade e a serviço dela. Não era incomum também a deslegitimação da palavra da mulher por essas questões, que transformavam a mulher em uma “louca em potencial”. Essa construção violenta sobre as mulheres dentro de uma lógica de inferioridade chamo de violência simbólica, dentro da lógica de Pierre Bourdieu (2001). Como elemento estruturante e estruturado pela sociedade, a violência simbólica – além da violência física e psicológica - age sobre o corpo feminino e sobre os saberes tradicionais. Percebe-se que é esperado que o saber médico, predominantemente masculino, seja superior aos saberes femininos. Isso legitima a dominação sob os corpos na sociedade, então, compreendendo o processo discursivo estruturado, a partir do século XX.

Provavelmente por isso até que, muitas vezes, as mulheres nem percebem as violências às quais foram submetidas por entenderem que não eram capazes de parir, e o médico teria as ajudado. O médico é visto, desse modo, como o salvador de vidas. Assim, vai se construindo “redes de monitoramento de poder”, em que todos envolvidos na cena obstétrica são capturados pelo conhecimento, subjetivação da gravidez e do parto, voltando-se para uma participação mais ativa e um olhar mais minucioso desses eventos por meio de aparelhos tecnológicos. Esses eventos promovem uma apropriação coletiva desse acompanhamento, desse saber, ampliando a rede de atores que podem participar deste evento, conforme Lilian Chazan (2007):

O uso dessa tecnologia significou uma considerável ampliação do controle e da disciplinarização dos corpos, em conjunto com a produção de novas subjetividades. O processo se passava em dois planos: em um primeiro, reconfigurando e antecipando vivências da gestante em relação ao seu feto,

externalizado e tornado visível para ela, bem antes de perceber os movimentos fetais; em um segundo plano, constituía-se o próprio feto como um 'indivíduo' destacado da gestante. A possibilidade de visualizá-lo representou uma mudança significativa, na medida em que permitiu a atribuição de 'comportamentos' observáveis, específicos, individualizados e psicologizados em 'tempo real'. O novo recurso simultaneamente respondia à construção de uma sensibilidade crescente em relação ao bebê, estendida ao feto, e contribuía em larga escala para a acentuação dessa sensibilidade. Na esteira dessa transformação, ocorreram desdobramentos de toda ordem implicados na construção social do feto como Pessoa. (CHAZAN, 2007, p.42).

Essa mudança na construção da sensibilidade em relação ao bebê possibilitou que o médico fosse o intermediador desse "diálogo", como um dos recursos socialmente construídos sob a ideia de monitorar o processo gravídico, evidenciando um modelo industrializado e tecnológico de acompanhamento. Na possibilidade de escolha das tecnologias que podem amparar o processo, estão as lógicas de consumo, respondendo a interesses de mercado. À medida em que esse feto foi se tornando visível, construiu-se uma série de possibilidades de intervenções, levando-o à medicalização e transformando-o em um ator social, a partir do uso das imagens.

O feto, nesse cenário, funciona como ponto em torno do qual se articulam e são construídos a subjetividade da mulher, o poder médico e a ampliação da disciplinarização e da normatização dos corpos – dos fetos e das mulheres. Apesar de o ultra-som remodelar dramaticamente a apreensão cognitiva e sensorial da gestante, é importante enfatizar que esse processo se dá sempre dentro dos limites das formações discursivas dominantes. Assim, as imagens tornam-se significativas apenas se inscritas no e codificadas pelo discurso vigente no contexto sociocultural no qual são produzidas. (CHAZAN, 2007, p. 58).

Chazan (2007) destaca que essa tecnologia promove, então, verdades sobre o processo de gestação-parto em relação à saúde ou à doença da mãe ou do feto. A tensão construída em torno do procedimento envolve um tempo entre sua realização e os resultados obtidos através do exame. O privilégio da compreensão das imagens na tela é do técnico que acompanha o exame, configurando-se como protagonista da cena, enquanto a mulher e o possível acompanhante correspondem a uma posição mais coadjuvante. A produção dessas verdades sobre os corpos em análise reforça a ideia da gravidez como um assunto médico.

A partir disso, observando o processo de industrialização e a inserção cada vez mais intensa das tecnologias na sociedade, o corpo vai se constituindo como máquina pelo olhar técnico e no desenvolvimento do pensamento social, pelos preceitos de

Emily Martin (2006). Assim, o processo de parto passa a representar uma máquina em monitoramento, predisposta ao conserto do técnico, representado pela figura do médico. Submetidas ao poder do médico, as mulheres passam por um processo de alienação dos próprios corpos, à medida em que esses corpos vão se tornando mais institucionalizados no processo.

Retomando a discussão sobre a noção biopolítica, trata-se justamente da “população” como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder” (FOUCAULT, 1999, p. 293). Dessa forma, biopoder consiste em diferente do estado de soberania, fazer viver ou deixar morrer, inserindo outro elemento conceitual na discussão, o racismo. O racismo introduz o corte entre o que deve viver e o que deve morrer, dividindo a espécie em subgrupos, em que o anormal, o inferior – quanto mais morrer – menos degenerados haverá na classe. Isso é indispensável para manter a função soberana do Estado. Para o autor, os Estados mais assassinos são também os estados mais racistas. Assim, ao relacionar esta discussão proposta pelo autor com o contexto desta pesquisa, observando os índices de violência obstétrica e mortalidade materna, veremos o quanto esse Estado constitui-se nessa lógica de biopoder, também, por meio de políticas públicas ou pela ausência dessas.

Mas como, então, isso poderia afetar o partear de mulheres negras? Leandro Martins (2006) aponta que mulheres negras morrem sete vezes mais que mulheres brancas. Além da grande porcentagem de mulheres negras ou pardas que não conseguiram receber assistência na primeira vez que procuraram o hospital, bem como a aplicação de anestesia também apresenta diferenças. São vários os direitos negados e várias as diferenças de atendimento quando olhamos as pesquisas que envolvam as dimensões de raça, classe e afins. As diversas vulnerabilidades presentes nesse marcador de diferenças colocam a mulher em uma relação muito distinta no sistema de saúde, em condições sociais e culturais que afetam inclusive na forma como essas pessoas posicionam-se diante de seus direitos.

Esse processo de industrialização do parto e de apropriação biopolítica sobre os corpos não ocorreu de forma homogênea, como sabemos. Por essa razão, é interessante pensarmos as reações e as movimentações sociais diante da soberania do Estado concentrada na figura médica. Na seção a seguir, abordamos o movimento

de Humanização do Parto, que se contrapõe ao tratamento verticalizado de assistência médica construído ao longo desses anos todos.

2.3 HUMANIZAÇÃO DO PARTO COMO VIA ALTERNATIVA

Na tentativa de representar uma mudança nesse sistema centrado na figura do homem, entre as décadas 60 e 70, surge um movimento social que se tornou conhecido como “Humanização do nascimento”. Lúcia Sousa d’Aquino (2016) discorre sobre o movimento como uma reação ao parto extremamente tecnocrático somado às discussões sobre sexualidade do período. Nota-se que, para haver um processo de “humanização”, há uma série de aspectos sensoriais envolvidos que podem ser analisados a partir da trajetória política e social do parto, da dor, da falta de escuta, do desrespeito, da noção de violência, da violação do corpo e dos direitos.

Conforme Diniz et al. (2016), desde 1950 criaram as primeiras associações para apontar crueldades contra as grávidas. As autoras apontam que a socialização do profissional de saúde é voltada para a crença de que o atendimento é uma ajuda às mulheres. A dependência do profissional de saúde faz com que as mulheres tenham medo de denunciar qualquer situação de abuso. As autoras tecem uma crítica à Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNA - em sua carta de fundação de 1993, pelo fato de que a fundação escolhe falar sobre o processo de humanização, abrindo mão de falar sobre o enfrentamento à violência.

A Medicina Baseada em Evidências (MBE), segundo as autoras, foi o movimento de profissionais que deu ouvidos a movimentos femininos e, por isso, gerou visibilidade a questões como a imobilização da gestante e a presença do acompanhante. Apesar do movimento ter sido bem recebido em países mais estruturados economicamente, no Brasil, o modelo tradicional de atendimento ao parto ainda vigora. Para muitos movimentos sociais, o modelo de assistência agressivo é uma forma de vender a cesárea. A Organização Mundial de Saúde (OMS), fundada em 1948, tem um papel fundamental na cena obstétrica mundial. Em 1985⁶, o órgão emitiu declarações e documentos se posicionando contrário em relação ao

⁶ Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3>. Acesso em: 3 jan. 2020.

aumento exponencial de partos cirúrgicos ao redor do mundo, estabelecendo – inclusive – um índice aceitável de cesáreas por país. Embora reconheça que a cesárea pode reduzir a mortalidade materna e fetal por razões médicas, a organização considera que não há benefícios comprovados do parto cirúrgico feito sem necessidade. Ao desenvolver duas pesquisas sistemáticas sobre as taxas de cesárea, a OMS passa a arquitetar uma série de recomendações e incentivos ao parto.

O parto cirúrgico representa, de modo geral, a mecanização do trabalho de parto e a inserção de tecnologias na assistência à mulher. A “epidemia de cesáreas”, muito discutida pela OMS e por alguns autores, refere-se à transformação do parto em um produto de consumo, que assume diferentes performatividades no seu processo. Durante o processo fisiológico, um parto natural pode durar mais de 24 horas, ou seja, não é produtor para a lógica de mercado. Por isso, um parto cesáreo representa tudo que pode agradar ao modo de produção capitalista. Um mesmo médico/técnico pode atender mais de 4 mulheres em uma mesma tarde, o que seria inviável em casos de parto vaginal.

Há alguns pontos centrais em torno do ideário do parto humanizado, visto a humanização como forma de empoderamento da mulher. A Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou um documento em 1985 que trouxe o consenso para a organização do movimento pela humanização do parto. A proposta do órgão é diminuir o índice de intervenção e incentivar o parto vaginal. Para Tornquist (2002), o parto – como um evento social e existencial – vinculado à sexualidade da mulher e à vida da família não deve, de acordo com o ideário da humanização, ser considerado um evento patológico. Além disso, não deve ser repleto de procedimentos não-naturais, que afastam a díade – mãe e bebê – da sua natureza.

Entretanto, conforme Carmen Diniz (2005), como toda a evolução da discussão em torno do cenário obstétrico, isso não ocorreu de forma homogênea, pelo contrário. Hoje, falamos em “humanização do parto” como um desdobramento de movimentos anteriores, o parto sem dor e o parto com prazer. Como crítica ao modelo de assistência hegemônico, já na década de 50, o movimento do parto sem dor da Europa, com os ativistas do método Dick-Read e o movimento do parto sem medo e do parto sem violência, junto de Lamaze e Leboyer, firmam suas teorias. Posteriormente, tivemos o movimento pelo parto natural como um desdobramento do

movimento hippie e contracultura. Todo esse processo foi impulsionado por uma série de fatores, como o próprio movimento feminista do qual falarei mais adiante.

Dick-Read, em 1933, discorreu sobre algumas inquietações acerca da dor do parto, posteriormente, publicando livros sobre a temática. Motivado por uma paciente que supostamente não sentiu a dor do parto, discorreu sobre a tríade do medo, da tensão e, por fim, da dor. A angústia e o medo, incutidos culturalmente na mulher, levam-na ao tensionamento não só psíquico, como também muscular. Ao analisar a distribuição das fibras uterinas, o autor percebe que a mulher era fisiologicamente equilibrada para um parto sem dor. Identificando as razões para as tensões da mulher, passou-se a discorrer sobre estratégias para evitar um parto tão doloroso. O parto não é um processo mecânico, por essa ótica, mas um processo também emocional.

No início dos anos 50, outro autor, o obstetra Lamaze et al. (1956) também desenvolveu um estudo para uma estratégia de parto sem dor. A estratégia do autor agia por meio da hipnose, trabalhando também a nível emocional, de modo que as mulheres pudessem controlar as angústias e os medos do período do parto. Essas atuações não estiveram desconexas de preocupações mundiais sobre a assistência ao parto. Tais estudos reverberaram, inclusive, no Brasil. Embora aparentemente os dois métodos tenham pontos semelhantes, o parto sem temor de Read e o parto sem dor de Lamaze apresentam diferenças; o método sem temor foi usado para contrapor-se ao parto sem dor, uma vez que Read considerava a maternidade como destino natural das mulheres.

Os lamazistas pregavam que a preparação da gestante para o parto lhes permitiria não perder o controle das emoções, sobretudo durante o trabalho de parto, ocasião em que uma grande parte delas padece de fortes dores. A ideia era devolver às mulheres seu protagonismo no parto e libertá-las do peso do imaginário católico-cristão sobre suas mentalidades, de tal forma a fazerem-nas perder a capacidade de suportar a dor. (TORNQUIST, C.S.; SPINELLI, C.S., 2011, p. 136).

Tânia Salem (1983) discorre sobre como a técnica do parto sem dor, desenvolvida por Lamaze, foi explorada pela URSS como sendo consequência de características socioculturais. A disseminação da ideologia e das práticas do parto sem dor atingiram outras regiões do globo e derivaram uma série de técnicas e métodos que partem do mesmo cerne. A ideia do “novo” em oposição às práticas

vanguardistas já por si só traz a curiosidade no ocidente, desencadeando no “nascimento sem violência” do Leboyer e nas propostas de Odent – responsável pela introdução do parto de cócoras em uma maternidade da França.

O modelo de atenção ao parto hegemônico tem sido, então, alvo de denúncias por profissionais e movimentos sociais. Articulados em um sistema de crenças e valores, problematizaram a dominação masculina de atenção ao parto. O modelo tecnocrático é indagado por ser o responsável pelo alto índice de mortalidade materna, pelo desrespeito à autonomia das mulheres e pela redução do parto como um evento sociocultural. O uso irracional de tecnologia provoca um grande sofrimento físico e emocional nas mulheres. É nesse contexto que o movimento pela humanização do parto se insere, na busca da priorização de uma tecnologia adequada, buscando uma qualidade de interação entre médico e parturiente.

Havia obstetras na vanguarda da preocupação com a dor do parto. Os valores da época, que diziam respeito a um espírito libertário do período, muito ligado ao que Dumont (1993) aborda em sua teoria, como vertente individualista. O movimento, então, agiu nesse cenário em torno da valorização da natureza e da crítica à medicalização da saúde. Havia um reconhecimento da ordem do sofrimento feminino ter relação com a alienação de si, de seu corpo e de seus saberes. A institucionalização do corpo, do parto, da sexualidade trouxe à mulher uma posição de inferioridade diante do seu próprio evento obstétrico. A ideia do retorno ao natural como uma conexão com seu poder pessoal baliza os conceitos que vinham sendo discutidos em torno do atendimento.

Nesse sentido, cabe certos devidos recortes para não incorrer em qualquer universalização dos conceitos sobre corpo e parto. Com a pluralidade de gênero e os avanços tecnológicos, hoje sim conseguimos ter outras formas de maternidade em corpos diferentes dos socialmente construídos para exercer a maternidade. Essa ideia de “essência” feminina universal também é construída. Por isso, a humanização vai se formando como uma noção também política e social sobre o corpo.

Tornquist (2002) esclarece que humanização do parto tem como principal grupo de atuação, no Brasil, o ReHuNa. Durante os anos 70 e 80, a expansão da ideologia individualista é um dos cerne da questão que impulsionou uma organização familiar em torno de novos valores, como desejo, autonomia, liberdade, escolha e desejo.

Entre as motivações, a expansão do feminismo e da psicologia estiveram entre as possibilidades. Nos anos 80, o parto como demarcação da maternidade passou a ser questionado em seus formatos tradicionais, o que levou as novas configurações familiares a procurar outros atores sociais na cena do parto.

Ainda de acordo com a autora, a Rede de humanização do parto e nascimento começou com uma reunião em Campinas, organizada por um médico que conseguiu articular o primeiro encontro de pessoas interessadas. Envolvendo profissionais relacionados à saúde da mulher, o encontro fugia do associativismo profissional ou acadêmico, mantendo uma postura alternativa e de contracultura. A fundação do ReHuNa era composta por 33 pessoas, entre as quais 31 eram mulheres e a grande maioria profissionais de saúde, do sul do país, havia apenas uma professora de Florianópolis, Santa Catarina. A lista de associados de 2003 contava, ainda, com a maioria feminina e com o peso de profissionais de saúde. Mais de 200 associados, sendo 45 homens que, na ocasião, elaboraram um documento denominado “Carta de Campinas”.

Diniz et al. (2016) comentam sobre a permanência do ensino acrítico da obstetrícia como um dos fatores que favorecem o modelo de assistência ao parto. As mulheres são despersonalizadas quando a elas não se abre a possibilidade da recusa de atendimento ou da presença de um acadêmico na sala de avaliação e no momento do parto. Além disso, citam o caso de duas episiotomias em uma mesma mulher, por se ter o acesso abusivo ao corpo feminino, reproduzindo hierarquias sociais de gênero/raça/etnia. O descontentamento se dava pelo aumento das intervenções durante o parto, que desqualificava a autonomia da mulher sobre o próprio corpo.

Com o crescimento, no final do século XX, da medicina baseada em evidências, o parto passa a voltar a ser entendido, por alguns – sobretudo, mulheres e profissionais defensores do “parto humanizado” - como um evento natural, e o parto por via vaginal é considerado o melhor modelo para o nascer. Nessa busca, o empoderamento feminino passa a ganhar ênfase e o feminismo ganha destaque. Com o fortalecimento do uso da rede de computadores e a ascensão da internet, compreendida - mais tarde em 2011 pela ONU - como um bem fundamental à vida humana, os direitos das mulheres, por meio do ciberfeminismo ganharam destaque e, conseqüentemente, as denúncias às circunstâncias vividas no parto também. Por

isso, a busca pela humanização ascende e uma parcela das mulheres querem voltar para casa, para o domicílio, para o “natural”.

A ocupação de médicos e profissionais de saúde pauta-se na saúde coletiva. A carta de Campinas abre com uma citação de Michel Odent “para mudar o mundo, é preciso mudar a forma de nascer”, denunciando as condições desumanas que mulheres estavam sendo submetidas, incluindo as altas taxas de cesarianas. O debate foi sendo construído em torno do reconhecimento do sofrimento feminino no modelo de assistência. O abuso de cesáreas era o índice que representava o que a OMS já havia trazido como pauta: a cesárea só deveria ser usada por indicação médica, sob risco da vida da mãe ou do bebê, visto que, como qualquer procedimento cirúrgico, pode causar complicações à vida da mãe ou do bebê. A crítica ao abuso é o elemento central da discussão, configurando uma crítica à medicalização do corpo da mulher e à mercantilização da saúde. Com o interesse do Estado em questões relativas à demografia da população, as medidas do movimento passaram a ser institucionalizadas.

A considerar que o lugar do obstetra foi uma conquista que levou mais de três séculos de tensionamentos e disputas, percebe-se que a humanização do parto prevê certo deslocamento de centralidade, o que certamente não é bem visto entre grande parte da comunidade médica. Em muitos hospitais, tais considerações sobre a humanização do parto são consideradas “antiquadas”, antitecnológicas e quem ainda se arrisca a pautar mudanças de dentro do sistema acaba por ser taxado dessa forma. A ideologia acerca da tecnologia sobrepõe-se ao que se considera humano, orgânico. Tornar humano configurou-se como sinônimo de tornar algo sujeito a erros, defeitos, naturalmente patológico.

É corriqueiro – como veremos nos relatos de parto – um protocolo hierarquizado no interior dos atendimentos. A autoridade médica não pode ser incomodada durante o processo mais demorado do parto. Talvez pela própria postura tecnocrática – que leva em conta o ritual de mercado – o que rende mais é aquele que produz mais rápido, no caso a mulher que está em um trabalho de parto menos demorado. O técnico só é chamado no fim, quando o “produto” está prestes a sair.

Quando o período expulsivo demora muito dentro da concepção médica, é necessário o uso de ocitocina⁷ para acelerar o trabalho de parto, as contrações, etc.

Essa mecanização do natural envolve interromper a ligação habitual entre a mãe e o feto, visto que nem sempre a ocitocina é indicada em um trabalho de parto que segue seu percurso normal. Todavia, para a lógica de hospitais superlotados, em que há várias mulheres na fila de espera, em trabalho de parto, não há tempo a perder. Precisamos tirar logo essa criança para não ter de escolher quem vamos atender primeiro, dentro de uma relação de biopoder, em que o técnico – na figura do Estado – condiciona a parturiente a seu próprio tempo.

Mesmo que não consensualmente, há parâmetros de humanização que persistem nos discursos, como a racionalização das práticas feitas durante o processo de parto. Não há o porquê usar a tecnologia em demasia, sem evidências para tal. Além de não haver necessidade de operar com tantas intervenções, quando há uma gravidez saudável. Muitas estratégias governamentais passaram a ser implementadas na tentativa de melhorar o atendimento à mulher e ao bebê. Em 1984, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Assistência Integral à saúde da mulher e outras medidas, como comentado anteriormente.

A partir dos anos 2000, as políticas de assistência aumentaram, estabelecendo o programa de humanização do pré-natal e do nascimento e um guia de conduta para caso de risco materno, no mesmo ano. Em 2001, foi montado um documento para assistência humanizada no caso de parto, puerpério e aborto. O documento posicionava-se contrariamente às condutas intervencionistas, sugerindo uma busca pela maior individualidade do atendimento. Em se tratando das relações de gênero e das múltiplas dimensões em torno do nascimento, o documento não só reconhece, como também reflete sobre a cultura dominante.

A ideia central gira em torno da mulher ser um sujeito de direitos, assumir o controle sobre o próprio corpo e ter um papel protagonista no parto, evento de sua sexualidade. Em 1992, houve o Congresso Brasileiro de Proteção à infância⁸, que

⁷ A ocitocina sintética foi desenvolvida nos Estados Unidos, na década de 50, e é usada até hoje para induzir partos. Ela é aplicada na veia, com soro, para estimular as contrações uterinas, em casos específicos

⁸ Disponível em: <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/copy_of_primeiro-congresso-brasileiro-de-protecao-a-infancia>. Acesso em: 15 abr. 2020;

acusava a suposta ignorância materna dos altos índices de mortalidade infantil. Isso justificou o processo de “preocupação” com a qualidade das crianças que estavam nascendo, em termos mercadológicos. Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização⁹, incentivando o diálogo entre as redes de atendimento e o combate às hierarquias de poder, constituídas no serviço interno. No ano seguinte, em 2004, o Ministério reformulou a Política Nacional de atenção à mulher. Considerando a mulher como prioridade no governo, o documento inclui a noção de gênero no campo dos direitos sexuais e reprodutivos para pensar as políticas públicas de atendimento.

Em termos sociodemográficos, o Brasil passou – nas últimas décadas – por uma queda na taxa de mortalidade e na taxa de fecundidade, diminuindo o índice de jovens e aumentando a população mais velha do país. Entretanto, as mulheres em idade reprodutiva correspondiam a 65% da população feminina brasileira, o que constitui um segmento social importante para se pensar políticas públicas. Dentre os dados, as desigualdades ficam mais evidentes, pois as mulheres concentram a população com menor renda. No recorte étnico-racial, a população afrodescendente tem as menores remunerações, a menor quantidade de acesso à educação, entre outras coisas.

Para melhorar a qualidade e equidade de assistência à mulher no parto, o Ministério da Saúde instituiu, em 2011, a Rede Cegonha. Como um programa que busca o planejamento reprodutivo e o respeito aos processos da mulher, a rede é organizada para desenvolver ações de atenção à saúde materna e infantil. Estima-se que a mortalidade materna de país em desenvolvimento, segundo a OPAS¹⁰, é de 239 por 100 mil nascidos vivos, em 2015, estimando o óbito de mais de 300 mil mulheres no mesmo ano. A maior parte dos óbitos eram decorrentes de causas evitáveis. Entretanto, as mudanças nas formas de atendimento foram sendo implementadas e gradativamente os óbitos foram diminuindo.

Todos esses desdobramentos estão em consonância com o Programa de Redução da Mortalidade Materna mundial. Como resultado da articulação de diversos

⁹ Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 15 abr. 2020.

¹⁰ Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/node/63100>>. Acesso em: 3 abr. 2020.

setores de saúde, bem como de diversos atores sociais, os acordos e pactos que se comprometeram com a redução da mortalidade materna estipularam uma redução de 5% ao ano. O pacto¹¹ lançado em 2004 pela presidência da república conta com diversos órgãos nacionais, mais a ONU, para apoiar as regiões com maiores índices de mortalidade materna, promovendo a qualificação de pessoas, bem como a melhoria de estrutura e assistência integral.

Após a Carta de Campinas, em 2000, o ReHuNa ficou responsável pela organização de eventos em prol da humanização do parto, de 5 em 5 anos não só no Brasil, como na América Latina. Além do ReHuNa, o “amigas do parto” também teve grande relevância social, enquanto espaço virtual, criado em 2001. Seguido do “Parto do princípio” que já conta, há algum tempo, com espaço físico na cidade de São Paulo e, em 2002, surge a Associação Nacional de Doulas (ANDO). Essas movimentações locais tiveram reflexo e impacto nas manifestações de âmbito maior. Em 2010, o Brasil sediou a III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento. Segundo Carneiro (2011):

Em virtude de ser pontual e pulverizado, o movimento do parto humanizado não conta com uma agenda ou mobilização organizada nacional, estadual ou regionalmente. No entanto, por outro prisma, talvez pudesse ser entendido como novo modelo de ação social, que tem na internet sua maior ferramenta de ativismo, ou então, no limite, como rede de atores sociais mobilizados por uma causa em comum. (CARNEIRO, R. 2011, p. 17).

Esse modo diferente de atuação pode ter relação com a heterogeneidade de atores sociais que participam da pauta sobre a cena obstétrica. Com isso, a infinidade de interesses e lógicas hierárquicas também acompanham a discussão, visto que o parto e o nascimento se tornaram, também, assuntos estatais.

Se o parto humanizado pode ser expresso mediante essa pluralidade de termos, muitas são também as posições, os locais e as práticas para parir admitidos em seus contornos: partos domiciliares, hospitalares, na água, de cócoras, acompanhados de médicos, enfermeiras, parteiras urbanas e até mesmo partos desassistidos, estes quando o próprio casal coordena o respectivo andamento. Por isso, tentar apreender o parto humanizado, sem

¹¹ Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_PACTO_NACIONAL_REDUCAO_MORTALIDADE_MATERNA_NEONATAL_2004.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2020.

considerar sua pluralidade, seria incorrer em erro e reduzir a sua extensão. (CARNEIRO, 2011, p. 17).

O parto humanizado compõe uma série de sentidos e significados que aparecem através de vários atores sociais. O parto humanizado não diz respeito a uma visão emblemática de pureza e natureza. Para a autora, a ideia de “natural” vem muito mais em contrariedade a um excesso de um padrão cultural masculino e tecnológico, muitas vezes, intervencionista e agressivo, trazendo a lógica de humanizar no reconhecimento dos anseios e dos pedidos das parturientes.

Martins (2005) comenta que é na racionalização da cultura médica que compreendemos as representações do corpo feminino e o quanto as produções científicas não estão desprendidas dos interesses do Estado. Ao observar o parto como um modo de produção capitalista, após analisar os discursos biomédicos do século XIX para o século XX, percebemos o quanto tudo que desvia de uma produção impecável e previsível é condenado pelos discursos hegemônicos. O discurso médico naturaliza preceitos culturais mecanicistas, inculcando, nas mulheres, medo do parto sem a presença de um técnico superior.

As críticas foram construídas em torno do corpo-médico que abusaria das tecnologias de reprodução e ainda inculcariam uma posição de submissão às mulheres, despersonalizando o parto, tornando-o um evento técnico. Uma crítica que vem desvelando um processo de psicologização dos últimos anos, que tem atingido a gravidez e o parto. Esse, convertido a partir do século XVIII, como um evento individual e privado, para Salem (1983), desalojou a mulher de suas antigas funções, inclusive, sua autonomia sobre o próprio corpo. Com a revalorização das redes afetivas, o pai da criança entra na cena do parto e vão se consolidando ainda mais as transformações sociais em torno do parto.

Dessa maneira, ao perceber que a apropriação médica se dá, principalmente, sobre o corpo subalterno, nota-se - a partir de uma perspectiva foucaultiana – que isso se constitui como uma forma de reorganizar a sociedade, essa tomada de poder do homem enquanto ser vivo. Veena Das (2008) trata de examinar a natureza de submissão das mulheres nas estruturas patriarcais da família. Compreendendo que o conhecimento humano é perspectivado e situado, a autora reivindica a perspectiva subalterna, uma vez que “vítimas estão definidas pelo contexto e também geram

novos contextos” (VEENA DAS, 2008, p. 227). Isso faz com que se vá rompendo e questionando os parâmetros tradicionais de produção de conhecimento, trazendo o sofrimento social como experiência social, indagando se, de alguma forma, o lugar institucional é modificado pela dor do outro por meio da produção e transmissão do conhecimento.

Fica evidente que o parto, assim como grande parte dos eventos da vida social, envolve muitas representações e disputas de poder. A apropriação estatal sobre a experiência da gravidez e do parto fez com que o tema fosse uma grande pauta no campo político, colocando a ciência e o saber popular em questão. Além disso, a tecnologia como rede de poder foi sendo inserida na relação da mulher com o próprio corpo, sobretudo, no que tange ao parto. O “diálogo” entre a mãe e o feto durante a gravidez só é exercido simbolicamente pelo médico, produzindo sensibilidades e expectativas sociais sobre o bebê. A inserção da tecnologia na cena de parto está relacionada com a medicalização do corpo, o corpo máquina, que deve ser monitorado e modificado para atender a demanda do “mercado”. Tudo para produzir bebês saudáveis e garantir que as mulheres exerçam suas funções na sociedade. Esse processo gera resistências dentro da própria categoria médica, entre as mulheres e outros setores da sociedade. Por isso, no próximo capítulo, vou tratar da humanização do parto e de outras formas de resistência a essa apropriação biopolítica.

2.4 O IMPACTO DO FEMINISMO NA LUTA POR DIREITOS

Embora saibamos que todas as questões que envolvem sexualidade, gravidez e parto sejam muito mais amplas e podem ser refletidas a partir de diferentes perspectivas, pretendo aqui tratar mais do que esteja relacionado ao movimento feminista. Essa abordagem permitirá compreender a relação entre o movimento feminista e suas transformações com as concepções sobre corpo, direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, a forma como a maternidade é experienciada também tem muita relação com essas percepções.

Simone de Beauvoir marca o momento em que a maternidade passou a ser contestada no contexto pós-guerra – quando as forças conservadoras defendiam a família, a moral e os bons costumes, de acordo com Lúcil Scavone (2001). A passagem do feminismo igualitarista para o feminismo centrado na mulher-sujeito traz

consigo os elementos necessários para a politização das questões privadas que eclodiram, mais adiante, no feminismo contemporâneo. As discussões sobre maternidade refutavam o determinismo biológico, o qual colocava o destino social das mulheres em jogo.

Segundo Carla Cristina Garcia (2015), o termo “feminismo” foi empregado pela primeira vez nos Estados Unidos, em 1911, e usado para substituir outros que eram usados no século XIX para designar “movimento das mulheres” ou “problema das mulheres”. Essa tomada de consciência das mulheres como coletivo humano da conseqüente opressão, dominação e exploração pelo patriarcado articula-se não só como filosofia política, como também como movimento social. O mundo é definido pelo masculino e ao homem é atribuída a noção de humanidade, como representação do androcentrismo e como a medida para todas as coisas. Isso nos leva a analisar o patriarcado como sistema político de dominação sobre as mulheres.

Conforme Garcia (2015, p. 113), “ao se dar conta que o controle patriarcal se dava também às famílias, às relações sexuais, trabalhistas e outras esferas, as feministas popularizaram a ideia de que o pessoal é político (...) consciência que foi determinante para a análise da violência de gênero”. A lógica que legitima “gênero” nos leva a compreensão da construção social das identidades masculina e feminina. O discurso legitima a hierarquização de um gênero sobre o outro. Esse sistema de crenças determina o que são características femininas e masculinas, levando à compreensão da construção cultural acerca das identidades.

Ainda de acordo com a autora, mesmo não havendo uma heterogeneidade entre o conceito e a teoria feminista, o termo indica a qualidade fundamentalmente social. Em 1980, o novo “sujeito” se manifestou como uma possibilidade universal, como uma unidade semântica, sem considerar outras dimensões identitárias, que vem a ser denunciado pelas identidades que ficaram fora dessa lógica: mulheres negras e lésbicas. Frequentemente, o termo mulher é usado para designar a mulher branca, ocidental, heterossexual e burguesas como totalidade das mulheres.

Hoje, essa concepção feminista parte da lógica da sexualidade como uma construção social, entrecruzada por estruturas econômicas, sociais e políticas. No desenvolvimento das ondas feministas, percebe-se que a primeira foi impulsionada pela Revolução Francesa. Nas palavras de Garcia (2015):

‘apesar da misoginia presente no pensamento filosófico da maior parte dos intelectuais da época, toda mudança política que supôs a Revolução Francesa, teve como consequência o nascimento do feminismo e ao mesmo tempo sua absoluta rejeição e violenta repressão.’ (GARCIA, 2015, s.p)

A autora comenta sobre a transição da idade moderna para a idade contemporânea. Como característica, o desenvolvimento científico tem uma presença marcante, junto do conhecimento técnico, por meio de três características: o empirismo, o utilitarismo e o racionalismo. Não há mais um sujeito neutro, nem genérico, mas um sujeito gerado, que tenha uma conformação sociocultural, a qual altera a maneira como vai se narrar a história.

Jacilene Maria Silva (2019) argumenta que a segunda onda feminista tinha uma relação muito forte com o corpo, ou seja, com a exploração sobre o corpo feminino. Muitos protestos se davam em concursos de belezas, em que mulheres faziam o que ficou popularmente conhecido como “a queima de sutiãs”. Pioneiras na crítica da pornografia, elas aprofundaram a crítica da prostituição iniciada pelas feministas marxistas, dando continuidade aos estudos da exploração do corpo feminino, analisando a maternidade e o casamento, exploração sexual e estupro. Isso tudo como forma de manutenção do sistema patriarcal.

Para Silva (2019), no Brasil, nesse período, o papel de mãe e esposa ganhava destaque sob o risco de exclusão social. O código civil de 1916 previa a autorização do marido para a mulher exercer qualquer atividade social, sob o pretexto da mulher ser incapaz de grandes discernimentos. A situação política mudou somente em 1962, quando a lei 4.121¹² alterou alguns tópicos da lei, permitindo à mulher uma participação economicamente ativa perante a sociedade. Posteriormente, a mulher passou a ter direitos sobre seus filhos e até requisitar a guarda em caso de separação. Apesar disso, a separação ainda não era permitida, aliás, era permitido o desquite, em que os laços matrimoniais não eram encerrados e separação foi autorizada somente em 1977. Pelas limitações da noção universal de mulher que circulava o olhar feminista do período, mulheres negras e lésbicas iniciaram a ideia de um feminismo identitário.

¹² Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l4121.htm>. Acesso em: 12 dez. 2020.

Silva (2019) destaca a terceira onda do feminismo – marcada dos anos 80 para os anos 90 – que foi instaurada sob diversas transformações sociais e eventos marcantes do período. O período questionador da terceira onda contesta as falhas da segunda onda, de um movimento ainda idealizado e executado pela perspectiva de mulheres que ocupam uma posição social privilegiada. As diferentes maneiras de opressão foram sendo analisadas e o modo como essas atingem as diferentes mulheres, dando força a ideia de interseccionalidade dentro do feminismo. Nesse cenário que o feminismo negro se fortalece, enquanto vertente feminista independente.

A quarta onda do feminismo, para Garcia (2015), foi muito impulsionada pela internet e pela revolução da comunicação. Nunca antes no mundo se experimentou uma comunicação global e rápida como atualmente. Consequentemente, a quarta onda feminista é caracterizada pelo uso maciço das redes sociais, das plataformas digitais. Marcado em 2012, o ressurgimento do interesse pelo feminismo se dá com o avanço das tecnologias de informação e comunicação, dando voz a outros grupos fora do movimento feminista tradicional. Não mais à sombra do debate dos países do centro, a quarta onda emerge da era digital, articulando a luta contra a violência de gênero. O assassinato de uma adolescente¹³ de 15 anos pelo namorado deu início, por exemplo, ao movimento “ni una a menos”, desencadeando no feminicídio na agenda política da Argentina. O Brasil ocupa o 5º lugar nos rankings de feminicídio, segundo o Alto Comissário das Nações Unidas e Direitos humanos.

Por isso, segundo Garcia (2015), o feminismo vai se articulando de diferentes modos a partir das novas demandas, multiplicando-se em várias tendências, difundindo-se em diálogo através da tecnologia digital. Isso vai retomando o sentido da coletividade, não enquanto unidade, mas na compreensão de que somos diferentes e estamos sujeitas a condições diferentes. Por isso, precisamos pensar juntas em soluções que nos contemplem nos limites das nossas diferenças. Conforme Lélia Gonzalez (2011), o Brasil, país com a maior população negra das Américas, comemora o centenário da lei que estabeleceu o fim da escravidão nesse país. Entretanto, para o movimento negro, esse dia não é de celebração, pelo contrário, é

¹³ Disponível em:

<https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/19/internacional/1476905030_430567.html>. Acesso em: 12 mar. 2021.

um momento de reflexão. Inclusive, reflexão interna sobre as contradições do feminismo latino-americano, visto que, ainda dentro do movimento, mulheres pretas e indígenas são excluídas. A inegável contribuição do feminismo em evidenciar as bases materiais e simbólicas do capitalismo patriarcal de opressão as mulheres.

A sexualidade, a reprodução, os direitos sexuais e reprodutivos passaram a ser vistos dentro da lógica de dominação e subordinação. Ainda assim, há um esquecimento da questão racial, dentro da literatura. Essa visão - ainda eurocêntrica e neocolonialista da realidade - é o que, supostamente, leva ao esquecimento do racismo por parte do feminismo, ainda conforme Gonzalez (2011). Esse racismo – latino-americano – mantém negros e indígenas em condições de subordinação, dentro de classes exploradas, em uma ideologia de branqueamento. Não são poucos países latino-americanos que aboliram os indicadores raciais nos censos e em outros indicadores. Por isso, há muita dificuldade e resistência para o estudo dessas relações raciais na América Latina, considerando as configurações regionais e variações internas. A conscientização da opressão para mulheres africanas ocorre, primeiramente, pelo racial. Às pessoas pertencentes a uma etnia subordinada, a exploração de classe e exploração racial pertencem aos elementos básicos de uma luta. Mesmo que os companheiros vivam dentro dessa prática secular de luta, reproduzem práticas sexistas do patriarcado dominante, ainda conforme a autora.

Além disso, de acordo com Gerna Lerner (2019), o patriarcado, como um sistema de dominação masculina, impõe a lógica de que as mulheres são naturalmente inferiores. A autora afirma que as mulheres participam desse processo de subordinação, porque internalizam a sua inferioridade. Isso mantém e sustenta a dominação masculina, baseando-se em instituições como a família, as religiões, as escolas e as leis. O contexto social que amadureceu questões feministas sobre a maternidade foi simultâneo ao processo de industrialização e urbanização do pós segunda-guerra, que levou milhares de mulheres ao mercado de trabalho e à chefia de suas famílias. Além disso, o surgimento da pílula anticoncepcional também foi um forte passo para tais debates acenderem na atualidade.

Todo o moralismo, articulado anteriormente, trabalhado pelos médicos e outros setores da sociedade, que destinavam à mulher moralidades restritas ao lar, à maternidade e afins, passaram a ser o centro de reivindicações e colocações sobre a dominação de um sexo pelo outro. A ascensão do feminismo, entre as mulheres,

permitiu, nesse sentido, mais consciência sobre seus corpos e seus direitos sexuais e reprodutivos. Conforme Ávila (2003, p. 466):

O feminismo lançou os questionamentos e idéias que vão historicamente produzir o conceito de direitos reprodutivos e servir de base para a construção de direitos sexuais. (...) Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. O que significa tratar sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e consequentemente da vida democrática. (ÁVILA, 2003, p. 466).

Essa dimensão democrática da consciência de direitos fez com que acentuasse o descontentamento feminino em relação às intervenções médicas. As mulheres passam a compreender sua condição de sujeitos construtores de direitos, rompendo a heteronomia a qual estavam submetidas em relação ao uso de seus próprios corpos, observando que as regras que controlavam seus corpos eram historicamente determinadas pelos homens. O movimento feminista visibiliza a luta por direitos e a organização das mulheres a partir de suas discussões, levando à compreensão o fato de que o que é pessoal também é político, como acrescentam Miriam Castro et al. (2013, p. 2399) “as redes e os movimentos sociais destacam-se como possíveis promotores da autonomia das mulheres”.

Scanove (2001) comenta que todas as transformações sociais ocorridas, ao longo da história da parturição, abriram portas para essas discussões, como a noção de corpo ou a própria noção de pessoa, de sexualidade e de saúde. No segundo momento da transição feminista, a maternidade passou a ser vista como uma fonte de poder pessoal para resgatar o saber feminino em relação à gestação e ao parto. Tal abordagem, situada na corrente do feminismo diferencialista, compreende a experiência da maternidade como parte da identidade e do poder feminino. Em um terceiro momento, há uma desconstrução do que é chamado de handicap natural, em que não é o fato biológico que determina a posição social das mulheres, mas as relações de dominação sobre as mulheres, coincidindo com o avanço das tecnologias reprodutivas. Essas nuances da maternidade mostram o quanto as práticas sociais.

Nesse sentido, grande parte das mulheres passou a compreender os sistemas de opressão aos quais estavam sendo expostas, recuperando a noção de um sujeito dotado de direitos sobre seu próprio corpo. Perceberam que muitas das medidas

sanitaristas aplicadas ao processo do parto poderiam ser formas de controle sobre seu corpo, o que possibilitou a desnaturalização de premissas como a de que o parto é um evento doloroso. Por essa razão, no próximo capítulo, mostrarei a trajetória do que passou a ser compreendido como “violência obstétrica”, graças aos movimentos de mulheres em prol de seus direitos sexuais e reprodutivos.

3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO UMA VIOLAÇÃO INSTITUCIONALIZADA

“Àqueles que não podem gritar empresto a minha voz”

Jennifer Perroni

Neste capítulo, trago a contextualização do que se compreende como “violência obstétrica” pela voz das mulheres, bem como os relatos de parto das minhas interlocutoras de pesquisa e companheiras de luta. Compreender as mudanças de paradigma em torno da assistência – como já fizemos – implica em também entender pela perspectiva dos corpos subalternos, violados e patologizados, do que se trata essa violência que vem atingindo mulheres e crianças. Não por acaso, foi necessário discutir, nas seções anteriores, o corpo e a apropriação estatal sobre esse instrumento humano.

Embora não haja uma definição única, conforme Ferreira (2020), o termo “violência obstétrica” é fruto dos movimentos das mulheres desde 2007. A violação pode ser caracterizada como violência psicológica (ameaças, gritos, tratamento hostil, etc.), negligência (omissão de atendimento), violência física (manobras proibidas, negação do alívio para dor) e sexual (estupro e assédio sexual). Dentro dessa lógica, a negação de atendimento, escuta e esclarecimento sobre o quadro de saúde da mãe ou do bebê, bem como a indução a uma cesárea desnecessária, supondo falsos indicativos para um parto cirúrgico.

Para fins de compreensão, o termo “obstétrico”, em sua definição dicionarizada, tem origem na palavra latina “obstetrix”, que é, por sua vez, derivada do verbo “obstare” e que significa “estar ao lado”. Assim sendo, ela faz menção tanto à posição de quem colabora com o parto, quanto à necessidade de se dar a assistência necessária, em forma de suporte, apoio à gestante ou parturiente. Dessa forma, o termo “obstétrico” dá-nos a compreensão da amplitude dessa palavra. Em sentido restrito do uso e em sua associação à expressão da violência, relaciona-se a postura de profissionais da saúde e pessoas ligadas às instituições de saúde.

O conceito supralegal relaciona-se principalmente a toda conduta, ação ou omissão, realizada por profissional de saúde que, de maneira direta ou indireta, tanto no âmbito público como no privado, afete o corpo e os processos reprodutivos das mulheres. Trata-se da expressão de um tratamento desumanizado, do abuso da medicalização e da patologização dos processos naturais. Isso causa à mulher a

perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo, impactando negativamente em sua qualidade de vida e, até mesmo, em casos mais graves, ocasionando sua morte. O parto sofreu, ao longo dos anos, por intensas transformações e disputas de poder, que geraram um deslocamento de gênero da cena obstétrica, tornando o evento não só institucionalizado, como também masculinizado. Com isso, isso passa a ser visto como um ato cirúrgico e a mulher parturiente a ser tratada como enferma ou paciente de seu processo.

Segundo Paola Sesia (2020), considerando que a conceituação de violência obstétrica se originou da América Latina, mesmo sendo essa categoria epistêmica ambígua, polissêmica e imprecisa, é inegável o poder desse conceito, como forma de assinalar essa violência de natureza sistêmica. Há, como percebemos, uma série de partes e interesses envolvidos no tema, desencadeando – também – uma série de conflitos em torno da nomeação dessa violência. Nas definições da categoria, percebemos que não há muitas especificações de alguns atos, pois há uma dificuldade no evento que atinge a subjetividade da mulher, em um contexto com vários atores sociais tornar-se em um dado concreto.

Conforme a autora, para o México, as políticas públicas são voltadas para a diminuição da morte materna no país, trazendo o que é chamado de “atenção qualificada” e que contempla 98% dos nascimentos. Como parte dessa estratégia, a institucionalização do parto é uma das medidas, assemelhando-se a outros países latino-americanos. Isso reflete em porcentagens altíssimas de partos cirúrgicos, as cesáreas, assim como em práticas invasivas e desnecessárias. Apesar disso, é importante ressaltar que o país reconhece as pacientes como sujeitos de direitos e usa de mecanismos de auditoria clínica e sanções administrativas, quando esses direitos não são respeitados. Há uma grande batalha, no México e em outros países da América Latina, como no Brasil para tipificar violência obstétrica como crime. Com muitos embates, somente em 2016, violência obstétrica foi incluída como categoria de violência de gênero.

Para Sesia (2020), a violência tem sido, paulatinamente, incluída no âmbito do discurso e da prática legal, legislativa e da defesa dos direitos humanos no México. Como forma de desconstruir o caráter patriarcal do atendimento obstétrico nos hospitais, a evidenciação da apropriação dos processos fisiológicos por parte da biomedicina em expansão, assinalando o processo imbricado de classe, etnia-raça e

gênero. O reconhecimento da violência obstétrica implica em assumir as consequências legais dessa questão, correndo o risco da adoção de sanções administrativas às instituições e aos agentes responsáveis. Isso evidencia a disputa judicial, política e legal do termo sobre uma prática profissional que deixa uma lacuna entre um ethos profissional que pode violar direitos.

No Brasil, a exposição de relatos de violência obstétrica é muito recente. O caso descrito a seguir ocorreu em 14 de novembro de 2002. Uma mulher negra, gestante de seis meses, chamada Alyne Pimentel, buscou atendimento médico na rede pública de saúde de uma cidade do Rio de Janeiro. Apesar das queixas, foi liberada após administração de analgésicos. Sem melhora – como muitas que veremos na próxima seção - ela retornou ao hospital, onde se constatou a morte do bebê no útero. Após ter de passar por uma curetagem, o quadro piorou. Depois de muito tempo, tentaram transferi-la para outro hospital com mais recursos, mas, ao chegar no hospital, aguardou por um leito de UTI no corredor, em estado de coma. Alyne faleceu e o diagnóstico do óbito foi de hemorragia.

O caso foi levado ao conhecimento do Comitê CEDAW da ONU¹⁴, em 2011, e o Brasil condenado ao pagamento de indenização por negligência no serviço público de saúde. Foi a primeira condenação internacional do Brasil em razão de morte materna. Marcando o início de uma mudança discursiva, foi entre 2007 e 2010 que o termo “violência obstétrica” passou a ser usado - para os abusos ocorridos no parto, pós-parto - por diversos setores no Brasil, como veremos mais adiante. Em 2007, por exemplo, uma denúncia foi levada ao Ministério Público Federal por representantes do grupo Parto do Princípio¹⁵. Na ocasião, o relato era sobre a ocorrência abusiva de cesáreas nas maternidades particulares, sendo referenciada como “violência obstétrica”.

Embora a violência contra mulheres no parto seja há muito tempo conhecida, o termo “violência obstétrica” ainda é recente e, por assim dizer, sua definição ainda gera polêmicas. Recentemente, no ano de 2019, iniciou-se um intenso debate acerca

¹⁴ Diz respeito à Convenção para a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher – que foi adotada pela Assembleia Geral da ONU em 1979, entrando em vigor em 1981.

¹⁵ A Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa é composta por mais de 300 mulheres em 22 Estados brasileiros e que trabalham voluntariamente na divulgação de informações sobre gestação, parto e nascimento baseadas em evidências científicas e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde.

do uso do termo após o Ministério da Saúde tê-lo declarado como “inadequado” por meio de um comunicado¹⁶. O documento alegou que a expressão não agrega valor e prejudica o cuidado humanizado, coerente com o que o Conselho Federal de Medicina já vinha afirmando, no parecer 32/2018¹⁷, ao apontar que o termo se volta contra médicos obstetras e ginecologistas.

Além do debate político em torno do uso ou não do termo, torna-se relevante saber onde e em qual contexto esse surge. O primeiro país a empregar o termo foi a Venezuela, em 2007 – pela lei orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência; seguido da Argentina, em 2009; de alguns estados mexicanos como Durango em 2007, Veracruz em 2008, Guanajuato em 2010, Chiapas em 2012. Em 2014, o senado mexicano aprovou a inclusão da violência obstétrica como uma forma de violência punível contra as mulheres. A identificação como práticas violentas e abusivas passa a dar outra conotação ao cenário de mudança social, pois as mulheres, a mídia e a sociedade, de modo geral, começaram a denunciar e a repudiar tais atos.

O termo foi criado pelo Dr. Rogelio Pérez D’ Gregorio, presidente da Sociedade de Obstetrícia de Ginecologia da Venezuela. Como destaca Júlio Camargo Azevedo (2015), a violência obstétrica pode ser caracterizada, de forma simplificada:

por qualquer intervenção institucional indevida, não informada ou abusiva, que incida sobre o corpo ou sobre o processo reprodutivo da mulher, violando sua autonomia, privacidade, informação, liberdade de escolha ou participação nas decisões tomadas. (AZEVEDO, 2015, n.p).

Tudo isso diz respeito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres que são, além de tudo, direitos humanos também. Azevedo (2015) ainda acrescenta:

É possível afirmar que a violência na atenção obstétrica corresponde a qualquer ação ou omissão, culposa ou dolosa, praticada por profissionais da saúde, durante as fases pré- natal, parto, puerpério e pós-natal, ou, ainda, em casos de procedimentos abortivos autorizados, que, violando o direito à assistência médica da mulher, implique em abuso, maus tratos ou desrespeito a autonomia feminina sobre o próprio corpo ou a liberdade de escolha acerca do processo reprodutivo que entender adequado. (AZEVEDO, 2015, n.p).

¹⁶ Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/5/art20190510-10.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2020.

¹⁷ Disponível em: <http://estaticog1.globo.com/2019/05/07/ParecerCFMViolenciaObstetrica.pdf?_ga=2.219029343.717890433.1588438720-993121817.1578695899>. Acesso em: 25 abr. 2020.

Conforme Sena e Tesser (2017), violência obstétrica tem sido alvo de discussões feministas desde 1980, mas foi pelos anos 2000 que o debate abrangeu, inclusive, o nível acadêmico no Brasil. Segundo o texto da lei da Venezuela, a violência obstétrica é uma forma de apropriação do processo reprodutivo das mulheres pelo profissional de saúde. A violação pode ser compreendida, ainda conforme a lei, pelo tratamento desumanizado, pelo abuso de medicamentos, pela patologização de um processo que é natural, fisiológico, fazendo com que a mulher perca a autonomia e a liberdade de decisão sobre seu corpo.

Cito alguns exemplos de procedimentos que, dependendo das circunstâncias, podem representar violência obstétrica, tais como: episiotomia sem consentimento ou sem necessidade; raspagem dos pelos pubianos; manobra de kristeller; exames de toque; fórceps; litotomia; rompimento artificial da bolsa; ocitocina sintética; enema, entre outros. Variam desde o abuso físico, passando pelas intervenções não consentidas, pelo cuidado indigno, pelo abuso verbal até pelo abandono ou pela negligência, discriminação ou exposição imprópria.

Apesar de já ser lei na Argentina e na Venezuela, o Brasil ainda não possui legislações federais para definir e criminalizar a violência obstétrica. Várias referências, como Diniz et al. (2016) e a própria história do parto no Brasil apontam para o motivo da perpetuação da violência: o modo de ensino da obstetria. A violência obstétrica não é só uma violência institucional, como de gênero, embora as situações envolvam, também, a violação dos direitos humanos.

Conforme pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2010)¹⁸, uma em cada quatro mulheres brasileiras relatou violência obstétrica. Esse tipo de queixa, segundo a investigação, é mais frequente nos hospitais públicos, mas também ocorre nos hospitais privados. As agressões oscilam desde xingamentos até exames dolorosos ou na recusa da realização de determinados procedimentos para alívio das dores do parto. Vale ressaltar que se trata de uma pesquisa pioneira e de extensão nacional, por meio da qual 25 estados e 176 municípios foram investigados e, de acordo com os resultados, quanto mais escura a cor da pele, mais jovem e mais pobre, maiores são as possibilidades de maus-tratos. Em torno de 27% dos casos, as agressões teriam acontecido no SUS e 17% na rede privada de saúde. Além disso, teriam

¹⁸ Disponível em: <https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

ocorrido mais em centros urbanos, sendo menos frequentes em regiões mais isoladas e rurais do país. De acordo com a pesquisa, as mais comuns, segundo o estudo, são gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento, falta de informação, falta de analgesia e até negligência.

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha para assegurar às mulheres a congruência de vários direitos sexuais e reprodutivos, como o próprio planejamento do parto sendo uma forma de melhoria do atendimento à saúde materno-infantil. Conforme o Ministério da Saúde:

Atualmente, a Rede Cegonha desenvolve ações em 5.488 municípios, alcançando 2,6 milhões de gestantes. Desde o lançamento da Rede, foram investidos mais de R\$ 3,1 bilhões para o desenvolvimento das ações. A estratégia também busca contribuir na aceleração da redução das taxas de mortalidade materna e neonatal. Somente em 2013 foram realizadas 18,9 milhões de consultas pré-natais pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que representa aumento de 93% em relação a 2003¹⁹. (BRASIL, n.p).

Para que o tema tenha a abrangência a qual tem hoje, o papel dos movimentos sociais de mulheres – sobretudo sobre humanização - foi fundamental, o que será ainda detalhado mais adiante. Um dos aspectos dessa contribuição é a popularização do acesso à internet, declarado em 2011, pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um “bem fundamental à vida humana”, que possibilitou a ampla divulgação de pautas articuladas por ativistas por meio de blogs. Em 2012, a Rede Parto do Princípio teve destaque, novamente, sobre o tema ao elaborar um dossiê referente à violência obstétrica no Brasil, chamado “Parirás com dor”²⁰. Ao final, o dossiê teve mais de 1000 páginas colocando o panorama dos estados do Brasil, apresentado para a Comissão Parlamentar Mista do Inquérito (CPMI) da violência contra as mulheres. Em 2013, ao ser convidada para participar do Relatório de Direitos Humanos no Brasil, a Rede Parto do princípio escreveu um capítulo sobre

¹⁹ Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/rede-cegonha>>. Acesso em: 25 abr. 2020.

²⁰ Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2020

violência obstétrica²¹, bem como elaborou uma cartilha sobre violência obstétrica em parceria com o fórum das mulheres, em 2014²².

Além disso, ainda em 2012, o blog *Cientista que virou mãe*²³, representado por Ligia Moreira, Ana Carolina Franzon, do blog *Parto no Brasil*²⁴, Fernanda Café, do blog *Mamíferas*²⁵ elaboraram uma pesquisa intitulada como “Teste da violência obstétrica”²⁶, que gerou grande repercussão nacional e foi respondido por quase duas mil mulheres. Na pesquisa, 52% dos partos foram por meio cirúrgico e um quarto da amostra, cerca de 500 mulheres, passou pela episiotomia sem consentimento prévio. Apenas um quarto da amostra teve liberdade de movimento durante o parto e 34% pariram em posição litotômica²⁷, considerada a pior posição para a mulher de parir e a melhor para o médico.

Ainda em 2012, o que repercutiu muito e contribuiu para a ascensão do debate no Brasil foi o documentário *Violência obstétrica – a voz das brasileiras*²⁸, em que parte do grupo de pesquisa *Gênero, Maternidade e Saúde*²⁹, liderado pela professora Carmen Simone Grilo Diniz do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP. O projeto tem a autoria das pesquisadoras Ana Carolina Franzon, Bianca Zorzam, Heloísa de Oliveira Salgado, doutorandas pela FSP-USP, e Ligia Moreira (UFSC), com a parceria da blogueira Kalu Brum e do videomaker Armando Rapchan, sendo fruto do ciberativismo que une diversas pessoas em prol da humanização da assistência ao parto por meio da internet.

²¹ Disponível em: <http://www.social.org.br/relatorio_RH_2013.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2020.

²² Disponível em: <http://media.wix.com/ugd/2a51ae_a3a1de1e478b4a8c8127273673074191.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2014.

²³ Disponível em: <<http://portal.cientistaqueviroumae.com.br/>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

²⁴ Disponível em: <<https://www.facebook.com/BlogPartonoBrasil/>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

²⁵ Disponível em: <<https://blogmamiferas.com.br/>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

²⁶ Disponível em: <https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados_-Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Diagramada_Vers%C3%A3o-final.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

²⁷ Posição em que a mulher fica deitada na maca, com os pés na mesa cirúrgica para dar acesso à região pélvica.

²⁸ Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=RMfAvqfd9g&ab_channel=Exposi%C3%A7%C3%A3oSentidosdoNascer>. Acesso em: 15 abr. 2020.

²⁹ Disponível em: < <https://edisciplinas.usp.br/enroll/index.php?id=4865> >. Acesso em: 15 abr. 2020.

Em 2014, a OMS reconheceu a violência obstétrica como um problema de saúde pública³⁰ e solicitou maior apoio do governo, enfatizando os direitos das mulheres a um atendimento digno e respeitoso durante toda a gravidez e o parto. A instituição deu um pouco mais de força para os movimentos sociais tomarem as ruas em prol de seus direitos em torno da saúde sexual e reprodutiva da mulher. O debate tomou conta do meio jurídico, das mídias sociais e da sociedade civil, os quais queriam saber do que se tratava essa violência até pouco “invisível”. Em 11 de abril de 2014, um importante protesto tomou as ruas de 32 cidades brasileiras. Na ocasião, os movimentos sociais organizaram uma convocatória por meio de um blog³¹, intitulado “Somos todas Adelir”.

No dia 1 de abril de 2014, Adelir Lemos de Goes teria sido levada de sua residência à força no meio da madrugada, em trabalho de parto, para ser obrigada a fazer o parto cesariana no hospital por não ter aceitado, no dia anterior, se submeter ao procedimento cirúrgico³². Além de todo esse cenário desastroso, Adelir pediu, durante o trajeto, para ser conduzida a outro hospital e isso foi negado, assim como o direito a um acompanhante, direito garantido desde 2005 pela lei 11108³³. O caso ocorreu em Torres, Rio Grande do Sul, e a decisão judicial foi calcada apenas na opinião da médica. Nas imagens usadas nas redes sociais, o retrato de uma grávida algemada com pontos na barriga chamava a atenção, como veremos na imagem 2.

³⁰ Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3>. Acesso em: 25 abr. 2020.

³¹ Disponível: <<https://somostodxsadelir.wordpress.com>>. Acesso em: 25 abr. 2020.

³² Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2014/04/14/opinion/1397481297_943876.html>. Acesso em: 12 fev. 2021.

³³ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 3 mar. 2020.

Imagem 2 – Protestos de Adelir



Fonte: Blog Somos Todx Adelir.

Além dos pontos na barriga, nota-se logo acima os pontos no peito, no lugar do coração. Na *hashtag*, a ideia de que “somos todas Adelir” propõe que todas as mulheres são afetadas por esse tipo de violência, por isso é um assunto de todas nós, principalmente. Jornalistas registraram as frases expostas nos cartazes, conforme imagem 3.

Imagem 3 - Cartazes do protesto de Adelir



Fonte: Revista Crescer.

O aumento de partos hospitalares e o aumento das cesáreas era exponencial. A partir dos dados vistos até aqui, mais da metade dos partos eram cirúrgicos. Como é visto nas reivindicações do protesto de Adelir, muitas mulheres relatavam, além das intervenções desnecessárias, humilhações, ofensas, expressões de preconceito. Dados da OMS de 2014, citados anteriormente, já mostravam que mulheres do mundo todo sofriam com abusos, maus tratos e as consequências drásticas desse cenário para a mãe para o bebê.

Em 2015, a Revista Época produziu uma matéria³⁴ para tratar das violações no parto abordando as denúncias que chegaram ao Supremo Tribunal Federal (STF). Na matéria, as mulheres que se reconhecem vítimas da violência contam suas histórias. Entre as histórias, as denúncias vão desde colocar o bebê “natimorto” dentro de uma luva até gritos e imposição do silêncio durante o parto. A campanha ainda usou nomes públicos, como da atriz Grazielli Massafera, que também passou por violência obstétrica, mostrando que todas as mulheres estão suscetíveis a esse tipo de violência em um momento tão vulnerável. Além disso, usaram uma hashtag nas imagens, a hashtag *#partocomrespeito*. Entre as violações, a falta de informação ou consentimento sobre os procedimentos, a recusa da entrada do acompanhante na sala de parto e casos mais drásticos como uma cesárea sem anestesia. Desde o lançamento da campanha, a Revista recebeu mais de 300 casos de violência.

Alguns dados mostram relações de raça nas violações durante o parto, como uma matéria³⁵ recente do jornal Estadão que aponta que mulheres negras morrem sete vezes mais que mulheres brancas. Além disso, há uma grande porcentagem de mulheres negras que não só não conseguiram receber assistência na primeira vez que procuraram o hospital, bem como não receberam a aplicação de anestesia. São vários os direitos negados e as diferenças de atendimento quando olhamos as pesquisas que envolvam as dimensões de raça, classe e afins. As diversas vulnerabilidades, presentes nesse marcador de diferenças, colocam a mulher em uma relação muito distinta no sistema de saúde, em condições sociais e culturais que afetam inclusive na forma como essas pessoas se posicionam diante de seus direitos.

³⁴ Disponível em: <<https://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/07/violencia-obstetrica-1-em-cada-4-brasileiras-diz-ter-sofrido-abuso-no-parto.html>>. Acesso em: 1 fev. 2020.

³⁵ Disponível em: <<https://cultura.estadao.com.br/noticias/geral,pretas-recebem-menos-anestesia-imp-703837>>. Acesso em: 25 abr. 2020.

Percebe-se que, no Brasil, os direitos humanos relacionados às mulheres são frequentemente violados, apesar de nosso país ser signatário na erradicação da violência contra a mulher e da mortalidade materna. O referencial teórico proposto por Pierre Bourdieu (1989) colabora para a compreensão da violência obstétrica como uma violência de gênero por se tratar de uma relação de sobreposição de poder, de violência e de dominação simbólica, ancorados no ambiente hospitalar.

A perpetuação desse tipo de violência, que ocorre na relação entre os trabalhadores(as) e as usuárias dos serviços de saúde, evidencia a relação indissociável que há entre o poder e a dominação. Bourdieu (1989) trata da violência simbólica como uma violência sutil, suave, insensível e, porque não, invisível às próprias vítimas, pois essas a encaram na maioria das vezes, com naturalidade. A violência simbólica é, portanto, definida pelo autor como sendo uma violência, na qual se apresentam encobertas as relações de poder que regem os agentes e a ordem da sociedade global. Neste sentido, o reconhecimento da legitimidade dos valores produzidos e administrados pela classe dominante implicam o desconhecimento social do espaço em que se trava, simbolicamente, a luta de classes (BOURDIEU, 1989, p. 25).

O foco na dor e o significado patológico foi construído à medida em que se instaurava a ideia de que tudo que é natural é um atraso para a sociedade, pois a cesárea passa a ser vista como uma opção – e não uma cirurgia em caso de impossibilidade de parir por via vaginal. Isso fez com que o Brasil se tornasse recordista mundial do nível de cesáreas. A identificação como práticas violentas e abusivas passa a dar outra conotação ao cenário de mudança social, pois as mulheres, a mídia e a sociedade, de modo geral, começaram a denunciar e a repudiar tais atos. Conforme Sena e Tesser (2017):

A compreensão do conceito ainda estava muito circunscrita aos grupos de alguma forma envolvidos no movimento em prol da humanização do parto – profissionais da obstetrícia e da saúde pública em sua maioria, como discutido anteriormente. De maneira geral, a coletividade ainda não compreendia o conceito, não reconhecia as práticas envolvidas e tais desconhecimentos contribuíam para certa desconfiança ou descrença em sua real existência. (SENA; TESSER, 2017, p. 214).

Com o questionamento sobre o modelo de assistência ao parto hegemônico, passaram a ocorrer conflitos na cena política do parto em decorrência da pauta sobre

violência obstétrica. Como discorre Diniz et al. (2016), o corpo médico do Brasil não passa por essa temática sem resistência. Palharini (2017) comenta sobre uma carta enviada à Revista Época, feita logo após a publicação pela revista da pesquisa da Perseu Abramo, em que aponta para o Estado na falta de leitos como uma justificativa à violência obstétrica, ignorando completamente a gravidade das denúncias apontadas pela pesquisa. Além disso, é constante o discurso médico pela preocupação com a reputação médica, apontando, muitas vezes, como uma violência contra o próprio obstetra.

Com a expansão das redes sociais online e das formas de se manifestar através delas, é possível observar que o debate sobre a violência obstétrica se disseminava pelo Brasil e o termo ia ganhando visibilidade. Em Santa Maria, em 2016, iniciou-se o movimento social que discutirei aqui, a partir de relatos de parto. As manifestações não se restringiram ao ambiente online, sendo organizadas também nas ruas em 2016 e em 2017, repercutindo no cenário político-social por meio de uma Audiência Pública e incentivando outros grupos voltados ao parto e à humanização a abordar o tema. O grupo de Santa Maria criou vínculos com outros grupos, como o grupo Nascer Sorrindo, de Pelotas, e o grupo de pesquisa do projeto Rita Lobato, de Rio Grande, ambas cidades da região sul do Rio Grande do Sul.

A conjunção entre ativismo e tecnologia vem sendo muito explorada no campo das ciências sociais e humanas, Stuart Hall (2001;1997) e Donna Haraway (2009) são alguns dos autores que se destacam nesse meio. Ressaltando as transformações sociais e políticas, Donna Haraway (2009) menciona o quanto a ciência e a tecnologia transformam as nossas percepções de mundo, ao mencionar o “ciborgue” como símbolo de um hibridismo entre máquina e organismo, esse tornou-se responsável pela releitura dos movimentos feministas dentro da lógica das redes.

Nesse sentido, Nancy Baym (2010) destaca algumas perspectivas possíveis para pensar o papel das mídias sociais nesse contexto, uma vez que elas produzem certas formas de mobilização subjetivadas e catalisam uma série de demandas sociais que certamente não seriam visibilizadas sem elas. Assim, a internet não se configura como um elemento abstrato, genérico, mas como algo que se constrói socialmente e, por isso, modifica-se de acordo com as transformações sociais. Marina Lemos (2009), coerente com isso, comenta que a questão do feminismo não se dará somente pela

ótica das identidades múltiplas, mas pelas formas de poder e de discurso, que são mediadas pelos meios de comunicação.

Castells (2013) argumenta que os movimentos são mais disseminados quando, a partir deles, outros cidadãos no mundo inspiram-se a fazer o mesmo. Assim, a emissão e reprodução de informações por meio dos mobilizadores nas redes sociais cooperam para o chamado ciberativismo. Para Lemos (2009), o ciberfeminismo, nesse aspecto, questionou as relações das mulheres com a tecnologia, bem como as estruturas de gênero nessa cultura, tornando-se objeto de intensas discussões entre 1990 e 2000. Como uma prática feminista em rede, o ciberfeminismo promove diferentes articulações nos espaços físicos e discursivos. Apesar de haver assimetrias – ainda de acordo com Lemos (2009) - quando pensamos no ciberfeminismo, as políticas do feminino emergem com diferentes intensidades, questões e modos de apresentação da América Latina. Isso produz novos modos de engajamento político, transformando mulheres em agentes ativos e em catalisadores de experiência.

Pensando a noção de identidade e reconhecimento dessas mulheres, Stuart Hall (1997) compreende essa identidade surge do diálogo entre conceitos e definições representados pela nossa cultura e pelos nossos desejos. Dessa maneira, percebemos que a identificação de um movimento social formado por mulheres – na maioria mães – que se identificam como vítimas de violência obstétrica ocorre, principalmente, pelas formações discursivas que essas mulheres representam. Essa identidade “vítimas” – muito estudada e atrelada às políticas de reparação do pós-ditadura no Brasil – confere a elas certa legitimação de fala e de espaço político, o que também é favorecido pela influência dos debates feministas no Brasil.

Nessa perspectiva, ao longo dos últimos quatro anos, o movimento foi se estabelecendo e ocorreram reuniões, manifestações, protestos, audiências e esses eventos compõem os dados da pesquisa e serão trazidos para a discussão na dissertação. Apesar dos muitos embates em torno do uso ou não do termo, a nível nacional e regional, como já mencionado, um mês após o documento que proibia o uso do termo, em 10 de junho de 2019, o Ministério da Saúde emitiu uma nota declarando “reconhecer” o uso do termo “violência obstétrica”. O documento dizia que as mulheres têm o direito de referir-se ao termo que melhor define as

experiências vividas no parto³⁶, mas o órgão ainda manteve a posição de não o usar em documentos oficiais.

No dia 31 de junho de 2019, na Câmara Municipal de Vereadores da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, acontecia a segunda Audiência Pública para tratar de assuntos relacionados ao trato de gestantes no parto. Assim como na Audiência Pública de Santa Maria, que será descrita no capítulo seguinte, juntava-se à mesa os parlamentares, os representantes dos órgãos de saúde – na maioria homens brancos, classe média alta – e os movimentos de mulheres – entre doulas e mães, com a participação do grupo de Rio Grande e o apoio do grupo de Santa Maria. O tema voltou a repercutir, agora entre os órgãos de medicina do estado.

A Audiência Pública de Pelotas começou com a citação de um propagandista nazista, Joseph Goebbels. Após as falas de alguns representantes de órgãos, como SIMERS, CREMERS, todos homens, na maioria médicos, e da vereadora proponente da pauta, o debate foi aberto à sociedade civil. Então, uma mãe, na representação de um movimento social de Rio Grande/RS e que incorpora o movimento de Santa Maria/RS, levantou-se para falar:

‘Boa noite a todas e todos, eu sou Kelley Duarte, professora da Universidade de Rio Grande, coordenadora do projeto biografias do trauma. Bom, o nosso projeto iniciou com relatos de mulheres vítimas de violência obstétrica eu repito mil vezes. Porque essa audiência foi iniciada com a citação de Joseph Goebbels. Vocês sabem quem foi Joseph Goebbels? Quem é que sabe? Ou foi uma pesquisa de google? Quem é Joseph Goebbles? Propagandista nazista, que negou o holocausto. Negar a violência obstétrica é equiparar-se a Joseph Goebbles. Sinto muito, mas falta muita leitura para que vocês tenham argumentos para negar um termo que não está sendo rechaçado pela autoridade máxima que é o Ministério da Saúde, vocês esqueceram da Organização Mundial da Saúde, a OMS. Vocês esqueceram do Frédéric Leboyer, quem é que sabe me dizer? Eu queria perguntar pro médico obstetra quem é Frédéric Leboyer? [...] não ria, senhor. Não ria porque a sua mulher não vai passar por isso’. (DUARTE, Kelley. Audiência Pública, 2019).

Essa fala ilustra algumas das principais discussões que me propus a abordar nesta dissertação. Kelley é uma mãe enlutada, também ativista contra violência obstétrica, que lidera um dos grupos aliados ao movimento de “Mães contra violência

³⁶ Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/06/10/ministerio-da-saude-reconhece-legitimidade-do-uso-do-termo-violencia-obstetrica.ghtml>>. Acesso em: 6 mar. 2020.

obstétrica de Santa Maria”. Nessa fala, interessa dizer que Kelley questionou a postura dos profissionais de saúde ali presentes, os quais fizeram da Audiência uma disputa de poder. Ela apropria-se, através de sua manifestação, de um autor específico da área médica, referido aqui na seção da Humanização do Parto, fundador da teoria do parto sem violência. Mostra, pela fala, que sabe do que está falando, ainda confronta “não ria, senhor, não ria porque a sua mulher não vai passar por isso”.

Investigo as emoções presentes nos relatos das mulheres e nas manifestações públicas, para verificar o que elas desencadeiam não só em termos de discursos, como também de uma mobilização política dos espaços, mostrando a articulação entre os grupos. Kelley é coordenadora de um projeto que se articula dentro da Universidade do Rio Grande, tendo atuação dentro e fora da universidade no que tange à violência obstétrica, documentando relatos traumáticos de parto. Ela identifica, a partir da fala dos profissionais de saúde, a falta de embasamento na pauta em questão da audiência pública e indica certa crueldade no trato com as mulheres, inclusive, no momento em que elas saem para lutar pelos seus direitos ou para falar da violência pela qual dezenas de mulheres estão passando.

Entretanto, ainda no dia 16 de setembro de 2019, o Conselho Federal de Medicina estabeleceu novas normas éticas para a atuação dos médicos no caso de pacientes que se recusam a algum tratamento médico, como o caso das gestantes durante o parto, determinando que a recusa de tratamento de gestantes pode significar abuso de direito. A norma³⁷ gerou polêmica entre os mais diversos setores da sociedade, sendo suspendida no dia 17 do mesmo mês pela Justiça Federal, apontando que a nota coibia a liberdade de escolha da parturiente.

Considerando as disputas de poder e a conquista de espaço dos movimentos das mulheres, analisei neste capítulo como foi se construindo o entendimento sobre a violência, os direitos sexuais e reprodutivos, sobre as práticas de quem assiste o parto, dentro de um deslocamento de gênero no modelo de assistência. Toda essa transformação tem relação com uma série de mudanças em outros setores da sociedade, que colaboram com uma mudança também no ideário social. Após

³⁷ Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/09/26/conselho-de-medicina-inclui-gestantes-na-lista-de-excecoes-dos-pacientes-que-podem-recusar-tratamentos.ghtml>>. Acesso em: 8 mar. 2020.

acompanhar esse processo de transformação social, trago os relatos das mulheres para elucidar as práticas de atendimento que têm violado as mulheres.

3.1 RELATOS DE PARTO E DE RESISTÊNCIA

Tendo os exorbitantes dados de mortalidade materna da OPAS³⁸, em que mais de 800 mulheres vinham morrendo no parto ou pós-parto todos os dias, o Brasil está entre os países que assumem o compromisso de reduzir esse índice. Dada a importância de se discutir o atendimento obstétrico, trarei, nesta seção, os relatos de parto das mulheres que compuseram o movimento contra violência obstétrica em Santa Maria, seja de forma online ou não. Ao total, tínhamos mais de 75 relatos de parto disponíveis, em domínio público, tanto pela página de Mães na Luta Contra Violência Obstétrica, quanto por perfis pessoais das mulheres. Os casos são, na grande maioria, de Santa Maria e região, mas há relatos de outros estados, como Rio de Janeiro e Ceará. A faixa etária varia de 14 a 40 anos, sendo a maioria delas na faixa de 20 a 30 anos. Ao entender a magnitude de trabalhar com a experiência das mulheres, tive de fazer uma seleção, considerando que as histórias selecionadas representam dezenas de centenas de outras mulheres que a pesquisa não pôde abranger.

Há alguns relatos sem detalhes importantes, como a via de parto ou idade da mãe, o que configura uma característica específica de manifestações livres nas redes sociais. Alguns relatos têm fotos, alguns têm nomes, outros são anônimos, outros acontecem nos comentários de outros relatos, em reconhecimento aos mesmos. Entretanto, há uma similitude entre uma quantidade significativa de relatos, como o fato de não se sentirem ouvidas, de sentirem-se negligenciadas, ou mesmo, de terem quase morrido. Muitas atribuem o bom sucesso do parto, que implica a sua sobrevivência e a do bebê, a Deus e identificam o que passaram como “tortura”.

A ideia de um parto normal forçado ou de um parto levado ao limite até uma cesárea de emergência é muito presente nos relatos. Muitas esperam atendimento para um parto cirúrgico por falta de leitos, outras esperam a assistência para conseguir

³⁸ Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/node/63100>>. Acesso em: 28 mai. 2021.

fazer os movimentos certos. A seleção foi baseada em alguns critérios, restringi, primeiramente, aos relatos de parto de Santa Maria, posteriormente, aos relatos de parto da rede pública de atendimento para, então, passar aos relatos de parto de mulheres que participaram mais ativamente das ações do grupo, tanto online quanto presencialmente. Além disso, no decorrer do trabalho, alguns relatos foram tirados da lista, pois não obtive retorno aos meus contatos, visto o contexto pandêmico que estamos vivendo durante a coleta de dados.

Todos os relatos selecionados estão, também, em domínio público pela página “Mães na luta contra violência obstétrica”, entretanto, mesmo assim, solicitei a autorização para usá-los para fins acadêmicos. Ou seja, todos os relatos foram devidamente autorizados pelas interlocutoras. Ademais, em diálogo com elas, nenhuma se opôs ou manifestou interesse em não usar o nome verdadeiro, pelo contrário. Para elas, colocar seus nomes é uma forma de unir-se às demais mães em prol de nossos filhos. Apesar disso, preferi, em diálogo com elas, não usar as imagens dos relatos de parto como objeto de estudo.

Ao visar que essas mulheres representam centenas de outras mulheres, preferi dar um espaço individual para cada uma das participantes dessa pesquisa, valorizando as singularidades de cada experiência, de cada vida. Temos, no total, 09 mulheres que pariram em Santa Maria, nos últimos 10 anos, pela rede pública de atendimento. A cidade de Santa Maria disponibiliza dois locais de atendimento, o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e o Hospital Casa de Saúde³⁹ (HCS). Dentre as interlocutoras, três mulheres tiveram parto cirúrgico e as outras sete mulheres tiveram um parto vaginal. Tivemos, lamentavelmente, ao todo, quatro mortes, todas dos bebês. Em relação às demais, apenas uma das crianças não teve sequelas após o parto, todas as demais tiveram sequelas graves a gravíssimas, comprometendo toda a vida das crianças.

Das 9 mulheres participantes da pesquisa, 5 delas tiveram o parto cirúrgico e as outras 4, parto vaginal, o que ainda não mostra as “nuances” dessa quantificação, pois – como comentado anteriormente – a maioria das cesáreas são feitas de

³⁹ O Hospital Universitário tornou-se referência para a região de Santa Maria para partos de médio ou alto risco. Há 16 leitos à disposição, sendo 3 deles para pós-parto de cesáreas. O Hospital Casa de Saúde é um hospital referência para gestantes de baixo risco, com um total de 20 leitos, entre os quais 2 são leitos PPP (para o pré-parto, parto e pós-parto). É importante salientar que essas informações foram fornecidas por ligação.

emergência, quando já não há mais o que fazer. As mulheres foram sujeitas a um processo de sofrimento até o limite. Dessa relação, das 09 mulheres interlocutoras, 8 sentiram-se forçadas a um parto vaginal.

Das 5 mulheres que tiveram um parto cirúrgico, houve uma morte e quatro complicações, as quais deixaram sequelas pós-parto a 3 crianças, consideradas graves. A complicação mais comum é a paralisia cerebral, que faz com que os pequenos tenham convulsões diárias, problemas neurológicos, levando toda a família, especialmente as mães, a um comprometimento permanentemente com a sobrevivência das crianças. O medo, a angústia, o aprendizado das técnicas de aspiração fazem parte da rotina majoritariamente materna. Mesmo sendo a relação dos partos cesáreos, houve maior sobrevivência dos bebês, o que não garantiu que não houvesse complicações ou sequelas depois do parto. Todas as cirurgias foram feitas de emergência e todas elas tiveram espera devido à falta de leitos e infraestrutura.

Em relação aos quatro partos vaginais, temos um índice maior de mortes, correspondendo à metade do total dos atendimentos, ou seja, duas crianças morreram durante o processo do parto ou no pós-parto. É importante considerar que algumas foram atendidas no Hospital Casa de Saúde, mas, como esse não tem tratamento intensivo, foram encaminhadas para a UTI do Hospital Universitário. Dentre as outras duas crianças, uma ficou com complicações do pós parto e apenas uma não ficou com sequelas, tendo complicações somente no período do parto. Todos os partos vaginais foram forçados, pela percepção das mulheres, o que acredito ter a ver com a necessidade e má interpretação do que vem a ser um “parto humanizado”.

Como vimos nos relatos, um dos hospitais tinha a propaganda e usava elementos da humanização para compor o imaginário social de que é um hospital “moderno”, “humano”. Entretanto, na prática, vemos que se trata muito mais de um alto índice de partos vaginais às custas de mulheres que agonizam pelos corredores e gritam por socorro sem serem ouvidas. A partir daqui, vamos às narrativas⁴⁰ para compreender as nuances do atendimento, entre outras coisas.

⁴⁰ É interessante ressaltar que, embora não tenha colocado os relatos na íntegra, mantive a escrita sem correções e as paráfrases que faço após as citações diretas são de partes recorrentes na grande maioria dos relatos.

3.1.1 “Eles fazem o que bem entendem e eles mesmos se protegem” – Relato de Daniela Bortoluzzi

Daniela Gaier Bortoluzzi é uma mulher cis, branca, hoje com 34 anos, teve seu primeiro filho com 18 anos em 2005, por um parto cirúrgico, logo após ter se casado. A gravidez de Daniela foi voluntária, ou seja, ela e o marido decidiram conjuntamente. Apesar de fazer todos os exames, de seguir o acompanhamento e as recomendações médicas, Daniela não teve o desfecho imaginado que, segundo ela, ocorreu devido à má assistência ao seu parto *“pois aí chegou o grande momento esperada por todas as gestantes o “parto” o qual infelizmente não me trouxe boas recordações fui “mal assistida” e por conta disso hoje quem paga a conta é o meu #PríncipeEric”*.

No dia 20 de maio⁴¹, ao perceber uma “coisa esquisita” no banheiro, que disse parecer como se tivessem quebrado vários ovos e colocado as claras nela, Daniela recorreu ao Hospital Universitário achando que era sua bolsa que havia estourado. Ao chegar no hospital, após a avaliação, o médico disse para Daniela que não era a bolsa, e sim o tampão. Recomendou que ela voltasse até dia 24, caso o Eric não manifestasse sinal para nascer, iriam fazer uma cesárea. Após ir para casa e fazer mais uma consulta do pré-natal, o médico que estava acompanhando a Daniela – diferente do atendimento anterior no HUSM – confirmou a necessidade de um parto cirúrgico, posto que não havia nenhum sinal para o Eric nascer.

No dia 24, ao ir para o hospital conforme lhe foi recomendado, examinaram-na e mandaram-na ir para casa por não ter dilatação, nem contração. Entretanto, no entardecer do mesmo dia, começou a sentir dores insuportáveis, o que a fez voltar ao hospital para ser examinada novamente. Ao chegar ao hospital, a equipe concluiu que Daniela deveria ficar internada, nas palavras dela “Eu fiquei feliz grassas a Deus logo vou estar com o meio Príncipe nos braços...Pois então me colocaram no soro e comecei senti as dores mais fortes eu fiquei feliz né logo vou ter meu bebê”. A alegria de receber o filho e Deus como um conforto no momento que a instituição não responde a todas as perguntas.

⁴¹ Relato de parto disponível em: <<https://www.facebook.com/maesnalutacontraavioleciaobstetrica/posts/409619416229541>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

Após exaustivas horas no soro, às 3 horas da manhã, ela chamou a enfermeira e perguntou quantos frascos de soro ela ainda teria de “tomar” para sentir as “dores do nascimento”. A enfermeira, então, respondeu que não era para ela preocupar-se, pois teria que ser feito uma cesárea, considerando que o bebê havia feito mecônio dentro da sua barriga. Ao dizer que não entendia o que era “mecônio”, perguntou à enfermeira, “foi aí que a enfermeira percebeu que Eu não sabia de nada”. Daniela destaca uma dificuldade com a linguagem técnica, usada para se comunicar com as mães na assistência ao parto, mas que pouco esclarece sobre o que elas querem saber. Ao pedir pela médica, a enfermeira sumiu.

Apenas às 8 horas da manhã, quando a mãe de Daniela chegou, ela foi requisitada para tomar banho e ser encaminhada para o bloco cirúrgico. Quando a enfermeira avaliou Daniela, percebeu um grande sangramento. Nas palavras dela:

a enfermeira disse vou da um jeito que a coisa é séria...minha mãe foi atrás dos médicos que já tinham trocado o plantão e o médico que assumiu disse pra minha mãe que para aquele dia ia ser impossível eu fazer a cesárea não tinha bloco cirúrgico disponível...Então minha mãe disse que qualquer coisa que me acontece ou ao bebê a responsabilidade seria toda dele... Então foi questão de segundos eu estava no bloco cirúrgico... Não ouvi o Eric chorar... Demorou para trazer ele para mim ver... Quando eu o vi me assustei ele estava roxo e não tinha forças para mamar no peito e tiveram que dar uma mamadeira prá ele porque ele tinha nascido com a glicose baixa... (BORTOLUZZI, Daniela Gaier. Relato de parto. 05 de ago. de 2018).

Aqui, há um recorte interessante, em que o médico assume a falta de infraestrutura do hospital ao não ter leito disponível no bloco cirúrgico. Ou seja, o bom sucesso do parto de Daniela dependia, supostamente, da boa estrutura do hospital, como se o corpo fosse um instrumento capaz de exercer o parto, assim como discute Carneiro (2011). Ao receber essa informação, a mãe de Daniela, que está ali como acompanhante dela, questiona o médico, sugerindo que qualquer coisa que acontecesse à filha ou ao neto, seria responsabilidade dele. Então, após pressionar a equipe para que o parto aconteça logo, Daniela foi encaminhada para o parto.

O choro de uma criança é interpretado, pela maioria das pessoas desta pesquisa, como o anúncio da vida que chega. Além disso, a interlocutora aponta a demora para trazer Eric para ela. Depois disso, conta que o menino teve uma crise de hipotermia e teve de ser levado para o aquecimento. Aqui, a mãe encerra o relato do parto, passando a contar como é o pós-parto, depois que Eric sai do hospital:

Daí em diante ele teve milhares de internação, Pneumonia, infequicoes, baquiteremia, por sete anos passou mais no hospital que na sua própria casa... Fomos a Porto Alegre fazer exames da genética e lá foi visto que embora ele tivesse nascido com um probleminha no coração e ter ipospadia, nem um desses problemas iria ter causado duas lesão no cérebro o que foi provocada no parto pelo sofrimento....Aí eu pedi ao médico que escrevesse tudo o que ele tinha me falado num papel e carimbasse.. só que não... O médico falou mãe tente me entender eu não posso falar mal de um colega meu.....E aí é assim eles fazem o que bem entende e eles mesmo se protegem e a lei judiciária é cega e acoberta tudo isso.... Sim porque não são eles que vão viver uma vida toda com Horário de mamar de tocar fraldas de acordar a noite pra ver se tão respirando cuidar pra não se refreassem etc.....etc..... Esse é o país que vivemos....Justiça cega !!! (BORTOLUZZI, Daniela Gaier. Relato de parto. 05 de ago. de 2018).

O que ela mostra nesse trecho é a magnitude das sequelas depois do parto que o Eric tem de enfrentar, as quais fizeram com que ele passasse os primeiros sete anos “mais no hospital do que na sua própria casa”. Isso mostra como esses partos traumáticos prendem mulheres e crianças aos hospitais, quando deixam sequelas permanentes. A maternidade passa a ser institucionalizada, visto que o acompanhamento e as boas condições de saúde do menino passavam pelo bom acompanhamento institucional.

Há, ainda, outro elemento recorrente nos relatos que gostaria de chamar a atenção: Daniela só descobre, nos atendimentos de Porto Alegre, que os problemas de saúde do Eric se devem ao atendimento que ele teve no parto. Depois, o profissional de Porto Alegre admite que o problema só pode ter vindo do parto. Imediatamente Daniela pede que ele registre o que está falando supostamente para ela poder provar isso, em consequência da voz dela não ter respaldo científico na linguagem médica e outro médico falando isso teria “mais” valor.

Entretanto, ele não pode fazer isso, faz parte da conduta médica proteger seus colegas, raramente um médico vai atestar que outro médico errou. Há muitas nuances nisso, há uma dificuldade de provar que os procedimentos foram incorretos, visto que a única pessoa que poderia testemunhar não tem o conhecimento legitimado sobre o processo. A mãe comenta sobre isso dizendo que eles “se protegem e a lei (...) acoberta tudo isso”, mostrando a descrença sobre a ideia de justiça, que seria a reparação do dano causado, uma vez que “não são eles que vão viver a vida toda com horário de mamar, de tocar as fraldas e acordar a noite pra ver se tão respirando”.

Daniela ilustra a história de uma mulher – como tantas outras – que só queria receber seu filho nos braços. Sem tanta informação e conhecimento, perdeu a possibilidade de parir na hora que seu corpo precisava. Eric, que antes mesmo de vir ao mundo já conhecera a violência obstétrica, teve sua vida toda comprometida pelas consequências de uma soma de negligências e violências. Sem a possibilidade de reparação, Daniela usa a última esperança de ser ouvida, ao solicitar que o médico de Porto Alegre escreva sobre as razões de seu filho estar com tantas complicações após o parto. Entretanto, ela acabou se deparando com uma esfera de poder ainda maior sobre seu destino: a classe médica.

3.1.2 “Eu teria que me acostumar com choros de dor e outras coisas devido à P.C” – Relato de Inara Oliveira da Silva

Inara Oliveira da Silva, mulher cis, branca, 43 anos, participou ativamente do grupo “Mães na luta contra violência obstétrica”. Ela engravidou em 2010 do segundo filho, tendo vindo a parir em 2011, por um parto cirúrgico. A gravidez de Pedro era involuntária, mas muito bem vinda e assistida. Ela fez todo o pré-natal, todos os exames, mesmo embora no último tenha constado uma perda de líquido amniótico. Devido às complicações com a saúde do Pedro após o parto, Inara nunca mais pôde trabalhar, assinar a carteira, restringindo-se às funções no âmbito doméstico e do cuidado.

Assim como algumas outras mulheres do universo da pesquisa, Inara também fez todos os ultrassons⁴². Como vimos anteriormente com as ideias de Chazam (2007), a boa conduta da mãe, hoje, passa pelo bom desempenho e pela boa resposta às tecnologias solicitadas pelo médico que a acompanha. Uma boa mãe é aquela que faz todo o acompanhamento pré-natal, faz todos os exames, de acordo com a orientação médica. Na madrugada do dia 4 de abril de 2011, a bolsa de Inara rompeu, levando-a ao Hospital Universitário para ser atendida. Após ser examinada, ela lembrou do exame que apontou a perda de líquido e da orientação do seu médico de mostrar a pasta de exames, caso fosse atendida. No entanto, ao mostrar a pasta de

⁴² Relato de parto disponível em: <<https://www.facebook.com/maesnalutacontraavioleciaobstetrica/posts/304133586778125>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

exames para a enfermeira, Inara diz que “ela simplesmente não deu a mínima e virou as costas”.

Depois de voltar à sala, a enfermeira atendente de Inara comenta que ela pode ir para casa, considerando que havia uma lotação no hospital e não teria como atendê-la. Apavorada, Inara nega-se a ir para casa e questiona como faria isso, sabendo que seu filho estava para nascer, então “ela simplesmente virou as costas e saiu voltando minutos mais tarde e disse que era para mim ficar ali numa maca”. Minha interlocutora comenta que ficou ali por horas e horas com muita dor, exausta, pois não estava acontecendo nada como o esperado. Ao ir ao banheiro e notar um sangramento, ela chama a enfermeira novamente, como comenta:

chamei a enfermeira novamente falei do sangramento e ela com total descaso respondeu que era normal, falando **tu não teve outro filho** eu respondi que sim tinha tido outro filho e **não estava sendo nem um pouco parecido**. Perguntei se era realmente normal as dores muito fortes e o sangramento? Ela simplesmente **me virou as costas** mais uma vez. O que na verdade estava se tornando um hábito dela. (SILVA, Inara. Relato de parto. 05, fev. 2018, grifo nosso).

Aqui, podemos perceber que a ideia de a Inara ser uma mulher mais velha, múltipara, fez com que a enfermeira a questionasse sobre suas dúvidas, pois considera que ela deveria saber como era o processo. Inara sinaliza nessa parte do relato que, mais uma vez, a enfermeira vira as costas, tornando isso um “hábito”. Depois de chamar mais duas vezes a enfermeira, reclamando de suas dores, ela foi ignorada. Foi respondido a ela que “era normal”. Quando chegou o plantão das 13 horas, Inara diz que chegou o “meu médico”, ou seja, a pessoa com a qual havia criado um vínculo no processo de assistência. Ele, tendo um cuidado maior com ela, questionou “ainda aí?” e vai examiná-la, dando a atenção que lhe faltava há algumas horas.

me olhou e me disse Inara seu bebe esta trancado. Olhou para seu colega e disse que tínhamos que ir para o bloco cirúrgico às pressas. Acabou que com a demora e insistência em um parto normal sabendo do meu quadro, causou uma falta de oxigênio para meu bebe e deu parada e tentaram reanimar e ele não respondia, eu completamente apavorada esperando meu bebe chorar para me mostrar que estava bem. Quando chegou o doutor do meu lado e disse Inara teu bebe não esta nada bem e foi com meu filho para UTI. No dia seguinte fui ver o meu filho Pedro na UTI chegando La vi meu bebe cheio de

aparelhos e minha vontade era cair de joelhos e chorar, mais tive que agüentar firme por ele. (SILVA, Inara. Relato de parto. 05, fev. 2018).

A crítica ausência de escuta e de atendimento à Inara fez com que fosse necessária a ida ao bloco cirúrgico às pressas, o que, segundo ela, causou uma “falta de oxigênio” e “parada” durante o parto. Esse processo é chamado pelos médicos de anóxia neonatal. Apavorada, ela diz que apenas estava esperando o choro do Pedro Henrique, pois seria o anúncio de que tudo estava bem. Pedro teve de ser encaminhado para a UTI, onde ficou por três meses, depois sendo encaminhado para a pediatria.

Com 3 meses e pouco meu filho foi para pediatria onde teve muitas ocorrências de negligencias. Simplesmente não atendiam as queixas de dor do meu filho (te pergunto como poderiam deixar um bebe de 3 meses sentir dor daquele jeito e não fazerem nada). tive que fazer uma ocorrência policial contra o hospital de tão grave que estava a situação de negligencia Com 4 meses num certo dia pedi inúmeras vezes paras as enfermeiras aspirarem meu filho e elas diziam já vai mãe (estavam sentadas no celular) e como meu filho estava asfixiando, resolvi eu mesma aspirar antes que meu filho viesse a óbito porque ninguém vinha atender ele. (SILVA, Inara. Relato de parto. 05, fev. 2018).

A sequência de negligências não acabava, a sensação de não ser ouvida, cuidada ou amparada perseguiu Inara pelos corredores do hospital. Não atendiam as queixas do Pedro, um bebê de três meses e Inara via as enfermeiras no celular, sentadas, enquanto seu filho asfixiava. Assim, ela teve de aprender aqueles conhecimentos específicos para poder cuidar de Pedro por sua conta em risco, antes que ele viesse a óbito. Não bastasse todo esse descaso com a vida, ainda teve um médico que foi atendê-los para passar o quadro clínico do menino e:

Tive que passar por uma humilhação e trauma inimaginável quando o pediatra do hospital veio me mostrar como meu filho iria ficar. Adivinhe o que ele fez?? Se entortou para me mostrar que meu filho iria ficar daquela forma e eu teria **me acostumar com choros de dor e outras coisas devido a P.C.** (SILVA, Inara. Relato de parto. 05, fev. 2018, grifo nosso).

Segundo Inara, o médico encenou o quadro clínico do Pedro, na suposta tentativa de mostrar como o menino iria ficar com a Paralisia Cerebral que havia desenvolvido após o parto. A falta de tato para comunicar à mãe o diagnóstico cria o

que ela chama de “trauma inimaginável”. Não contente, o profissional ainda comenta que ela deveria se acostumar com os gritos com choros de dor.

Quando a enfermeira virou as costas aos apelos de Inara, aparentemente desconsiderando-a como um sujeito que merecia respostas, sem falar uma palavra, ela violou a possibilidade de esclarecimentos. Como uma forma de manter o poder, dentro da lógica de Bourdieu (2001), mantém Inara na ignorância do processo. Após uma série de silenciamentos, dentro dos preceitos de Rebecca Solnit (2017), ela ainda sofreu as consequências dessa forma de opressão, tendo sido levada às pressas para o bloco. Por fim, foi Pedro, seu filho, quem manifesta as consequências da violência em seu corpo, comprometendo não só sua vida, como também o destino e a vida de sua mãe.

3.1.3 “Eu apodreci viva” – Relato de Vanessa Padilha

Vanessa é uma mulher não branca, jovem de 28 anos, cis, que hoje trabalha como auxiliar de limpeza. Ela teve o parto de seu filho Junior, um parto cirúrgico, em 10 de dezembro de 2016. Além disso, teve uma gestação de risco, com diabetes gestacional, vindo a fazer o pré-natal no Hospital Universitário, para onde são encaminhadas as gestantes de alto risco. Seu parto foi cesáreo⁴³, apesar das muitas complicações durante o processo, não ocorreram sequelas físicas. Ainda nos atendimentos do hospital, disseram a ela que tirariam o Junior nas 39 semanas. Essa fala demonstra como o nascimento depende, muitas vezes, da decisão da equipe de atendimento. Dia primeiro de dezembro, ela havia perdido o “tampão” e foi ao hospital, mas acabou sendo mandada para casa para que, no dia oito - o dia previsto - voltasse.

Ela sofreu muito, sentiu muita dor e no dia oito retornou ao hospital, onde inseriram sete comprimidos para a dilatação, o que fez com que, por volta das dez horas da manhã, a bolsa rompesse. O bebê já estava encaixado, mas a dilatação não passava de “oito dedos”, o que fez com que ela pedisse cesárea. Responderam a ela que a sala do bloco cirúrgico estava ocupada e, por isso, não tinham como atendê-la lá, pois ainda havia quatro mulheres na fila para o bloco. Na sequência, acabou

⁴³ Relato de parto disponível em:

<<https://www.facebook.com/maesnalutacontraavioleciaobstetrica/posts/214982895693195>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

fazendo alguns exercícios com a bola de yoga, que aprendeu sozinha como usar, visto que não a instruíram, nem a ampararam. Dia 10, às quatro da manhã, foi ao banheiro e sentiu a cabeça do bebê. Gritou e chorou muito, quando vieram ver o que estava acontecendo, perceberam taquicardia no bebê. Segundo Vanessa:

eram 24hrs d indução e 18 de trabalho e si e umas 10 horas de bolsa rompida e dores intermináveis...4:37da manha foi meu parto cesárea de emergência,meu bebê nasceu sem chorar,nasceu roxinho quase preto e vi os medico reanimá-lo...da anestesia a retirada dele foram menos de 10 minutos,eu tremia e chorava muito e o medico ainda brincou dizendo "treme não,aqui tu não morre,tenho oxigênio,adrenalina e desfibrilador caso tu precise" eu segurei a Mao de uma amiga que estava ajudando(doula e amiga de infância)e chorei....estava tão assustada que nem lembro da dor do bisturi....meu marido não pode ver o parto...minutos depois Deus trouxe meu bebe e eu ouvi o chorinho dele e aquele pesadelo havia passado...meu marido entrou pegou nosso anjo e me disse que estava tudo bem,enquanto isso me costuravam feito bicho. (PADILHA, Vanessa. Relato de parto. 07, jul. de 2017).

A cesárea somente aconteceu quando não havia mais o que fazer, como em outros casos que acompanhamos aqui. O choro, também nesse relato, era o anúncio da vida e de que tudo estava bem. A ausência do choro traz medo e insegurança sobre o estado de saúde do bebê. O médico, em uma postura biopolítica, ainda brinca com a situação, dizendo a ela que garantiria sua vida pelos aparelhos e tecnologias disponíveis. Depois, ouviu o choro do bebê e percebeu que estava tudo bem. A ideia de ser costurada “feito bicho” vem da lógica de desumanização do atendimento, considerando que “feito bicho” não é “feito gente”. Depois, Vanessa ainda acrescenta coisas muito interessantes para pensar o quanto esse corpo-máquina pelas ideias de Martin (2006), em que é visto como um objeto da ciência em um hospital escola, nas palavras dela: “os médicos diziam ‘esse ponto tu refaz, esse ta bom’ e assim foram e estudando umas duas horas”.

Mais tarde, é Vanessa que percebe seu filho ofegante, sendo negligenciada em sua queixa. Entretanto, Junior passa mal e, mais tarde, é preciso levá-lo à UTI para o que os médicos justifiquem com “aprender a respirar”. Após um tempo, Vanessa diz ao médico que está se sentindo mal, ele diz a ela “vai passar”, como se sentir mal fosse parte do processo. Foi liberada dia 11 por falta de leite e só voltava ao hospital para ver o Junior. Depois de muita insistência, questionando a médica sobre o estado de saúde do filho, ela esclareceu dizendo que ele pegou uma infecção do canal

vaginal, por falta de uma injeção que deveria ter sido feita. Sem poder ainda amamentar por causa do trauma, Vanessa se sentia muito culpada por toda aquela situação.

vim pra casa a tardinha do dia 15e convulsionei, desde parto sentia dores horrível mas pensava eu que era normal...qual nada,não e drenaram e eu também tive uma bactéria e quase morri...eu apodreci viva,me drenavam com cara de satisfação...eu internei com 42.3 de febre e 19/14 de pressão arterial...eles me apertavam e saltava por...e a Medica me dizia "aguenta ou vou te abri de novo" e eu serrava os dentes e pensava que meu bebe estava ali e precisava de mim....Pensava agora to perto do bb ao menos...os estudantes cercavam minha cama e estudavam meu corpo 😊 nunca me senti tão impotente...meu marido brigava com todos e tinha que grita para que o deixassem perto de mim...passamos o inferno naquele local...mas Deus nos quis aqui....Jurei pra mim mesmo que nunca mais iria engravidar...hoje penso eles que erraram...eu vou sim ter outro filho,mas HUSM e SUS nunca mais ;(. (PADILHA, Vanessa. Relato de parto. 07, jul. de 2017).

Depois de todo esse processo no hospital, minha interlocutora ainda passou mal, sentiu muitas dores, mas pensava que era normal – visto que o médico contribuiu para que ela entendesse isso do pós-parto – e descobriu que pelo fato de não ter sido bem drenada fez com que ela infeccionasse, tendo quase morrido, como diz “apodreci viva”. Depois de internar com muita febre e com uma alta pressão arterial, ao fazer os procedimentos, a médica dizia que ela deveria aguentar, quase soando como ameaça, visto que senão ela seria aberta de novo. Os estudantes usando novamente seu corpo como objeto de estudo, cercando sua cama como se fosse uma mercadoria, não como um sujeito de direitos, fez com que ela se sentisse impotente. Essa sensação e a ideia do hospital como um lugar de sofrimento se acentuaram durante todo o atendimento de Vanessa.

A narrativa do parto de Vanessa evidencia um corpo que é objetificado para ser estudado, o que representa, em situações como essa, uma forma de abuso à própria humanidade. Abusos que são normalizados, conforme Diniz et al. (2016), dentro das estruturas hospitalocêntricas. Quando as autoras falam em “vagina-escola”, referem-se a uma série de intervenções que se sobrepõem ao corpo, que está institucionalizado dentro de uma lógica passiva. A cena de uma maca cercada de estudantes, em um momento íntimo, é o cenário da violência obstétrica como violência de gênero, fazendo com que nosso corpo não nos pertença.

3.1.4 “A médica pegou ele no colo e me mostrava ele como um objeto” – Relato de Késsile Tanski

Késsile Tanski é uma jovem, não branca, atualmente com 23 anos, mãe do Miguel e do Germano. Ela pariu Miguel, primeiro filho, em 2016 no Hospital Casa de Saúde. Era sua primeira gestação, involuntária, mas muito bem recebida, por ela e pela família. Trabalha hoje com comunicação digital em casa para poder dar a assistência necessária ao filho. Ela teve gestação tranquila, nove consultas de pré-natal e todos os exames necessários.

Como comentado anteriormente, a ida nas consultas corresponde à boa conduta de uma mãe durante a gestação⁴⁴. Késsile tem o companheiro Nicholas, que é pai de Miguel e do Germano, e acompanhou toda a gestação de forma muito presente. Esse casal parece formar o que Tania Salem (1983) chama de “casal grávido”, em que ambos se comprometem com o processo. O médico que os acompanhou durante o parto disse que provavelmente na data do nascimento não estaria na cidade e, como ela frisa no relato, “como não poderíamos pagar pela disponibilidade dele, deveríamos ir para a Casa de Saúde se isso acontecesse – e aconteceu”, evidenciando uma implicação socioeconômica

No dia 12 de novembro de 2016, eles dirigiram-se ao hospital por volta das onze horas da manhã, apenas depois de um tempinho depois do início das contrações começarem. Essa espera para ir ao hospital representa o que Emily Martin (2006) diz sobre as resistências que as mulheres vão criando, como forma de não ter tantas intervenções. Ao saber que não havia necessidade de ir assim que a bolsa estourasse, Késsile deteve o conhecimento sobre seu corpo e foi assim que achou necessário. Foi bem recebida e amparada em um primeiro momento, mas, depois de um tempo de evolução do trabalho de parto, foi direcionada para um exame de toque e teve um sangramento por volta das 18 horas. Apesar de ter sentido um “clima tenso”, não foi lhe dito nada sobre seu estado de saúde.

⁴⁴ Relato de parto disponível em:
<<https://www.facebook.com/maesnalutacontraavioleciaobstetrica/posts/304134513444699>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

Pelas 19 horas, trocou o plantão e as contrações já estavam bem mais fortes, sentindo-se fraca e exausta, notou que nesse momento as enfermeiras haviam ficado mais ausentes. Nas palavras de Késsile:

Eu estava muito cansada, desmaiava e acordava com as contrações fortes, fizeram mais algumas vezes o toque para ver a dilatação que já estava em 8/9cm. Fiquei ainda mais um tempo na sala com o Nicholas, até que em um determinado momento senti que era a hora, que o Miguel estava quase nascendo naquele momento, nessa hora já tinham me dito para fazer força, porém estávamos só nós dois no quarto, pedi para o Nicholas ir falar com a médica, mas uma enfermeira disse que a médica não estava no andar, estava conversando com alguém. Nesse mesmo momento tinha ficado no hospital somente 2 enfermeiras e uma médica para tomar conta de mim e de todas as outras mães em trabalho de parto e pós-parto do andar da maternidade, pois as outras enfermeiras tinham ido levar outra mãe ao HUSM. (TANSKI, Késsile. Relato de parto. 05, fev. 2018).

A interlocutora comenta que “sentiu que era a hora”, ou seja, sentiu o momento de fazer força, mas estava sem assistência, devido à troca de plantão e à ausência das profissionais responsáveis. A falta de recursos humanos no momento do plantão fez com que só tivesse três profissionais para todo o andar da maternidade, enquanto outras enfermeiras levavam uma mãe ao HUSM. Depois disso, as contrações ficavam cada vez mais fortes, mas não ritmadas, fazendo com que a equipe achasse necessário colocar ocitocina. Após isso, Miguel nasceu em 20 minutos, às 21:25 horas.

saiu roxo e sem respirar, disseram que estava com circular de cordão, demorou um minuto até que já tivessem tirado ele da minha frente e levado para fazerem os procedimentos. Portanto, é provável que desde às 18:10 até o horário em que ele nasceu ele estivesse pronto para nascer, mas demorou todo esse tempo em sofrimento dentro de mim. Levaram o Miguel para outra sala e o Nicholas foi atrás, eu fiquei na maca na companhia da médica que disse que eu não poderia ficar sozinha ali, esperando por uma resposta que ninguém tinha dito. (TANSKI, Késsile. Relato de parto. 05, fev. 2018).

Ela comenta que é provável que ele já estivesse pronto para nascer desde o momento que sentiu isso pelas 18 horas. Entretanto, a demora do atendimento fez com que ele entrasse em sofrimento fetal. Depois de muito tempo sem resposta, levaram-na em uma cadeira de rodas e ela pôde ver como Miguel estava. Nesse momento, Késsile narra com detalhes a falta de sensibilidade com que a médica a atendeu:

A médica pegou ele no colo e me mostrava ele como um objeto, tirava o oxigênio dele e dizia pra mim “olha mãe, ele ta gemendo”, eu queria dizer pra ela parar de fazer aquilo mas eu não tinha força nem pra falar tamanho era o meu estado de choque, e ela continuava a tirar e colocar a máscara do oxigênio só para me mostrar que ele estava gemendo. (TANSKI, Késsile. Relato de parto. 05, fev. 2018).

O incômodo com a médica pela falta de tato, ao manusear um bebê como um objeto, reforça o que vínhamos trazendo para o debate sobre o corpo ser considerado uma máquina, e o bebê um produto, conforme Martin (2006). Esse “produto” é avaliado com base no seu desempenho – valorado pelo apgar⁴⁵ – e sua evolução de quadro após nascer. Ao mostrar para a mãe como ele geme e não respira como “deveria”, a médica exerce sua função de técnica nessa linha de produção e cobra a trabalhadora – a mulher – pelo seu desempenho. Sem condições para qualquer reação, Késsile identifica um “estado de choque”, como percepção do corpo sobre a impossibilidade de manifestar qualquer autonomia.

3.1.5 “Era para ser meu primeiro dia das mães e foi mas sem minha filha nos braços” – Relato de Jenifer Cardoso

Jenifer Cardoso é uma jovem, branca, cis, estudante de 26 anos. Em 2017, ela foi ao hospital para dar luz a sua primogênita Bethina. Como era uma gravidez saudável, sem riscos, ela dirigiu-se ao Hospital Casa de Saúde. Conta, em seu relato⁴⁶, que saiu de casa à espera de estar indo a um hospital humanizado, “conforme as propagandas”. Isso ilustra como muitas instituições acionam elementos simbólicos e culturais do que fazem menção a um atendimento ou a uma instituição humanizada. Mesmo com contrações e com dilatação, a evolução do seu quadro não era ainda suficiente para o parto.

Mais tarde, injetaram ocitocina, “fazendo com que as dores se tornassem cada vez mais insuportáveis”. Jenifer conta que fez os exercícios disponíveis, como sentar na bola e fazer a caminhada, mesmo sem muita orientação. Nesse momento, ela

⁴⁵ A escala de APGAR é um teste feito no recém-nascido logo após o nascimento que avalia seu estado geral e vitalidade, ajudando a identificar se é necessário qualquer tipo de tratamento ou cuidado médico extra após o nascimento. Esta avaliação é feita no primeiro minuto de nascimento e é repetida novamente 5 minutos após o parto, tendo em consideração características do bebê como atividade, batimento cardíaco, cor, respiração e reflexos naturais.

⁴⁶ Relato de parto disponível em: <<https://www.facebook.com/notes/378263000206773/>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

intercorreu à residente que, apesar de ter desejado um parto normal, havia percebido que não aguentaria. Nas palavras da interlocutora:

Mas eu agonizava de dor e a médica me olhava de braços cruzados, sem sequer uma palavra de apoio. Sem nenhuma empatia ! A bolsa estourou entre 13:30 e 14:30 e eu ainda não tinha dilatação suficiente, minhas contrações não passavam de 40 segundos (eu não tinha força para ter parto normal) em nenhum momento fizeram um ultrassom ou qualquer coisa para ver como minha filha estava! mesmo depois da bolsa estourar, mandaram fazer mais exercícios até que, finalmente, falaram em preparar as salas (pois minha colega de quarto também estava em trabalho de parto o que já era visto pois as bolsas estouraram praticamente juntas). Era 17:30 mais ou menos, já na sala de parto, batimentos da Bethina nos conformes, segunda a residente. A médica não me disse uma palavra, a residente que me explicou que eu deveria fazer. (CARDOSO, Jenifer. Relato de parto. 27, mai, 2017).

Ela destaca a falta de amparo, enquanto estava extremamente vulnerável à dor, pois não havia sequer uma palavra de apoio, como comenta. Ela repete várias vezes que havia percebido desde o início que não teria forças para um parto normal, mesmo assim, não havia nenhuma conduta por parte da equipe para verificar a situação clínica da Bethina. Às 17:30, com os batimentos da bebê em dia, a médica ainda não dizia nenhuma palavra, somente a residente explicou-lhe como deveria fazer os movimentos para que pudesse parir.

Iniciado o parto, eu fazia o máximo de força que podia, quando disse:que o apoio para os pés não estava fixo a médica disse 'é, esta sala não esta muito boa.' Então, escuto a medica dizer que eu não tinha força, não tem contração, que tinha de ajudar ! fizeram manobra de kristeller que consiste em forçar a saída do bebê (proibida pelo ministério da saúde) Então, a Tec.Enfermagem apoiou as duas mãos sobre a minha barriga empurrando com toda força, de repente ela apoiou o joelho na cama fazendo assim mais força tornando a minha dor insuportável, (tanta força que ficou marcas roxas dos dedos na barriga). Eu sentia minha filha subir e descer várias vezes! Eu sentia que algo estava errado. Então a minha filha nasceu sem dar um suspiro, um choro! Consequentemente, eu parei junto com ela! o pediatra pegou ela (o mesmo que estava escutando jogo, mexendo no celular e dando risada com algumas enfermeiras durante meu parto sem nenhuma empatia ao meu sofrimento) e tentou reanimá-la. Enquanto isso, ouve-se um estrondo enorme O SISTEMA DE OXIGÊNIO ESTOUROU ! (CARDOSO, Jenifer. Relato de parto. 27, mai, 2017).

A única vez que a médica se dirigiu à Jenifer foi para dizer que ela não tinha força, que não se ajudava para executar um bom parto. Notemos, aqui, que a médica transfere a responsabilidade de orientação para a residente e somente manifesta-se de forma que deixou a parturiente ainda mais insegura durante o parto. Minha

interlocutora sinaliza que fizeram a manobra de Kristeller, proibida pelo Ministério da Saúde e que essa cena – quase de tortura – é a cena de uma mulher praticamente sendo obrigada a fazer um parto vaginal. Isso ocorreu quando, reiteradas vezes, pediu por ajuda, pediu por socorro, por não aguentar mais fazer força, o que mostra o quanto se vende a ideia de que o parto humanizado é o parto normal a todo custo.

Sem um choro sequer, Bethina nasceu, o pediatra pegou-a, depois de ter ficado o tempo todo escutando o jogo no celular e dando risada com as enfermeiras sem, nas palavras da mãe, nenhuma empatia pelo sofrimento dela. Ao tentar reanimá-la, o oxigênio estourou. Levaram-na para a outra sala e essa foi a última vez que Jenifer viu a menina:

Foi a primeira e última vez que vi minha tão esperada filha ! Ao ser questionada sobre os motivos de não se fazer uma cesárea, a médica disse que não havia pedido (como não? Eu pedi em alto e bom som e, mesmo assim, sabemos que ela deveria conduzir essa história por forças maiores) que eu e a outra menina entramos em trabalho de parto juntas(o que já era visto em 18hs) e teve que fazer uma escolha. Pelo fato de o bebê da outra ser maior, que a sala de cesárea estava suja! Enquanto isso ela me costurava, eu berrava de dor por sentir a costura (eu sentia tudo cada ponto) ela falou grosseiramente AINDA TA DOENDO!?! Me trataram como um animal, me senti como um lixo. (CARDOSO, Jenifer. Relato de parto. 27, mai, 2017).

Ao questionar a médica sobre o porquê de não ter sido feita uma cesárea, ela responde que havia outra mulher em trabalho de parto e, por essa razão, tiveram de fazer uma escolha. O fato de o bebê da outra mulher ser maior fez com que ela fosse para o bloco cirúrgico, enquanto Jenifer fosse forçada a esse parto normal, no qual acabou com a morte de Bethina.

Ao me darem a notícia do falecimento, **a médica não me disse uma palavra sequer de consolo**. Só sabia gritar com a minha irmã (que estava muito nervosa) e dizia que ela já estava morta(desde quando morto tem batimentos fortes como minha filha tinha min antes de começar o parto?). Na declaração de óbito colocaram causa da morte “desconhecida”...quando o IML exigiu uma causa “circular de cordão”. Então, eu me pergunto se foi circular, porque era causa desconhecida antes ? E se realmente foi circular porque a médica não conseguiu desfazer ou conduzir de maneira a ela sair com vida? já que pesquisas e médicos dizem que é a coisa mais comum e *fácil* de desfazer. A minha gestação foi completamente saudável. Eu fiz 9 meses de planos, imaginando o cheirinho, se ela seria calma ou chorona,se ela seria ruiva como nos meus sonhos. O meu coração partido ainda não acredita em tudo isso que aconteceu, perplexo com tamanho descaso, imperícia e negligência com a vida humana. Eu sei que nada disso vai trazer a be de volta, nem sanar a minha dor, mas eu vou LUTAR não só por mim e pela be, como por todas as vítimas de VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA que passaram ou talvez infelizmente possam passar por isso. Chega!!!! Chega de

mães como nós morrerem por dentro, chega de Bethinas e Vicentes passando por tamanha negligência. ERA PARA SER O MEU PRIMEIRO DIA DAS MÃES E FOI MAS SEM MINHA FILHA NOS BRAÇOS! Estão rindo às nossas costas. Mas eles vão ver que com mãe não se mexe!!!! (CARDOSO, Jenifer. Relato de parto. 27, mai, 2017, grifo nosso).

A falta de trato humanizado com a morte neonatal de Bethina fica evidente no relato. A médica exercia sua função de técnica como se operacionalizasse um corpo-máquina sem sentimentos. Ao gritar com a irmã de Jenifer, a médica mostra o quanto essa vida era objetificada e não havia o que fazer, afinal, era mais uma que morria no hospital. A declaração de óbito é feita pelo hospital, assinada pelos próprios profissionais que assistiram a mãe. Colocaram inicialmente a causa como “desconhecida”, mas ao serem questionados pelo Instituto de perícias médicas, colocaram alteraram a causa para “circular de cordão”. Jenifer indaga no próprio relato “se realmente foi circular porque a médica não conseguiu desfazer ou conduzir de maneira a ela sair com vida?”. Ao finalizar o relato lamentando a morte da filha, Jenifer reitera “era para ser o meu primeiro dia das mães e foi mas sem minha filha nos braços”. Ilustrando uma narrativa de muita resistência, Jenifer simboliza a dor dos braços vazios após o parto.

3.1.6 “A pediatra veio até nós nos dizer que nossa filha poderia estar viva” – Relato de Tieli Martins

Tieli Martins é uma mulher branca, 34 anos, cis, confeitadeira, mãe da Bianca, que teve um parto cirúrgico em 2017⁴⁷. Aos seis meses de gestação, com todos os exames e acompanhamento em dia, foi encaminhada ao HUSM com hipertensão gestacional, mesmo embora Bianca (sua filha) estivesse bem. Chegava nas consultas sempre com a pressão alta e logo que baixava, era liberada. Dias antes do parto, teve uma consulta e a mesma situação da pressão. Ao acontecer isso, a enfermeira disse a Tieli que seria internada, mas um residente a liberou. Quatro dias depois, ela relatou ter tido um sangramento muito forte, o qual fez com que se dirigisse ao HUSM, onde ficou em observação, pois sangrava muito, mas não tinha nenhuma dor.

⁴⁷ Relato de parto disponível em: <<https://www.facebook.com/maesnalutacontraavioleciaobstetrica/posts/437638393427643>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

Com os batimentos da Bianca desacelerando, o médico resolveu fazer uma cesárea de emergência. Todavia, não havia sala para cesárea, o que fez a equipe “improvisar” e levá-la, mesmo assim, ao bloco cirúrgico. Impediram o acompanhante de assistir ao parto de Tieli, o que ela relata “na sala de parto tinha muita gente, mas quem eu queria que tivesse ali não tava”.

Me deram anestesia, mas eu sentia me cortarem, nesse momento a minha pressão estava 23/17 então fizeram anestesia geral, eu dormi durante o parto e quando mal abri os olhos, ali sozinha sem meu marido, o médico me disse, ‘tentamos reanimar mas tua filha não resistiu e foi a óbito’. Meu mundo acabou, meu chão abriu, eu queria morrer, então eu fui pra sala de recuperação aonde encontrei meu esposo e nos abraçamos, um consolando o outro, era muita dor. Então meu esposo Marcos foi falar pro nosso filho e disse que a maninha não tinha sobrevivido, meu filho de dez anos na época com lágrimas nos olhos abraçou o pai e disse, ‘pai eu sou mais forte do que tu imagina’. E avisou o resto da família. (MARTINS, Tieli. Relato de parto. 10, set. 2018).

Ela sinaliza que, mesmo tendo recebido anestesia local, ainda sentia ser cortada. Deram, então, anestesia geral e ela ficou desacordada durante o parto. Quando acordou, foi avisada que Bianca não havia sobrevivido. Consternados, ela e o companheiro chegaram a contar ao outro filho que a irmã não havia falecido e avisaram ao restante da família.

Então veio até nós alguém perguntar se queríamos doar o corpinho dela pra estudos ou enterrar, e o marcos começou a providenciar as coisas para o enterro da nossa filha. Pedíamos para ver ela, queríamos ver o rostinho dela e nos respondiam que ela estava tendo movimentos involuntários que se pegássemos ela no colo nós iríamos acha que ela tava viva, eu ouvia o choro das outras crianças e meus braços estavam vazios, Marcos tentava se manter firme mas eu via como ele estava. (MARTINS, Tieli. Relato de parto. 10, set. 2018).

Aqui, novamente, vemos que diante da sensibilidade do momento, trataram a bebê como um objeto de estudos. Uma mãe, diante do luto da perda da filha que teria recém-nascido, foi submetida a pensar sobre o destino do “corpo” para a instituição. A menina tinha o que chamavam de “movimentos involuntários” e, por esse motivo, não deixaram a família pegá-la. É como se a partir do momento que a família está na instituição, não se tem mais a autonomia nem para decidir quando se pode ou não pegar sua filha no colo, mesmo depois de, supostamente, estar morta.

Nossa filha nasceu as 13:30 e por volta das 19:30 a pediatra veio até nós, nos dizer que talvez nossa filha pudesse estar viva. Durante a troca de plantão a enfermeira foi ver ela e ela suspirou então ela chamou a pediatra que examinou ela é o coração da minha filha tava batendo ela estava viva eu e o marcos ficamos felizes e ao mesmo tempo com raiva. Nossa filha Bianca tinha nascido prematura pesando 1.600 Kg, apenas enrolada em um lençol, sem aparelho nenhum, a tarde toda. Bianca deu entrada na UTI as 20:00, todos os seus órgãos tinham sido lesados, ela tava morrendo de hipotermia, urinava sangue e os médicos nos disseram que o coração dela tava batendo por causa dos medicamentos que deram a ela durante a reanimação, e que logo o coração ia parar de bater, mas minha filha estava viva. E muito difícil lembrar tudo. Em decorrência de tudo isso, minha filha vive internada, tem muitas sequelas e mesmo com todas as suas limitações, eu só queria poder levar ela pra casa. Hoje dia 10\09\2018 ela está com 1 ano e 7 meses de vida e tá internada, precisando urgentemente ser transferida para porto alegre e nada de leito. (MARTINS, Tieli. Relato de parto. 10, set. 2018).

Ao mesmo tempo que estavam felizes, sentiam raiva, pois Bianca havia ficado todo esse tempo sem uma assistência sequer. Quase morta por hipotermia, qual seria o destino da Bianca se alguém lhe prestasse atenção? Em decorrência disso tudo, como a própria mãe diz, a menina vive internada, com muitas sequelas e muitas limitações, tendo sua vida toda e da família comprometida. Tieli adoraria ficar somente feliz com a notícia de que Bianca ainda estava viva, mas como lidar com tamanha irresponsabilidade diante da vida da própria filha?

Como isso aconteceu? Após um dia inteiro pedindo para ter o mínimo, que era pegar ela no colo, e não poder pelo fato de supostamente a criança estar com movimentos involuntários, era impossível não se indignar. Bianca foi esquecida, teve a vida subestimada, enquanto sua mãe era violada no parto. Um corpo que pariu sem ao menos ter clareza de como se deu a assistência, enquanto a equipe demonstra não estar preocupada com a vida de Bianca, mas sim com seu corpo, a fim de torná-lo objeto de estudos.

3.1.7 “Aguardei quieta afinal ‘quem grita ou faz escândalo’ é deixada de lado” – Relato de Odara Garcia

Odara Garcia, mulher branca, cis, jovem de 26 anos, teve um parto cesáreo em 2018, no HUSM, um parto cirúrgico. No dia 21 de abril, ela foi ao hospital, pois estava com muitas dores e com 40 semanas de gestação. Após algumas horas e alguns exames, mandaram-na para casa, pois ainda não estava com uma boa dilatação e o

hospital estava lotado. Entretanto, a mãe de Odara, acompanhante, disse que ela não iria para casa e orientou a filha a ficar caminhando pelo corredor do hospital.

Um médico residente a analisou e a mandou fazer um exame para avaliar como estavam os batimentos do bebê. Com muitas queixas de dor e de sangramento, as enfermeiras diziam a ela que as dores eram normais e tudo aquilo que estava sentindo era assim mesmo. Depois de algumas horas, pediu para ser examinada novamente, mas ainda estava com 4 centímetros de dilatação. Isso fez com que a equipe decidisse transferi-la para o hospital Casa de Saúde, visto que ali não tinham leitos suficientes.

Vi mulheres há mais de 2 dias lá no corredor, gritando de dor, pedindo cesária, vi uma menina chegando e sofrendo um aborto, teve que esperar liberar uma maca, foi horrível. Eu por ser mãe de primeira viagem, achava que aquelas dores que eu sentia fazia parte do trabalho de parto, **então aguardei quieta afinal ‘quem grita ou faz escândalo, é deixada de lado’** perguntei ao médico sobre minha internação e ele com desleixo disse que já ia chegar e que eu tinha que aguentar pq ‘FAZIA PARTE’. (GARCIA, Odara. Relato de parto. 18, jul. 2019, grifo nosso).

Ela sinaliza aqui o quanto a falta de estrutura impacta na forma como o parto é experienciado pelas mulheres. Estar em um hospital e ver mulheres em sofrimento, da forma que ela viu, não era - nem de perto - o cenário agradável para ter um momento íntimo como o parto. O fato de ela entender que deve ter um “modus operandi” para ser atendida, o qual consiste em demonstrar bom comportamento e não se deixar levar pela animalidade do parto ilustra isso. O silêncio imposto a condicionou a um estado de não poder sentir seu corpo.

finalmente a 2 da manhã a ambulância liberou e me levaram para a casa de saúde, chegando lá, tentaram ver os batimentos (não acharam), viram meu sangramento(o que diziam que era normal) e se assustaram, mediram minha pressão (o q tbm fizeram no husm, mas n me disseram nada) estava muito baixa, me levaram urgentemente para a sala de cirurgia, tivemos que esperar ainda mais de uma hora a anestesista que errou de hospital, enfim, dia 22/04 as 3 da manhã meu Arthur nasceu, **mas não escutei seu chorinho, nao senti seu calor, apenas escutei o pediatra contando ao meu marido que meu filho havia entrado em sofrimento fetal há mais de 4hs dentro de mim**, meu mundo caiu, minha vida acabou, perguntei a Deus o pq disso acontecer cmg, pois foi uma gestação tranquila, 1 filho, meus sonhos e tudo perdeu a cor, **eu pedi cesária, eu falei que as dores que eu sentia não era normal**. (GARCIA, Odara. Relato de parto. 18, jul. 2019, grifo nosso).

Arthur, filho de Odara, estava há 4 horas em sofrimento fetal. O silêncio imposto às mulheres para receber um atendimento fez com que Arthur não fosse assistido. Ela não escutou seu chorinho, nem seu calor, apenas escutou o pediatra informando a seu marido sua morte. Ela havia pedido cesárea, mas insistiram em um parto normal. Ela sabia que as dores não eram normais, mas não foi ouvida, “me negaram a cesária, me negaram a vida, me negaram o sonho de ser mãe e dar todo o amor que eu e minha família tínhamos guardado, por pouco não perdi meu útero”. Foi o silêncio como forma de opressão, como articula Solnit (2017), imposto dentro de uma instituição que avalia a moral das mulheres para o atendimento, que vitimou Arthur. Para garantir que fosse vista, a mãe precisou se manter no silêncio. O anestesista errou de hospital e a vida de Arthur estava “nas mãos” das instituições.

3.1.8 “Me deixaram ali sozinha, coberta de sangue” – Relato de Camila Stefanello

Camila Stefanello, hoje uma jovem de 30 anos, teve a sua primeira filha, Valentina, aos 22 anos. O parto⁴⁸ de Camila foi um parto vaginal, em 2013. No dia de uma consulta, ela teve algumas dores e o médico informou-a que havia chegado o grande dia. Sem instruções, ele apenas recomendou-a e seu então companheiro a ir para o hospital. Assim, dirigiram-se ao HUSM para o processo de parto.

nos dirigimos ao husm, que nos separou - o felipe aguardaria na recepção e eu entraria para uma sala, para que fossem realizados mais exames. assim, foi. já nessa sala, passei por uma série de exames de toque, conduzidos por residentes que pareciam não estar diante de uma pessoa. na minha percepção, eu era uma boneca e elas estavam em uma sala de aula. não falavam diretamente comigo, apenas entre elas e, apesar de serem mulheres como eu, e contarem com uma idade muito próxima da minha, não senti nenhuma empatia delas para comigo. as dores estavam aumentando, e eu me sentia completamente sozinha e com medo. (STEFANELLO, Camila. Relato de parto. 2017).

Notemos que minha interlocutora destaca que os exames estavam sendo conduzidos por residentes, os quais não pareciam estar diante de uma pessoa, de um sujeito. Camila identifica a desumanização do tratamento logo que é avaliada, sem

⁴⁸ Relato de parto disponível em: <<https://www.facebook.com/notes/250818153025664/>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

grandes esclarecimentos, informações, ou mesmo, acolhimento. Quando fala que se sentiu uma boneca, ela ressalta o que lhe é tirado nesse momento em que entra na instituição: a humanidade, a possibilidade de ser um sujeito. Como o HUSM tem preferência de atendimento para casos de médio e alto risco, informaram a Camila que seria transferida para o Hospital Casa de Saúde. Nas palavras dela:

depois de aguardar algum tempo a transferência, com dores cada vez mais fortes, chega a ambulância. porém, a transferência de um hospital para o outro, não contava com o acompanhamento de nenhum enfermeiro, apenas o motorista, o felipe e eu. senti muito medo. ah, também não tinha maca, eu tive de ir sentada, sentindo todos os impactos, e com um sintoma apertando a minha barriga, caso contrário, eu poderia cair. outra informação importante: a obstetra do husm ligou diretamente para a obstetra da casa de saúde para checar se havia alguma vaga disponível, e a obstetra da casa de saúde confirmou que sim. (STEFANELLO, Camila. Relato de parto. 2017).

O medo, um elemento que predomina na condução dos partos das interlocutoras desta pesquisa, também predominou na história de Camila. Com o descrédito do conhecimento feminino sobre o próprio corpo, as mulheres não confiam em seus próprios saberes. Na ausência de uma figura técnica para avaliar o processo, o que resta é a insegurança. Além disso, a falta de estrutura é um destaque importante da transferência dela para o outro hospital. Ao chegar no local, entretanto, a médica obstetra já havia saído, mais uma vez, sozinha.

a enfermeira disse que me daria um remédio para a dor. eu estava assustada e quando vi ela já havia colocado o tal remédio para a dor no soro. esse remédio, que ela não explicou o que era, na verdade, tratava-se de **ocitocina artificial, um hormônio que acelera as contrações na hora do parto**. e eu não sabia. se o parto é natural, logo, ele não ser induzido por nada artificial.

a dor aumentou rápida e intensamente. eu chorava, eu gritava. as enfermeiras começaram a dizer que eu estava “fazendo drama” e que não era mais para eu chamá-las. **que chamasse somente na hora do bebê nascer**. eu também estava, segundo elas, assustando as outras mulheres. não vieram mais até o quarto em que eu estava, desconsideraram a minha dor. eu não aguentava mais e com medo, mandei chamá-las. elas me olharam com desdém, fizeram mais um terrível exame de toque e saíram da sala sem me falar nada. alguns minutos depois, retornaram e disseram para eu me dirigir à sala ao lado. (STEFANELLO, Camila. Relato de parto. 2017).

Sob o pretexto de um remédio para a dor, que – na verdade – era a ocitocina sintética, muito usada para acelerar o trabalho de parto, Camila é enganada sobre o

próprio corpo. Sem autonomia, sem poder de decisão, as dores tomam mais força, mais potência e ela entra em desespero. Com a ordem de que não chamasse mais as enfermeiras, seu desespero foi lido como drama, somada da clássica frase usada nos movimentos contra violência obstétrica “assustando outras mulheres”. A domesticação do processo animalesco do parto mostra o quanto a sexualidade feminina vem sendo podada.

era uma sala bem pequena, com uma espécie de cama, porém muito menor, parecia uma maca hospitalar. ali me mandaram deitar e disseram que a minha filha iria nascer e que não daria tempo de preparar o bloco cirúrgico. sabíamos que eu tinha direito a um acompanhante durante o parto, mas quando as enfermeiras mandaram que o felipe se retirasse, não conseguimos reagir. ouvi as enfermeiras comentarem que a obstetra estava passeando no shopping e que não chegaria a tempo ao hospital. eu estava só, deitada em uma maca, em uma sala que não era adequada, sem a presença de uma obstetra. detalhe: enquanto eu estava em trabalho de parto, naquela sala, a porta ficou meio entreaberta, pessoas entravam e saíam dali.

s dores eram muito fortes. haviam outras mulheres, também em salas, em trabalho de parto, nenhuma obstetra e as enfermeiras eram poucas e estavam muito estressadas. conseguiram uma pediatra para ajudá-las. eu não sabia o que fazer, estava com medo, estava assustada. conforme sentia as dores não conseguia reagir naquela situação. elas disseram para eu fazer força. eu fiz, mas não era suficiente. cheguei a dizer “eu não vou conseguir”. **elas disseram que não tinha outro jeito, que eu tinha de me esforçar, que agora não era hora de reclamar.** logo, começaram a ficar bravas, porque eu não estava respirando direito e não estava ajudando minha filha a nascer. **disseram isso: você não está ajudando ela.** entrei em pânico. me senti incapaz. eu ainda nem era mãe e já estava fazendo coisa errada. elas gritavam para eu fazer força e respirar direito, para eu ajudar. eu não tinha como me agarrar naquela maca, para tentar fazer mais força, estava quase caindo. elas gritavam bastante. em nenhum momento tentaram me acalmar, apenas uma perguntou se era menina ou menino e qual o nome. até que uma enfermeira disse: tua filha precisa nascer agora. fiquei com mais medo, que, por minha culpa, acontecesse alguma complicação com a valentina. a pediatra subiu na minha barriga e empurrou com muita, muita força e a in nasceu. (STEFANELLO, Camila. Relato de parto. 2017, grifo nosso).

Neste excerto, Camila destaca uma violência muito comum, a proibição da presença do acompanhante, permitida por lei desde 2005. Sozinha, em uma sala inadequada, com enfermeiras que nomeia como “estressadas” pelo mau tratamento que dedicam a ela, pois acaba silenciada e assustada. Ela destaca que não conseguia reagir, que a força a qual fazia não era suficiente, mas as enfermeiras só souberam cobrar mais força, mais produção, mais esforço, afinal havia outras mulheres ainda para parir. O medo, a culpa e a manobra de Kristeller, proibida já pela OMS. Enquanto Camila vivia momentos de tensão, que poderiam colocar em risco sua vida e de Valentina, escutou que a obstetra estava no shopping.

nasceu e eu apenas vi que ela estava muito roxa. vi de longe, porque não me mostraram a valentina. ela foi levada para o berçário e não a vi por um longo tempo. fiquei preocupada e perguntei como ela estava. não me deram muita atenção. percebi, claramente, que a valentina não podia ficar muito tempo naquela sala, porque não era uma sala esterilizada, não era uma sala com condições para um bebê nascer.

algo que eu não percebi, as enfermeiras fizeram **episiotomia**. elas nem me perguntaram, nem sequer me avisaram.

após o nascimento da ina, alguns procedimentos não deram certo, a placenta não se soltava. as enfermeiras, depois de muitas tentativas dolorosas, **saíram da sala e me deixaram ali sozinha, coberta de sangue, por um longo período, sem me dar nenhuma informação. nem sobre mim, nem sobre a minha filha.** eu fiquei ali e a porta da sala estava entreaberta.

mais ou menos, uma hora depois, a obstetra entra na sala, **sem luvas e com anéis**, para retirar a placenta, que ainda estava em mim, e fazer os pontos. a placenta foi retirada de forma tão bruta (ela colocou sua mão e puxou com força) que eu gritei, mais do que quando estava com as dores das contrações. quando eu disse que estava com dor, ela me olhou e disse **'aguenta que já passa'**. continuou conversando com a enfermeira que estava com ela e me ignorou completamente. contava sobre seu passeio da tarde. eu tentava perguntar sobre a valentina, mas ela nem parava para escutar. quando terminou, disse para eu me levantar e ir até o meu quarto. também disse para eu empurrar a 'barriga de volta para o lugar, para não ficar assim para sempre'.

quando eu disse, já no quarto, para a enfermeira que a minha barriga estava doendo muito, em razão da força que a pediatra havia feito sobre ela e que eu não conseguia fazer a tal massagem, a enfermeira apertou minha barriga com muita força e disse 'eu faço então'. **a valentina nasceu 17h e 30 min, e eu só fui vê-la perto das 21 h.** (STEFANELLO, Camila. Relato de parto. 2017, grifo nosso).

Em um momento de total perda de autonomia sobre seu corpo e sobre sua filha, não deixam que ela veja Valentina. A percepção de que a bebê estava roxa apenas dava mais medo, o que provavelmente fez com que ela sequer percebesse a episiotomia que fizeram em seu próprio corpo. Coberta de sangue, sem informação, sem assistência, novamente, sozinha. Após um longo período, a obstetra aparece, retira a placenta sem a devida higienização, sem empatia e sem presença, preocupada apenas em contar à enfermeira na sala sobre o passeio no shopping. Camila era – de fato – nesse cenário, como uma boneca. Só conseguiu ver sua filha e saber sobre ela mais de 3 horas depois do parto e finaliza refletindo, ainda, sobre as outras mulheres que estavam com ela:

pelo que me lembro, mais duas crianças nasceram nessa mesma condição que a valentina. ali, do meu lado, mais duas mulheres estavam, sem dúvida,

passando pela mesma situação que eu. não tenho nenhuma lembrança bonita ou feliz do dia do nascimento da minha filha, apenas memória de sofrimento, angústia, medo e uma vontade imensa de chorar cada vez que relembro. escrevo isso hoje com consciência de tudo o que aconteceu naquele dia. escrevo isso hoje para denunciar o que aconteceu comigo. escrevo isso hoje, porque sei que, infelizmente, isso ainda acontece com muitas mulheres. escrevo isso hoje para que mais mulheres que se identificaram com as práticas descritas tenham coragem para denunciar também. (STEFANELLO, Camila. Relato de parto. 2017).

Destacando a memória do sofrimento, da angústia, do medo, Camila fala da vontade imensa de chorar toda vez que lembra daquele dia. A escrita é como a forma de aviso às demais, como forma de criar uma rede de identificação com as outras mulheres que também passaram por isso. Camila teve a intimidade exposta, as dores e o sofrimento questionados, foi abandonada pela obstetra que teria autorizado a transferência e iria recebê-la. Os elementos no relato de Camila – que representam uma grande quantidade de relatos – evidenciam um corpo-máquina, explorado dentro de uma lógica de biopoder.

3.1.9 “Vamos lá, mãe, vamos tirar essa criança daí” – Relato de Bruna Fani

Eu confesso que pensei muitas vezes se deveria incluir o meu relato aqui ou não. Não só por que isso é muito difícil para mim e eu acho que até subestimei o sofrimento que isso poderia me causar, mas porque queria dar ênfase também para outras histórias. Estive por tanto tempo no foco do movimento, das matérias de jornais que isso parecia menos doloroso, mesmo que eu tivesse de repetir a minha história tantas vezes. Com toda a dificuldade que me cabe de retomar essa história com esse olhar de pesquisadora, mãe e ativista, começo a apresentar-me: sou uma mulher branca, cis, professora, agora estudante de pós e Vicente era meu primogênito de uma gravidez não planejada, mas muito bem quista.

No dia 12 de março de 2016⁴⁹, minha bolsa estourou por volta das 10 horas da manhã e eu fui ao hospital Casa de Saúde com muita esperança, pois toda a propaganda que haviam feito de lá era de um hospital humanizado. Minha gestação

⁴⁹ Relato de parto disponível em: <<https://www.facebook.com/notes/1248832842146420/>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

sempre foi saudável, fazia o acompanhamento no posto do mesmo bairro do hospital e levei até lá a pasta cheia de exames, que não foram revisados.

Eu senti meu corpo apagar diversas vezes durante o trabalho de parto, assim como outras mulheres aqui. Após pedir para o meu então companheiro e pai do Vicente chamar a enfermeira, eu disse a ela que não iria aguentar e que tinha plena clareza dos limites do meu corpo. Contudo, essa postura é muito taxada pelos profissionais como postura de mulheres que não querem passar pelo trabalho de parto, como uma queixa descabida. Como de praxe, responderam que era normal, que era assim mesmo e para falarmos em cesárea, deveríamos conversar com a médica sobre valores.

Quando ela falou isso, eu imediatamente pensei que não tinha dinheiro para pagar qualquer atendimento, então me calei. Certo tempo depois, veio outra enfermeira para fazer o exame de toque, que por si só já é muito doloroso e constata menos dilatação que tinha antes, conforme meu relato, nas redes sociais: “A enfermeira NÃO SOUBE VER A DILATAÇÃO. Ela não sabia, pois era estudante. Então, de novo, mais uma vez um torturante exame de toque.” Depois disso, entra uma mulher, amiga, que fazia a formação de doulas, conforme o relato, divulgado após o parto:

Entra uma amiga, aprendiz de doula, que me ajuda durante o processo DESUMANO da dor, visto que durante 6 horas de trabalho de parto, apenas duas enfermeiras entraram para ver o andamento. Depois de umas seis/sete horas de trabalho de parto, dor insana, elas vêm de novo verificar os sinais. Então, não os sinais do meu bebê não estavam normais. ALI ERA O MOMENTO PARA FAZEREM UMA CESÁREA. Então, me levam para a sala de avaliação PARA A MÉDICA OBSTÉTRICA AVALIAR. Fraca. Sem comer. Sem soro para me fortalecer e tendo apagado inúmeras vezes sou induzida ao trabalho de parto insano(o que fez com que as contrações fossem mais seguidas e curtas). Nessa sala de avaliação OS BATIMENTOS DO VICENTE ESTAVAM IRREGULARES E ELAS NÃO DERAM ATENÇÃO. Ainda assim, seguiram com o parto ANIMAL. (ROCHA, Bruna Fani D. Relato de parto. 11, mai. 2016).

A ausência da equipe era tão evidente que só perceberam depois que o Vicente estava com os batimentos baixos. Mesmo com a irregularidade e com o sinal de que as coisas não estavam bem, elas seguem com o parto normal, pois o anestesista trabalha sobreaviso, ou seja, só aparece quando solicitado e talvez não tivéssemos esse tempo. Forçada a um trabalho de parto, no qual não queria e não conseguia

executar, vi-me em uma sala cheia de profissionais, todas gritando para que eu fizesse a força certa, como se eu não tivesse dando tudo de mim naquele momento.

Não, mãezinha, vai dar, tu não tá te ajudando, tu tem que te ajudar”. Como se eu conseguisse controlar o meu corpo para não passar mal.

‘Vamos lá, mãe, vamos tirar essa criança, dai’ - diz a médica com pressa para trocar o turno.

ELAS ESTAVAM ANSIOSAS PARA TROCAR DE TURNO.

Então, duas pegaram as minhas pernas para empurrar para cima. Outra empurrava a minha cabeça para baixo. A médica ficava com a mão lá dentro fazendo aquela dor, uma dor tridimensional.

- ‘Eu achei que DARIA’ - disse a médica quando meu bebê subiu de novo com um sorrizinho amarelo. Injetaram glicose para eu parar de apagar. Fizeram episio pelos 8 de dilatação. E foi. Ele saiu. Mas ele não chorou. Ele nunca chorou. Eu não sentia mais nada. Foi a pior dor que eu já senti. Elas tinham praticamente matado meu filho. E eu não sabia. (ROCHA, Bruna Fani D. Relato de parto. 11, mai. 2016).

Eu havia percebido que elas estavam com pressa, pois estava dando o horário da troca de plantão, mas eu não conseguia relaxar e dar conta do trabalho de parto em uma sala de avaliação, em cima de uma maca, na posição horizontal. Nota-se a brutalidade do processo e o quanto foi tirado de mim a humanidade, quando elas pegam as minhas pernas e forçam a minha cabeça para baixo, lembrando que as contrações ficaram muito mais difíceis depois da ocitocina, a qual elas chamam de “sorinho”. Aciono a “dor” aqui como insuportável, uma vez que ela nunca teve fim.

Ao me explicar a situação clínica do Vicente, a médica diz “mãe, ele nasceu ruinzinho, é que tu não tava conseguindo ajudar”. E aqui ela transfere e aciona uma responsabilidade, como se eu fosse responsável pelo insucesso do parto ou pelo quadro clínico do meu filho, que havia sido asfixiado durante o parto por mais de 6 minutos.

Eu me senti a pior pessoa do mundo, me senti culpada, um lixo. Eu só queria que a minha vida acabasse. Mas nem morrer eu poderia porque o pesadelo só tinha começado. Durante o período de tempo que eu fui levada ao quarto, toda a equipe já havia se mandado. (ROCHA, Bruna Fani D. Relato de parto. 11, mai. 2016).

Lembro de ter me sentido muito abandonada pelo fato de toda a equipe já ter ido embora, ou seja, ninguém que soubesse como tinha sido o parto estava lá sequer

para me esclarecer o que havia acontecido. Então, o pediatra gritou comigo dizendo que era plantonista, ao ser questionado se iria realmente embora com meu filho mal. Eu só sabia que o Vicente precisava de um leito de UTI e não havia nenhum no Rio Grande do Sul, nem pela rede pública, nem pela rede particular. Mas eu podia fazer um encaminhamento por vias judiciais para tentar um leito, o que não foi me dado. O médico saiu sem me dar nenhum encaminhamento.

Depois de muito desespero tentando mais informações sobre o caso e sendo mal atendida por toda a EQUIPE sem empatia nenhuma, o médico volta a meia noite por causa de um parto e eu consigo um encaminhamento para tentar um leito de uti via judicial. Gritando comigo e com a minha mãe e com a outra vó do Vicente, ele diz que ESTÁVAMOS PONDO OS PÉS PELAS MÃOS. AGORA eles praticamente matam meu filho por fatal erro médico e total violência obstétrica e EU ESTOU PONDO OS PÉS PELAS MÃOS AO TENTAR UM LEITO VIA JUDICIAL?!

Esse opressor, f%\$%\$"% , riu de nós quando amanheceu e nada havíamos conseguido. O Vicente havia evoluído e conseguido respirar, mas quando um bebê sofre de ANÓXIA a tendência no segundo dia é de ele CONVULSIONAR. E esse querido pediatra simplesmente disse que ele estava melhor. Talvez, nem fosse necessário um leito de UTI (QUE 'NÃO' EXISTIA NO MOMENTO). Na nossa segunda noite no hospital, sem encaminhamento do MÉDICO QUE SE RECUSOU A AGILIZAR O PROCESSO, o Vicente convulsiona e entra em coma, ENTÃO, MISTERIOSAMENTE, APÓS ESSE EPISÓDIO, O SENHOR DOUTOR QUE TRABALHA HÁ ANOS COM CRIANÇAS, CONSEGUE UM LEITO DE UTI, NO HUSM, onde o Vicente seguiu internado por aprox. 45 dias e vem a falecer depois de outros tantos descasos médicos nesse caminho. (ROCHA, Bruna Fani D. Relato de parto. 11, mai. 2016).

O que eu acreditava ser o que estava ao meu alcance era, para o pediatra, “colocar os pés pelas mãos”. Uma mãe que busca seus direitos e não assume uma posição de submissão diante do hospital é uma mãe “doida”. No outro dia, ainda nos abordou com tom de deboche, ao questionar se a justiça teria criado leitos para nós, após emitirmos o documento. Meu filho esteve no hospital sem os aparelhos respiratórios necessários para sua recuperação, vindo a ter outra parada, que levou a uma piora drástica no quadro e ao aceite dele na UTI do hospital universitário.

Eles não só acabaram matando o meu filho, como mataram um pouco de mim, dos meus sonhos, acabaram com a minha maternidade, meu futuro e meus planos. Eu tô aqui, com todas as coisas dele, com o quarto dele, com a minha vida para ele e ele se foi. Agora eu estou aqui, em pedaços relatando isso porque eu estou tomando as devidas providências legais, mas eles estão lá, recebendo seus bons salários, felizes, matando mais e mais crianças inocentes. Ou fazendo de crianças saudáveis, crianças com deficiências sérias. Eles comemoraram o dia das mães. Enquanto eu, choro e lamento

todos os dias porque NADA vai fazer o Vicente voltar. Eu tô indignada. Revoltada. (ROCHA, Bruna Fani D. Relato de parto. 11, mai. 2016).

“O que eu faço agora?” era meu questionamento. Eu havia perdido tudo. Fui para a maternidade para ter o que todos chamam de dia mais feliz na vida de uma mãe e fui para casa com os braços vazios. Tive meu destino alterado por causa da violência, meu corpo e minha memória marcada com a violação de nossas vidas, minha e do Vicente. Em casa, o silêncio, a dor, o vazio. Minha história representou a narrativa de muitas mulheres, fazendo com que, através da identificação com a minha dor, rompêssemos o silêncio opressor, juntas.

É dentro da compreensão da violência no corpo, na voz, no processo íntimo da gravidez, do parto e pós-parto que essas mulheres deram corpo a um ativismo. Dentro da resistência de seguir com a vida após um evento crítico, muitas mulheres assumiram a luta pelos direitos sexuais e reprodutivos nas ruas e nas redes, na tentativa de recuperar o direito de ser, de liberdade e de autonomia sobre o próprio corpo. Com a lenta mudança do pensamento social, vai se tomando consciência da naturalização da violência no interior dos rituais hospitalocêntricos. Ao dar voz a tantas vozes, exercemos nosso poder de resistir à dor, à angústia, ao medo e à violência obstétrica. Por isso, cabe aqui mencionar que, no próximo capítulo, contarei a trajetória de uma dor que foi transformada em movimento social.

4 O ATIVISMO E AS EMOÇÕES NA FORMAÇÃO DO MOVIMENTO E SEUS IMPACTOS POLÍTICO-SOCIAIS

“Aos que perderam o poder das palavras entrego cada corda presa a minha voz”

Jennifer Perroni

Neste capítulo, detenho a atenção à construção do movimento “Mães na luta contra violência obstétrica”, mostrando as movimentações do grupo de mães e a articulação entre ativismo e emoções à medida que o movimento ganhou espaço na sociedade, bem como à reorganização da vida das mulheres após as experiências de violência. O recorte temporal da pesquisa apresentado neste capítulo é de 2016 até 2019, em que analiso o movimento social a partir de três momentos diferentes: a) a criação de redes de afeto e compartilhamento com ativismo nas mídias digitais e nas ruas; b) o momento de imersão política e diálogo com a gestão municipal; c) o período de tensionamento político micro e macro. O primeiro momento diz respeito ao surgimento dos relatos e ao impacto desses no ativismo virtual, pela construção de uma verdade e de uma comunidade fundada pela ética do reconhecimento. O segundo momento diz respeito à inserção e à grande participação política, com bastante divulgação nas mídias digitais. Por fim, o terceiro momento que concentra o tensionamento político no Brasil, em Santa Maria, e dentro do grupo de mães, com a diminuição de espaço, de voz e de participação política.

Antes de discorrer sobre a construção do movimento em Santa Maria, é importante trazer um recorte específico para a situação social da cidade. Essa contextualização é relevante tendo em vista que três anos antes do primeiro relato de parto ser divulgado nas redes sociais, a cidade vivia os impactos de uma tragédia: o incêndio da boate Kiss, no qual 242 jovens morreram e contou com mais de 600 sobreviventes⁵⁰. Quando, em 2016, como contarei adiante, um caso de violência

⁵⁰ Após o incêndio, os pais das vítimas iniciaram um potente ativismo familiar em Santa Maria com vários desdobramentos e com grande impacto político. Já havia, então, na cidade, um terreno “fértil” para o reconhecimento social da categoria “vítima” e para as narrativas de sofrimento. A comunidade santa-mariense tem uma trajetória que permite o florescer do testemunho e da linguagem emocional. Há uma ferida ainda aberta na cidade e uma cultura de compartilhamento da “verdade”, uma vez que é uma cidade que uma parcela da população se habituou a ir para as ruas protestar e exigir seus direitos, com parte do público jovem bem participativa. É possível ver um pouco mais sobre essa tragédia no trabalho intitulado “Na sequência da tragédia: sofrimento e a vida após o incêndio da Boate Kiss” de Monalisa Siqueira e Ceres Victora. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/antropolitica/article/view/41807>>. Acesso em: 2 abr. 2021. Ou na Dissertação de Mestrado de Priscila Peixoto, intitulada “Acorda Santa Maria”: um estudo sobre as estratégias coletivas de organização dos familiares das vítimas da boate Kiss. Disponível em: <<https://repositorio.ufsm.br/handle/1/6268>>. Acesso em: 2 abr. 2021.

obstétrica é divulgado, já havia um apoio político com um inimigo em comum: a gestão do município. Esse campo de comunidade emocional, de acordo com Jimeno (2010), e de reconhecimento das vítimas permitiu que o movimento social entrasse na Câmara de Vereadores, como ponto de mediação entre as mães, a experiência subjetiva e a generalização social. As moralidades exercidas pelo grupo conformavam uma ética do reconhecimento entre mulheres e agentes públicos. Esse espaço permitiu que ganhasse impacto político um debate quase sempre esvaziado, principalmente, por envolver a maternidade, enquanto mulheres grávidas estavam sendo violadas junto de seus filhos na hora do parto. Isso, por si só, é um assunto que sensibiliza, visto a relevância da família no seio da sociedade e o quanto as crianças são consideradas vítimas absolutas em qualquer situação de violência.

4.1 A DOR DA PERDA NA *TIMELINE*

Nesta seção, trarei o primeiro relato de parto e as manifestações em torno dessa narrativa que gradativamente levaram à união de mulheres em prol de seus direitos. Essa mudança de comportamento social ocorre tanto pelo reconhecimento dessas mulheres como vítimas de violência obstétrica quanto pela expansão das mídias digitais.

Paralela à mudança de discurso sobre as práticas abusivas no parto, ocorre uma expansão da noção da categoria de vítima na sociedade. Tal mudança permite que as mulheres que se sentiram desrespeitadas ou violadas durante o processo gestacional, parto e puerpério possam se reconhecer nessa categoria. Para Cynthia Sarti (2011), há um impacto social e político dos movimentos de cunho identitário, como o próprio feminismo, que influenciou a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, refletindo nas esferas do direito e da saúde. Por isso, o reconhecimento e a legitimidade da categoria “vítima” contribuem para a progressão dos debates acerca das demandas sociais, como a violência obstétrica.

A construção social da vítima diz respeito ao que se elenca como prioridade no tecido social. O período após a ditadura militar tem muita relevância para pensarmos

a reparação do sofrimento, a partir das lutas pelos Direitos Humanos, em que a noção de vítima adquire um lugar central nos debates públicos. De acordo com Sarti (2011), ao contrário da Argentina e do Chile, a questão de reconhecimento dos culpados, no caso do Brasil, reveste-se de ambiguidades diante do investimento do Estado brasileiro na indenização das vítimas por compensação financeira, sem o empenho de buscar a verdade e a punição.

A partir do momento que mais de 100 mulheres se reconhecem como vítimas de violência obstétrica e se unem pelas mídias digitais, interpelando o Estado pelas consequências dessa violência, sejam elas visíveis ou não, o Estado passa a assumir a responsabilidade por esses impactos na vida das mulheres. Sarti (2011) ajuda-nos a compreender como os indivíduos expressam e manifestam a dor quando diz respeito a experiências históricas de violência, em que o discurso sobre a violência é – também – um discurso sobre a memória da violência.

O primeiro momento do movimento “Mães na luta contra violência obstétrica” inicia-se em 2016, após o meu relato de parto ter sido divulgado. Naquele momento, eu só podia sentir da forma que somente uma mãe pode sentir diante da impotência de cuidar um filho dentro de uma instituição que viola. Era maio de 2016 e o vazio do quarto dele estava anunciando que o dia das mães ia chegar e eu ia estar ali, no silêncio. Como forma de “gritar” a minha dor, escrevi exatamente sobre a forma que eu sentia, com a raiva e angústia que me cabia. Em uma das notas do Facebook, publiquei o meu relato de parto. Fechei o notebook, desliguei o celular e dormi, como quem tira um pouco do “peso das costas”.

Quando acordei, eram muitas as mensagens e as chamadas querendo contato, entre jornais, vereadores, amigas, amigos e familiares. Meu relato havia “viralizado”⁵¹ na cidade e as pessoas queriam me ouvir, estavam revoltadas junto comigo, afinal, era o relato de uma mãe que havia perdido o filho em um hospital. O relato teve mais de dois mil e setecentos compartilhamentos, mais de 380 comentários e mais de 35 mil leituras. Majoritariamente, a participação era de mães e de pais que se solidarizavam com minha dor, compartilhando-a, como uma tentativa de dividir o “peso” da situação. Acredito que a identificação das mulheres com a minha narrativa

⁵¹ “Viralizar” é um termo usado na internet para publicações que tomam certa proporção e alcance. Nesse caso, como Santa Maria é uma cidade de porte médio, 30 mil leituras representam, em média, 10% da população local.

dava-se, em parte, pela quantidade de detalhes colocados naquele relato sobre a dor, o sofrimento, o vazio de perder um filho e, claro, a raiva. Muitas reconheciam ali o próprio corpo, a própria história, o próprio filho. O medo de que isso acontecesse com alguma delas ou qualquer mulher da família passou a imperar nas comunicações que faziam comigo.

Veena Das (2008), em suas pesquisas no contexto indiano, leva-nos a compreender o que ela chama de “comunidades”, por se constituírem com um modo de atuação política e por atuarem nas mudanças sociais. De acordo com a autora, as comunidades, ao confrontarem o Estado, constituem-se como atores políticos. No seu estudo sobre as mulheres que foram raptadas no contexto indiano, conjuntos de atores que levavam, até então, uma vida anônima, surgem na esfera pública interpelando o Estado pelas consequências de um sofrimento percebido como “repentino” e “inexplicável”. Esses, por sua vez, ao serem reconhecidos na categoria de vítima, têm o Estado ao lado para atuar em prol de seus interesses.

O trabalho da autora mostra justamente o paradoxo de um sofrimento produzido pelo próprio Estado, mesmo quando não intencionalmente, quando o que se propõe – teoricamente - é uma política em benefício das mulheres. Ao reconhecer essas comunidades de mulheres como “vítimas”, o Estado assume a responsabilidade de atuar “em favor” de seus interesses. Além disso, é notável o fenômeno da memória como um fenômeno coletivo e não apenas individual, posto que ocorre certa negociação entre memória individual e memória coletiva. Das (2008) comenta sobre o testemunho dar inteligibilidade. Testemunhar é o ato de entender a relação entre violência e subjetividade. Dessa forma, a vítima marca o discurso social sobre violência e o modo de reconhecimento social daquele sofrimento. Isso ocorre com o movimento de Santa Maria, o que remete àquela frase tão dita entre as mães do movimento e em filmes⁵² que tratam de maternidade “quando uma mãe perde um filho, todas as mães perdem um pouco também”.

⁵² Como o filme “Minha mãe é uma peça 2”, dirigido pelo ator brasileiro Paulo Gustavo.

Imagem 4 - Eles mataram o meu filho - Relato de parto.



Fonte: Facebook.

Os jornais locais – *Diário de Santa Maria*, jornal *A Razão*, Gaúcha⁵³ – publicaram a história nas páginas principais. Na Câmara Municipal de Vereadores, o relato virou assunto das comissões de saúde e de direitos humanos. Como uma exposição pública da dor, o relato trouxe ao debate público um assunto como a violência obstétrica que ainda não tinha tanta notoriedade na região. Pouco ou nada se falava sobre o tema. Dada essa repercussão, fui chamada à Câmara de Vereadores para “denunciar” o hospital que havia me atendido.

Chegando na reunião, na Câmara de Vereadores, após discutirem algumas pautas, fui chamada a falar para a mesa⁵⁴. Ainda muito abalada, contei o que havia acontecido comigo e os componentes da mesa choraram também. Havia ali pais de família que se imaginavam na mesma situação. Desse modo, naquele dia, a Câmara de Vereadores havia me reconhecido enquanto vítima e firmado um compromisso de agir em prol da justiça e da reparação da minha dor, que também era coletiva. Sabíamos que eu não era a única. Marcaram, depois disso, uma investigação para ouvir a diretoria do hospital.

⁵³ Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2016/05/relato-de-jovem-sobre-parto-na-casa-de-saude-de-santa-maria-repercute-nas-redes-sociais-5799765.html>>. Acesso em: 6 jun. 2020.

⁵⁴ Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2016/05/vereadores-de-santa-maria-apuram-denuncias-de-negligencia-contra-a-casa-de-saude-5804372.html>>. Acesso: 12 mar. 2021.

Os vereadores foram ao hospital questionar a diretora da instituição sobre o ocorrido, o que foi noticiado também em diversos jornais, como o Diário de Santa Maria⁵⁵. Dada a repercussão do caso, fui orientada para que registrasse um boletim de ocorrência, uma vez que o título da minha publicação poderia gerar alguma consequência jurídica. Em resposta à repercussão do caso, o hospital pronunciou-se colocando, em nota, que os protocolos do parto normal foram seguidos criteriosamente⁵⁶. Apesar disso, quando se trata de crimes contra a humanidade, esses são enquadrados na lógica da memória sobre a violência. Isso se trata de um reconhecimento político da necessidade de memória e reparação, imbricando o plano subjetivo e o plano político. Independentemente da posição do hospital, havia uma morte – e outras mulheres relatando situações semelhantes – a trajetória política buscava reconstruir essa memória sobre a assistência ao parto local.

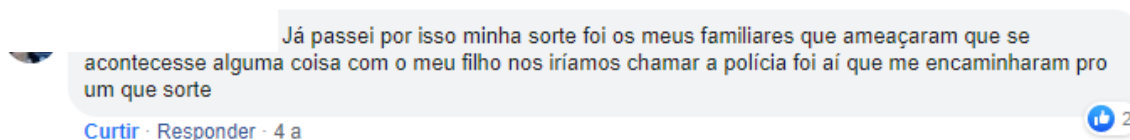
Conforme Sarti (2011), dentro da reflexão antropológica, o tema do sofrimento ainda remete a Marcel Mauss e suas clássicas formulações sobre o caráter social da constituição e das experiências que envolvem o corpo e as emoções. Essas experiências fazem o indivíduo estabelecer relações com o mundo social. Para a autora, a forma de manifestação do sofrimento precisa fazer sentido para o outro. Essa articulação refere-se não apenas sobre o sentir, mas sobre o expressar a dor e o sofrimento, que supõe códigos culturais os quais sancionam as formas de manifestação dos sentimentos, que são socialmente inteligíveis, pois constituem uma linguagem, uma forma de comunicação.

Apesar da posição do hospital, mais de 25 mulheres, ao lerem o meu relato, começaram a compartilhar suas histórias de parto por meio de comentários na publicação no Facebook, a qual tem mais de 300 comentários. Em um dos comentários, uma mãe comenta que, para garantir o digno tratamento, seus familiares ameaçaram a equipe de saúde, vide imagem abaixo.

⁵⁵ Disponível em: <<https://diariosm.com.br/not%C3%ADcias/geral/vereadores-de-santa-maria-apuram-den%C3%BAncias-de-neglig%C3%AAncia-contra-a-casa-de-sa%C3%BAde-1.2030579>>. Acesso em: 5 mai. 2020.

⁵⁶ Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2016/05/relato-de-jovem-sobre-parto-na-casa-de-saude-de-santa-maria-repercute-nas-redes-sociais-5799765.html>>. Acesso em: 22 fev. 2020.

Imagem 5 – Hospital como um lugar de risco

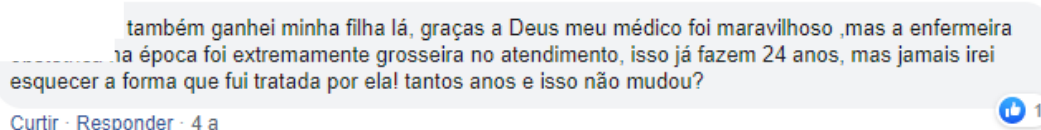


Fonte: Facebook.

A identificação do hospital como o lugar de risco, assim como da noção de que é preciso uma força externa para garantir que não nos violem ou não nos matem mostra o quanto ainda estamos vulneráveis no que tange aos nossos direitos básicos. Ao ler os relatos nos comentários, foi comum ver as mulheres ou os familiares atribuírem o bom resultado de um parto à vontade de Deus, como “O pai maior salvou a minha filha” ou “Graças a Deus não aconteceu nada pior”, ou mesmo, desejarem que “Deus conforte o seu coração”, pois “Só Deus para aliviar a tua dor”.

A frase “graças a Deus meu médico foi maravilhoso” da imagem 6, a seguir, ilustra o quanto a religiosidade ainda está muito presente quando a ciência não traz alguma solução. Alguns comentários mostram o quanto as pessoas relacionam as negligências médicas à força da sua fé. E, por alguns momentos, pensei que pudessem atrelar a uma possível “falta de fé” a minha perda. A ideia do “bom parto” teria passado pelo critério de merecimento, aparentemente. Entretanto, a dor que antes era individual parecia, naquele momento, ter tornado-se coletiva. Em muitos comentários, as pessoas diziam “que dor!”, “não consigo nem imaginar”, “dói só de pensar”, o que nos leva a refletir o impacto da linguagem emocional a partir da leitura do outro, da dor do outro, em que a narrativa promove uma identificação.

Imagem 6 - A presença de Deus na imagem de um "bom parto"

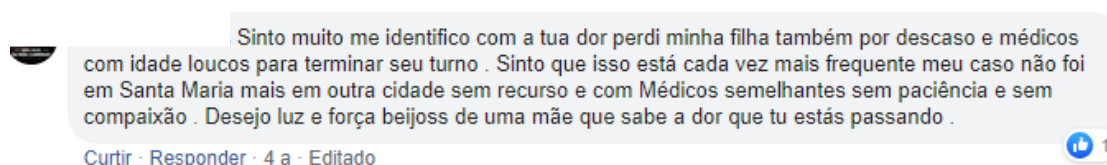


Fonte: Facebook.

Além disso, é possível perceber que mulheres que viviam o luto antes no

silêncio, passaram a se identificar com aquele espaço virtual para trocas sobre suas experiências de dor e de sofrimento. A identificação foi perceptível, quando muitas diziam sentir a dor por já terem passado por isso. No exemplo, logo abaixo na imagem 7, a mãe diz “me identifico com a tua dor”. Será que podemos afirmar que a identificação, pela exposição pública da dor, potencializou o uso do termo “violência obstétrica” entre as mulheres de Santa Maria? É possível dizer que - a partir do momento que uma mulher usou sua voz para dizer que aquilo não estava certo e que seus direitos foram violados - essa violação passou a ser mais percebida, refletida e reconhecida na inscrição de outros corpos femininos?

Imagem 7 - A identificação com a dor



Fonte: Facebook.

Essa identificação de dezenas de mulheres com aquela narrativa de parto havia sido o motivo possível da repercussão do relato? O relato teria tirado do silêncio o que antes era mantido como assunto quase confidencial? Como ouvi de mulheres naquela ocasião e sigo ouvindo por conta do movimento e da pesquisa, muitas comentam sobre sentir medo de relatar, medo de precisar ir para o hospital depois e serem “machucadas” de novo. Passei a conhecer outras tantas que conviviam com seus filhos com sequelas permanentes após o parto. Isso fez com que elas não tivessem possibilidade de ir atrás de seus direitos, pois estavam ocupadas tentando manter seus filhos vivos e em busca de direitos e assistência ainda escassa para essas crianças. O relato pelo Facebook, em que muitos abrem e leem, inclusive, enquanto fazem outras coisas, permitiu que mais mulheres mães acessassem a leitura e, por meio da rapidez de informações, pudessem também compartilhar suas histórias. Provavelmente, se dependesse de denúncias formais, não fariam isso.

As manifestações ocorriam por meio de comentários na publicação, em que

os mais frequentes correspondiam ao fato de “imaginar a dor” e até de poder senti-la. Percebe-se aqui o poder de sensibilização do relato, como testemunho de uma violência afligida sob o próprio corpo. Muitas mães comentaram, ao contar seus relatos, o quanto estavam desesperadas. Outra mãe comenta - o que muitas também comentaram - “*jamaís vou esquecer o que passei*”, considerando a permanência da violência na memória. Ao ler cada comentário, agora com um distanciamento temporal, percebo o quanto a violência está imbricada no discurso das mães como algo marcado no corpo, corporificada na memória dessas mulheres.

A dor pode ser sentida, mesmo através das palavras contidas em um relato da internet, em que se tem acesso à história, ao compartilhamento da evolução da gravidez. A manifestação do relato reacendeu a memória da dor de muitas mulheres que haviam passado por isso, mas por algum motivo permaneceram no silêncio. Não dava para desconsiderar um relato de uma mãe que perdeu um filho, não dava para deixar passar em branco, pois isso causa medo de acontecer de novo. A identificação da maternidade levava à identificação da dor, e em seguida, da luta.

A ampla divulgação dos casos foi um dos elementos que contribuiu para que se incorporasse a ideia da violência obstétrica na sensibilidade das pessoas. Um dos maiores jornais da cidade publicou o caso na seção “desabafo”. Com a manchete “Após morte de bebê, mãe recorre à polícia”, supõe-se que se trata de um crime, já que a polícia seria a mediação para a reparação do sofrimento.

No jornal “A Razão”, uma relação interessante entre o ocorrido e a tragédia de Santa Maria, na qual eu estive presente e sobrevivi, pois o título aciona “Drama compartilhado por sobrevivente”. O termo “sobrevivente” faz menção ao fato de eu ter estado na boate Kiss na noite do incêndio⁵⁷, ou seja, eu já era uma “sobrevivente”. Essa narrativa aciona o gatilho da luta dos pais e mães de vítimas da Kiss, pois cria uma relação de identidade, de reconhecimento, não só como mãe, mas como jovem vítima da negligência do Estado. Com a criação da relação entre um choque e outro, abre-se espaço, também, para ganhar visibilidade e ênfase. O que está sendo acionado é o sofrimento, pela perda do filho e pelo trauma do incêndio.

⁵⁷ Como comentei anteriormente, o incêndio da boate Kiss ficou conhecido internacionalmente como uma tragédia. Na ocasião, infelizmente, eu estava presente. Esse “gatilho” é usado em algumas matérias, acredito que para atrair a atenção dos leitores, dada a magnitude do ocorrido.

Na primeira matéria, há uma caracterização do relato de parto como “dramático” associada à identidade de “sobrevivente”. O parto teria configurado um “novo” drama, um novo choque, uma nova tragédia para a minha vida. No corpo do texto, a matéria discorre sobre haver “detalhes do traumático parto”, configurando o próprio posicionamento do jornal, da matéria, sobre a narrativa. Quem está acionando essas categorias também é matéria jornalística. Apesar de eu não ter sido casada e não ter dito que fui em algum momento, a matéria nomeia o pai do meu filho como “marido”. A validação do relato pela repercussão é a linguagem das mídias digitais. Após o detalhamento e a localização da minha identidade, a matéria narra o que teria acontecido em terceira pessoa. Na imagem, uma foto minha e do Vicente, meu filho, ainda na UTI. A imagem é cheia de ternura e fazia parte do primeiro momento em que o peguei nos braços. Na sequência da matéria, um outro caso de escândalo envolvendo um dos hospitais que fui, também sobre negligência.

Na mesma semana, houve outra matéria, no mesmo jornal, agora, com a resposta dos hospitais. Para criar a ideia de sequência, de narrativa, o jornal publica um tipo de “print” da matéria anterior para que as pessoas que não sabiam do que se tratava, pudessem entender. A fim de explicar o caso, o hospital isenta-se da responsabilidade, afirmando que o nascimento ocorreu no Hospital Casa de Saúde e o quadro da criança, ao entrar no Hospital Universitário, era extremamente grave e, por consequência da doença de base, adquiriu uma pneumonia aspirativa.

Imagem 8 - Reportagem do jornal A Razão



Fonte: acervo pessoal.

Um processo parecido ocorre com o Jornal “A Razão”, que também reitera a matéria anterior para mostrar o segmento do debate como pauta municipal, dando a ideia de temporalidade. Nesse caso, a matéria opta por dar ênfase à apuração das denúncias por parte dos vereadores. As matérias mostram o início de um conflito, de uma disputa de poder, de saber e de verdade. A mãe fala que foi negligência, o hospital pronuncia-se dizendo que seguiu rigorosamente o parto normal. Em uma das matérias, o hospital que foi atendida reitera ser referência para partos humanizados, no entendimento de que parto humanizado não é um parto sem dor e que muitas mães não têm entendimento sobre o procedimento.

Imagem 9 - Reportagem do Diário de Santa Maria



Fonte: acervo pessoal.

Aciona-se aqui a ideia de que o saber sobre o parto, o saber sobre o processo de parturição corresponde ao técnico, seja o médico ou a enfermeira, e não à mulher, como já discutido anteriormente. Não pertence à mulher o saber sobre a própria dor. A suposta ignorância materna é o que leva a narrativas equivocadas, como sugere o hospital. A noção de que o parto humanizado não é um parto sem dor aponta para o possível entendimento de que o relato de parto reclamava da dor, e não do atendimento. O fato de o protocolo ter supostamente sido respeitado cria a sensação de que há algum equívoco. Afinal, o protocolo é uma forma de agir diante de uma situação, representando quase uma linha de produção de parto. Se o protocolo foi

respeitado e, mesmo assim, algo não saiu bem, significa que o problema não é do hospital, é da mulher, da operária. A mulher é que não foi capaz de compreender, de parir, de produzir um bebê saudável.

4.2 DA *TIMELINE* PARA AS RUAS

Nessa seção, discorro sobre o processo de construção de uma narrativa que começou nas mídias digitais e estende-se para as ruas, estabelecendo uma continuidade entre o online e o off-line, inspirada sob os escritos de Débora Leitão, Laura Gomes (2011) e Miskolsci (2011). Em um momento de identificação, empatia e reconhecimento da dor de mulheres que foram violadas, as pessoas unem-se em Santa Maria, construindo outros caminhos de atuação, em prol de reivindicar seus direitos.

Assim, ainda em maio de 2016, uma família havia procurado-me pelas redes sociais para marcar um encontro presencial. Fernanda e Élvio, ambos brancos, classe média baixa, haviam perdido seu filho (Rafinha) em fevereiro daquele ano, assim como também foram vítimas da violência obstétrica. Eles ainda ficaram com Rafinha durante três anos havendo sequelas gravíssimas decorrentes do parto, que ocorreu em 2013. Como ele havia ficado a maior parte da vida no hospital, eles acabaram fazendo contato com dezenas de famílias que haviam passado pelo mesmo.

Traziam, desde então, um sentimento de indignação por uma violência recorrente e ainda muito invisibilizada. Nenhuma das famílias que conheceram durante a jornada no hospital tiveram a possibilidade de falar sobre ou de denunciar. Primeiro porque algumas das crianças vivas permanecem com sequelas que demandam muita atenção dos pais; segundo porque muitos, como vimos pelos comentários na publicação do Facebook, entendiam a violência como uma “fatalidade” ou permaneciam com a possibilidade de ter uma “explicação maior”, “divina”, sob a ideia de ser “a vontade de Deus”.

“Precisamos fazer alguma coisa”, disse Élvio, na tentativa de fazer justiça, de alguma maneira, de se fazer ouvir, por meio da internet e do barulho nas ruas. Então,

eu, ele e Fernanda pensamos na possibilidade – dada a repercussão do caso – de fazermos um protesto na cidade, ocupando o espaço público e rompendo o silêncio entre os “gritos” velados das redes sociais. Durante o encontro, lembro de me sentir tão representada por tudo que Fernanda dizia, parecia que a nossa dor se abraçava para dividirmos a angústia daquilo que carregávamos. Aos poucos, durante nossa conversa, fomos percebendo semelhanças de tratamento, de frases, de condutas, que ainda nos deixavam em dúvida sobre o que era ou não adequado no atendimento. Havia um medo muito grande de não sermos credibilizadas por sermos leigas, mas sabíamos que algo estava muito errado naquela história toda. Elvio tinha muita raiva por tudo que tinha acontecido. Eles tinham batalhado por três anos pela vida do Rafinha, que infelizmente não sobreviveu por consequências da paralisia cerebral, desencadeada após o parto.

O sentido de constituir uma forma socialmente inteligível – sob os preceitos de Sarti (2011) - de expressar e de fazer reconhecer o sofrimento associado à violência, o encontro das nossas histórias fez com que começássemos a organizar um grupo, pensando na realização de ações públicas e coletivas para poder expressar a dor e a raiva publicamente. Não se trata de uma pesquisa histórica, mas sobre o modo como ela ocupa o presente e marca o ritual mais importante da vida de uma mulher, o parto. Nota-se, diante dessa perspectiva, uma inscrição simbólica dessa violência nos corpos femininos. A partir daqui, começam a se formar redes de afeto e compartilhamento, com pequenos grupos de atuação nas redes e nas ruas.

4.2.1 Redes de afeto e compartilhamento

Como comentado anteriormente, Santa Maria tem vários coletivos e pequenos grupos de atuação política, um cenário bem pertinente para iniciar um movimento social. Com o engajamento das pessoas nas publicações e na repercussão do caso, organizamos um grupo no *Facebook* para chamar pessoas a nos ajudar com a elaboração do protesto.

O grupo intitulado “Organização do Protesto Contra Violência Obstétrica” foi criado em 21 de julho de 2016 e contou com o apoio de 63 pessoas, um grupo fechado, para discutir a organização e as demandas do protesto. No grupo, tínhamos estudantes, líderes de movimentos estudantis e pessoas que já tinham contato com

algum tipo de ativismo na cidade. A conduta política começou a ser compreendida e corporificada. Havia uma maneira de fazer aquilo funcionar, havia detalhes para refletir estrategicamente para atingir mais pessoas, sensibilizar mais pessoas. Havia uma maneira de mostrar às pessoas – com sensibilidade – o que estava acontecendo. Na imagem de capa do grupo, era a foto do Vicente, meu filho.

Foi elaborado um ofício para enviar à Secretaria de Mobilidade Urbana que informou sobre o protesto, para que pudéssemos ter um aval, de alguma forma, sobre o ato. A preocupação era de que o movimento não fosse taxado como desorganizado ou associado a qualquer vandalismo, uma vez que queríamos a credibilidade das pessoas para nos acompanhar na luta. No grupo, organizamos e separamos os apoiadores por bairros e por ações. Ali, discutimos e sistematizamos os detalhes da organização, como os panfletos, as músicas a serem cantadas no protesto, a performance de um parto que fazia parte do protesto e a parte burocrática que viabilizaria a nossa permanência em via pública no centro da cidade.

Apesar de Élvio e de Fernanda terem pensado o protesto comigo, eles não entendiam muito sobre as mídias digitais, assim, eu fiquei responsável pela comunicação e pela divulgação. Ganhamos muito apoio, inclusive, dos outros movimentos de pais e mães da cidade, como a Associação de mães e pais de vítimas das mães da Kiss (AVTSM) e o Movimento do luto à luta, além do apoio de um movimento de Porto Alegre pela humanização do luto materno. Todos os contatos aconteciam de forma online e as pessoas mostravam-se muito abertas a ajudar. A comunicação acontecia exclusivamente por esse meio.

Imagem 10 - Organização do Primeiro Protesto pelo grupo no Facebook



Fonte: Facebook.

As pessoas dispuseram-se a ajudar de todas as maneiras, tirando foto, filmando, fazendo cartazes, criando música, apesar da maioria não ser mãe ou ter alguma relação com a violência obstétrica. Elas assumiram a causa, buscaram autonomia para fazer o protesto acontecer de uma forma sensível. As mulheres que se candidataram para fazer a performance do parto organizaram os jalecos e produziram um roteiro para representá-lo na praça. A performance era pensada para dar detalhes do horror relatado pelas mães, como uma junção de várias histórias, em um mesmo parto, em um mesmo corpo. Para o protesto, foi feito um evento aberto, também no Facebook, que contou com respostas de mais de mil pessoas, as quais comentavam na página de forma aberta, manifestando indignação e raiva pela imprudência dos atendimentos⁵⁸. Entre as ações, eram postadas fotos das crianças, com poemas ou relatos do que havia acontecido.

A identificação da vulnerabilidade no hospital, da descrença médica em relação ao conhecimento feminino sobre o próprio corpo levavam às mulheres a perceber que havia um ritual de atendimento. Alguns procedimentos eram comuns a todos os atendimentos, como, por exemplo, a negligência da queixa, o descaso com o pedido de socorro, o deboche a depender das condições sociais das mulheres, a ameaça para que a mulher faça a força “certa”, a insensibilidade diante da dor. Nesse sentido,

⁵⁸ Disponível em: <https://www.facebook.com/events/1751980591712792/?active_tab=discussion>. Acesso em: 15 ago. 2020.

tudo evidenciava o quanto o atendimento era um atendimento técnico e se distanciava do que era considerado humano, orgânico e emocional.

4.2.2 “A justiça é cega, mas as mães não são”

É interessante observar que o ativismo não começou no dia que fomos às ruas. Começou muito antes, primeiro, pela identificação de um problema, depois, pela formação de alianças pelas redes sociais, formando um ciberativismo, como modo de atuação política. Toda a organização do protesto passou por valores, acordos, estética e pela sensibilização. Quando fomos às ruas, mostramos um processo que coletivamente estava sendo construído há semanas. Por isso, torna-se relevante para essa discussão apresentar como se deu o primeiro protesto.

O primeiro protesto ocorreu em agosto de 2016 e teve entre 150 a 200 pessoas, em formato de caminhada da Gare da estação ferroviária até a praça Saldanha Marinho, na região central de Santa Maria. A comunicação funcionava por dois megafones que nos emprestaram, um deles estava comigo e outro com o Élvio, marido da Fernanda. Pelo megafone, falávamos a razão de estarmos parando o trânsito, visto que nossas vidas estavam – de certa forma – também paradas com a morte de nossos filhos. As pessoas comoviam-se com o movimento, com as faixas, com os cartazes, com as fotos das crianças nas faixas e com as crianças presentes, sobretudo, as que estavam em cadeira de rodas seguindo o movimento. Andávamos devagar, com o apoio dos guardas de trânsito, mas ainda assim com cordões humanos⁵⁹ para não invadirem nosso espaço. Quando chegamos próximo ao nosso destino final, a praça Saldanha Marinho, paramos para ver a performance do parto acontecer.

⁵⁹ Cordão humano é como chamamos uma corrente de pessoas dispostas, uma ao lado da outra, para trancar uma rua e os carros não avancem. São pessoas que se colocam na frente das manifestações públicas para proteger o grupo.

Imagem 11 - A marcha pela reparação da violência



Fonte: Diário de Santa Maria/ Maiara Bersch.

O grito que tomou conta das ruas naquele dia era “*A justiça é cega, mas as mães não são*”, simbolizando o que é explorado neste capítulo quando comento sobre o Estado ser personificado dentro de uma noção de inércia, aqui referenciado como a noção de “justiça”. O protesto era, de alguma forma, a simbolização das práticas abusivas nos hospitais e a representação das vozes ecoadas nas mídias digitais. Os estudos sobre experiências, emoções e as formas que são expressas estão relacionados também às discussões sobre corpo, como mostra Gomes (2017) em sua pesquisa sobre o corpo como um elemento mobilizador de emoções em protestos femininos e feministas. É por meio dele que se conhece e se reconhece elementos que são denunciados e estão inscritos na pele de várias mulheres.

o corpo é construído e politizado nos discursos e nos protestos. (...) Desnudados, encobertos, paramentados ou pintados, fazendo-se presentes nas ruas, em imagens ou em manifestos, os corpos são transformados em artefatos políticos, acionados de diversas formas por ativistas para comunicar diferentes mensagens e produzir efeitos desejados. No feminismo, entretanto, o ‘corpo’ é um articulador central dos repertórios políticos, um lugar discursivo onde as ativistas depositam uma multiplicidade de significados e projetos, constituindo uma gramática ao mesmo tempo compartilhada e disputada. (GOMES, 2017, p. 234).

O corpo aparece como elemento mobilizador de emoções. Um exemplo disso é o referido protesto do movimento, em especial, na performance do parto, na qual

cinco ou seis mulheres simularam numa das vias mais movimentadas do centro da cidade um parto exposto, violento, regado a dor e a gritos. Eu participava enquanto mãe vítima de violência obstétrica e falava com o megafone as frases mais ouvidas pelas mulheres dentro desse processo, representando a obstetra. Perto da praça principal da cidade, no meio do trânsito, de buzinas, aquela imagem de uma mulher grávida, rodeada de outras pessoas, as quais representavam a equipe de saúde.

Imagem 12 - Performance de parto



Fonte: Dartanhan Baldez Figueiredo.

A equipe segura a mãe pelas pernas, pela cabeça, pelos braços, proferindo palavras violentas e corriqueiras, como “na hora de fazer, você não gritou, né?”, “você não tá se ajudando”. Aos gritos, começo a circular aquela cena dizendo no megafone tudo que ouvi na sala de parto, a voz estava embargada, a memória ainda estava muito viva sobre todas aquelas dores. Diante disso, as pessoas presentes no protesto tiveram uma pequena noção do que é ter um momento íntimo exposto em meio a uma situação de violência⁶⁰. Algumas pessoas acenavam negativamente com a cabeça, outras lamentavam e outras sequer conseguiam olhar por muito tempo. Conforme

⁶⁰ Disponível em: <<https://www.facebook.com/watch/?v=231466184044866>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

Gomes (2017, p. 240), “sentimentos de raiva, vergonha, orgulho ou falta de respeito são estimuladores do engajamento, assim como laços de solidariedade e amizade são cruciais na manutenção das redes de relações que constituem os movimentos”.

Esse corpo exposto estava, também, produzindo emoções, em um determinado contexto, mobilizando pessoas e transformando a realidade, a partir do que é entendido como justiça e violação de direitos. Nesse sentido, o trabalho de Jussara Freire (2007) dá conta de restituir e de analisar os momentos de manifestação das emoções, com o objetivo de compreender como os afetos são constitutivos dos princípios de justiça dos coletivos analisados.

Imagem 13 -Violação do corpo e o silêncio diante da violência



Fonte: Dartanhan Baldez Figueiredo.

O silêncio imperou no lugar até começarmos novamente a nossa frase de luta “a justiça é cega, mas as mães não são!”⁶¹. Ao chegar na praça, percebemos uma multidão não prevista. Apesar de termos reservado aquele dia junto à Secretaria de Mobilidade Urbana, houve um engano e permitiram que dois eventos fossem marcados no mesmo dia. Para nossa sorte, o evento que acontecia na praça era sobre

⁶¹ Disponível em:

<<https://www.facebook.com/maesnalutacontraavioleciaobstetrica/videos/231464400711711>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

crianças com Síndrome de Down. Acontecia na praça um show com uma banda cover de sertanejo e aquilo nos irritou profundamente, pois ali era o lugar considerado adequado, para as pessoas nos ouvirem, pois é um espaço onde ocorrem as principais manifestações públicas. Entendíamos aquilo como uma forma de silenciar nosso ato. Não podíamos perder essa oportunidade, então falamos com a organização e mesmo diante de certa resistência, conseguimos subir ao palco e tivemos alguns minutos de fala. No fim das contas, aquele público agregou mais aliados para nossa luta, visto que eram duas causas congruentes, uma vez que também tínhamos as crianças com deficiência e ela faz parte de nossas pautas.

Chamando a atenção para as emoções durante a ação política, envolvendo discurso e ação, Monalisa Siqueira e Ceres Victora (2017) analisam o movimento de mães e pais de vítimas da Kiss, em Santa Maria, no Rio Grande do Sul. O “barulho” e o “silêncio” performavam o corpo no espaço público, que se configuram como dinâmicas emocionais, mudando as perspectivas de luto na cidade. A formulação de novos discursos parece acompanhar as mudanças nas dinâmicas emocionais, observando a micropolítica das emoções atuando sobre as mentes e sobre os corpos. Ao compreender a dor e o sofrimento como experiências sociais corporificadas, analisa-se o agenciamento das vítimas a partir da busca por “justiça”.

Antes do protesto, a emissora local havia entrado em contato comigo e com a Fernanda planejando uma matéria conosco. O grupo – que naquele momento ainda não tinha nome – conseguiu ganhar uma visibilidade maior, tendo registros do protesto transmitidos pela Rede Brasil Sul, RBS. Na matéria, a repórter comenta “duas mulheres e relatos muito parecidos”. A então vice-presidente do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul usou, na reportagem, do “saber médico” para a defesa da classe: “as vezes a decisão de uma pessoa leiga não é exatamente a melhor decisão do ponto de vista da medicina”, sugerindo – assim como um dos hospitais que nos atendeu – que se tratava de ignorância materna sobre a dor.

Imagem 14 – A busca por justiça nas ruas



Fonte: Dartanhan Baldez Figueiredo.

Imagem 15 - Pronunciamento na praça Saldanha Marinho



Fonte: Dartanhan Baldez Figueiredo.

Ao olhar para as imagens e lembrar aquela experiência, percebo como o movimento estava usando das emoções para expressar a mensagem política. Essa teia de emoções geradas como reflexo da memória da violência sensibiliza as pessoas, produzindo uma narrativa sobre esse tipo de atendimento desrespeitoso, violador.

A violência obstétrica – como violação de um momento considerado socialmente como “sagrado” - produz as emoções envolvidas, mobilizando as mulheres vítimas dessa violência a um ativismo. Rezende (2019) discorre a respeito da forma de expressão das experiências, mobilizadas em situações sociais específicas:

Enquanto formas culturalmente e historicamente elaboradas, narrativas, performances, histórias e dramas são unidades organizadas de significados, mobilizadas em situações sociais específicas. Em cada apresentação, rememora-se, revive-se e recria-se a experiência. Na medida em que a experiência envolve sempre os afetos, sua narrativa pode ser vista também como um discurso emotivo. (...) O discurso emotivo e, de modo mais amplo, a narrativa da experiência permite ver também como se articulam e expressam, por meio deles, diversos temas e valores culturais. (REZENDE, 2019, p. 205).

O discurso emotivo ocorre, também, pelo corpo, pela expressão discursiva, pela forma de agir nas mídias digitais e nas ruas. Houve ainda muita repercussão do tema na cidade, mas naquele ano, depois do protesto, ficamos cansadas, exaustas e resolvemos descansar. Continuamos sendo procuradas pelas mulheres que passaram por violência obstétrica e isso fazia com que a gestão da dor e do luto ficasse mais difícil, de tal forma que não tínhamos suporte emocional para lidar com isso. Restringi minha atuação à organização dos trâmites legais e das repercussões jurídicas do movimento e das mídias digitais. Levamos os casos conhecidos ao Ministério Público, que fechou o hospital Casa de Saúde por um tempo, mas depois tudo voltou à “normalidade” e novos casos de violência obstétrica surgiram. Logicamente, não era o único hospital que produzia a violência, mas era um dos principais locais de atendimento da rede pública.

Essa violência atinge mulheres e talvez por isso ainda seja uma violência tão invisibilizada na sociedade. Todavia, também é uma violência que também atinge crianças, consideradas as vítimas inquestionáveis, uma vez que não há como impor nenhuma moralidade sobre uma criança em relação a sua própria morte. Não havia nada que essas crianças pudessem ter feito para “merecerem” qualquer trato desrespeitoso. A imagem da criança é percebida – como podemos ver nos relatos e demais dados de campo - como um sujeito “sagrado”, “puro”, “inocente”, “protegido por Deus”. Essa concepção evoca manifestações emocionais, como o lamento pela falta de amor ao permitir que isso aconteça.

Após a repercussão nos meios de comunicação da cidade, a equipe da Rede Brasil Sul (RBS) de notícias quis marcar uma matéria comigo e com a Fernanda, uma das mães referidas anteriormente, dando espaço e certa legitimidade às vítimas. A legitimação da categoria “vítima” como modo de intervenção sobre o outro, marcando as políticas de reparação. No que tange aos movimentos de violência obstétrica, percebe-se a dimensão emocional do lugar social da vítima, visto que o parto, por si só, já é um ritual de dimensão social carregado de implicações simbólicas sobre o corpo e sobre as emoções.

Imagem 16 - Protesto na Avenida Rio Branco



Foto: Dartanhan Baldez Figueiredo.

É interessante perceber que há uma diversidade muito grande quando me refiro a “nós”, pois em se tratando de um movimento tão sensível, nem sempre as mesmas pessoas conseguem participar ativamente. Então, devido a esse fluxo de pessoas – que ora manifestavam nas ruas, ora se manifestavam no online – é complicado delimitar em todos os momentos quem são as pessoas presentes. Apesar disso, há certa constância de algumas famílias e de algumas mulheres, fortalecendo os vínculos em 2017. Como Jimeno (2010) discorre, a dimensão político-cultural do movimento foi tomando forma, tirando a ideia de “vítima” de uma lógica de passividade e agenciando uma participação política e um rompimento de barreiras institucionais. A apropriação

das ruas, da “verdade compartilhada”, da linguagem emocional levou o alcance do movimento ao reconhecimento social da dor.

4.3 A IMERSÃO POLÍTICA E OS IMPACTOS MUNICIPAIS E ESTADUAIS

É na incorporação da violência obstétrica dentro dos processos de subjetivação que o movimento vai se consolidando enquanto narrativa desde 2016. A sensibilização em torno do tema passa a ser produzida através dos relatos de dor e de sofrimento publicados nas mídias digitais, como forma de atuação política. O estereótipo do amor de mãe e a sensibilidade em torno do tema contribuíram para que a pauta se tornasse legítima e praticamente inquestionável. A “subjetividade política” – que não configura submissão, nem rebeldia – formava um novo modo de atuação política, em que o fio condutor era a violência sofrida e a maternidade enlutada, conforme Claudia Fonseca (2019) inspira a pensar.

O movimento nas ruas exerceu um processo de construção de uma denúncia pública do que ainda era muito velado pelos hospitais. Pós institucionalização dos partos, o saber médico e institucional tornou-se irrevogável, um poder legítimo e legitimado pela sociedade. O movimento dizia respeito ao impacto político da violação de corpos femininos com consequências gravíssimas a crianças, em uma cidade de médio porte. Evidencia-se, por meio dos relatos, o silenciamento de mulheres como forma de imposição de uma hierarquia social, entre médico e paciente, evidenciando uma assistência ritualizada dentro dessa lógica. O poder ocorre sobre o corpo, levando à apropriação sobre o evento obstétrico como forma de controle acerca da autonomia das mulheres.

Na tentativa de uma reconfiguração da história, o tema passou a ser interesse de pesquisas, das universidades, dos hospitais. Em 2017, uma jornalista de Santa Maria começou a pesquisar o tema violência obstétrica. Para isso, aliou-se ao grupo de mães e fez um grupo no *Facebook* para que as mulheres contassem suas histórias e organizassem suas ações. O reconhecimento dava-se pela semelhança das narrativas e pela rede de solidariedade dentro da condição materna. Partia-se do pressuposto de que esse lugar do amor só é acessado por mães, logo, a dor poderia ser melhor entendida por elas também. Tínhamos uma espécie de rede de apoio

online, por identificação e reconhecimento da dor e do sofrimento umas das outras. O grupo serviu para a troca de informações, visto que ainda era muito vaga a noção do que é violência obstétrica. Isso fez com que se ampliasse a noção da violência no parto, para observar a violência obstétrica até em exames pré-natais.

Entretanto, a linguagem técnica era usada como forma de deslegitimação do testemunho, colocando a emoção em um lugar de inferioridade, por isso, havia um interesse das mulheres em aprender o discurso biomédico. No grupo de violência obstétrica, conhecemos Lizandra Flores⁶², uma enfermeira obstétrica, pesquisadora e ativista do tema. Lizandra tinha uma postura forte, confiante, não media palavras para explicar o que queríamos entender. Ela tornou-se nossa aliada e representava a aprendizagem da linguagem técnica e específica.

Aprendemos, com ela, a nos comunicar de maneira técnica. Éramos descredibilizadas por sermos “leigas” e, por isso, víamos a necessidade de aumentar a credibilidade para poder ter nossa lugar político respeitado. Com isso, Lizandra teve um papel muito importante para o andamento da causa na cidade. No dia 17 de maio de 2017, após várias mulheres terem relatado situações de violência tanto no pré-natal, como no parto e pós-parto, ela sugeriu que propuséssemos uma audiência pública para a Câmara de Vereadores, pois eles estavam dando legitimidade e espaço para nossa voz. Ela disponibilizou o salão do prédio em que morava para que pudéssemos nos encontrar, conversar e debater o tema de forma conjunta.

⁶² Lizandra desenvolveu uma pesquisa sobre o tema, em um dos hospitais referidos aqui. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/31149/2/ve_Lizandra_Chourabi_ENSP_2018.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2021.

Imagem 17 - Círculo de mulheres vítimas de violência obstétrica



Fonte: acervo pessoal.

No grupo, havia advogadas, psicólogas, ou seja, mulheres e mães de diferentes áreas e profissões que estavam ali para escrever uma nova realidade. Foi através desses encontros presenciais que tivemos outros contatos importantes, com a psicóloga Juliana Coutinho, com a Bibiana Giácomo, uma das mães que teve uma importante presença no grupo, e outras mães que mantiveram certa frequência no grupo. Já em contato com Jenifer, convidei-a para participar das reuniões presenciais. Ela foi atendida pela mesma equipe que atendeu a Fernanda e o Élvio no parto do Rafinha, então, dentro dessas conexões, fomos identificando os padrões de atendimento e a recorrência da violência. Na reunião, sentávamos em círculo, enquanto construíamos uma rede de apoio, de trocas, de indignação e ouvíamos as histórias de parto. Fazíamos algumas intervenções, outras a Lizandra Flores, enfermeira, fazia para nos explicar o funcionamento do parto e do atendimento, os procedimentos, outras para comentarmos, para reconhecemos as histórias umas das outras. Juliana Coutinho nos guiava comentando, muitas vezes, sobre o processo de violência na nossa psique, auxiliando nesse trabalho emocional do processo de luto.

4.3.1 “Eles mataram a minha filha também?” – Narrativa nas redes

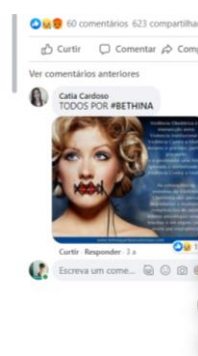
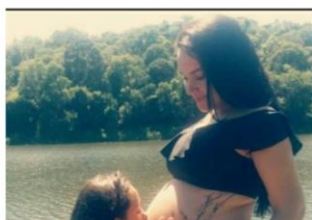
Nesta seção, apresento o segundo relato de parto da cidade de Santa Maria que viralizou nas redes sociais, criando uma narrativa com a comunidade online. Como uma sequência dos atos de violência que as mulheres vinham sofrendo, o relato de Jenifer mostrou que éramos muitas em cada narrativa.

Depois de algumas mensagens trocadas, entre lágrimas, compartilhamento da dor, da raiva, do vazio, encontramos, eu e Jenifer, as palavras certas para contar o que havia acontecido. Na ocasião, criamos uma intertextualidade entre o meu relato e o dela, em que o título do meu é uma afirmação “*eles mataram o meu filho*” e o dela uma indagação “*eles mataram a minha filha também?*”. O relato de Jenifer foi divulgado no dia 24 de maio e teve mais de 50 mil visualizações, mais de 600 compartilhamentos, mais de 60 comentários, chegando em alguns atores e atrizes da Rede Globo com bastante alcance e em várias páginas de militância.

Quando Jenifer compartilhou o relato dela com o mundo, já havia uma narrativa sobre os casos da cidade, como reverberação do que aconteceu nas redes sociais, ou seja, já se falava sobre isso. O movimento de falar sobre a experiência apesar de recente, legitimou as mulheres que se sentiram violadas a falar, umas pelas outras. Quanto mais falássemos, mais dispositivos teríamos para lutar contra isso.

Imagem 18 - "Eles mataram a minha filha também?" - Relato de parto

Eles mataram a minha filha também?

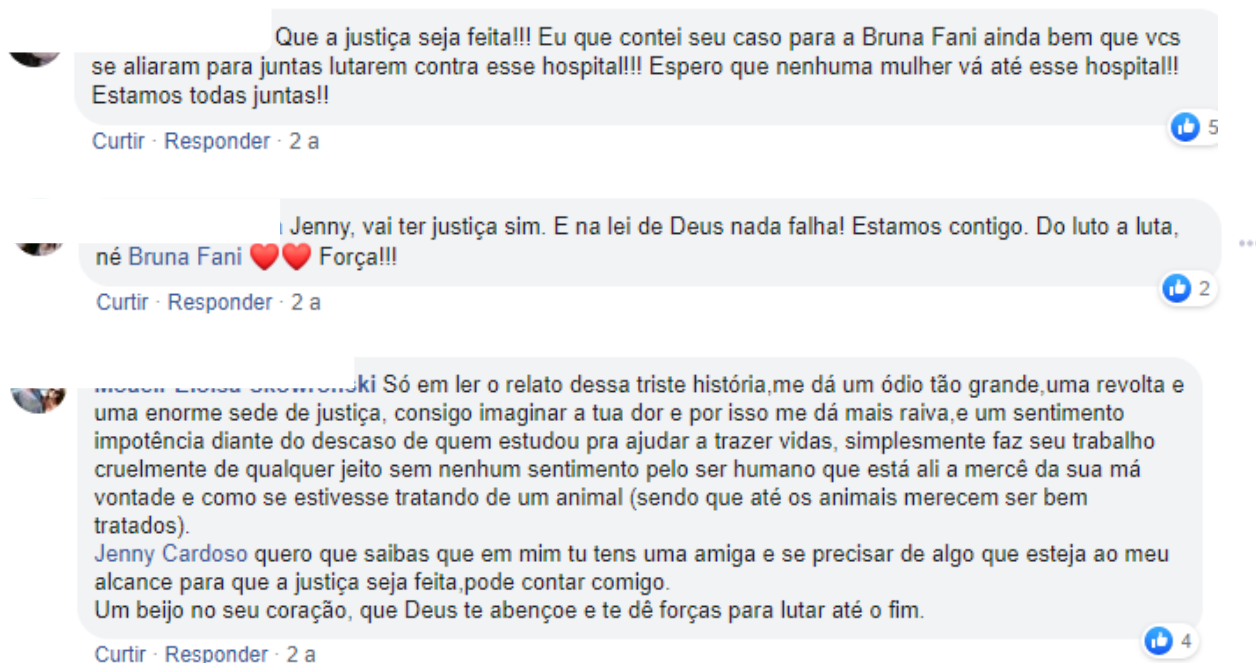


Fonte: Facebook.

Na memória da comunidade, aquela narrativa era muito semelhante à minha. Isso fez com que as pessoas começassem a me mencionar nas publicações, como uma tentativa de aliar duas mulheres que passaram pela mesma violência e configurar uma nova realidade. A intertextualidade entre os relatos era evidente a partir do título. Há uma simetria na construção da frase e há uma entidade subentendida, responsabilizada, no primeiro relato, e questionada no segundo. A ideia do “também” dá uma ideia de continuidade, ou seja, não são dois casos isolados.

A reação das pessoas ao relato dela ocorreu de forma diferente. Percebe-se, pelos comentários e pelas formas de manifestação online, mais raiva, mais indignação. O meu relato poderia ser uma “fatalidade” como as algumas pessoas gostam de falar, mas mais de um da mesma natureza inferi que não é. Um dos comentários mostra a concepção de aliança dentro dessa luta que começa a tomar forma em Santa Maria.

Imagem 19 - Pedidos por justiça



Fonte: acervo pessoal.

As pessoas que entram em contato com os relatos passam a fazer coro por “justiça” conosco. Há uma revolta pela dor, que se transforma em luta política. Através

do relato, elas sentem como se tivessem dentro da narrativa. Vários comentários falam sobre isso, “senti como se fosse comigo”, “dói só de imaginar”, a narrativa havia criado uma relação de proximidade com as pessoas pela vulnerabilidade expressa. É uma mãe jovem enlutada que foi desrespeitada e violada por pessoas que detêm o poder dentro de uma instituição. Ela não teve autonomia, liberdade, decisão, ela foi levada a isso. Com isso, cabe a ela o reconhecimento de que é vítima dessa situação.

4.3.2 A narrativa nas ruas

“Não preciso passar por violência obstétrica para me juntar à causa.”

Da mesma forma que a narrativa teve sequência nas redes, teve sequência nas ruas. Cerca de um ano depois, estávamos organizando outro ato. Organizamos o segundo protesto para o dia 03 de outubro de 2017 e, para isso, fizemos um evento no Facebook, que teve mais de 1400 pessoas confirmadas, que se manifestaram de forma online. Algo interessante, neste protesto, é o fato de o primeiro evento do *Facebook* ter se chamado “protesto contra impunidade médica em Santa Maria” e no segundo ato, “protesto contra violência obstétrica em Santa Maria”, de uma identificação de um agente causador no primeiro ato para a identificação do problema estrutural no segundo ato. Estávamos tomando consciência que entrávamos em uma agenda política de luta.

Para a organização, usamos o mesmo grupo do *Facebook* de 2016. Para essa manifestação, organizamos as camisetas do movimento com nossas frases de luta e distribuímos. Com o apoio de recursos próprios do vereador Valdir Oliveira⁶³, conseguimos contratar um carro de som. Com menos pessoas, mas com mais impacto político, o protesto percorreu o mesmo trajeto, saindo da Gare da estação e parando na praça Saldanha Marinho. Dessa vez, não havia performance programada, havia apenas nós, as mães, as crianças e os cartazes.

⁶³ Valdir Oliveira é um dos vereadores do Partido dos Trabalhadores (PT) que passa a apoiar as atuações do movimento dentro e fora da Câmara de Vereadores, levando nossas pautas para os demais agentes públicos.

Imagem 20 - Com mãe não se mexe



Fonte: Dartanhan Baldez Figueiredo.

Imagem 21 - "Violência Obstétrica tirou a vida da minha filha Bethina"



Fonte: Dartanhan Baldez Figueiredo.

As ruas foram ocupadas como uma continuidade da narrativa construída pela luta no ano anterior. Em 2016, as pessoas não tinham compreensão do que significava violência obstétrica. Algumas pessoas, inclusive, achavam que pudesse ter alguma relação com o aborto. O desconhecimento sobre o termo fez com que o protesto e a divulgação das nossas histórias fossem pedagógicos. Então, nesse protesto, já era

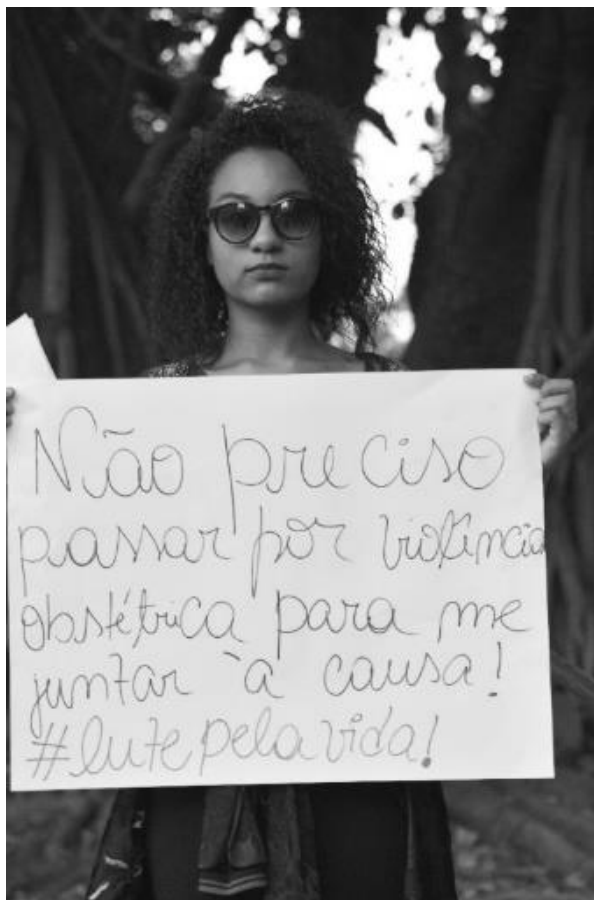
perceptível nas ruas que as pessoas sabiam do que se tratava. Algumas, na parada de ônibus, até interagiam, aplaudindo, acenando com a cabeça, juntando-se à caminhada.

O acionamento “pelas crianças” gera, nas pessoas, um sentimento de reconhecimento. As crianças estão sendo vitimadas. Somada à imagem dos cartazes, havia as crianças no protesto. A imagem de uma criança na cadeira de rodas simboliza nas ruas a consequência da violência obstétrica, na gramática do movimento. As mães pintaram os rostos com o colorido dos cartazes da Bethina. Segundo a Jenifer, a cor de Bethina era amarela, com isso, pintaram o rosto, simbolizando a posição de luta, de frente, de batalha, em que o inimigo comum é a “violência obstétrica”.

No evento do protesto publicado no Facebook, o chamado “vem com a gente! Vem com o nosso amor!”, mesmo que não fosse só o amor que estivesse mobilizando, era algo inquestionável, o “amor de mãe”. Na imagem de divulgação, uma pintura de uma mãe com o bebê no colo, acionando a sensibilidade. A ideia do “eco” de vozes também era usada nas publicações do evento. Uma voz vai ecoar e é a voz das mulheres, das mulheres mães. Ao contar a história de Jenifer, a frase “eles nos culpam, eles nos matam” aciona os elementos causadores, seguida por “pelo Vicente, pela Bethina (...)” junto dos demais nomes das crianças, reivindicando reconhecimento. Algumas fotos foram usadas para mostrar a “realidade”, para tornar factível, para ver a concretude das consequências da violência obstétrica.

A frase “o nosso luto é nossa luta para a qual o nosso amor é combustível. E avisem para todos que o amor sempre vence” estava nas artes publicadas com as crianças. O destaque na palavra “amor” aciona um elemento que é compreensível na linguagem política do movimento, visto que se trata de mães. É esperado – dentro do senso de moralidades – que as mães amem os filhos. Então, dentro dessa expectativa de comportamento, o movimento aciona essa emoção e cria relações com as pessoas.

Imagem 22 - Cartaz "não preciso passar por violência obstétrica para me juntar à causa"



Fonte: Dartanhan Baldez Figueiredo.

A violência obstétrica havia se tornado um problema de saúde pública na cidade pela repercussão de denúncias das mães. Quem estava tendo espaço não eram as figuras de saber científico – embora tenham sido convidadas – eram as mulheres que se identificavam como vítimas daquela violência. Era um momento de coesão entre sociedade e política. Olhar para um problema de saúde pública da perspectiva da vítima possibilita pensar em medidas que atinjam mais pessoas. A audiência representava o impacto político e social das reivindicações públicas de dor e de sofrimento causadas pelos hospitais.

Para que a denúncia pública fosse construída efetivamente, a participação das mães em diversos movimentos, o uso dos meios de comunicação e a documentação da denúncia em livros, além da exposição a diversos setores da sociedade era imprescindível. De acordo com Araújo (2007, p.65), a imagem da mãe que sofre é

uma das representações sociais que sempre esteve presente como um marcador discursivo sobre o lugar das mulheres na sociedade e na política, dentro de uma construção moral do que se constitui uma mãe. Por essa razão, o “cerne da denúncia é a maternidade partida”, possibilitando a inserção dessas mulheres no espaço público pelo estatuto da maternidade. Tal inserção influencia a organização de outros movimentos. O que resta para as mães é colocarem-se em movimento. A luta pela justiça é, também, a luta pela verdade.

As mães, na busca pela verdade, tentam mostrar que aquilo não foi um caso isolado, e sim uma regra, uma forma de atuação do que representa seu adversário. Esse momento comum entre as mães desvela a desproteção de seus filhos diante dos fatos ocorridos, mobilizando situações de sofrimento semelhantes a buscar a compaixão daqueles que não sofrem ou não sentem a mesma coisa. O testemunho das mães marca uma luta pela memória. A imagem da mãe que sofre é um dispositivo político e de poder que marca um lugar político das mulheres na sociedade, uma vez que há uma construção moral do que é uma mãe. Contudo, na tentativa de publicizar a denúncia, a imagem moral das mães é transferida das mães que sofrem para as mães que lutam:

Há toda uma construção moral do que seja uma mãe. Mãe protege, mãe cuida, mãe sente a dor de parir e por isso ela nunca consegue esquecer. Mãe é a base da família. Pai não é sempre família, pois pais esquecem, pais seguem a vida adiante, abandonam a família e vão embora. Mas a mãe é quem coloca um filho no mundo, por isso ela é a base. (ARAÚJO, 2007, p. 70).

Não havia mais como negar, estávamos diante de um problema social. Eram dezenas de mulheres com consequências reais de partos traumáticos. Dezenas de mulheres que tiveram uma gravidez saudável e saíram do hospital de braços vazios ou junto de crianças com deficiências e outros agravantes decorrentes do parto. Apesar de ter sido menor em número de pessoas, esse protesto teve mais força política. Por meio do protesto, em parceria com a Câmara de Vereadores, ocorreu, ainda em 2017, uma Audiência Pública⁶⁴, promovida pela assembleia legislativa do Rio Grande do Sul. A audiência pública foi requerida pelo vereador Valdir Oliveira e

⁶⁴ Disponível em: <<https://valdecioliveira.com.br/audiencia-publica-encaminha-aco-es-para-protECAo-a-gestantes/>>. Acesso em: 5 mai. 2020.

acatada pelo deputado Valdeci Oliveira⁶⁵. A audiência viria a ser o primeiro resultado mais concreto, mais específico de todas as reivindicações. Era onde poderíamos dar ênfase ao que realmente queríamos fazer.

De acordo com Freire (2007), a primeira forma de expressar indignação não passava pela denúncia ou pela ofensa, mas por repertórios gramaticais que listavam o descaso com os governantes com as pautas problematizadas, com sentimento de descuido e humilhação. Sentimentos que eram mobilizados no sentido de comover, mostrando as vivências afetivas compartilhadas por uma grande maioria. Nesse paralelo, o movimento de mães também problematizou o silêncio do estado. A todo momento, a mulher era silenciada, durante a performance, por uma voz que não fazia parte da equipe, uma voz que vinha de fora, mas tinha o poder de controlar o que se passava.

É possível perceber o que é considerado justo ou não pelo olhar dos protagonistas do trabalho, delineando uma crítica social. Segundo Freire (2007), líderes frequentemente se colocam no campo como “nós”, economizando a crítica em nome pessoal. Se pensarmos no movimento, notaremos que o “nós” também faz parte de uma identidade coletiva, presente em muitos discursos, como se a identidade coletiva fosse afetada, quando uma mãe sofre.

4.4 PERCURSO POLÍTICO

Simultaneamente a nossa presença nas mídias digitais e nas ruas, ocorreu a presença nos órgãos públicos, em especial, na Câmara de Vereadores. Com maior impacto político do último protesto, ganhamos mais visibilidade midiática. De 4 matérias jornalísticas em 2016, passamos para 13 matérias jornalísticas em 2017. Desde que começamos os encontros presenciais, criamos uma relação muito mais próxima, nossas trocas passaram a confortar o vazio e a dor que muitas de nós sentíamos naquele momento. A psicóloga Juliana Coutinho, que trabalha com mulheres em situação de violência, havia se aliado ao movimento, não como profissional em um primeiro momento, mas como mãe e apoiadora da causa. Entretanto, ela acabou mediando e fazendo um trabalho emocional conosco. Depois

⁶⁵ Foi por intermédio de Valdir que tivemos acesso à assembleia legislativa, com o apoio de Valdeci.

do caso da Jenifer, começamos a tomar decisões em grupo e surgiu a necessidade de termos um espaço online para os relatos.

Como ideia de uma das mães presentes, criamos a página “Mães na luta contra violência obstétrica”. Atualmente a página conta com mais de 5 mil seguidores, que usam o espaço para divulgar e publicizar relatos de parto e notícias relacionadas. Nesse período, enviamos um e-mail à Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores e à Comissão de Direitos Humanos para convidá-los a pensar sobre o assunto. Prontamente atenderam-nos e criaram um horário de reunião extraordinário para tratar desses assuntos. A reunião demorou um tempo para ser marcada, mas aconteceu no dia 22 de junho de 2017.

Imagem 23 - Reunião do movimento com as Comissões na Câmara de Vereadores



Fonte: Câmara de Vereadores de Santa Maria/ Mateus Azevedo.

Na ocasião, sentamos em círculo com os representantes presentes e conversamos sobre os casos no sentido de pensar o que poderia ser feito, o que daria para melhorar e como a gestão poderia ajudar. Precisamos dessa reunião, porque o tempo de pauta das reuniões ordinárias é muito curto e não dava para tratar de um assunto dessa dimensão. Foi assim que nesse dia criamos um grupo de trabalho – com os representantes das comissões – para falar sobre o tema. Havíamos aprendido com as idas e vindas da Câmara de Vereadores que era necessário sempre sair de

uma reunião com um encaminhamento e tínhamos isso como lema, jamais poderíamos sair “de mãos vazias”.

Com a criação de demandas, discutimos estratégias para “dialogar” com os hospitais. Naquele momento, os parlamentares eram nossos aliados e ficava bem claro que iríamos traçar um plano estratégico para lidar com as demandas. Percebemos que havia uma falta de diálogo entre os setores da saúde da cidade, considerando que o que acontecia em um lugar não era repassado a outro, como a Secretaria de Saúde, as Comissões, etc. Após as demandas apresentadas pelo grupo de trabalho, no dia 30 de junho, os parlamentares levaram o plano para a reunião ordinária com a Comissão de Saúde.

Formamos, com a reunião, dois aliados de grupos políticos distintos. Um deles vereador do PT, Valdir Oliveira, e o outro vereador do MDB, Francisco Harrinson. Ambos, apesar de não concordarem entre si, firmaram aliança conosco em prol dessa luta. Valdir, por sua vez, é irmão do deputado estadual Valdeci Oliveira, que também acabou firmando uma aliança conosco. Com as demandas das reuniões, decidimos organizar outro protesto, em prol da Jenifer e dos casos que estavam vindo à tona. Da mesma maneira, discutimos – agora em maior grupo e coletivamente – como queríamos organizar as ações.

Na mesa, representantes da comissão de saúde, como o vereador Francisco Harrinson, o vereador Valdir Oliveira, solicitante da audiência, e o deputado Valdeci Oliveira, proponente, representantes da 4ª Coordenadoria de Saúde, do COREN/RS e eu como representação do grupo de mães contra violência obstétrica. Intitulada “*As Políticas Públicas da Saúde da Mulher e Garantias e Atendimento Humanizado*”, a audiência pública foi marcada não só pela presença de dezenas de mães, como também pela presença de crianças com paralisia cerebral em suas respectivas cadeiras de rodas. Emocionado, o presidente da audiência, Valdeci Oliveira, comentou que a última vez que havia visto um movimento tão doloroso e tão emocionante foi durante as tramitações da boate Kiss. A própria presença de mulheres ali - de mulheres mães - representava certa transgressão ao que se conhece da participação feminina na política.

O auditório da Câmara é grande e as mães chegaram pontualmente para a audiência, diferentemente dos parlamentares. Era muito comum nas reuniões esse

modo de atuação, em que eles atrasam e depois apressam as pautas da reunião. Mulheres, crianças e dentre essas crianças com deficiências compuseram a estética da reunião naquela manhã, junto das autoridades dos setores de saúde, na grande maioria, homens, engravatados. A interpelação das mães era, sobretudo, por meio de suas histórias, detalhando suas rotinas de cuidados diários com as crianças, junto do medo diário da perda, da rotina estressante dos hospitais e da busca incessante pelas políticas públicas de assistência e saúde. Relatos carregados de dor e de sofrimento que levaram grande parte do público da audiência às lágrimas. A força revestida de orgulho por conseguir, minimamente, resistir àquela situação.

Imagem 24 - Audiência Pública para tratar do tema "Violência Obstétrica"



Fonte: Dartanhan Baldez Figueiredo.

As próprias histórias já eram, por si só, um pedido de socorro. Foi o espaço para dar voz ao inenarrável. Não adiantaria contar a rotina daquelas mulheres, desde que passaram pelos hospitais, era preciso ver. Ver as crianças que de 5 em 5 minutos precisavam de uma assistência para posicionar o pescoço na cadeira de rodas, ou mesmo, para aspirar o nariz e facilitar a respiração, como durante a audiência, Miguel, filho de Késsile, precisou ser alimentado pela dieta que é dada pela gastrostomia.

A luta política representa uma prática do próprio luto materno, ou seja, um ritual expressivo e cheio de significados, compreendendo a dor como causa, criando uma identidade coletiva para esse movimento. A ocupação do espaço público acaba por influenciar e por facilitar que outras mães que também perderam seus filhos ocupem-

no. A maternidade leva ao reconhecimento de luta. Entre outros movimentos de mães, os movimentos de mães pela diversidade, estudado por Kaito Novais (2017), também trazem categorias afetivas que guiavam os discursos, inclusive, sobre as opressões e violências sofridas dentro de casa e, posteriormente, a violência que é sofrida fora de casa. A trajetória política desse movimento também sai do âmbito doméstico, privado, para o espaço público, acionando a própria maternidade para combater as opressões e violências contra seus filhos.

Como discorre Le Breton (2013), o médico era visto como alguém de difícil acesso. Nesse sentido, a distância entre a realidade das mulheres e o ambiente hospitalar, os meios de assistência à saúde eram incontáveis. Ainda conforme o autor, esse distanciamento, a falta de meios interioriza um julgamento social de exclusão, de isolamento, levando os indivíduos a suportar dores intensas sem recorrer a qualquer instituição. Muitas mães sequer recorrem ao ambiente hospitalar quando seus filhos precisam de uma assistência. Muitas precisam aprender todos os procedimentos, os medicamentos e as técnicas utilizadas.

Após a interpelação de cada uma das mães presentes, colocamos, junto a outras pessoas - representantes dos setores de saúde da cidade - nossas propostas. Essa audiência deu origem à Frente Parlamentar⁶⁶ contra violência obstétrica e à tramitação de um Projeto de lei estadual⁶⁷ de prevenção a esse tipo de violência, além da implementação de uma semana de consciência à violência obstétrica no município de Santa Maria, na terceira semana de novembro, e a apresentação de um dossiê de casos ao Ministério Público.

Não era qualquer violência, era uma violência que atingia um grupo social específico – mulheres – mais precisamente, mulheres mães de classe econômica desfavorecida, mesmo embora todo o núcleo familiar fosse afetado. A vulnerabilidade desse grupo foi reconhecida pelo poder público local. Era preciso achar um caminho para garantir a efetivação de seus direitos civis e sociais. Nos parecia óbvia a dificuldade de tratar desse assunto assumindo a postura de combate à violência. Estávamos assumindo que ela ocorre por parte de um grupo social muito privilegiado

⁶⁶ Disponível em:

<<http://www.al.rs.gov.br/deputados/Portals/Deputados/FrentesParlamentares/FP%20contra%20viol.%20obst%C3%A9trica.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

⁶⁷ Disponível em: <<http://proweb.procergs.com.br/Diario/DA20180207-01-104750/EX20180207-01-104750-PL-316-2017.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

na sociedade, que é a figura do médico, da equipe de saúde, do hospital enquanto instituição. A inteligibilidade do sofrimento poderia ser uma forma de reconhecer os responsáveis, como discorre Sarti (2011, p. 54), essa maneira de dar inteligibilidade ao sofrimento de segmentos sociais específicos, em contextos históricos, confere legitimidade moral às suas reivindicações.

Nesse sentido, o reconhecimento do grupo propiciou às mães a legitimidade moral para, inclusive, participar das reuniões e direcionar as ações em prol das políticas públicas de saúde. Dessa maneira, as proposições foram aceitas e acatadas pela audiência pública tanto na esfera municipal – com o projeto de lei⁶⁸ – quanto na esfera estadual, com a criação de uma Frente Parlamentar contra a violência obstétrica. Tais ganhos foram visibilizados pela mídia e outros grupos que lutam pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres entraram em contato para buscar ações conjuntas e transversais, como a ONG Amada Helena⁶⁹, de Porto Alegre, que trabalha com a humanização do luto materno, o grupo de Rio Grande, Biografias do Trauma⁷⁰, um grupo de Alegrete contra violência obstétrica e o movimento de Pelotas pelo direito das mulheres, Nascer Sorrindo⁷¹.

Em 2017, o movimento tomou um alcance político maior, como já mencionado. Esse aumento foi coerente com a maior propagação de matérias sobre o tema. Houve um maior acompanhamento das duas maternidades públicas da cidade, em que se dava ênfase para problemas estruturais, incentivos governamentais, logo, qualquer movimentação política passou a ser visibilizada. Ainda 2017, com o relato da Jenifer em ampla divulgação nas redes sociais e o com o protesto marcado para outubro, o

⁶⁸ Disponível em: < <https://www.camara-sm.rs.gov.br/proposicoes/Projeto-de-Lei/2017/1/0/29976> >. Acesso em: abr. de 2021.

⁶⁹ A Ong Amada Helena é uma organização que oferece apoio, informação e esperança para pais e mães enlutados desde 2013, buscando a ampliação da conscientização sobre o luto. Sob direção de Tatiana Maffini, mãe de Helena. Disponível em: < <https://amada-helena.org/contato/>>. Acesso em 12 de mar. 2021.

⁷⁰ O grupo de extensão “Biografias do Trauma” corresponde a uma parceria entre as universidades FURG e Ananguera, atuando desde 2016 com a transcrição, análise dos relatos, orientação e apoio às mulheres que sofreram esse tipo de violência obstétrica em hospitais de Rio Grande. A proposta é lançar um olhar literário e interdisciplinar para a experiência obstétrica.

⁷¹ Coletivo de Pelotas, Rio Grande do Sul, de apoio ao parto humanizado, que conta com profissionais da saúde, do direito, combatendo a violência obstétrica por meio da informação, conscientização e debates com agentes públicos.

grupo de trabalho do movimento com a Câmara de Vereadores estipulou a criação de um evento acadêmico de debate.

Durante o protesto de novembro de 2017, após o relato de Jenifer, uma turma de alunos fez um documentário sobre o tema. Com 15 minutos e mais de mil visualizações, o documentário gravou a fala das mães do movimento. Uma das mães falou “próximo passo é tentar fazer uma lei que puna os médicos, porque nenhum dos casos que vocês tão vendo aqui foi punido até agora”, refletindo sobre a impunidade da categoria. A ideia de que o Estado nada faz, enquanto as mães estão lidando com as consequências da paralisia cerebral, “aspirando os filhos mais de 30 vezes por dia” diz uma das entrevistadas, Bibiana.

Inara, uma de nossas interlocutoras, torce “que hoje com essa reunião que a gente esteja junto, unida, ninguém brinca com mãe”. Encerrando o documentário, Jenifer diz que o passo é expandir, levar para um passo maior, visto que na Câmara não estaria “funcionando”, “então se a gente tiver que ir até Porto Alegre, outro lugar, para conseguir alguma coisa, a gente vai”⁷². A música que encerra o documentário diz muito sobre o tipo de crítica que se estabelece, em que “apesar de você, amanhã há de ser outro dia” de Chico Buarque.

Com essa visibilidade, conseguimos algumas iniciativas para que o tema se tornasse uma pauta permanente na cidade. Isso era necessário para fazer a manutenção da memória, como forma de reparação às mulheres, vítimas de violência obstétrica. As ações dos mais diversos órgãos manifestavam um comprometimento social com a causa. Foi assim que conseguimos, em 2017, a criação de uma Semana de Consciência à Violência Obstétrica.

4.4.1 Uma semana de memória e reparação

Os encaminhamentos do grupo de trabalho mostravam diferentes maneiras de tentar lidar com esse problema na sociedade, a curto, médio e longo prazo. Entre os pilares do problema, sabe-se que a educação, ou seja, a formação médica é uma formação intervencionista, vide os primeiros partos médicos serem apenas cirúrgicos,

⁷² Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=StqwDMYV05w&ab_channel=Jo%C3%A3oIn%C3%A1cio>.
Acesso em: 22 jul. 2020.

em caso de risco para a mulher. Toda a história da medicina é ligada com a medicalização do corpo feminino e com a criação de clínicas e monopolização do atendimento, em uma disputa por campos de atuação muito grande.

Tendo isso em mente, começamos a pensar como “entrar” nas universidades, promover o debate e a reflexão. Com esse intuito e com o apoio das comissões, surgiu a ideia de criarmos uma semana de debate em prol da conscientização. Não tínhamos, porém, um local para encontrar profissionais que pudessem promover esse debate e fosse acessível. Assim, em 2017, a primeira Semana de Conscientização foi organizada pelo gabinete de um dos nossos apoiadores e ocorreu em uma universidade privada da cidade.

A semana começou no dia 20 de novembro, terminando no dia 25, completando uma semana de atividades. Com o apoio dos vereadores e das universidades, a semana começa com uma “mateada” na praça Saldanha Marinho, com aferição da pressão arterial da população. Depois, partia para uma palestra no plenarinho da Câmara de vereadores, com a integrante do grupo e enfermeira Lizandra Flores junto de outra profissional pesquisadora. Na sexta, ocorreram dois turnos de palestras, tendo o encerramento com o Dr. Edson Borges de Souza, médico obstetra do Hospital Sofia Feldman.

Imagem 25 - Abertura da Semana de Consciência à violência obstétrica



Fonte: Prefeitura Municipal de Santa Maria/ Deise Fachin.

Com palestrante do hospital Sofia Feldman, reconhecido como um hospital humanizado no Brasil, o doutor Edson foi o grande destaque, junto com uma representante do Conselho Regional de Enfermagem. Ambos falaram no mesmo dia, primeiro tivemos a fala da representante do conselho regional de enfermagem. Durante sua apresentação, ele trouxe sua trajetória pessoal, mostrando sua esposa e contando sobre o parto dela. Após afirmar ter sofrido violência obstétrica – criando uma rede de identificação com as vítimas – posiciona-se veementemente contrário às práticas que já são condenadas pela medicina baseada em evidências, em um diálogo muito direto com a lógica de humanização do parto.

A rede de palestras contou com diversos profissionais da área de saúde, mas também deu espaço às mães contarem seus relatos e mostrarem suas realidades com as crianças com paralisia cerebral. Esse avanço mostrava uma aliança entre a sociedade civil, os agentes públicos e as universidades. Concomitantemente com esses ganhos, a crise socioeconômica dos hospitais passou a tomar a atenção dos mais diversos setores da sociedade.

4.4.2 Decadência dos hospitais

Aqui, trato um pouco da decadência dos hospitais com a falta de repasses públicos. No dia primeiro de novembro de 2017, a maternidade de um dos hospitais públicos, o Hospital Casa de Saúde, fechou. Os médicos ginecologistas e obstetras pararam os serviços em função do atraso dos pagamentos, evidenciando um problema que era – simultaneamente - estrutural. Com problemas financeiros, a dívida do hospital com os trabalhadores somava mais de dois milhões de reais. Segundo o administrador do hospital, o problema está na falta de repasses integrais do Estado. Com a paralisação dos atendimentos, as gestantes deveriam se direcionar para o Hospital Universitário, que – como percebemos com os relatos – já sofria bastante com a superlotação da instituição.

O fechamento da maternidade piorou a situação dos atendimentos do HUSM, permanecendo assim pelos 4 meses seguintes, voltando a atuar em março de 2018. Na reabertura, identificaram outro problema com os recursos humanos disponíveis: a falta de pediatra. As gestantes passaram a ser direcionadas, de igual modo, para o Hospital Universitário para que não corressem o risco de parir sem um pediatra. Em setembro de 2018, todavia, a maternidade do Hospital Universitário foi centro de notícias, tendo que fechar a UTI neonatal depois de um recém-nascido ter caído no chão. Em outubro, veio à tona o caso da bebê que foi atestado o óbito, Bianca, que é filha de Tieli, uma de nossas interlocutoras. Bianca estava viva e o atendimento que foi negligenciado teria causado a ela lesões e sequelas.

Na constituição dessa violência produzida pelo próprio Estado, a imagem de que o Estado nada faz, segue sua vida, continua “sentado, comendo e bebendo”, enquanto “mais uma mãe” perde um filho, “indo da morte em si ao momento em que é tomada a decisão de denunciar a ilegitimidade dessa morte” (VIANNA e FARIAS, 2011, p. 97), muitas vezes transformando o próprio caso em um processo judicial.

As autoras ainda comentam sobre o movimento tão conhecido das mães da praça de maio – movimento iniciado na Argentina sobre os desaparecidos políticos durante o período da ditadura – e constituem ainda hoje como um “marco” no protagonismo materno diante da construção dos direitos humanos e da política.

Além de ter poder de instaurar obrigações públicas, o Estado em sua pluralidade de instituições, agências e normas, controla a distribuição de recursos materiais e simbólicos, atravessa o cotidiano dos sujeitos e se faz presente de diversos modos na própria produção dos desejos relacionados a gênero, sejam esses de reconhecimento, de aceitação ou mesmo de insurgência. (VIANNA e LOWENKRON, 2017, n.p).

Marcado como um personagem social ativo, o Estado, que mata os nossos filhos, dentro de uma trama de acusações políticas e morais, atravessada por relações de gênero. A gramática de gênero, conforme Vianna e Lowenkron (2017), é corporificada na díade mãe e filho, configurando um sujeito moral e político que pode contrapor-se ao Estado. Nesse sentido, onde o gênero aparece como um desestabilizador, o Estado parece ser convocado gerar estabilização e regramento, quase como um mediador de tensionamentos e da dinâmica coletiva.

Ainda conforme Vianna e Farias (2011), nesse limiar entre a dor pessoal e a causa coletiva, entre o sofrimento e o direito encontra-se a causa individual e social toma formas e dimensões distintas de luto. Apesar de a solidariedade de terceiros nos movimentos maternos ser valorizada, o mesmo tipo de vínculo não é estabelecido, somente a identificação, o compartilhamento daquilo que representa uma dor ímpar. As mães precisam aprender certas habilidades para desenvolver suas condutas em atos públicos, como audiências ou outros movimentos que envolvam o Estado. Aqui, o Estado é polissêmico e constituído historicamente, de modo antagônico às mães. Um detalhe muito interessante, que poderemos associar ao movimento de Santa Maria, posteriormente, é o quanto o protagonismo político é materno e quando outros familiares são acionados para o ativismo – por alguma razão que seja – trazem o feminino para as marcas de significação. Logo, acionam a própria maternidade, lutando em nome da mãe.

Com o aprendizado sobre o ativismo e a presença cada vez mais marcante de mulheres nas pautas públicas sobre a saúde obstétrica, os agentes públicos passaram a dar mais legitimidade às ações, como o caso da criação de leis, as Audiências Públicas e demais eventos.

4.4.3 A escuta das vítimas e as mudanças políticas

A entrada das mulheres na esfera política, criando espaços de escuta com os vereadores e demais agentes, permitiu que novas transformações políticas começassem. Os encaminhamentos de um debate que estava acontecendo de forma coletiva passaram a ser institucionalizados.

Em 2017, um dos principais encaminhamentos da Audiência Pública foi a proposição de um projeto de lei para instituir a Semana de Consciência à Violência Obstétrica, que acabou sendo aprovada e sancionada pelo prefeito de Santa Maria em 12 de janeiro de 2018, número 6.197/2018⁷³. Na ocasião, o grupo de mães, o prefeito, o então apoiador Francisco Harrinson, entre outras entidades sentaram ao redor da mesa, debatendo o tema e trazendo situações à tona. Uma das mães comentou à jornalista da Câmara que “tem mães que convivem com o luto, eu convivo com a **consequência**” em referência a seu filho, Benjamin, de 6 anos. A ideia da consequência aqui é vista como a paralisia cerebral.

Imagem 26 - Evento com o prefeito de promulgação da Lei Municipal



Fonte: Prefeitura Municipal de Santa Maria/ Deise Fachin.

⁷³ Disponível em: <<https://www.santamaria.rs.gov.br/noticias/16298-prefeito-sanciona-lei-que-institui-semana-municipal-de-conscientizacao-sobre-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

Com o apoio político do vereador Valdir Oliveira junto do deputado Valdeci Oliveira, o movimento conseguiu extrapolar as barreiras municipais, tendo como encaminhamento da audiência pública a criação de uma Frente Parlamentar contra a violência obstétrica, que ocorreu no dia 13 de dezembro de 2017. Proposta por Valdeci, a frente foi aprovada e o grupo foi convidado a ir até Porto Alegre com o vereador Valdir Oliveira. Como a maioria das mães tinham demandas da maternidade, eu acabei indo.

A instauração da Frente Parlamentar⁷⁴ começou com a fala do deputado cumprimentando os apoiadores presentes. Entre os apoiadores, profissionais das várias áreas, presidente do Conselho Regional de Enfermagem, representante da Coordenadoria Geral da Mulher, representante de outros gabinetes, presidente do Sindicato dos Enfermeiros, coordenadora executiva do Comitê Gaúcho do movimento “*he for she*”, da associação das doulas do estado e eu, como representante do Movimento Mães na luta contra violência obstétrica. Depois dos cumprimentos, houve uma fala sobre o que se trata a violência obstétrica, trazendo dados desta. Em círculo, sou convidada a me posicionar ao lado do deputado e do vereador Valdir Oliveira. Na sua fala, ele comenta que a violência é um tipo de violência contra a mulher.

O que se observa a partir do relato das famílias que vivenciaram casos de violência obstétrica é que as gestantes e parturientes não possuíam mecanismos para prevenir e até para denunciar abusos. De acordo com os técnicos da área da saúde são inúmeros os de violência obstétrica cometidos contra gestante e parturiente, entre esses exemplos estão a falta de conhecimento sobre o estado de saúde da mulher, a realização de procedimentos sem explicação prévia, o não oferecimento de opções para alívio da dor, o impedimento da presença de acompanhantes, e até mesmo a realização e broncas ou xingamentos durante o trabalho de parto. Isso tem que mudar. A partir da instalação da Frente Parlamentar, será criado um cronograma de atividades e uma das primeiras ações previstas será apresentar um projeto de lei que institui a política de estadual de prevenção e combate à violência obstétrica e dá outras providências que visa adotar medidas de informação e proteção às gestantes (...) para que se torne uma política de estado e não só de governo. (Oliveira, Valdeci. Dez. 2017).

Ele leu um texto que escreveu e comenta sobre as formas de violência obstétrica presentes não só nos relatos, como também nos dados estatísticos de

⁷⁴ Disponível em: <<https://www.facebook.com/watch/live/?v=955477314604192&ref=search1>>. Acesso em: 12 fev. 2021.

pesquisas realizadas. Com a legitimidade do grupo reconhecida na Assembleia Legislativa, outros grupos entram em cena, como o movimento de doulas, as entidades da área de enfermagem, ou seja, os grupos que vem disputando esse campo de atuação ao longo dos anos. Como vimos no capítulo sobre a história do parto, o saber médico é um saber hierarquizado que marca, inclusive, a divisão do trabalho dentro das instituições. Apesar das enfermeiras e enfermeiros terem seu trabalho reconhecido institucionalmente – diferente do que ocorre com as doulas – ainda há muita resistência no reconhecimento no interior das relações de trabalho nos hospitais. Então, o questionamento do poder médico e desse saber foi um interesse de vários campos de atuação e do movimento de mães.

Depois, o deputado firmou uma relação de reconhecimento e de reparação – na figura do Estado – como um apoio permanente à luta das mulheres, entendendo essa violência como uma forma de violência contra a mulher. Ele reconheceu o evento como um ato simbólico, pela legitimidade do espaço como um lugar possível para o fechamento de alianças em prol de uma causa comum, mas com interesses diversos. Esse estreitamento de laços tem força política.

Apoiaremos todas as iniciativas que tiverem em curso nesse legislativo no serviço de saúde e na sociedade em geral que visem a proteção da gestante e combate à violência obstétrica. Inclusive nós já estamos com o projeto pronto, o projeto de lei que institui a política estadual de prevenção e combate à violência obstétrica. Nós estaremos logo após esse rápido **evento simbólico** de lançamento da frente, protocolando aqui na casa. Logicamente um projeto que nós olhemos uma série de sugestões, de ideias, a partir de uma legislação já aprovada, existente no estado de sc. A gente quer trazer aqui pro estado esse debate. Esse debate absolutamente o importante. (Oliveira, Valdeci. Dez. 2017, grifos nossos).

A ideia de a luta extrapolar os limites municipais era um dos focos da instalação da frente, em que entidades de vários setores de saúde firmariam o compromisso e atuariam em prol do que estava sendo discutido. Identifica, pela fala, a tarefa de ter um mecanismo político de debate não só para a conscientização da sociedade, como também para sua mobilização.

Quero aqui dizer na pessoa da Fani que a gente foi motivado a partir da audiência pública em Santa Maria e pelo vereador Valdir Oliveira também. Pelos relatos que nós ouvimos e nos chamaram muita atenção, e ampliou

ainda mais nossa disposição na luta permanente contra qualquer tipo de violência contra as mulheres, mas especialmente nesse caso das mulheres vítimas de violência obstétrica que sinceramente como eu falo aqui no texto é algo que a gente não imaginava ou não imaginava que a gente percebeu em poucos relatos que aconteceu lá na audiência pública. 5 ou 6 mães que lá falaram foi suficiente para nos convencer de que esse tema é muito importante (...). (Oliveira, Valdeci. Dez. 2017).

O deputado Valdeci identificou, inclusive, que ao firmar esse reconhecimento do movimento e o compromisso de agir em prol da causa, terá certos obstáculos, visto que há alguns setores que não reconhecem a existência dessa violência. Marcou a presença dos aliados da assembleia dentro da Câmara de Deputados, afirmando que a luta deve ser de todos e de todas. Depois da fala do deputado, fui convidada a falar em nome do grupo de mães. Destaquei o quanto nosso direito à saúde não é garantido pelo sistema de saúde atualmente. Destacou-se que a violência obstétrica não é somente a que deixa marcas ou consequências físicas, mas também outras formas de consequências, mantidas, muitas vezes, no silêncio. Falei da importância de pensarmos não só na prevenção, como também no trato das consequências, seja das mães que convivem com crianças com paralisia cerebral, com atendimento e assistência para que elas tenham qualidade de vida, como também para as mães enlutadas. Contei que perdi meu filho por conta dessa violência:

‘falta dos profissionais da área de saúde a sensibilização. Chegou agora pouco a representante da Ong Amada Helena aqui da região de Porto Alegre (...) eu ter que estar aqui e falar que é desumano uma mãe receber o filho morto nos braços e ter que carregar esse filho sem nenhum atendimento psicológico até o necrotério de um hospital é inadmissível. Mas estamos aqui trabalhando pela humanização, para que lembremos que somos humanos, para que lembremos que essas mulheres são a nossa revolução. Precisamos mudar o nascimento como ele está acontecendo. (...) Precisamos dar mais voz a essas mulheres’. (ROCHA, Bruna Fani D. dez. 2017).

Encerrei a fala, reconhecendo a importância da presença dos aliados nos setores de saúde, como as doulas e profissionais da área da enfermagem. Destaquei a importância da escuta das mães que estão denunciando a falta de assistência e finalizei a fala dando ênfase ao lema do movimento “eles vão ver que com mãe não se mexe”. Após todas as falas, houve aplausos e a convocação de uma nova pessoa para falar, assim Valdir Oliveira encerrou o evento, comentando sobre a admiração que tem pela nossa luta, pela nossa coragem de ir adiante em prol dos nossos ideais.

Com a voz embargada, Valdir identificou-se com o movimento por acreditar que seu filho e sua esposa também tenham passado por violência obstétrica e negligência médica, o que deixou seu filho com um problema auditivo.

Imagem 27 - Inauguração da Frente Parlamentar contra violência obstétrica em Porto Alegre



Fonte: Facebook.

Essa identificação dá ao vereador um lugar de importância no movimento por tratar-se de um pai que também passou por uma situação de violência. Dentro do movimento, temos o Elvio, marido da Fernanda, que é um pai ativo na causa contra violência obstétrica e o Nicholas, que é o pai de Miguel, companheiro de Késsile. Elvio teve uma representação importante, inclusive, para a aceitação do grupo em ambientes masculinos, como a Câmara de Vereadores.

Apesar de estarmos todos falando de um assunto muito delicado, em nenhum momento há maiores manifestações de emoções da minha parte. Como sabemos, a dor, o choro e emoções nesse sentido tendem a ser oprimidas ou suprimidas nos espaços políticos. Diferente da audiência pública que acabamos tendo mais espaço para isso, entendia que ali deveria ter a postura mais profissional, o que seria uma postura mais fria, a qual contasse o que aconteceu de forma mais calculada para sensibilizar as pessoas. A nossa dor é uma dor política, que é causada por uma violência institucionalizada. O projeto de lei foi protocolado e segue em tramitação pela Câmara dos deputados com bastante resistência da ala médica dos

representantes políticos, que têm resistência a reconhecer o termo “violência obstétrica”.

Esse gerenciamento de emoções, tão explorado por Arlie Hochschild (2012), faz com que as pessoas tornem um sentimento ideal construído nas interações sociais, tornando-o apropriado para o discurso e para o movimento político. As emoções, no contexto, servem como mensageiras de uma expectativa social diante de um processo, no caso, diante do parto. Um sistema emocional que orienta as novas trocas emocionais, na situação de manifestações públicas e protestos, é importante para as participantes tornar público aquilo que é invisível. Isso trata de uma violência silenciosa, mesmo que os gritos das mulheres nos corredores dos hospitais digam o contrário.

Com o impacto político disseminado pelo Estado, outras lideranças e grupos de ativismo entraram em contato conosco para que pudéssemos unir forças e argumentos nos momentos necessários. O movimento *Nascer Sorrindo* de Pelotas e o projeto *Biografias do trauma* de Rio Grande foram as principais alianças na formação dessa pauta no estado do Rio Grande do Sul. Inclusive, a representante do movimento de Rio Grande esteve presente no protesto de 2017, em Santa Maria. Depois da instalação da Frente Parlamentar contra violência obstétrica, o deputado Valdeci Oliveira protocolou o projeto de lei nº 316/2017⁷⁵ para uma política de estado de prevenção e combate à violência obstétrica. A letra da lei traz – entre as principais reivindicações – o respeito à mulher, ao entendimento de que nem sempre é preciso intervir, a promoção de um ambiente acolhedor e o aumento da disseminação de informações sobre os direitos da parturiente no atendimento. O posicionamento do deputado Valdeci em apoio ao movimento causou discórdia entre os parlamentares e o tornou alvo de críticas.

Desde 2018, além dessas atuações, o grupo vem trabalhando com gestantes junto às comunidades carentes de Santa Maria, com o apoio do vereador Valdir Oliveira – PT, como mostram as imagens 29 e 30. A atuação resume-se em levar um pouco do debate sobre violência obstétrica pela perspectiva das mulheres que já

⁷⁵ Disponível em: < <http://proweb.procergs.com.br/Diario/DA20171221-01-100000/EX20171221-01-100000-PL-316-2017.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

passaram por ela, com o auxílio da enfermeira e da psicóloga do grupo, Lizandra Flores e Juliana Coutinho.

Imagem 28 - Reunião do Grupo em uma Unidade Básica de atendimento, em 2016



Fonte: Gabinete do Valdir Oliveira/ Ariane Portela.

Imagem 29 - Reunião em uma unidade básica de atendimento, em 2018



Fonte: Gabinete do Valdir Oliveira/ Ariane Portela.

A organização dessas visitas deu-se, por meio da colaboração do gabinete do vereador, que também articulou o transporte para nos levar até as Unidades Básicas

de Atendimento. Chegando na Unidade, somos recebidos pelas técnicas de enfermagem do posto e pelo grupo de gestantes. Durante as conversas, muitas já referem ter passado pelo que relatamos, mesmo ainda sem esperança de que alguma coisa possa ser feita.

Entretanto, como reflexo do que estava acontecendo a nível nacional, que eram as eleições presidenciais, o grupo passou a perder espaço e oportunidades nos meios públicos. O clima de tensão política impactou no desenvolvimento da causa não só na cidade de Santa Maria, como em todo o país. No próximo segmento, conto um pouco de como se sucedeu essa articulação na Câmara de Vereadores.

4.5 O IMPACTO DOS TENSIONAMENTOS POLÍTICOS

Para o movimento, o ano de 2018 foi marcado pela história de uma das interlocutoras, a qual teve o óbito da filha atestado pela equipe e horas depois descobriu que a filha, na verdade, estava viva. O caso de Tieli foi à tona devido ao processo da família contra o hospital. Muitas mulheres, que ficam com os filhos com paralisia cerebral, não conseguiam participar – presencialmente ou ativamente - do grupo por causa das demandas de saúde. Apesar de o parto ter sido em 2017, o caso só teve ampla divulgação em 2018. Até outubro, em uma das matérias do Diário de Santa Maria, a menina Bianca tinha feito mais de 20 cirurgias.

A forma de atuação político-ativista foi mudando. Primeiro, a aliança com a Câmara de Vereadores teria levado o alcance das mulheres a Porto Alegre. Depois, ainda em janeiro de 2018, ficou instituída a lei que estabelece a terceira semana de novembro como a Semana Municipal de Consciência à Violência Obstétrica, como feito pós Audiência Pública. Para se manter dentro das discussões e decisões com legitimidade, em 2018, o grupo já não protestou mais nas ruas, da forma que vinha fazendo. O Brasil, no contexto, vinha intensificando a polarização política e o movimento na Câmara e no grupo de mães não foi diferente. Como o grupo tinha o apoio de dois representantes políticos de polaridades diferentes, um do MDB e outro do PT, algumas divergências de opiniões começaram a marcar as decisões coletivas.

Para exemplificar, parte do grupo entendia que a violência obstétrica é uma violência de gênero e a luta política pelo fim dessa violência tem relação com a luta das mulheres, ou seja, com o feminismo. Para outras mães, a identidade feminista soava de forma pejorativa. Entre os aliados, na Câmara, havia também muitas divergências de abordagem. Enquanto um queria levar o debate para as instituições privadas de ensino e para dentro dos hospitais, o outro queria levar o debate para as periferias da cidade. Assim, em 2018, após alguns afastamentos e aproximações, o grupo separou-se em duas frentes, cada uma atuando com seu aliado na Câmara.

A política conservadora tomava conta do país e o negacionismo⁷⁶ começou a ser uma forma de atuação política⁷⁷. Para nossa surpresa, um dos aliados passou a se opor ao grupo e organizou a Semana de Consciência à Violência obstétrica de forma unilateral em 2018. As palestras – que normalmente ocorriam entre uma universidade privada, a Câmara de Vereadores e a praça Saldanha Marinho – foram agendadas para o hospital com um grande número de denúncias, sem diálogo prévio com o movimento social. Isso causou um sério desconforto, pois fomos proibidas de entrar no nosso próprio evento.

Curiosamente, o programa Profissão Repórter havia marcado uma matéria na região para tratar do tema e ia gravar no hospital. Ao tomarem conhecimento de que havíamos sido proibidos de entrar no evento, convidaram-nos a entrar com a equipe, considerando que, talvez, as câmeras intimidassem a diretoria do hospital, fazendo com que pudéssemos assistir. Movidos pela indignação de termos sido deixados de fora, entramos no evento, sentamos nas cadeiras, com nossos banners enrolados embaixo dos braços e ali permanecemos em silêncio. Mas nossa presença incomodava mesmo assim.

⁷⁶ “Negacionismo” é uma característica atribuída ao governo atual, em função de uma característica muito presente de negar a realidade, como forma de escapar da responsabilização por suas ações. A critério de exemplificar, durante a pandemia, o presidente Jair Bolsonaro negou a gravidade do vírus e a necessidade de vacinação.

⁷⁷ A título de exemplificação, o Ministério das mulheres, da igualdade racial e dos direitos humanos foi extinto pelo governo Temer ainda em 2016, sendo recriado em 2017 sob outro nome, Ministério dos Direitos Humanos. Foi reformulada no governo Bolsonaro como Ministério da mulher, da família e dos direitos humanos, sob o comando da ministra Damares, conhecida por falas polêmicas e controversas em relação aos direitos das mulheres. A política de Bolsonaro intensificou o que já vinha se configurando no país, como a reforma da previdência, que aumenta a idade feminina para se aposentar, a descontinuidade do projeto Casa da mulher brasileira, criado no governo Dilma em 2013, para acolher mulher em situação de violência doméstica e a proposta de restrição dos direitos da mulher em relação ao aborto, no caso de estupro.

Alguns minutos depois, a assessoria do vereador que, até então, era nosso aliado, veio tentar nos dissuadir a sair do evento. Como não consideramos que estávamos atrapalhando o andamento das discussões, não saímos. Em um dado momento, a diretora do hospital entrou aos gritos e tentou remover a equipe, pedindo para desligarem as câmeras, inclusive tentou empurrar a repórter⁷⁸. A equipe saiu da sala e nós permanecemos. A diretora passou a nos autorizar a ficar e sentou atrás dos nossos lugares. O clima tenso tomou conta do local, porém a palestra seguiu assim mesmo. Na oportunidade de falar, um dos nossos colegas e pai que participou do movimento, o Elvio, levantou e pediu ajuda para desenrolar o banner que trazia embaixo do braço. Com a equipe filmando, pedimos explicações sobre os casos de violência obstétrica dos nossos filhos. Entendo, hoje, que essa era uma nova forma de protestar, dentro daquele contexto.

Na matéria, apresentaram a história de duas mulheres ativas do movimento, mostrando a realidade delas com o cotidiano de cuidados especiais com os filhos. Ambas foram atendidas no mesmo hospital, o Hospital Universitário, na voz de Inara, uma de minhas interlocutoras, a marca do desespero “não tem explicação... ter tentado pedir socorro e ninguém me socorreu”. Em entrevista exclusiva, a equipe falou com a chefe do centro obstétrico do hospital e com um dos diretores. Na matéria, a chefe do centro obstétrico mostrou o problema estrutural que o hospital tem sofrido com a superlotação. Como é um pronto socorro que atende a gestante, independentemente de ter sido marcado ou não, ela é recebida. Muitas vezes, as pacientes têm o parto nos blocos de consulta, mesmo não sendo salas preparadas para parto. Caso haja alguma intercorrência, o tempo de deslocamento da sala para o centro de atendimento, pode-se agravar a situação de saúde das pacientes.

‘Sempre que se fala de erro médico tem muito impacto. Essa frase tem muito impacto em tudo. Quando a gente larga essa frase ela tem muito impacto, no dia a dia, na imprensa.’ – diz Humberto Palma [diretor do HUSM].
‘É que o impacto realmente é na vida das pessoas, né?’ – Eliane

‘Infelizmente, isso não é só aqui no hospital universitário. Isso é uma rotina nacional, né? Mas falando do nosso hospital aqui, eventualmente, se faz... tem que escolher... tem quatro cesáreas de alto risco, tem duas ou três urgências, e quem nós vamos voltar primeiro... isso acontece e isso faz parte do cotidiano, do médico e da enfermagem...’

⁷⁸ Disponível em: <<https://globoplay.globo.com/v/7229848/>>. Acesso em: 12 fev. 2021.

a repórter responde ‘muitas vezes, você pode escolher até quem vai sobreviver’ e ele responde “às vezes, a escolha pode ser essa’. (Repórter, profissão. Nov, 2018).

A lógica da biopolítica no sentido foucaultiano é, infelizmente, a lógica de dentro dos hospitais. Quando nos questionamos quais corpos são escolhidos, podemos inferir o quanto os marcadores sociais de diferença podem estar presentes nessa decisão, com fatores geracionais, raciais, de classe e de gênero. A ideia desse modo de atuação institucional ser, nas palavras do médico, uma “rotina” remete a uma ideia de ritual, de constância de atendimento. A escolha – como indaga a jornalista – pode até ser sobre quem vai sobreviver. O poder soberano sobre a vida apresenta-se no momento em que se decide quem sai dos corredores para a sala de parto.

O alcance da matéria e da luta política levou os movimentos ao alvo da categoria médica. O termo “violência obstétrica” passou a ser cada vez mais inadequado para os profissionais. À medida que havia cada vez mais risco de uma possível perda de poder, havia cada vez mais reação. Ainda em 2018, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou um parecer de 13 páginas, embasadas em nome da ciência, manifestando-se contrário ao termo “violência obstétrica”. Essa posição ocorre – tendo em vista a importância do órgão – enquanto categoria, evidenciando uma disputa político-discursiva sobre o processo de parturição. Em nota, os profissionais consideram o uso do termo uma violência contra a medicina, discriminando as mulheres que têm feito relatos de parto como “ativistas de movimentos feministas”. Nas palavras do parecer, a autonomia feminina deve ter limites, “em razão da radicalidade desses movimentos (...), os médicos estão sendo estigmatizados e processados em razão e procedimentos que não estejam de acordo com a nova proposta de cuidados” (MEDICINA, Conselho F. 2018, p. 2)⁷⁹.

Essa postura da categoria instigou a classe a organizar grupos de enfrentamento aos movimentos sociais. A atmosfera de atuação tornou-se um campo de batalha discursiva. Há representantes da categoria em todos os setores sociais, na Câmara de Vereadores, na Assembleia e onde não havia alguém da categoria, havia uma aliança política. Era evidente que as mulheres, juntas, estavam mexendo nas estruturas sociais para que houvesse tamanha reação. Entretanto, a disputa de

⁷⁹ Disponível em: <<http://old.cremerj.org.br/downloads/835.PDF>>. Acesso em: 13 fev. 2021.

narrativas – agora – estava tomando ainda mais forma, trazendo a medicina como representação da ciência e os movimentos sociais como elementos anticientíficos, uma vez que há uma grande generalização dos movimentos, como o movimento pelo direito por partos domiciliares.

Não há uma compreensão do que, de fato, é a humanização. Essa ignorância sobre o que é respeitar a autonomia das mulheres levou as pessoas a acreditarem que a luta pela humanização é a luta pelo parto domiciliar, pelo parto natural, e não necessariamente é dessa forma. Há outra generalização de que o movimento contra a violência obstétrica é, necessariamente, um movimento pela humanização, e nem sempre os grupos usam essa conceituação. Havia uma compreensão – a partir das reuniões das mulheres e conversas no *Whatsapp* – de que negar a violência obstétrica, quando falamos de parto, era negar que essa existe. Falar somente em humanização era, muitas vezes, não falar em violência obstétrica, vista pelas mulheres como uma forma de negar a violação.

A união da categoria médica levou as mulheres também a uma reação: a aliança entre alguns movimentos sociais do Rio Grande do Sul. Movimentos que – estrategicamente – planejavam suas atuações de forma conjunta. Foi assim que as “comunidades virtuais” passaram a uma identificação para o enfrentamento da represália que vinham sentindo nas estruturas sociais e políticas. “Eles se protegem” era a frase que mais ouvíamos durante as reuniões, ao considerar que, para provarmos a nossa verdade, precisaríamos de um médico para legitimar nossa palavra. Além das preocupações a respeito da verdade e da justiça, havia outras demandas de saúde surgindo nos grupos, como conseguir materiais para a assistência das crianças com paralisia cerebral.

4.5.1 Silenciamento do movimento

A violência obstétrica, em 2019, passou a ser cada vez mais alvo de críticas pela categoria médica. O reflexo político dessa rejeição não foi diferente, não havia mais tanto espaço para a construção da pauta com o movimento. As mulheres não querem abrir mão do direito de localizar a violência sob seus corpos. É vocabulário de quem foi violada em um momento íntimo, enquanto os algozes mantinham-se sob o

sigilo da ciência. A chance de perder poder é motivo de declarar “guerra” às mães, sob defesa da ciência e da verdade científica. Não se pode perder os corpos que levaram anos para serem conquistados.

Após um dos aliados da Câmara de Vereadores ter se aproximado dos hospitais, algumas mães do movimento sentiram-se traídas por essa movimentação política. Com o confronto no dia da matéria do programa Profissão Repórter, perdeu-se laços com esse vereador, representante do MDB. Em coerência com a política brasileira, o conservadorismo foi fechando as portas para o movimento e as práticas de assistência humanizada começaram a ser rechaçadas pelos órgãos públicos. O mês de maio é conhecido no Brasil como o mês das mães e é corriqueiro que haja vários debates sobre maternidade nas agendas públicas do país. Todavia, em 2019, foi diferente, pois no início de maio, o Ministério da Saúde emitiu um despacho assinado pela coordenadora geral de saúde das mulheres e pelo diretor de ações programáticas e estratégicas rechaçando o uso do termo “violência obstétrica”. Em resposta às movimentações da categoria médica, o órgão federal – que há mais de 25 anos usava o termo em documentos oficiais – passou a rejeitá-lo.

Esse “ataque”, como muitas mães chamaram, foi o motivo de os movimentos sociais terem se unido e reagido contra a decisão arbitrária do órgão. A repercussão tomou conta das mídias digitais, das comunidades virtuais e vários órgãos manifestaram-se contrários à decisão, assim como alguns órgãos, SIMERS, CREMERS e outros representantes da comunidade médica, comemoraram. O que era para as mulheres uma tentativa de silenciamento era uma “vitória” para o diretor do SIMERS.

É interessante destacar que o antigo aliado do movimento se tornou secretário de saúde em Santa Maria depois da atuação, no entanto, em maio, declarou que o movimento de mães era cercado de “extremismos e brigas ideológicas⁸⁰”, poluído por “partidarismos”, sugerindo que o movimento teria se aliado ao PT. O ano de 2019 é marcado por uma intensa polarização política e pelo ódio ao PT e tudo que rememorava o partido. Entretanto, qualquer que fosse o aliado do movimento, haveria uma estigmatização partidária - mesmo embora tenha sido o mesmo secretário o único

⁸⁰ Disponível em: <<https://diariosm.com.br/coronav%C3%ADrus/reportagem-especial/viol%C3%A2ncia-obst%C3%A9trica-o-relato-de-quatro-m%C3%A3es-e-um-termo-quase-vetado-pelo-governo-1.2141812>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

aliado a fazer camisetas da causa com sua imagem nelas. Houve várias formas de tentar deslegitimar mulheres e um movimento, dentre essas associando-o ao feminismo e ao partido dos trabalhadores. Ou seja, enquanto ele falava sobre violência obstétrica, tomando o lugar da nossa voz e assumindo a pauta, estava tudo bem, contudo, a partir do momento que as mulheres tomaram a voz para si e se manifestaram, ele começou a achar perigoso, ideológico, partidário.

A ideia de uma neutralidade era o escudo moral para deslegitimar as mulheres de seus posicionamentos. Havia um consenso no grupo que, independentemente do que acontecesse, o grupo se manteria suprapartidário, ou seja, são interesses que estariam acima de qualquer vantagem política. Porém, isso não deslegitimava o direito de as mulheres manifestarem-se individualmente. Havia uma consonância dos interesses de alguns partidos com os interesses do movimento, mas precisávamos de apoio de mais de um partido para progredir com a pauta. A associação do grupo a uma possível ideologia fazia parte de uma estratégia de silenciamento. A neutralidade era uma maneira de silenciar posicionamentos, favorecendo quem sempre esteve no poder. Ainda na fala do então secretário de saúde do município, percebemos a ideia da maternidade associada à pureza e à beleza, como se às mulheres somente coubesse o silêncio, considerando que qualquer posicionamento político manifestaria uma ideologia.

Com a união dos movimentos de Pelotas e de Rio Grande, organizamos um documento em formato de “manifesto” para solicitar que o Ministério da Saúde voltasse atrás em sua decisão. O manifesto aliava-se às inúmeras reações que o despacho provocou, fazendo com que o Ministério Público de São Paulo se posicione favorável à pauta, determinando que o órgão volte atrás e um mês depois, em junho, a pasta reconheceu o termo, mas seguiu a decisão de não o usar em documentos oficiais. Em uma entrevista, o secretário de atenção primária diz:

O ministério não é censor. Ele decide o que ele escreve. Em nenhum momento dissemos que as pessoas não podiam usar alguma expressão. Vivemos em um regime democrático. O Ministério da Saúde define os termos que o próprio ministério usa, nunca o que as pessoas usam. As pessoas perdem muito tempo e oportunidade de mudar a realidade discutindo semântica e discurso. O que importa é a atenção ao parto — disse Harzheim.⁸¹ (GAÚCHA, Zero Hora. Jul. 2020).

⁸¹ Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2019/06/ministerio-da-saude-reconhece-termo-violencia-obstetrica-mas-continuara-a-nao-usa-lo-cjwr3jc0h003201s1sjfc2bld.html>>. Acesso em: 27 jul. 2020.

O questionamento dos movimentos era em relação à negação da importância do termo, sob o pretexto de que o discurso não importaria, mas ainda assim emitindo decisões sobre o uso do termo. Se o uso do termo não tem importância, por que teria causado tanto desconforto? Em referência à decisão, a pasta declara que a Organização Mundial de Saúde remete à violência obstétrica a uma intencionalidade, que não corresponderia à realidade quando se trata de abusos no parto. Com a perda de espaço político para o debate, o movimento diminuiu o “confronto” e passou a atuar de diferentes formas. Assim, em 2019, com o abandono do então aliado e organização da semana de consciência à violência obstétrica, a semana passou a ser organizada pelo outro aliado do PT. Com o interesse pelas mulheres que não chegam ao centro ou à internet, nosso movimento foi para as periferias da cidade falar sobre o tema. Durante os três anos de movimento, sempre participamos de programas de rádio, de uma abertura maior nos espaços para a pauta.

Não podíamos comemorar mais nossos feitos, pois aos poucos percebíamos o desmonte de uma a uma das conquistas. Na Assembleia Legislativa, os projetos de lei e a Frente Parlamentar passaram a ser atacados, confrontados. Formou-se uma frente de parlamentares em coerência com os interesses da classe médica e a narrativa sobre a perseguição aos médicos foi ganhando espaço. Com isso, um dos líderes dessa frente negacionista conseguiu que o termo ‘violência obstétrica’ fosse retirado do projeto de lei e substituído por uma linguagem mais “positiva”. Como uma estratégia para não perder o projeto de lei e representar uma “vitória” ainda maior para o que se intitulou como “direita”, a decisão foi acatada pelo nosso aliado na esperança que no próximo mandato tenha-se mais espaço para o debate.

Em 2019, propôs outro projeto de lei estadual, o projeto de número 122 de 2019, em que deseja instituir uma Semana de Consciência à Violência Obstétrica, mas o projeto teve muita resistência por parte da Câmara de Deputados, a qual foi encabeçada pelo deputado Thiago Duarte do Democratas. Em seu perfil nas redes sociais, o deputado usa das imagens de ativistas do movimento contra violência obstétrica para falar de casos de partos sem assistência, como forma de caracterizar o entendimento do parto humanizado como um parto sem assistência médica. No vídeo, afirma-se que “graças aos avanços da ciência obstétrica, o número de mortalidade materna é menor”.

Além disso, considera o termo “violência obstétrica” uma forma de “sujar” a reputação dos médicos e profissionais da área, justificando que esses são perseguidos e estigmatizados. Recentemente, o parecer do deputado foi acatado pela casa e o termo violência obstétrica foi retirado da letra da lei. Além disso, o deputado instaurou a proposição do projeto de lei número 277 de 2019⁸², em que destaca, no artigo 5º, inciso IV, que a parturiente deve obter consentimento da equipe para gravar ou filmar qualquer momento do seu parto. Ademais, no artigo 8º tenta impedir o uso do termo “violência obstétrica” nos documentos e políticas oficiais de saúde.

Essa movimentação reflete o cenário político no Brasil e os impactos das discussões em políticas públicas voltadas à saúde da mulher. A apropriação do corpo, da sexualidade e da reprodução dá ao sistema uma legitimidade para negar a violência obstétrica. As redes de apoio do grupo, embora continuem, não encontram mais tanto espaço ou tanto apoio para poder dar voz ao que acontece no interior dos hospitais. Apesar de ter havido significativos avanços, comprovados e reconhecidos pela comunidade santa-mariense, como as trocas de equipes dos hospitais, mais incentivo à infraestrutura, maior participação das enfermeiras obstétricas, não se criou mais tanta oportunidade para falar do problema. A política negacionista vem agindo no sentido de desmontar os avanços dos movimentos por esses significarem um questionamento do poder e do saber médico.

A partir de 2019, mais de 5 mulheres do grupo de mães decidiram entrar na universidade, algumas para estudar gênero, outras violências e outros temas. Algumas mulheres fizeram isso pensando em se apropriar da ciência que tanto era usada contra as mulheres. Essa reação tem muita relação com a perda de espaço da pauta e com as questões sociais que estavam em diálogo no período. O afastamento do grupo representava, também, a sua divisão. Por isso, o núcleo de mulheres que resolveu entrar na universidade era também o núcleo que não dissociava violência obstétrica da violência de gênero, tendo posteriormente atuado em ambientes acadêmicos. Isso aproximou, ademais, o movimento de Santa Maria do grupo de atuação de Rio Grande, pois esse teria iniciado na universidade e já tinha legitimidade acadêmica.

⁸² Disponível em:

<<http://www.al.rs.gov.br/legislativo/ExibeProposicao/tabid/325/SiglaTipo/PL/NroProposicao/277/AnoProposicao/2019/Default.aspx?Dod=31/08/2021>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

Considerando as transformações políticas e sociais, é importante dar espaço à reconstituição da vida após a violência, uma vez que nem todas as mulheres vítimas foram às ruas ou às mídias, mas todas voltaram para casa. Como se deu a resistência dessas mulheres na reconstituição do cotidiano? Como essa violência afetou o destino dessas mulheres? Como as mães enlutadas lidaram com a dor depois de voltar para a casa “vazia”? Na próxima seção, dou atenção à forma que essa experiência rompe maternidades, produzindo sofrimento e incorporando medo nas mulheres, desde o parto até a volta para casa.

4.6 REABITANDO UM MUNDO DEVASTADO PELA VIOLÊNCIA

Faz-se necessário discutir o lugar das emoções na reconstituição do cotidiano das mulheres que passaram por uma situação de violência obstétrica, a partir do discurso das vítimas, as quais são reconhecidas e legitimadas pelo Estado. Na antropologia das emoções, área que emerge desde 1980 trazendo as emoções como objeto de estudo, temos vários nomes em destaque, como Michelle Rosaldo (1980), Abu-Lughod e Catherine Lutz (1990), Veena Das (1995; 2007; 2008), Sherry Ortner (1979), Claudia Rezende e Maria Claudia Coelho (2010), assim como Judith Butler (2018).

Sherry Ortner (1979) explora a relação entre mulher e natureza, ilustrando a concepção de inferioridade intrínseca a ambas. Ao considerar a mulher como agente social, a autora aponta para uma subordinação universal atrelada às concepções universalistas em relação às mulheres. A partir da compreensão – nos capítulos anteriores – da lógica sistêmica responsável pela histórica violência social de gênero, entendemos que a violência obstétrica está inscrita nas estruturas socioeconômicas e nas relações sociais. Embora a experiência traumática nem sempre seja traduzida publicamente, muitas vezes, pode deixar consequências que comprometem vidas inteiras a um sofrimento contínuo, seja esse visível ou não.

A partir das singularidades que foram sendo esboçadas através do corpo, das novas compreensões sobre direitos, da produção de subjetividades, as mulheres passam a agenciar outras formas de parir e exercer seus direitos. O parto – como dito anteriormente – foi traduzido pelo medo e pela submissão de gerações e gerações de

mulheres. Uma das minhas interlocutoras ouviu sobre o parto ser o momento que estamos entre a vida e a morte. Essa política do medo e da suposta superioridade da equipe de saúde tem deixado muitas mulheres sob o signo de uma gramática de violência, presas em uma “zona de silêncio” (DAS, 2007).

Maria Claudia Coelho e Claudia Rezende (2010) abordam como os sentimentos são apreendidos na cultura moderna ocidental, além de trazer o olhar das Ciências Sociais para discutir as concepções em torno das emoções. Mostram, através de pesquisas sobre medo e raiva, como esse potencial universal das emoções varia de acordo com a história e a cultura. Já no que tange à micropolítica das emoções, as emoções evidenciam as hierarquias sociais e as relações de poder, nas quais são sentimentos impressos. Rememorando a importância das Ciências Sociais para o questionamento do caráter “essencialista” que muitos autores trouxeram para as emoções, as autoras elucidam a importância do contexto e do constructo social. Evidenciando o quanto as emoções modificam o contexto, trazem o conceito de micropolítica das emoções para formalizar a lógica de inclusão e exclusão social.

A ignorância materna (SILVA, 2018) – tão explorada pela categoria médica e reiterada pelas respostas dos hospitais às mães que denunciaram os partos – leva às mulheres uma condição de insegurança sobre qualquer manifestação de seus próprios corpos ou de seus filhos, nomeando sintomas como “coisa esquisita” ou como algo fora do normal. O saber sobre o corpo permanece restrito à equipe médica que se mostra indisponível aos apelos das mulheres, como mostram os relatos. Em muitas narrativas, aparecem elementos como o “*dar as costas*” da equipe, como uma forma de ignorar o chamado das mulheres. Os profissionais, que detêm o poder e a responsabilidade sobre o destino da díade mãe e bebê, muitas vezes, tornam-se inacessíveis durante o fluxo intenso de atendimentos de um hospital.

Catherine Lutz (1998) traz uma importante contribuição para o olhar feminista dos anos 70, ao tomar as emoções como objeto de estudo, contexto em que as emoções ainda eram muito associadas às mulheres. A dualidade razão e emoção passa, então, a evidenciar uma hierarquia entre os seres, em que aquele detentor da razão tem o poder de ocupar o espaço público. Por isso, o conceito de razão, para a autora, existe dentro de uma teia, de um sistema de relações de poder. As mulheres são etiquetadas como seres emocionais e, assim, as crenças culturais reforçam a subordinação de gênero. A autora propõe uma lógica contextualista, dentro de uma

relação discursiva, em que as emoções podem ser compreendidas dentro de um contexto, por meio da palavra, do discurso e da materialização do que é sentido.

Para isso, como argumentam Claudia Rezende e Maria Claudia Coelho (2010), devemos considerar uma micropolítica das emoções, ou seja, capacidade de – por meio da linguagem – alterar relações de poder dos sujeitos que as expressam. Feito isso, compreenderemos as relações entre os modos de ativismo desse movimento social, iniciado a partir de um relato de parto e do reconhecimento de uma mãe na categoria “vítima” de uma violência entendida como violência de gênero e institucional. Cabe, no trabalho, incluir a dimensão do desenvolvimento das ferramentas de comunicação no universo digital, que contribuiu com a propagação das narrativas de parto e para a constituição do grupo que passa a se identificar com uma causa comum.

Há emoções que perpassam o campo de pesquisa, uma vez que esse trata da própria relação do corpo com o meio social e como ele manifesta-se durante o parto. Além disso, trata-se de uma violência circunscrita ao corpo feminino, o qual é fortemente associado às emoções, como discorre Rezende e Coelho (2010). As queixas femininas são entendidas como histeria, drama ou fragilidade – apontadas nos relatos de parto deste trabalho – e ilustram o quanto esse corpo feminino é fortemente compreendido dentro da instabilidade emocional, ainda na lógica de compreender a razão superior à emoção. É necessário, por essa razão, apoderar-se desse corpo, como já mostra a história da sexualidade feminina, é necessário controlá-lo.

Assim, a medicalização do corpo implica não apenas um tipo de conhecimento que reflete as relações de poder de sua sociedade e sua época, mas também uma forma de cuidar dele marcada por um extenso detalhamento que objetiva discipliná-lo. (...) Assim, na reprodução, o óvulo foi durante muito tempo pensado como um elemento passivo a ser penetrado pelo espermatozoide, a parte ativa no processo, reproduzindo assim ideias sobre os papéis das mulheres como passivas e os homens como ativos nos encontros amorosos. (REZENDE; COELHO, 2010, p. 28).

O modo como as mulheres sentem e experienciam o parto é marcado pelo modo como elas sentem e experienciam o próprio corpo. Se o corpo é considerado frágil, passivo, submisso, essas percepções podem afetar a forma com que o parto é vivido. Como discorrem Rezende e Coelho (2010, p. 30), “dessa maneira, o modo como explicamos as emoções tendo origem em certos processos corporais torna-se

parte de uma visão culturalmente específica sobre o corpo, mas não é uma associação universalmente feita”. De que forma o medo é incutido na história da parturição como forma de controle sobre esse corpo feminino?

O controle sobre o parto é também um controle sobre a própria sexualidade feminina, como a própria ideia também presente no parto – e explorada pelas autoras e pelo campo de pesquisa – de que as mulheres precisam ter um autocontrole emotivo. A postura de resposta dos hospitais às mulheres era de que elas, na grande maioria mães de “primeira viagem”, não teriam controle ou não estariam acostumadas com a dor. A dor, elemento central de discussão, perpassa tanto a experiência do parto, quanto a violência obstétrica. Contudo, as mulheres não reagem à dor da mesma maneira, como podemos ver com a diversidade de mulheres e de suas formas de manifestação no movimento. Algumas apoiam pelas redes sociais, outras participam presencialmente no grupo e há, ainda, as que não querem falar sobre o assunto ou não conseguem acessar as redes sociais ou os encontros presenciais por razões socioeconômicas.

A construção do movimento social de mães contra violência obstétrica trata da expressão pública da dor, a partir da noção de identidade que essa causou às mulheres, como vítimas dessa violação. A dor, que antes até poderia ser mais física do que emocional, passa a assumir uma dimensão moral e emocional, podendo gerar traumas. Ao citar o caso de uma enfermeira que não vem, depois de solicitada pelo paciente, Le Breton (2013) discorre sobre algo que podemos facilmente associar aos relatos do capítulo anterior, que é a dor imponente aumentada pelo sentimento de dependência, de vulnerabilidade.

Essas dimensões emocionais e corporais ilustram o agravamento do sofrimento feminino no desdobramento das relações com o hospital. Quando as mulheres decidiram expor o sofrimento nas mídias digitais, ocupando esse espaço com suas dores e depois indo às ruas gritar por justiça, percebemos o que Butler (2018) argumenta com a noção de espaço público, “as praças e as ruas não são apenas o suporte material para a ação, mas são, em si mesmos, parte de qualquer consideração sobre uma ação pública corporal que possamos propor”. (BUTLER, 2018, p. 52).

Diante disso, as discussões teóricas, como podemos perceber, são amplas, multifacetadas e ligam diferentes áreas de conhecimento. Entretanto, diante de um

tema que envolve diferentes setores da sociedade, não havia como abrir mão de, primeiramente, uma abordagem histórica sobre o processo de parturição, ainda que preliminar. Com isso, foi necessário concatenar os elementos dos movimentos sociais que vinham surgindo, a partir das transformações em relação ao parto junto de elementos da Antropologia das Emoções, para analisar a constituição desse movimento social e como as emoções produzem e são produzidas em termos de discurso, como em termos de impactos na realidade social e da vida cotidiana.

4.6.1 A repressão e o silenciamento da dor nos hospitais

A partir dos relatos de parto, percebe-se que o nascimento é uma luta. Uma luta pela voz, pela escuta, pela compreensão, pelo respeito e, muitas vezes, segue sendo uma luta pela sobrevivência depois do parto. Quando as mães recebem as crianças com sequelas decorrentes do parto – como metade das minhas interlocutoras – a violência acaba interrompendo a expectativa sobre a maternidade, visto que a saga nos corredores dos hospitais, em busca de atendimento e de assistência médica contínua, para poder proporcionar certa qualidade de vida às crianças. Nesses casos, as mães abdicam de muitas coisas para viver a maternidade de forma ininterrupta, na maioria das vezes, sem a possibilidade de entrar no mercado de trabalho. No caso das mães enlutadas, a retomada do cotidiano envolve o passado, a memória da dor e da violência.

Como vimos, diante de algumas narrativas, é negado às mulheres o esclarecimento sobre o quadro clínico das crianças. A negação da verdade cria, ainda mais, uma relação de superioridade do saber médico, que permanece inacessível e inalcançável, reforçando hierarquias. No contrato social com os médicos, para ter um bom atendimento e para não ser justificável qualquer violência, as mulheres entendem que é necessário seguir à risca todas as recomendações de exames pré-natais. Essa expectativa moral sobre o comportamento materno é fortemente associada à pureza, a certa submissão de vontades, a uma anulação da subjetividade feminina.

Na maioria dos casos das interlocutoras, o parto aconteceu no limite, levando as mulheres ao sentimento de pavor na espera de que tudo fique bem. A sensação

de impotência e de desautorização da autonomia sobre o próprio corpo compõem a gramática da violência obstétrica nos hospitais. A linguagem do trauma sustenta a memória da violência, em que a humilhação compõe o escasso repertório de diálogo entre os profissionais de saúde e as gestantes. Dentre as poucas interações, muitas mulheres contaram o quão hostis foram alguns pediatras ao falarem da situação das crianças para elas, alguns imitaram as funções motoras comprometidas; outros culpabilizaram as mães pelo insucesso do parto; outros sequer explicaram o quadro, mas todos usaram de uma linguagem violenta.

Teve um caso de uma mulher que, assim como nós, compartilhou seu relato de parto nas redes sociais, como forma de denúncia, pela profissional ter usado um anel solitário durante o parto. Entretanto, anos mais tarde, engravidou e foi para o sistema público novamente. Na ocasião, teve de ser atendida pela mesma profissional que havia a violado anos antes e foi, então, ameaçada e questionada sobre suas palavras nas redes sociais na hora do parto. Não obstante, a profissional fez uma cesárea vertical na gestante, em forma de retaliação.⁸³

A dor – tão referida em tantos momentos – é um elemento central nos relatos de parto. Algumas mães querem saber o momento *daquela* dor, a dor específica, do momento do nascimento, do sentir que é a hora; algumas identificam a anormalidade da dor, compreendendo os limites do sentir do próprio corpo; outras falam da dor que foi negligenciada, taxada como “normal”, a qual, em diversas histórias, mostrava que algo não estava bem. A dor é um termômetro para as mulheres. Uma das mães comentou, em seu relato, que agonizava de dor. Uma dor permanente, que nunca cessou, pois, sua filha morreu ainda durante o parto. A crítica dos movimentos pela humanização do parto e dos movimentos contra a violência obstétrica questiona o lugar central da dor na parturição, mostrando outras possibilidades de parir, desdobrando-se em movimentos de parto sem dor, sem medo e sem violência, como postula Diniz (2005).

Para muitos profissionais de saúde, a dor tem relação com o medo. As mulheres chegaram aos hospitais lotados para viver um momento íntimo da sua

⁸³ Essa foi uma das histórias que tivemos acesso na nossa atuação com o movimento. Essa história não faz parte dos relatos analisados nesta pesquisa, pois não é um relato de parto de Santa Maria, representando a história de muitas mulheres que têm medo de denunciar por medo da retaliação da equipe médica.

sexualidade. Entretanto, para elas conseguirem ser vistas e ouvidas, há um comportamento moral esperado das mulheres mães. Elas sabem, entre elas, que aquelas que gritam mais são menos atendidas, aquelas que fazem mais “escândalo” são mais violadas e até ofendidas. Então, cabe a muitas delas o silêncio imposto para demonstrar o bom comportamento e merecer um atendimento.

Segundo Rebecca Solnit (2017), esse silêncio é o silêncio da intimidação ou da repressão, mostrando o quanto a violência contra as mulheres se dá contra as vozes e as histórias femininas. Uma das mães comenta que, após falar com a equipe, percebeu que deveria ficar mais em silêncio para poder ser atendida, mas acabou sendo tarde, quando foram atender-lhe, seu filho já havia morrido há mais de três horas na barriga. O silêncio, nesse caso, privou-a de pedir ajuda, de solicitar uma avaliação e, talvez, até de agir a tempo de que tudo ficasse bem. Podemos dizer que muitas mulheres, a partir das ideias Hochschild (2012), recorrem ao trabalho das emoções dentro daquilo que é esperado na perspectiva de gênero, enquanto o trabalho das emoções dos profissionais da saúde poderia ser interpretado pelo medo, pela imposição do respeito e da autoridade.

A atmosfera da maternidade para essas mulheres, muitas vezes, envolve dor e sofrimento. As mesmas mulheres que recém pariram permanecem ao lado das mulheres que perderam seus filhos, a levar em conta que o interesse pelo corpo feminino é um interesse fabril, interessando-se apenas pela produção de bebês, como discorre Martins (2005). Alguns profissionais de saúde falam da necessidade de um ambiente tranquilo, pacífico e silencioso para poder vivenciar o parto em sua magnitude, plenitude e relaxamento, como Lamaze (1956) e Read (1933). Todavia, o medo, a insegurança e as dúvidas, que insistem em permanecer na ausência de esclarecimentos, tomam conta da subjetividade das mulheres. Longe de casa, longe de qualquer ideia de segurança, muitas vezes, com o destino nas mãos daqueles que dão as costas, elas resistem às mais variadas formas de negligência.

Diante do que se pôde notar pelo campo de pesquisa, algumas mulheres recorrem aos hospitais pela percepção de que as dores do parto não estão “normais” e são mandadas para casa. Resistem, porém, por conta própria, nos corredores dos hospitais, agarrando-se à segurança da possibilidade de serem vistas, de estarem próximas à equipe de saúde, mesmo que em condições de subordinação, como explora Carneiro (2011). Quando perdem seus filhos ou quando eles passam por uma

situação de asfixia no parto, que frequentemente leva às crianças à paralisia cerebral, não há consolo. Quando as mulheres vão com um plano de parto ou um com pouco mais de conhecimento, percebi, através do campo, que elas a ser mais questionadas e culpabilizadas pelo insucesso do parto. Os gritos de dor ilustram, com frequência, esse cenário que representa a elas, muitas vezes, “um pesadelo”.

A tranquilidade reside na atenção obstétrica dos profissionais. É preciso olhar no olho para mostrar presença a elas. Apesar disso, como já discorreu Das (2008), as mulheres padecem, resistem, todavia se articulam dentro de suas próprias possibilidades na tentativa de reconfigurar o ambiente através de suas subjetividades. A expressão do cotidiano nos hospitais performa a subalternidade das mulheres na rotina de atendimento. A relação entre os atores sociais do ambiente hospitalar com as mulheres é uma relação hierárquica, em que elas perdem a autonomia sobre o próprio corpo e sobre o próprio destino, ideias reforçadas por Rohden (2001) e por Tornquist (2004). Ainda que haja, dentro do hospital, disputas de espaço e de poder na divisão do trabalho, são as mulheres gestantes que constituem o corpo em que se autoriza a violência de gênero.

A violência, o trauma, muitas vezes, deixam as mulheres em uma condição de silenciamento, que as fixa dentro da lógica de que nunca serão ouvidas. A condição de mãe compõe uma identidade a qual é desautorizada a reclamar, caso o filho esteja bem. Uma mãe só pode lamentar-se se algo tiver acontecido com seu filho, caso contrário, cabe a ela os sentimentos romantizados de amor e de pureza. A partir da quebra da expectativa sobre esse comportamento, elas deslegitimam, de acordo com Butler (2003), o poder hegemônico, a partir da incoerência entre corpo e performatividade⁸⁴ de gênero. Dentro dessa lógica, vou discorrer, na próxima seção, sobre a volta das mulheres a um mundo devastado pela violência.

4.6.2 “Mães especiais” e Mães enlutadas – existir é resistir

Como formaram-se os vínculos entre as mulheres vítimas de violência obstétrica? Considerando que há diferentes consequências dessa violação, de que maneira as mulheres reestruturam suas vidas a partir do evento crítico? Nesta seção,

⁸⁴ Um dos conceitos mais conhecidos da autora, ligado à política de precariedade, como uma reprodução de rituais e seus efeitos, correspondendo a um modelo de identidade que supõe ser.

vou trazer um pouco daquilo que é tão invisibilizado: a maternidade. É o amor de mãe que faz com que vida siga? Há raiva, dor e sofrimento? Quais emoções compõem essa retomada do cotidiano?

A expectativa comportamental sob o corpo materno pode levar as mulheres a uma condição de silenciamento. Algumas contam seus registros de parto apenas para as pessoas mais próximas e, algumas vezes, são essas que buscam ajuda, apoio para que elas se encorajem a falar, conformando comportamentos sociais apropriados a determinadas situações. Ouvi, diversas vezes, de mulheres diferentes que tinham medo de denunciar, pois além de “não dar em nada”, poderiam se complicar com os médicos e depois acabar precisando deles para o cuidado de seus filhos. O medo da retaliação é uma constante que faz, muitas vezes, com que elas se contentem com o bem-estar dos filhos, e não necessariamente com o de si mesmas.

A condição de silêncio também é uma forma de comunicar no cotidiano. Há diversos tipos de silêncio durante a assistência obstétrica, mas isso silêncio pode, como vimos anteriormente, privar-nos de solidariedade, como discorre Rebecca Solnit (2017). As mães que seguem com os filhos com alguma condição especial, decorrente do parto, tendem a dar toda a atenção para eles. Considerando as interlocutoras desta pesquisa, todas as crianças ficaram com um quadro de saúde que deixa grandes riscos de vida. Então, o medo, a insegurança e o alerta constante fazem com que essas mães permaneçam no ambiente doméstico sem expor tanto suas vidas, suas histórias, seus filhos. A rotina dessas mães é uma rotina de cuidados médicos. Como sabemos, a expectativa do comportamento materno é que elas deem tudo de si para o cuidado dos filhos e é, de fato, entre as interlocutoras, isso que acontece.

Há ainda a busca por assistência social, junto com o atendimento domiciliar, ou seja, é uma demanda que leva a uma mudança drástica de vida, após o “evento crítico” que passaram no parto, de acordo com Veena Das (1995). Aspiradores, respiradores, oxigênio, luva, dieta, massagem, exercícios fisioterapêuticos, a rotina como uma forma de resistência. Em diálogo com algumas dessas mães, é constante o medo de internação nos hospitais, pois não consideram que as crianças tenham um bom atendimento nas instituições. Pelo contrário, elas consideram um maior risco de morte ou de infecção nas internações. Em conversa com uma das mães, ela me diz “eu larguei tudo para ficar em casa, não dá pra deixar só na mão das meninas”.

Uma família que conheci demorou muito para conseguir a assistência pelo governo e gastava mais de dez mil reais por mês para a saúde do filho. Além disso, para a maioria, não há esperanças de que as crianças consigam o básico de autonomia para a vida, como o andar pelas próprias pernas, o alimentar-se sozinhas. É uma dependência vital de cuidados. Segundo Raquel Lustosa Alves (2020), esses cuidados são mais complexos, mais apurados e mais rotineiros, é a mãe que observa, entende e compartilha o quadro das crianças para os profissionais de saúde e para os demais integrantes da família.

Apesar de as crianças, na grande maioria, não se comunicarem da forma como corriqueiramente entendemos, elas desenvolvem formas próprias de comunicação, nas quais são entendidas através da rotina, conforme argumenta Alves (2020). Como as mães são as que majoritariamente ficam mais com seus filhos, elas entendem quando as crianças estão com calor, com frio, com fome, chateadas e até desenvolvem narrativas de diálogo. A troca entre as mães “especiais”, como gostam de ser chamadas, fortalece a articulação entre as mulheres.

Segundo Thais Valim (2020), é através das mães que as crianças são compreendidas e normalmente são as mães que enfrentam o estranhamento que os corpos das crianças despertavam nas ruas, marcadas pelo “rótulo da anormalidade e do atraso”. Elas adaptam à nova forma de vida às festas de aniversário, às comemorações, às datas especiais, com vestimentas especiais e elas sabem identificar a alegria, ressignificando a própria vida com esses momentos. Certa vez, uma das minhas interlocutoras mandou para mim fotos do seu filho para mostrar o novo corte de cabelo, falando sobre o quanto ele é menino muito estiloso e gosta sempre de estar bem vestido, gosta de tomar banho, passar creme, cortar cabelo, etc.

Nos grupos das redes sociais, as mães de crianças com deficiência, as mães enlutadas e as demais mães compartilhavam suas rotinas com as crianças. Muitas vezes, as mulheres não conseguem ter uma relação de trocas, identidade e reconhecimento com suas famílias, como conseguem ter por outras mulheres do grupo que passaram pelo mesmo. Jimeno (2010) chama isso de *comunidades emocionais*, ao observar a construção cultural da categoria vítima. Ao analisar os efeitos políticos do testemunho pessoal, percebe-se que vai sendo construída uma visão compartilhada sobre as violências sociais, servindo de alicerce para a ética do

reconhecimento dessas violências, configurando um mediador simbólico entre a experiência e a generalização social, ainda conforme a autora.

Os vínculos foram formados pela identificação e pelo reconhecimento de seus pares que passaram, também, por uma situação de violência. O termo “vítima” é o elemento simbólico, o ponto de encontro, em que ocorreu o processo de reconhecimento. Jimeno (2010) argumenta que a criação dessas comunidades emocionais ajuda na recuperação do sujeito e se converte em uma forma de reposição cultural e política. A participação política do grupo de mulheres tornou-se possível depois da elaboração coletiva da experiência de sofrimento. A identificação das mulheres como vítimas permite a compreensão da gramática do sofrimento, em que há expressões cotidianas e ordinárias, como “não tenho palavras”, no caso do movimento, “dói só de pensar”, “Deus há de te confortar”. A linguagem da dor, compartilhada não só pelos relatos de parto, mas também por outras formas de manifestação, permite a identificação dos atores sociais em questão. A linguagem frente à emoção, rememoração de fatos e relatos – de acordo com Jimeno (2004) - reconstrói o sentido subjetivo da vida.

Muitas mães entendem a vida do filho ainda como uma “dádiva” pela qual devem ser agradecidas e, por essa razão, não devem reclamar por qualquer coisa que seja. Algumas entendiam o desfecho do parto como algo trágico e o médico ou a equipe como os heróis que salvaram a vida de seus filhos, mesmo que eles tenham ficado com alguma sequela. O sentimento de gratidão pela vida dos filhos cria uma relação de dívida com os profissionais. A agência dessas mulheres consiste na luta diária pela sobrevivência dos filhos e a abdicação da própria individualidade em prol deles.

Já as mães enlutadas percorrem outra forma de ressignificação do cotidiano, que envolve a memória e a dor da perda. A morte – como articula José Carlos Rodrigues (2006) – ainda é um tabu e isso pode dificultar a expressão cotidiana perante o evento crítico que marcou a separação entre mães e filhos. A partir do momento em que uma mãe volta para casa sem o filho, ela passa por uma crise social de identidade⁸⁵ que resiste pela rememoração do filho perdido no âmbito de sua

⁸⁵ Quando me refiro a uma “crise social de identidade”, faço referência a diálogos de campo, em que as mulheres mães enlutadas se sentem deslegitimadas por não serem reconhecidas como “mães”, nem serem lembradas em datas comemorativas, como o dia das mães.

individualidade para poupar a coletividade. O dia das mães, o retorno à rotina, tudo é transformado pelo luto e pela adaptação à realidade de uma mãe sem filho. As mídias digitais tornaram-se um dos espaços diários de expressão da memória e da saudade, mesmo embora nem todas a usem dessa forma. Frequentemente nos é dito que nossos filhos estão nos vendo e, por isso, não devemos sofrer ou se entregar ao sofrimento, pois não seria essa a vontade deles.

A volta para a casa é, por si só, um ato de coragem. O quarto montado, mas vazio. A casa arrumada e a bolsa da maternidade com a que seria a primeira roupinha. Na maioria dos casos de perda entre mim e as minhas interlocutoras, o quarto permaneceu intacto por algum tempo, como se a dor fosse ainda maior se assumíssemos a ausência. A maternidade havia sido incorporada e, agora, com a ausência do filho, era preciso reformular a realidade com a dor. Além disso, era necessário lidar com o luto parental, visto que a expectativa social da maternidade não é vivida de forma individual. Há uma reformulação e reestruturação familiar a caminho, em que diferentes atores sociais lidam com a morte, imbricados por diferentes perspectivas, religiosas, sociais ou generificadas. O silêncio sobre o acontecido frequentemente se manifesta nas relações, em que mulheres estão acostumadas a lidar sozinhas, configurando também uma forma de falar, conforme Das (1995).

Há muitas emoções que contribuem para que as mulheres sigam em frente. Algumas dizem que seguem pelo amor a seus filhos; outras dizem que não há outra opção, senão seguir em frente. Esse amor está - junto com a raiva, a dor, a saudade, a solidão - entre as emoções que levam as mulheres a seguirem em frente, retomando o cotidiano. Em campo, percebi que o amor e a dor mobilizam sofrimento, choro, saudade, fazendo com que os filhos se mantenham vivos na memória, mas que também há outras maneiras de sentir, em silêncio. Tatiana, uma mãe de Porto Alegre, que apoiou o movimento de Santa Maria, perdeu sua filha pela falta de leitos de UTI. Após a perda, Tatiana criou uma ONG chamada Amada Helena, que busca a humanização do luto materno. Por meio desses grupos de atividades, mães enlutadas encontram-se para relembrar a maternidade partida. Uma das frases da Ong é “nossa história lembra muito mais amor do que a dor”.

Das (2007) discorre sobre essas possibilidades de recuperar e de reabitar o mundo devastado, em um exercício diário de resistência e de retorno ao cotidiano. É

por meio de textos, mensagens, palavras que as mães fazem a manutenção da história de seus filhos vivos, na memória das pessoas. É através do discurso que também se mantém a vida, o amor e todas as emoções que esse processo mobiliza. Foi nos desabafos das redes sociais que encontramos mais de nós, mães enlutadas, para poder vivenciar a saudade e conversar sobre uma realidade não vivida com os filhos que perdemos.

A ONG Amada Helena fez um encontro sobre o luto materno, em que vários profissionais especialistas comentam sobre a retomada do cotidiano e sobre a elaboração do luto. Em um dos encontros, fui convidada pelas mães da Associação de Pais e Vítimas da Kiss para ir com eles. No encontro, várias mães enlutadas falando sobre suas histórias, seus filhos. Teve, na ocasião, uma performance artística sobre a perda. Assim, através dos discursos de memória sobre a dor e o trauma foram sendo compartilhados e recebíamos ali cartilhas de orientação ao luto materno para distribuir às mães que conhecíamos.

O arsenal de emoções a que as mães enlutadas estão sujeitas é razoavelmente distinto das mães de crianças com deficiências. A tristeza, a saudade, a raiva, a solidão são alguns dos sentimentos que compõem o luto e coordenam o que acontece internamente e externamente. Uma vez, eu ouvi de uma mãe que havia passado violência obstétrica “dói só de imaginar o que você passou”. Os sentimentos de dor, de indignação, entre outros são potencializados pelo fato de que a maior parte das mulheres e dos bebês eram saudáveis até o parto. Além disso, como vimos com os relatos, a culpabilização da mulher pela equipe por causa do suposto insucesso do parto dificulta a elaboração do luto no pós-parto, pois as mulheres sentem-se responsáveis pela morte de seus filhos. Pela capacidade de fazer-se presente na vida das pessoas, o trauma tem uma condição atemporal, que penetra a subjetividade, transformando a dor em palavras, em silêncios e nas mais variadas formas de manifestação.

Apesar do silêncio em que algumas mães se mantêm, elas geram outras maneiras de se comunicar e de reelaborar o cotidiano, através da ausência, por exemplo. A raiva é, ademais, um sentimento norteador, uma vez que o entendimento das mães é de que seus filhos não morreram simplesmente, e sim foram negligenciados, assassinados por um sistema de atendimento que inferioriza as mulheres. Com isso, a partir da manifestação de algumas mães, outras foram se

encorajando, na conversão ao ativismo, na busca por justiça. A morte do filho ou suas sequelas pós parto são os elementos que unem as mulheres a uma finalidade comum: a busca pela reparação e pela justiça. O luto é incorporado no cotidiano e o cuidado com a memória representa o cuidado com os filhos.

A dor e a raiva foram algumas das emoções que mobilizaram as mulheres para tornar público o sofrimento. Algumas, inclusive, exerceram comportamentos sociais mais frios e esperados em certos ambientes, performando máscaras sociais apropriadas a determinados contextos. A dor, quase sempre estonteante, é amenizada para haver uma forma mais “adequada” de comunicação. Das (2007) articula a transformação da dor em palavras como uma forma de redesenhar a vida. É na compreensão das consequências da violência obstétrica – sejam elas visíveis ou não – que há o encontro das mães enlutadas e das mães especiais. A criação do grupo de apoio que se tornou um movimento social foi essencial para a elaboração do luto dessas maternidades rompidas. O espaço virtual de trocas serviu como um espaço de memória e de desabafo.

Continuamente, compartilhávamos para o grupo ou para as pessoas mais próximas do movimento sobre os momentos de amor, de dor, de lembranças, de memória e de momentos cotidianos. Nas relações de solidariedade do grupo, trocamos visitas, ligações e mensagens de apoio. O acolhimento que faltou nos hospitais sobrou nas redes femininas de solidariedade. Foi comum, inclusive, nas relações de proximidade entre as mulheres, haver convites para “amadrinhamento” de seus filhos. Relação comum entre uma mãe que perdeu um filho e uma mãe de criança “especial”, sobretudo, para dividir o cuidado das crianças, considerando que as mães enlutadas tinham demandas diferentes das mulheres que viviam os cuidados da maternidade.

Essa apropriação da dimensão compartilhada de violências tem uma dimensão político-cultural, a partir do relato das vítimas. Tatiane Leal (2017) articula o quanto as emoções podem ser compartilhadas, representadas, entendidas, contestadas e silenciadas, surgindo das relações sociais entre as coletividades. As emoções mobilizam ações políticas e movimentos sociais com mais intensidade desde 1990. Paralelo ao reconhecimento da categoria vítima e à expansão do feminismo, vários cientistas sociais contribuem com essas noções. Para a autora, a memória emerge como um campo de disputa, organizado de forma a eleger como lembrar e esquecer.

Na busca por desestabilizar e desestruturar as relações de poder, ressignifica-se as representações do presente. Ainda reforça que a memória é um fenômeno coletivo, como âncora de identidades e de sentimentos de pertencimento. No campo da luta política, configura-se como formação de comunidades políticas criadas para compartilhar a memória coletiva, como uma forma de pedagogia.

Posto isso, cabe explicar a minha posição também de escrita, como forma de reelaboração da minha vida, após a violência, a qual está incorporada no meu modo de agir, de pensar e de sentir esse campo de pesquisa. Como elaborei uma pesquisa em um campo do qual eu faço parte? Como lidei com as minhas emoções e com o meu sofrimento durante a escrita desta dissertação? Como forma de esclarecer o meu lugar na pesquisa e na vida, trago a última seção deste trabalho.

4.6.3 A condição indissociável de mãe no campo e nas ruas

Estar na condição de mãe, de ativista e de pesquisadora, embora tenha sido um processo muito intenso, permitiu que eu tivesse um olhar muito privilegiado sobre os dados. A comunicação com as interlocutoras foi uma comunicação de identificação e reconhecimento. Em todas as conversas, elas foram muito positivas, dizendo que iam participar “pelos nossos filhos”. Esse vínculo fez com que eu fizesse o movimento contrário: olhasse de dentro para fora. Ao rememorar toda a nossa trajetória, consigo compreender a importância e a magnitude deste trabalho tão doloroso.

Por isso, utilizo a noção de “ser afetada” de Jeanne Favret-Saada (2005), pois não nego ou ignoro o lugar do afeto na experiência humana. Em vista disso, ainda de acordo com a autora, é urgente o resgate dessa velha sensibilidade. A ideia do encontro do “real”, da “verdade”, do “observável”, em certa medida, desabilita o imaginário, o inobservável, o erro e, conseqüentemente, afasta-se da palavra nativa. Nesse sentido, o movimento deste trabalho se aproxima e, por vezes, vem de dentro da palavra nativa.

A “participação” ativa em um campo de pesquisa pode ser um objeto de conhecimento. Conforme a autora, diferentemente de assumir um lugar por “empatia”, estar no lugar nativo é ser agitada pelas “sensações, percepções e

pensamentos” (FAVRET-SAADA, 2005, p. 159), uma vez que esse lugar, reiteradamente, é simplesmente inimaginável e a experimentação é a única maneira de se aproximar. A autora chama as intensidades específicas dessa experimentação de “afetos”, correspondendo àquilo que não é algo possível de se representar, ou mesmo, de se aproximar sem ser pela experiência. Por essa razão, estar nessa posição – de mãe, ativista – sentindo a experiência do luto, da dor, da raiva, da busca por respostas, do que chamamos no movimento de “luta”, como coloca a autora, “mobiliza e modifica meu próprio estoque de imagens” (FAVRET-SAADA, 2005, p. 159). Inclusive, modifica a comunicação com as interlocutoras, com uma linguagem nativa, abrindo possibilidades de trocas, de encontros, de afetos, intencionais ou não, verbais ou não.

Ser reconhecida como mãe e como vítima deu-me acessos a dados privilegiados no campo, uma vez que sou contatada por mães pelas minhas redes sociais, seja para desabafo, para contar outras histórias de violência obstétrica na família, para pedir ajuda, para interpelar por elas quando fosse falar com os políticos da cidade. É uma relação legítima e recíproca, considerada uma “instantaneidade da comunicação” (FAVRET-SAADA, 2005, p. 159). A fusão com o outro legitima uma comunicação espontânea, atingida pela identificação com o outro, na compreensão de que não há como eu dissociar a minha experiência da constituição do movimento e da série de experiências que foram desencadeadas a partir da manifestação pública da minha dor.

Para Adriana Vianna e Juliana Farias (2011, p. 83), “o acionamento da condição de mãe como elemento de autoridade moral em atos políticos nos fala de trânsitos relevantes em cenários contemporâneos”. Por isso, a expressão da dor pessoal como causa coletiva já é conhecida entre os movimentos sociais. As autoras comentavam ainda sobre “a singular condição materna” muito presente nas falas das mães em relação à necessidade de “lutar”, performando cenas e situações muito comuns no movimento materno. Acrescentam:

Estar presente em situações em que esses coletivos são postos em cena é acompanhar e atuar através de gramáticas e linguagens corporais dos afetos, tanto em termos das emoções que são tematizadas e dramatizadas – a indignação, a dor da perda, a saudade, a revolta com o que parece ser o descaso alheio – quanto das relações prévias que dão sentido à participação

na 'luta' ou das relações que se estabelecem a partir dela. (VIANNA e FARIAS, 2011, p. 84).

Por isso, é preciso, nesse sentido, reconhecer o próprio “enredamento nesse processo”, visto que a solidariedade é valorizada, ainda que só compartilhamento da dor – que é ímpar – pode trazer o mesmo tipo de vínculo que é compartilhado entre eles. As autoras comentam sobre a fala de uma ativista “o direito de ser mãe”, na qual se condensa o pessoal e o coletivo, o sentimento e a lei. As marcas recorrentes dos movimentos estão embrenhadas em contextos que são marcados por um processo dinâmico, com audiências, atos em protestos, com a chefia da Polícia Civil, entre outros. Ao se referir ao Estado, as autoras esclarecem que essa ideia é, antes de tudo, masculina, funcionando como uma dimensão discursiva antagônica à mãe.

Tal antagonismo alimenta-se de duas representações interconectadas que se expressam, em diferentes momentos, sob a forma de acusações: a primeira delas de ser o Estado o responsável direto pela morte em si dos seus filhos e familiares; a outra, de reforçar a ilegalidade e a injustiça que envolveriam essas mesmas mortes, ao não condenar os culpados e ao não se esforçar para apurar as condições em que a violência fatal foi exercida. (VIANNA e FARIAS, 2011, p. 92).

Michelle Rosaldo (1980) já discorria sobre o encontro do dado etnográfico com um evento biográfico ser uma forma de facilitar a compreensão da experiência emocional do outro. Cláudia Coelho (2019) recupera essa passagem para associar à noção da construção de uma narrativa e captar a experiência de uma emoção trabalhada por Beatty, trazendo também a história de Malinowski para nos fazer pensar sobre o lugar do escrito que é íntimo e dá lugar às experiências emocionais do pesquisador e o lugar do texto científico. Nesse aspecto, quando trazemos a noção de “ser afetado” de Favret-Saada (2005), percebemos o quanto assumir o risco de ser afetado em trabalho de campo pode – não necessariamente vai – nos levar a outras aventuras, percepções e a uma outra forma de compreensão do lugar nativo, uma visão de dentro.

Compreender que a minha posição como pesquisadora é posterior a minha experiência como mãe e vítima de violência obstétrica e isso, por si só, conduz a uma natureza diferente da pesquisa etnográfica. Geertz (2000) já refletia sobre o autor estar ainda “vivo” na etnografia e o abismo entre o “nós” e “eles” poder ser um obstáculo à compreensão significativa do Outro, podendo convencer o leitor de que

o pesquisador “esteve lá” e penetrou e foi penetrado por um estilo de vida, e porque não usar o termo de Favret-Saada (2005), foi afetado por ele.

Percebe-se a importância de reconstruir a trajetória do movimento desde o meu relato, que foi o primeiro, observando como foram sendo criadas as narrativas e como a violência obstétrica passou a ser sentida, compreendida e discutida na cidade de Santa Maria. Esse debate escapou para outras cidades do Rio Grande do Sul, vindo até a ser debate na Assembleia Legislativa. Entretanto, não são só os eventos “extraordinários” que importam para pensarmos as emoções e o ativismo, mas também a volta ao cotidiano das mulheres vítimas de violência obstétrica. Com a apresentação dos eventos extraordinários e dos eventos cotidianos, percebemos as emoções experienciadas publicamente e as que são experienciadas na solidão. Ademais, pudemos observar o quanto a micropolítica das emoções transformou as políticas públicas não só da cidade, como também da região. Tal percurso mostra não só a relevância do debate, como a expansão da escuta das vítimas e o fazer das emoções.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do meu lugar de mãe, ativista e pesquisadora, desenvolvi este estudo para compreender o papel das manifestações emocionais na formação do movimento de mães contra a violência obstétrica, bem como o que as emoções produzem não só em termos de discursos, mas de mobilizações políticas. Para compreender essas inquietações, tive de retomar a construção social em torno dos corpos femininos, sobretudo, quando estes viram objeto de interesse do Estado e da medicina. Como vimos, a imagem da mulher foi sendo construída em torno da maternidade, como bem argumenta Rohden (2001), da mesma forma que a valorização da criança foi sendo estruturada pelos mecanismos de poder, conforme Tornquist (2004).

Autoras como Carneiro (2011), Martins (2004) e Davis-Floyd (2009) contribuíram para compreender que a legitimidade da medicina foi crescendo de acordo com a ampliação de seu lugar social, ocupando um espaço na sociedade a serviço da higienização da população. Com uma forma de aprendizagem desumanizadora, a medicina foi dedicando um olhar hierárquico às mulheres, proferindo discursos morais sobre suas condutas e usando de seu poder, enquanto saber legítimo, para fundamentar o corpo feminino como patológico e defeituoso, construído pelas diferenças sociais – marcadas pelo gênero e outros marcadores sociais. Isso facilitou que o processo de medicalização agisse como forma de manutenção da ordem social, calcada pela medicina, como agente reguladora e disciplinadora de corpos. A produção dessas diferenças – conforme Martins (2004) – foi reduzindo a mulher, cada vez mais, a um sistema reprodutivo. O parto – como inscrição da sexualidade – tornou-se, com isso, objeto de interesse do Estado e da medicina.

Somado ao crescimento do capitalismo, o corpo foi sendo transformado em um corpo-máquina, como discorre Davis-Floyd (2009). O parto, como um sistema socialmente constituído, foi acompanhando essas mudanças, tornando-se, com o passar dos anos, um parto industrializado. Com a transição do parto domiciliar para um parto hospitalar, ocorreu, também, um deslocamento de gênero. E a fé no modelo tecnocrático foi sendo estabelecida pelo fato de o parto cirúrgico ter salvado a vida de muitas mulheres. Entretanto, o parto é um processo caótico e a tecnologia vem no

sentido de “atualizar” esse ritual social para manter a morte de mulheres e crianças longe.

No Brasil, a institucionalização dos partos não ocorreu de forma homogênea, pelo contrário, os médicos levaram mais de três séculos para conseguir que a maioria dos partos ocorresse nos hospitais. A medicina tem uma intensa relação com a formação política do Brasil, estabelecendo-se como uma ciência de poder desde o seu princípio, com a chegada da corte ao país. Importa ressaltar que os primeiros partos a ocorrer em hospitais eram os partos de mulheres rechaçadas moralmente pela sociedade, vidas consideradas subalternas dentro dos padrões hegemônicos.

Embora esse interesse pelo corpo feminino, como afirmam Vieira (2002) e Martins (2005), já havia sido testemunhado desde o século XVI, apenas a partir de 1930 que o hospital passa a ser visto como uma possibilidade para as mulheres parirem. Tradicionalmente, esses cuidados eram realizados por mulheres, mais conhecidas como parteiras, mas a formação da medicina no Brasil também passa pela perseguição dessa classe profissional. A inserção dos médicos na cena do parto foi gradativa e repleta de tensões com outros atores sociais e disputas de poder. Passando a fundamentar a inferioridade da mulher, a medicina usa de um discurso normativo e de seu poder político para se apropriar dos processos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Diante dos índices de mortalidade materna, através de políticas públicas, notas e planos de assistência, o governo brasileiro vai atribuindo a causa da mortalidade materna à hipertensão, às complicações no trabalho de parto, à febre puerperal, ou seja, reforçando a necessidade de monitoramento desse parto para que aconteça em plenas condições de saúde. Entretanto, como já mencionado ao longo do trabalho, tiveram várias reações e manifestações de setores da sociedade a respeito desse processo verticalizado de atendimento, inclusive de dentro da comunidade médica.

O movimento pela Humanização do parto surge entre 60 e 70, fundamentando-se na Medicina Baseada em Evidências. Como reflexo de outros movimentos – como o parto sem dor, sem sofrimento – esse se contrapõe ao método medicalizado e às intervenções desnecessárias. O modelo de parto tecnocrático estabelece uma atmosfera na qual a desumanização da mulher no parto é irremediável, dentro de uma lógica verticalizada de atendimento. Já o movimento de humanização passa a

reconhecer a relação entre corpo, mente, emoções no processo de parturição, dando lugar ao bem-estar da mulher. Dentre tantas disputas de poder, foram sendo discutidas e exploradas outras possibilidades de assistência ao parto.

A partir dos anos 2000, no Brasil, as políticas de assistência ao parto foram mudando e novos movimentos sociais foram surgindo também para conformar essas mudanças. Diferente do movimento pela Humanização do Parto, que partiu de uma lógica de dentro dos hospitais, dos profissionais de saúde – o termo “violência obstétrica” e os movimentos que surgiram com ele vieram da perspectiva de saberes e corpos subalternos. Entre 2007 e 2010, o termo passou a ser usado na América Latina, sendo reconhecido pelas leis em alguns países.

Assim como o reconhecimento da categoria “vítima” na sociedade, e da expansão da internet e das mídias digitais, o movimento das mulheres contra violência obstétrica foi fundamental para a abrangência atual da discussão no Brasil. Documentários, blogs, grupos de estudo e casos específicos, como caso de Adelir, foram fundamentais para a ampliação da discussão na sociedade. O movimento feminista também é um impulsionador da compreensão dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, como a autonomia sobre o próprio corpo.

No início das denúncias de violência obstétrica, a tendência era o crescimento dos partos cesarianas, pois o foco na dor foi reforçando a ideia de que o parto natural é patológico. Baseada na história da parturição e em como foi se construindo o entendimento sobre o parir, percebo que o parto tecnocrático se mantém como modelo hegemônico, mas muitas práticas abusivas começaram a ser denunciadas na internet. A ideia das mídias digitais como um espaço para a denúncia foi sendo mobilizada através do ciberfeminismo.

Como uma forma de dar ênfase aos corpos marcados por essa violência, dei atenção aos relatos de parto de mulheres que fizeram parte do movimento social que abordo aqui. Selecionando 9 relatos de parto, que ocorreram nos últimos 20 anos, pude perceber que o medo, a insegurança e o pavor fazem parte das experiências de parto. Como forma de ritual de atendimento, essas mulheres são levadas ao limite da dor, em um momento de vulnerabilidade. Além da inferioridade com que as mulheres são tratadas, sendo ignoradas e perdendo a autonomia sobre os próprios corpos, pude perceber que o destino dessas mulheres está relacionado com as nuances de

atendimento e infraestrutura dos hospitais. Se o hospital está lotado, essa mulher tende a ser menos vista, ouvida e assistida. Dentro de um controle biopolítico sobre os corpos, o corpo feminino e o bebê passam a ser vistos como objeto, sobretudo, de estudo, como no caso dos hospitais escola.

Há dois casos que considero emblemáticos das interlocutoras da pesquisa. Uma se encontra entre a vida e a morte e nota a cama rodeada de estudantes; o outro caso estarrecedor, mas bastante simbólico, é o caso da menina Bianca, que é declarada como morta, quando, na verdade, estava viva. Antes mesmo de ter a certeza sobre o diagnóstico, abordam a mãe de Bianca para perguntar se ela autoriza doar o corpo para estudos. Sem assistência médica durante horas após o parto, a menina desenvolveu sequelas permanentes, que comprometeram, ainda mais, a sua saúde.

Silenciadas, subjugadas e culpabilizadas, as mulheres seguem uma luta para parir e continuam essa luta depois do parto, lidando com as consequências decorrentes de um atendimento criado e ritualizado para desumanizar corpos femininos. Dentro da relação hierárquica de poder, os profissionais de saúde assumem uma postura técnica, muitas vezes, colocando-se a avaliar a qualidade do parir das mulheres. Como discorre Davis-Floyd (2009), eles cobram as mulheres o sucesso do parto para a produção de bebês saudáveis, culpabilizando a elas quando isso não acontece.

No relato de uma das minhas interlocutoras, ela conta que a médica aceita recebê-la, em uma transferência vinda de outro hospital, mas quando ela chega na instituição, a médica havia saído para fazer compras no shopping. Com medo, se sentindo sozinha e insegura, ela percebe a equipe deslegitimar suas queixas de dor. A dor – que já não é mais só fisiológica – agora é a expressão simbólica da violência contra as mulheres nos hospitais.

Apesar dos inúmeros avanços da ciência e da medicina e da indiscutível relevância para a manutenção da vida em casos de risco, é inegável a relação da política intervencionista dos hospitais com os interesses estatais e patriarcais. Com a expansão das políticas de reparação do Estado, o reconhecimento das mulheres como vítimas de violência obstétrica passa a ocorrer de forma mais intensa e legítima. Jimeno (2010) comenta sobre a participação política das vítimas, distanciando-as de

uma característica passiva, compondo postura de atores sociais. Com um discurso intensamente emotivo, as mulheres relatam suas experiências de parto na internet, facilitando o reconhecimento de suas semelhantes em uma esfera de violência obstétrica.

Diante do reconhecimento e identificação de seus corpos, as mulheres protagonistas dessa pesquisa passaram a formar alianças, primeiro pelas mídias digitais, em seguida pelas ruas, criando uma narrativa que estabelece uma continuidade entre o online e o off-line. Ao organizar intervenções, inclusive, artísticas, elas mobilizam o corpo e as emoções. A partir do momento que mães, vítimas de violência obstétrica, propõem-se a ir às redes e às ruas denunciar suas narrativas de parto, elas buscam justiça e reparação dos danos dessa violência. Elas passam, inclusive, a ser reconhecidas pelo Estado, o qual passa a agir, em alguma medida, em prol de seus interesses.

Firmando alianças políticas e participando em reuniões junto dos agentes públicos, elas passam a elaborar e aprender o ativismo, os modos de atuação política, usando as emoções para gerar transformações, reconhecimento e autoridade nos espaços. A construção pública da denúncia das violências nos partos dos hospitais de Santa Maria leva o movimento de mães contra a violência obstétrica a um alcance estadual e nacional, ganhando visibilidade e pautando demandas. Entretanto, como endurecimento de políticas públicas voltadas às mulheres, a partir de novas configurações no cenário político nacional, o movimento passa a sofrer uma gradativa perda de espaço, desde 2018, que se intensificou em 2019.

Apesar da dimensão extraordinária dos eventos como, por exemplo, o próprio parto e também as manifestações públicas as ruas, na Câmara de Vereadores, na Assembleia Legislativa, há outra dimensão que busquei dar ênfase no decorrer do meu trabalho: o cotidiano. Como a experiência do parto está relacionada à experiência do corpo, conseqüentemente, a experiência da violência também deixa suas cicatrizes. A dor, como gramática da violência, da negligência, da culpa e do silenciamento, conforma diferentes retomadas do cotidiano. Entre as minhas interlocutoras, que se dividem entre as “mães especiais” – como se denominam as mães de crianças com deficiência – e as mães enlutadas, elas vão retomando o cotidiano a partir do cuidado das crianças, do luto e das formas de ativismo que vão se construindo coletivamente.

É importante salientar que há várias formas de manifestação das emoções e embora não sejam homogêneas, são legítimas. Muitas mães não falam sobre a perda ou sobre a violência obstétrica e isso também compõe uma das formas de sentir e reelaborar o cotidiano. Neste trabalho, dei atenção à formação do movimento e, conseqüentemente, dei mais atenção às mulheres que, de alguma forma, expressaram a dor e se engajaram com o movimento. Com diferentes configurações emotivas, elas compõem “comunidades emocionais” que trocam experiências e narrativas sobre um lugar de reconhecimento de seus corpos.

A raiva, o amor, a angústia, a solidão fazem parte da realidade dessas mulheres com diferentes dificuldades. As “mães especiais” ainda enfrentam o medo da perda, o risco da morte dos filhos, devido às condições graves de saúde, comprometendo seus próprios destinos e o destino de suas crianças. As mães enlutadas passam por crises de identidade, dificuldades de retomada do cotidiano e de ressignificação da maternidade. Por fim, o que cruza os caminhos dessas mulheres é, de fato, as emoções envolvidas no processo de violação dos nossos corpos. O reconhecimento da dor, da raiva, da angústia, da violação é que legitima e corporifica essa sensibilidade na condição de ser mulher, de ser mãe e refletiu na conversão ao ativismo como expressão desse sofrimento.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAMO, Fundação Perseu. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. 2010. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.
- ABU-LUGHOD, L.; LUTZ, C. Introduction: emotion, discourse, and the politics of everyday life. In: ABU-LUGHOD, L.; LUTZ, C. **Language and the Politics of Emotion**. New York: Cambridge University Press, 1990.
- ALVES, Raquel Lustosa. Mulheres. In: FLESHER, Soraya; LIMA, Flávia. **Micro: contribuições da antropologia**. Brasília: Athalaia, 2020.
- AQUINO, Lúcia Souza. O movimento de humanização do parto como movimento social e suas semelhanças com os protestos que tomaram o mundo em 2013. **Revista Novos Saberes**, v. 3, n. 1, p. 46-58, 2016. Disponível em: <<http://app.catholicasc.org.br/ojs/index.php/NovosSaberes/article/viewFile/77/56>>. Acesso em: 5 mar. 2020.
- ARAÚJO, Fábio Alves. **Do luto à luta: a experiência das mães de Acari**. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp038547.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2020.
- Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul: Memorando sobre a Frente Parlamentar em Defesa da proteção à Gestante e Parturiente Contra a violência obstétrica no RS**. Disponível em: <FP contra viol. obstétrica.pdf (al.rs.gov.br)>. Acesso em: 20 de abr. 2021.
- ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a27v19s2.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2020.
- AZEVEDO, Júlio Camargo. Precisamos falar sobre a violência obstétrica. **Consultório Jurídico**, 2015. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2015-mai-16/julio-azevedo-precisamos-falar-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 5 fev. 2020.
- BAYM, Nancy. Making new media make sense. In: **Personal Connections in the Digital Age**. Cambridge: Polity Press, 2010.
- BECKER, Howards. Problemas de Inferência e Prova na Observação Participante. In: **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1999.
- Blog Mamíferas**. Disponível em: <<https://blogmamiferas.com.br/>>. Acesso em: 27 set. 2021.
- BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, Pierre. Sobre o poder simbólico. In: **O Poder Simbólico**. Trad. Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BOURDIEU, Pierre. (coord.) “Compreender”. In: **A miséria do mundo**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2011.

BRASIL. **EXPOSIÇÃO SENTIDOS DO NASCER**. Violência obstétrica: A voz das brasileiras - Exposição Sentidos do Nascer. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=RMfAvqf9d9g&ab_channel=Exposi%C3%A7%C3%A3oSentidosdoNascer>. Acesso em: 8 abr. 2021.

BRASIL. **L4121**. Planalto.gov.br. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l4121.htm>. Acesso em: 8 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**. 1984. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_PACTO_NACIONAL_REDUCAO_MORTALIDADE_MATERNA_NEONATAL_2004.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fo lheto.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. PROJETOS, Série; MINISTÉRIO, D; SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. [s.l.]: 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRENES, Anayansi. C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, 1991. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2020.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, Judith. **Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado**. Tese de doutorado. Campinas, 2011. Disponível em:

<http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/280585/1/Carneiro_RosamariaGatti_D.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2020.

CASTELLS, Manuel. **Redes de Indignação e Esperança: Movimentos Sociais na Era da internet**. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

C, C. E. et al. **Argentina se mobiliza contra os feminicídios no país**. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/19/internacional/1476905030_430567.html>. Acesso em: 27 set. 2021.

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

CHOURABI, Lizandra Flores. Representações e práticas sociais dos profissionais de saúde e usuárias sobre a assistência ao parto em um Hospital Universitário do Sul do Brasil-um estudo à luz do conceito de violência obstétrica, **Tese de Doutorado**, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

Cientista Que Virou Mãe. Disponível em: <<https://cientistaqueviroumae.com.br/>>. Acesso em: 27 set. 2021.

COELHO, Maria Claudia. As emoções e o trabalho intelectual. **Horizontes Antropológicos**, v. 25, n. 54, p. 273–297, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ha/v25n54/1806-9983-ha-25-54-273.pdf>>. Acesso em: 9 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **PARECER CFM nº 32/2018** – sobre violência obstétrica. Disponível em: <<http://old.cremerj.org.br/downloads/835.PDF>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

Conselho de Medicina inclui gestantes na lista de exceções dos pacientes que podem recusar tratamentos. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/09/26/conselho-de-medicina-inclui-gestantes-na-lista-de-excecoes-dos-pacientes-que-podem-recusar-tratamentos.ghtml>>. Acesso em: 27 set. 2021.

DAS, Veena. **Critical Events: An Anthropological Perspective on Contemporary India**. New Delhi: Oxford University Press, 1995.

DAS, Veena. **Life and words: violence and the descent into the ordinary**. Berkeley: University of California Press, 2007.

DAS, Veena. **Sujetos del olor, Agentes de Dignidade**. ed. Francisco Ortega. – Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Centro de Estudios Sociales (CES), 2008.

DAVIS-FLOYD, R. **Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano**. Buenos Aires: Editorial Creavida, 2009.

DIÁRIO OFICIAL DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA. Disponível em: <<http://proweb.procergs.com.br/Diario/DA20180207-01-104750/EX20180207-01-104750-PL-316-2017.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2021.

DINIZ, Carmen. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2020.

DINIZ, Carmen et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Revista Interface**, v. 20, n. 56, p. 253-259, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-20-56-0253.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2020.

DIREITOS HUMANOS NO BRASIL 2013. 2013. Disponível em: <http://www.social.org.br/relatorio_RH_2013.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2021.

DUMONT, L. **O Individualismo: Uma Perspectiva Antropológica da Ideologia Moderna.** Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

ELIANE BRUM. **A potência de Adelir.** Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2014/04/14/opinion/1397481297_943876.html>. Acesso em: 27 set. 2021.

EXPOSIÇÃO SENTIDOS DO NASCER. **Violência obstétrica: A voz das brasileiras - Exposição Sentidos do Nascer** YouTube, 16 abr. 2015. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=RMfAvqf9g>>. Acesso em: 27 set. 2021.

Facebook Live. Disponível em: <<https://www.facebook.com/watch/live/?v=955477314604192&ref=search1>>. Acesso em: 27 set. 2021.

Facebook. Disponível em: <<https://www.facebook.com/notes/1248832842146420/>>. Acesso em: 27 set. 2021.

Facebook. Disponível em: <<https://www.facebook.com/notes/250818153025664/>>. Acesso em: 27 set. 2021.

Facebook. Disponível em: <<https://www.facebook.com/notes/378263000206773/>>. Acesso em: 27 set. 2021.

FAVRET-SAADA, J. "Ser Afetado". **Cadernos de Campo**, n. 13, 2005.

FERREIRA, Jaqueline T. "Grávidas e bebês no fogo cruzado": sobre os usos e desusos do conceito Violência Obstétrica. Resumo. **Anais da 32a Reunião Brasileira de Antropologia - RBA**, 2020. disponível em: <http://evento.abant.org.br/rba/32RBA/grupos_de_trabalho?id=23927>. Acesso em: 9 abr. 2021.

FONSECA, Claudia. Sofrimento situado: memória, dor e ironia. In: **Políticas etnográficas no campo da moral**. Porto Alegre: ABA Publicações, 2019.

FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FOLHAPRESS. **Ministério da Saúde reconhece termo “violência obstétrica”, mas continuará a não usá-lo | GZH**. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2019/06/ministerio-da-saude-reconhece-termo-violencia-obstetrica-mas-continuara-a-nao-usa-lo-cjwr3jc0h003201s1sjfc2bld.html>>. Acesso em: 27 set. 2021.

FRANZON, Ana C. A.; SENA, Ligia M. Violência obstétrica é violência contra a mulher. **Resultados da ação de Blogagem Coletiva**, 2012. Disponível em: <https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados_-Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Diagramada_Vers%C3%A3o-final.pdf>. Acesso em 20 de abr. 2021.

FREIRE, Jussara. Quando as emoções dão forma às reivindicações. In: COELHO, M; REZENDE, C. (orgs.) **Cultura e sentimentos: ensaios em antropologia das emoções**. Rio de Janeiro: Contra Capa/FAPERJ, 2007.

Fundação Perseu Abramo: Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>>. Acesso em 20 de abr. 2021.

GARCIA, Carla Cristina. Introdução: O que é o feminismo? In: **Breve história do feminismo**. São Paulo: Claridade, 2015.

GEERTZ, C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Petrópolis: Vozes, 2000.

GEMAS. Disponível em: <<https://edisciplinas.usp.br/enrol/index.php?id=4865>>. Acesso em: 27 set. 2021.

GOMES, C. C. Corpo e emoção no protesto feminista: a Marcha das Vadias do Rio de Janeiro. **Sexualidad, Salud, Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 25, p. 231-255, 2017. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/t8km7v>>. Acesso em: 2 nov. 2019.

GONZALEZ, Lélia. Por um feminismo afro-latino-americano. In: **Caderno de Formação Política do Círculo Palmarino**, n. 1, p. 12-20, 2011.

GIL, Antonio Carlos. Métodos das Ciências Sociais. In: **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2008.

HALL, Stuart. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 15-46, 1997.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, n. 5, p. 7–41, 1995. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>>. Acesso em: 8 abr. 2021.

HARAWAY, Donna. “Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX”. In: **Antropologia do ciborgue: As vertigens do pós-humano**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

HINE, Christine. **Etnography for the Internet: Embedded, Embodyed and Everyday**. London: Bloomsbury, 2015.

HOCHSCHILD, Arlie. **The Managed Heart: commercialization of human feeling**. Berkeley, Los Angeles: The University of California Press, 2012.

JAUMONT, J.; VARELLA, R. (2016) A Pesquisa Militante na América Latina: trajetória, caminhos e possibilidades. **Revista Direito & Práxis**, p. 414 – 464, 2016. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/21833/15906>>. Acesso em: 2 out. 2019.

JIMENO, Myriam. **Crimen passional: Contribución a una antropología de las emociones**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004.

JIMENO, Myriam. 2010. Emoções e política: a vítima e a construção de comunidades emocionais. **Revista Mana**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 99-121, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/mana/v16n1/a05v16n1.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2020.

JOÃO INÁCIO. **Documentário Com Mãe Não Se Mexe! - Relatos de violência obstétrica em Santa Maria, RS, YouTube**, 3 jan. 2018. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=StqwDMYV05w>>. Acesso em: 27 set. 2021

LAMAZE, Fernand et al. **Parto sem dor**. [s.l.]: Editora Vitória. 1956.

LE BRETON, David. **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

LE BRETON, David. **Antropologia da dor**. São Paulo: Fap-Unifesp, 2013.

LEAL, T. Elas merecem ser lembradas: feminismo, emoções e memória em rede. **Revista Intercom**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 169-185, 2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/pdf/interc/v40n2/1809-5844-interc-40-2-0169.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2020.

LEÃO, Miriam Rêgo et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e autonomia das mulheres. **Ciência e Saúde coletiva**, 18 (8): 2395 – 2400, 2013.

Lei nº 11.108. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 27 set. 2021.

LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 166-174, 2013.

LEITÃO, D. K.; GOMES, L. G. Estar e não estar lá, eis a questão: pesquisa etnográfica no Second Life. **Revista Cronos**, Natal, v. 12, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/3159/2881>>. Acesso em: 26 abr. 2020.

LEITÃO, D. K.; GOMES, L. G. Etnografia em ambientes digitais: perambulações, acompanhamentos e imersões. **Revista UFF**, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/antropolitica/article/view/41884/pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2019.

LEMOS, Marina Gazire. **Ciberfeminismo**: Novos discursos do feminino em redes eletrônicas. Dissertação de mestrado. PUC-SP, 2009. Disponível em: <<https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/5260/1/Marina%20Gazire%20Lemos.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

LERNER, Gerda. **A Criação do Patriarcado**: História da opressão das mulheres pelos homens. Trad. Luiza Sellera. São Paulo: Editora Cultrix, 2019.

LUTZ, Catherine A. **Unnatural Emotions**: everyday sentiments on a Micronesian Atoll and Their Challenge to Western Theory. Chicago: The University of Chicago Press, 1998.

L4121. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l4121.htm>. Acesso em: 27 set. 2021.

Mães na luta contra a Violência obstétrica — Publicações. Disponível em: <<https://www.facebook.com/maesnalutacontraavioleciaobstetrica/posts/304133586778125>>. Acesso em: 27 set. 2021.

Mães na luta contra a Violência obstétrica — Publicações. Disponível em: <<https://www.facebook.com/maesnalutacontraavioleciaobstetrica/posts/437638393427643>>. Acesso em: 27 set. 2021.

Mães na luta contra a Violência obstétrica — Publicações. Disponível em: <<https://www.facebook.com/maesnalutacontraavioleciaobstetrica/posts/409619416229541>>. Acesso em: 27 set. 2021.

Mães na luta contra a Violência obstétrica — Publicações. Disponível em: <<https://www.facebook.com/maesnalutacontraavioleciaobstetrica/posts/214982895693195>>. Acesso em: 27 set. 2021.

Mães na luta contra a Violência obstétrica — Publicações. Disponível em: <<https://www.facebook.com/maesnalutacontraavioleciaobstetrica/posts/304134513444699>>. Acesso em: 27 set. 2021.

MALUF, Sônia W. Corpo e corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas. **Dossiê Corpo e História, Revista Esboços**, p. 173-188, 2001. Disponível em: <http://portfolio.unisinos.br/OA12/pdf/sonia_maluf_artigo.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

MARCUS, G. **Etnografia en/del sistema mundo. El surgimento de la etnografía multilocal.** *Alteridades*, v. 11, n. 22, p. 111-127, 2001.

MARIA, S. **Vereadores de Santa Maria apuram denúncias de negligência contra a Casa de Saúde | GZH.** Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2016/05/vereadores-de-santa-maria-apuram-denuncias-de-negligencia-contra-a-casa-de-saude-5804372.html>>. Acesso em: 27 set. 2021.

MATGE, R. **Violência obstétrica: o relato de quatro mães e um termo quase vetado pelo governo.** Disponível em: <<https://diariosm.com.br/coronav%C3%ADrus/reportagem-especial/viol%C3%Aancia-obst%C3%A9trica-o-relato-de-quatro-m%C3%A3es-e-um-termo-quase-vetado-pelo-governo-1.2141812>>. Acesso em: 27 set. 2021.

MARTIN, Emily. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução.** Tradução de Júlio Bandeira. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINS, Ana Paula V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MARTINS, Ana Paula V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 645-666, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ref/v13n3/a11v13n3.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2020.

MARTINS, Leandro Alaerte. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/22.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2020.

MAUSS, Marcel. As Técnicas Corporais. In: Marcel Mauss, **Sociologia e Antropologia.** São Paulo: EPU/EDUSP, 1974.

MENDONÇA, Maria Luisa; STEFANO, Daniela. DIREITOS HUMANOS NO BRASIL: **Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos**, 2013. Disponível em: <[relatorio RH.indd \(social.org.br\)](relatorio RH.indd (social.org.br))>. Acesso em 20 de abr. 2021.

Ministério da Saúde - Governo Federal do Brasil. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br>>. Acesso em: 27 set. 2021.

Ministério da Saúde reconhece legitimidade do uso do termo “violência obstétrica.” Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/06/10/ministerio-da-saude-reconhece-legitimidade-do-uso-do-termo-violencia-obstetrica.ghtml>>. Acesso em: 27 set. 2021.

Ministério da saúde: Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Disponível em: <#Pacto Aprovado na Tripartite (saude.ba.gov.br)>. Acesso em 20 de abr. 2021.

MISKOLSCI, R. Novas conexões: notas teórico-metodológicas para pesquisas sobre o uso de mídias digitais. **Chronos**, Natal, v. 12, n. 2, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/download/3160/pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2019.

MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital. **Proj. História**, São Paulo, v. 25, 2002. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588/7878>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica Violência Obstétrica e Violência Contra a Mulher. [s.d.]. Disponível em: <http://media.wix.com/ugd/2a51ae_a3a1de1e478b4a8c8127273673074191.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2020.

MULLER, Elaine; RODRIGUES, Laís; PIMENTEL, Camila. O tabu do parto: Dilemas e interdições de um campo ainda em construção. **Civitas, Rev. Ciênc. Soc.**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 272-293, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/civitas/v15n2/1984-7289-civit-15-02-0272.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2020.

NOVAIS, Kaito C. Falas de dor, abraços de celebração: notas etnográficas sobre o movimento Mães pela diversidade. **Anais**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13º Women’s Worlds Congress, Florianópolis, 2017.

Organização Mundial da Saúde: Declaração da OMS sobre as taxas de cesáreas. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3>. Acesso em 20 abr. 2021.

Organização Mundial da Saúde: Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3>. Acesso em: 20 abr. 2021.

ORTNER, Sherry B. **Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura?** Editora Paz & Terra, 1979.

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 49, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/cpa/n49/1809-4449-cpa-18094449201700490007.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2020.

PARTO NO BRASIL. **Parto no Brasil**. Disponível em: <<https://www.facebook.com/BlogPartonoBrasil/>>. Acesso em: 8 abr. 2021.

Pretas recebem menos anestesia - Cultura - Estadão. Disponível em: <<https://cultura.estadao.com.br/noticias/geral,pretas-recebem-menos-anestesia-imp-,703837>>. Acesso em: 27 set. 2021.

Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância. Disponível em: <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/copy_of_primeiro-congresso-brasileiro-de-protecao-a-infancia>. Acesso em: 27 set. 2021.

PRIORE, M. **História das Mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2004.

Profissão Repórter: Capítulo 238 - 12/12/2018 - Assista online | Globoplay. Disponível em: <<https://globoplay.globo.com/v/7229848/programa/>>. Acesso em: 27 set. 2021.

Projeto de Lei nº 8598/2017. Disponível em: <<https://www.camara-sm.rs.gov.br/proposicoes/Projeto-de-Lei/2017/1/0/29976>>. Acesso em: 27 set. 2021.

Proposição. Disponível em: <<http://www.al.rs.gov.br/legislativo/ExibeProposicao/tabid/325/SiglaTipo/PL/NroProposicao/277/AnoProposicao/2019/Default.aspx?Dod=31/08/2021>>. Acesso em: 27 set. 2021.

Protesto contra impunidade médica em sm. Disponível em: <https://www.facebook.com/events/1751980591712792/?active_tab=discussion>. Acesso em: 27 set. 2021.

READ, G. D. **Natural childbirth**. London: Heinemann, 1933.

Relato de jovem sobre parto na Casa de Saúde de Santa Maria repercute nas redes sociais | GZH. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2016/05/relato-de-jovem-sobre-parto-na-casa-de-saude-de-santa-maria-repercute-nas-redes-sociais-5799765.html>>. Acesso em: 27 set. 2021.

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

REZENDE, Claudia Barcellos. Histórias de superação: parto, experiência e emoção. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 25, n. 54, p. 203–225, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ha/v25n54/1806-9983-ha-25-54-203.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2021.

- RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 449-459, 2002.
- RODRIGUES, José Carlos. Tabu da morte. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.
- ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.
- ROSALDO, Michelle Z. **Knowledge and Passion: Ilongot Notions of Self & Social Life**. Cambridge: The Cambridge University Press, 1980.
- SALEM, Tânia. **Sobre o casal grávido: incursão em um universo ético**. Tese de Doutorado. Museu Nacional, Rio de Janeiro, 1983.
- SARTI, Cynthia. Corpo e doença no trânsito de saberes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 25, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v25n74/a05v2574.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- SARTI, Cynthia. A vítima como figura contemporânea. **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. 61, p. 51–61, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ccrh/v24n61/04.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2021.
- Saúde materna - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/node/63100>>. Acesso em: 27 set. 2021.
- SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 16, p. 137–150, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a08.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2020.
- SENA, Ligia Moreiras. **Cientista Que Virou Mãe - Informação pelo fortalecimento das mulheres e o cuidado da infância**. Cientista Que Virou Mãe. Disponível em: <<http://portal.cientistaqueviroumae.com.br/>>. Acesso em: 8 abr. 2021.
- SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 209–220, 2017.
- SESIA, Paola. Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. In: QUATTROCCHI, Patrizia. **Violencia obstétrica en América Latina conceptualización, experiencias, medición y estrategias**. Remedios de Escalada: De la Universidad Nacional de Lanús, 2020.
- SILVA, Bruno Sanches Mariante da. A “maternidade moderna” e a medicalização do parto nas páginas do Boletim da Legião Brasileira de Assistência, 1945-1964. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1019–1037, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v25n4/0104-5970-hcsm-25-04-1019.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2020.

SILVA, Jacilene Maria. **Feminismo na Atualidade**: a formação da quarta onda. Recife: Independently Published, 2019.

SIQUEIRA, Monalisa D. **“Vivendo até bem mais que 100”**: envelhecimento, saúde e políticas públicas para idosos no Brasil. Tese de doutorado. Porto Alegre, 2014.

SIQUEIRA, Monalisa Dias; VICTORA, Ceres. O corpo no espaço público: Emoções e processos reivindicatórios no contexto da “Tragédia de Santa Maria”. **Sex., Salud Soc.**, Rio de Janeiro, n. 25, p. 166-190, 2017.

SOLNIT, Rebecca. **A mãe de todas as perguntas**: reflexões sobre os novos feminismos. Companhia das Letras, 2017.

TORNQUIST, Carmen S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 483–492, 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2021.

TORNQUIST, Carmen S. **Parto e Poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese de doutorado, UFSC, 2004.

TORNQUIST, Carmen S.; SPINELLI, Carolina S. Um jeito soviético de dar à luz: o parto sem dor no sul da América do Sul. **História Oral**, v. 12, n. 1-2, 2011. Disponível em: <<https://www.revista.historiaoral.org.br/index.php/rho/article/view/167>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

TURNER, Victor. Liminaridade e communitas. In: **O processo ritual**: Estrutura e antiestrutura. Petrópolis: Vozes, 2013.

VALIM, Thais. Crianças. In: FLESHER, Soraya; LIMA, Flávia. **Micro**: contribuições da antropologia. Brasília: Athalaia, 2020.

VAN GENNEP, Arnold. A classificação dos ritos. In: **Os ritos de passagem**. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

Vereadores de Santa Maria apuram denúncias de negligência contra a Casa de Saúde. Disponível em: <<https://diariosm.com.br/not%C3%ADcias/geral/vereadores-de-santa-maria-apuram-den%C3%BAncias-de-neglig%C3%Aancia-contra-a-casa-de-sa%C3%BAde-1.2030579>>. Acesso em: 27 set. 2021.

Violência obstétrica: 1 em cada 4 brasileiras diz ter sofrido abuso no parto. Disponível em: <<https://epoca.oglobo.globo.com/vida/noticia/2015/07/violencia-obstetrica-1-em-cada-4-brasileiras-diz-ter-sofrido-abuso-no-parto.html>>. Acesso em: 27 set. 2021.

VIANNA, Adriana; FARIAS, Juliana. A guerra das mães: dor e política em situações de violência institucional. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 37, p. 79–116, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/cpa/n37/a04n37.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2020.

VIANNA, Adriana; LOWENKRON, Laura. O duplo fazer do gênero e do Estado: interconexões, materialidades e linguagens. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 51, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/cpa/n51/1809-4449-cpa-18094449201700510001.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2020.

VICTORA, Ceres. Uma ciência replicante: a ausência de uma discussão sobre o método, a ética e o discurso. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.1, p.104-112, 2011.

VICTORA, Ceres; KNAUTH, D.; HASSEN, M. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VICTORA, Ceres; SIQUEIRA, Monalisa D. Na sequência da tragédia: sofrimento e a vida após o incêndio da Boate Kiss. **Revista Antropolítica**, n. 44, Niterói, p. 178 – 201, 2018.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. [s.l.]: 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2021.

#SomosTodxsAdelir. Disponível em: <<https://somostodxsadelir.wordpress.com/>>. Acesso em: 27 set. 2021.

Watch. Disponível em: <<https://www.facebook.com/watch/?v=231464400711711>>. Acesso em: 27 set. 2021.

Watch. Disponível em: <<https://www.facebook.com/watch/?v=231466184044866>>. Acesso em: 27 set. 2021.