



*Saguas
Karla*

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO CAMPO DE DISPUTA:

Repertórios Linguísticos na mídia

Ana Rebeca Paulino Portela

RECIFE

2022

ANA REBECA PAULINO PORTELA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO CAMPO DE DISPUTA:
REPERTÓRIOS LINGUÍSTICOS NA MÍDIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal em Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca

RECIFE

2022

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

P843v Portela, Ana Rebeca Paulino.
Violência obstétrica como campo de disputa : repertórios linguísticos na
mídia / Ana Rebeca Paulino Portela. – 2022.
128 f. : il. ; 30 cm.

Orientador : Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2022.
Inclui referências, apêndices e anexo.

1. Psicologia. 2. Violência obstétrica. 3. Feminismo interseccional. 4.
Direitos reprodutivos. 5. Justiça reprodutiva. I. Fonseca, Jorge Luiz
Cardoso Lyra da (Orientador). II. Título.

150 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2023-039)

ANA REBECA PAULINO PORTELA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO CAMPO DE DISPUTA:
REPERTÓRIOS LINGUÍSTICOS NA MÍDIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal em Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Área de concentração: PSICOLOGIA

Aprovado em: 15/06/2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca (Presidente/Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Carmen Simone Grilo Diniz (Examinadora Externa)
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Vivian Matias dos Santos (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

À minha mãe, sinônimo de força e resistência.
Ao meu pai (*in memoriam*), minha maior saudade.
Ao meu filho que me impulsiona a ser o melhor de mim.

AGRADECIMENTOS

Preciso iniciar dizendo que eu não chegaria até aqui sem uma rede de apoio que pudesse segurar minhas mãos todo esse tempo. Não é fácil ser mulher e mãe quando desejamos fazer ciência.

Vivo a realização de um sonho, sonho esse que não sonhei sozinha e que só foi possível realiza-lo, graças à mulher mais importante da minha vida: minha Mãe, Lindenise Portela. Obrigada por me sustentar todos esses anos e não me deixar desistir!

Agradeço ao meu irmão Gibson Portela, por também ser suporte e presença, por ouvir minhas ideias e acolhê-las com tanta empolgação, por fazer questão de me lembrar que sou capaz. Você é o melhor irmão desse mundo!

Meus agradecimentos também são para meu companheiro de vida e de sonhos, Aurélio Vicente. Chegastes como um presente na minha vida! Obrigada por segurar a barra, principalmente nesses últimos meses tão difíceis de dedicação à escrita. Sou muito feliz com tudo que estamos construindo!

Agradeço ao meu filho, Daniel, por ser luz na minha vida e por, mesmo tão pequeno, me incentivar tanto a essa realização. Você nem imagina o quanto de motivação você me dá pra viver e ir atrás dos meus sonhos. Essa conquista também é sua!

Agradeço ao meu orientador Jorge Lyra, por ter sido acolhimento e escuta nesses dois anos de mestrado. Gratidão pela paciência, por também não me deixar desistir logo no início, pensando em possibilidades junto comigo, quando não tínhamos perspectiva de bolsa e eu me vi com dificuldades financeiras de permanecer no Programa. Sua sensibilidade e cuidado me cativou!

Agradeço também ao GEMA, na pessoa de Benedito Medrado e de Jorge Lyra, esse grande coletivo que me acolheu e me fez sentir em casa, mesmo num momento tão crítico e de tantas incertezas que vivenciamos, com o início da Pandemia. Vou levar vocês sempre comigo!

Meus agradecimentos também se estendem às minhas duas amigas e companheiras de jornada, Emanuela Nascimento e Cida Farias. Obrigada por todo apoio e incentivo, não só nesses dois anos, mas em tantos anos que já caminhamos juntas. Vocês me inspiram como mulheres, trabalhadoras e mãe.

Eu não poderia deixar de agradecer à minha terapeuta Yonne Queiroga, por ser tão presente, acolhedora e também uma habilidosa frustradora, nesses últimos meses tão difíceis. Você segurou a minha mão e me impulsionou para a realização desse sonho. Gratidão!

Agradeço às/aos amigas/os do CAPS Flor da Mata e da Secretaria de Saúde de Paudalho, em especial à Riva Karla, Lúcia Matias, Cynyra Graciano, Emanuel Feliciano, Sabrina Santiago, Cida Silva. Essa realização também tem um pouco de vocês, do cuidado, acolhimento e militância em fazer um SUS melhor. Vocês me cativaram e me ensinaram demais.

Agradeço às minhas parceiras de mestrado e do Gema, Laís Barros, Luanna Cruz, Thaíris Arruda, Marcelly Rocha e Túlio Andrade. Vocês trouxeram mais leveza a esse processo, gratidão pela escuta, partilha, ombros nas horas difíceis e boas risadas também.

Minha gratidão também se estende à minha Turma. Fazer um mestrado de forma remota não foi nada fácil e, sem dúvidas, afetou a nossa construção de vínculos enquanto turma. Porém, agradeço os momentos de debates nas aulas, os encontros virtuais para desabafar e prestarmos apoio uns aos outros. Aprendi demais com cada uma e cada um de vocês!

Estendo minha gratidão às mulheres que aceitaram compor a minha banca de qualificação e defesa, Simone Diniz, Vívian Matias e Paula Viana. É um privilégio ter vocês, mulheres que tenho como referência na luta pelos direitos das mulheres, nesse processo tão importante.

Por fim, agradeço à CAPES, pela concessão da bolsa de Pós-Graduação, financiamento que foi essencial para possibilitar a minha continuidade no Programa e realizar esta pesquisa.

*A noite não adormece nos olhos das mulheres, há mais
olhos que sono onde lágrimas suspensas virgulam o lapso de
nossas molhadas lembranças.*

(Conceição Evaristo)

RESUMO

Essa pesquisa teve como objetivo geral analisar os efeitos do veto do Ministério da Saúde quanto ao uso do termo Violência Obstétrica, suas repercussões midiáticas, e quais as vozes que ocuparam o cerne da discussão. Para tanto, realizou-se o levantamento de matérias do Jornal Folha de São Paulo, publicadas no período de maio de 2019 a julho de 2019, que tivessem relação com a temática. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com inspirações no Construcionismo Social e com posicionamento epistemológico a partir do Feminismo Interseccional. As matérias selecionadas tiveram como corpus de análise o conceito de incidentes críticos e controvérsias a partir da discussão sobre repertórios linguísticos. Encontramos como resultados que dentro do campo da Violência Obstétrica existe uma disputa entre atrizes e atores e que o incidente crítico do veto quanto ao uso do termo evidenciou posicionamentos antagônicos. Dentre esses posicionamentos encontrou-se uma tentativa de enfraquecimento do discurso de mulheres vítimas de Violência Obstétrica, e o fortalecimento do discurso institucional médico-centrado de que não existe intencionalidade no ato, portanto, não pode ser denominado violento. Também se constatou um movimento de resistência e tensionamento, sobretudo de movimentos sociais, que defendem a continuação do uso do termo. Fica em evidência, nessa atual conjuntura política, a tentativa de desmonte das políticas públicas relacionadas à justiça reprodutiva, o que cria barreiras de acesso sobretudo para mulheres negras e pobres.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Feminismo Interseccional; Justiça Reprodutiva.

ABSTRACT

This research had as general purpose to analyze the effects of the veto of the Ministry of Health regarding the use of the term Obstetric Violence, its media repercussions, and which voices occupied the heart of the discussion. For this purpose, we carried out a survey of articles from the Folha de São Paulo newspaper, published from May 2019 to July 2019, which were related to the theme. This is a qualitative research, inspired by Social Constructionism and with an epistemological position based on Intersectional Feminism. The selected articles had as their corpus of analysis the concept of critical incidents and controversies based on the discussion of linguistic repertoires. We found as results that within the field of Obstetric Violence there is a dispute between actresses and actors and that the critical incident of the veto regarding the use of the term evidenced antagonistic positions. Among these positions, there was an attempt to weaken the discourse of women victims of Obstetric Violence and the strengthening of the medical-centered institutional discourse that there is no intentionality in the act, therefore, it can't be called violent. There was also a resistance and tension movement, especially from social movements, which defend the continuation of the use of the term. It is evident, in this current political context, the attempt to dismantle public policies related to reproductive justice, which creates access barriers, especially for black and poor women.

Keywords: Obstetric Violence; Intersectional Feminism; Reproductive Justice.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Organização das matérias selecionadas por editoria/autoria, título e data.....	110
Quadro 2 - Identificação das/os/es atrizes e atores e respectivas instituições que representam, por matéria	111
Quadro 3 - Identificação dos discursos das atrizes e atores por cada matéria	113
Quadro 4 - Identificação dos discursos das atrizes e atores por cada matéria	116
Quadro 5 - Identificação dos discursos das atrizes e atores por cada matéria	117
Quadro 6 - Identificação dos discursos das atrizes e atores por cada matéria	118
Quadro 7 - Identificação dos discursos das atrizes e atores por cada matéria	119
Quadro 8 - Identificação dos discursos das atrizes e atores por cada matéria	120
Quadro 9 - Identificação dos discursos das atrizes e atores por cada matéria	121
Quadro 10 - Identificação dos discursos das atrizes e atores por cada matéria	122
Quadro 11 - Identificação dos discursos das atrizes e atores por cada matéria	124
Quadro 12 - Identificação dos discursos das atrizes e atores por cada matéria	125

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAV	Centro Acadêmico de Vitória
CGCIVI	Coordenação Geral de Ciclos da Vida
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNDH	Conselho Nacional de Direitos Humanos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
FAFIRE	Faculdade Frassinetti do Recife
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
FREBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
GEMA	Núcleo Feminista de Pesquisas sobre Gênero e Masculinidades
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da mulher
PL	Projeto de Lei
PNH	Política Nacional de Humanização
PPGpsi/UFPE	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco
PSF	Programa Saúde da Família
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SEI/MS	Sistema Eletrônico de Informações no Ministério da Saúde
SIAPARTO	Simpósio Internacional de Assistência ao Parto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCR	Trabalho de Conclusão da Residência
UBS	Unidade Básica de Saúde

UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
USP	Universidade de São Paulo
VO	Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	20
2.1	OBJETIVO GERAL	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3	MARCO REFERENCIAL	21
4	REVISÃO DA LITERATURA	35
4.1	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E INTERSECCIONALIDADE	36
4.2	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS REPERCUSSÕES NOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO	43
4.3	REPERTÓRIOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CAMPO DO LEGISLATIVO BRASILEIRO E DE PAÍSES DA AMÉRICA LATINA.....	49
5	METODOLOGIA	58
5.1	PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA	58
5.2	SOBRE LENTES: Posicionamentos Epistemológicos	63
5.3	COMO “CATADORA PERMANENTE”: Produção de informações	66
5.4	MAPEANDO AS TEIAS DE REFERÊNCIAS: Filtragem das informações encontradas	67
5.5	NAS TRAMAS DAS CONTROVÉRSIAS: Identificando atrizes e atores	68
5.6	OBSERVANDO AS CONTROVÉRSIAS: Sistematização dos discursos envolvidos no incidente crítico	69
5.7	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES À LUZ DOS REPERTÓRIOS LINGUÍSTICOS..	69
5.8	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE.....	71
5.9	QUESTÕES ÉTICAS	72
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	74
6.1	CONJUNTURA POLÍTICA BRASILEIRA E SUA INFLUÊNCIA NO DEBATE SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	74
6.2	IDENTIFICAÇÃO DAS/OS/ES ATRIZES E ATORES E QUE LUGAR REPRESENTAM	81
6.2.1	Governo Federal	81
6.2.2	Conselhos de Medicina e Associações de médicas e médicos	82

6.2.3 Produtoras/es de Conhecimento	83
6.2.4 Mídia	84
6.3 REPERTÓRIOS LINGUÍSTICOS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	84
6.4 CENÁRIOS DE ALIANÇAS E DISPUTAS DAS NARRATIVAS	91
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICE A - Quadro 1 Organização das matérias selecionadas por editoria/autoria, título e data	110
APÊNDICE B - Quadro 2 Identificação das/os/es atrizes e atores e respectivas instituições que representam, por matéria	111
APÊNDICE C - Quadro 3 Identificação dos discursos das atrizes e atores por cada matéria	113
APÊNDICE D - Quadro 4 Identificação dos discursos das atrizes e atores por cada matéria	116
APÊNDICE E - Quadro 5 Identificação dos discursos das atrizes e atores por cada matéria	117
APÊNDICE F - Quadro 6 Identificação dos discursos das atrizes e atores por cada matéria	118
APÊNDICE G - Quadro 7 Identificação dos discursos das atrizes e atores por cada matéria	119
APÊNDICE H - Quadro 8 Identificação dos discursos das atrizes e atores por cada matéria	120
APÊNDICE I – Quadro 9 Identificação dos discursos das atrizes e atores por cada matéria	121
APÊNDICE J – Quadro 10 Identificação dos discursos das atrizes e atores por cada matéria	122
APÊNDICE K – Quadro 11 Identificação dos discursos das atrizes e atores por cada matéria	124
APÊNDICE L – Quadro 12 Identificação dos discursos das atrizes e atores por cada matéria	125
ANEXO A – DESPACHO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	127

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação integra a linha de pesquisa Processos Psicossociais, Poder e Práticas Coletivas, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco (PPG-PSI/UFPE). Teve como objetivo analisar os efeitos do veto do Ministério da Saúde quanto ao uso do termo Violência Obstétrica, suas repercussões midiáticas, e quais as vozes que ocuparam o cerne da discussão.

O campo da assistência ao parto e mais especificamente as experiências de mulheres que parem, vêm me atravessando desde o final da minha graduação em Psicologia, que realizei na Faculdade Frassinetti do Recife (FAFIRE), onde pude construir alguns trabalhos voltados para conhecer melhor essas discussões. O ano era 2014, e os debates e produções científicas sobre Violência Obstétrica (VO), especificamente, estavam começando a ser evidenciados na literatura brasileira.

Recordo-me da dificuldade em encontrar textos que pudessem subsidiar minha produção acadêmica, ainda mais quando me propus a pensar como a Psicologia discutia essa temática. Isso despertou em mim ainda mais o interesse em querer conhecer e debater mais sobre as vivências de mulheres que passam pela experiência de parir.

Somado a esse interesse, em 2015 vivi a experiência de gestar e pude mergulhar ainda mais nesse campo da assistência humanizada à gestação, parto e puerpério. O desejo de viver um parto humanizado, me fez procurar uma assistência de profissionais que pudessem respeitar o meu corpo, o meu tempo de parir e o tempo do meu filho de nascer, baseando-se em evidências científicas e práticas atualizadas. E assim o foi, realizei meu pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pari em casa com uma equipe de enfermeiras obstetras e doula que se voluntariaram para prestar assistência ao meu parto.

Poder ter vivido uma experiência de parto respeitosa, só confirmou o desejo de querer estudar mais sobre a temática e poder atuar como profissional cuidando de gestantes, parturientes e puérperas, acompanhando seus processos de empoderamento sobre seus corpos, seus partos e suas formas de maternar. Sendo assim, em 2017 fiz a formação como doula e passei a facilitar Rodas de Gestantes e casais grávidos, bem como acompanhar essas famílias no cenário de parto e pós-parto imediato, tanto como doula voluntária do SUS, como também com o serviço particular em hospitais privados.

Em 2018, ingressei na Residência Multiprofissional de Interiorização da Atenção à Saúde no Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão (CAV/UFPE) e pude atuar no Programa Saúde da Família (PSF), integrada ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica¹ (NASF-AB). Direcionei minha atuação principalmente ao trabalho com gestantes, através das rodas de conversa realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e participando do projeto de extensão Ciranda Materna que também realizava rodas de gestantes em algumas UBSs da cidade e orientações sobre Plano de Parto².

A partir dessa atuação no projeto de extensão desenvolvido por professoras do curso de enfermagem do CAV/UFPE, decidi que meu Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) se construiria nesse campo. Sendo assim, realizei minha pesquisa entrevistando mulheres que participaram dos encontros promovidos pelo projeto, que tivessem parido no SUS e utilizado a ferramenta de Plano de Parto.

A partir de todas essas experiências que pude vivenciar ao longo da minha formação, decidi que no Mestrado permaneceria nesse campo e que me aprofundaria no estudo sobre a Violência Obstétrica. Ingressei em 2020 no programa e a Pandemia do Covid-19 nos desafiou a repensarmos como seria viável e seguro conduzir este estudo. Desta forma, precisei rever minha proposta inicial de pesquisa e readaptá-la a nova realidade que vivíamos e ainda estamos vivendo, mesmo que de forma mais branda.

Sendo assim, me lancei a estudar as repercussões que o despacho SEI/MS – 9087621 de 03 de maio de 2019 do Ministério da Saúde, sobre o não uso do termo Violência Obstétrica, teve nas mídias e as vozes que se posicionaram contra ou a favor do documento. Pensando a importância que essas atrizes e atores assumem no campo do debate e da disputa quanto ao tema aqui abordado.

As diferentes relações de poder sobre o corpo da mulher nos mais diversos cenários e, sobretudo no campo da discussão sobre a VO se configuram como um lugar de disputas. Disputas pelo saber científico, quanto ao lugar que as evidências científicas ocupam, questionamento quanto ao saber médico, que ainda é médico-

¹ O NASF-AB foi extinto em 2019, a partir da Portaria Previne Brasil, nº 2.979 de 12 de novembro de 2019.

² Plano de Parto é um documento em que a gestante descreve o que deseja ou não de intervenções no momento do seu trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Esse documento é construído a partir do compartilhamento de informações seguras, baseadas em evidências científicas. Funciona como uma ferramenta para combater a Violência Obstétrica (PORTELA et al., 2020).

centrado e, por vezes, inquestionável, disputas sobre a retomada ou não do protagonismo feminino nos cenários de assistência em todo ciclo gravídico-puerperal.

Ao olharmos para o cenário de gestar e parir ao longo da história, é possível perceber que a assistência ao parto e nascimento sofreu diversas modificações, passando de um evento essencialmente familiar, conduzido por parteiras da comunidade, não medicalizado, natural, para um acontecimento médico, hospitalar, medicalizado, que necessita da intervenção direta dos profissionais que tomam para si a responsabilidade de intervir no processo de parir (PORTELA et al., 2020). O corpo feminino passou a ser olhado a partir de muitos crivos e o que era enxergado como algo natural, como menstruar, gestar, parir, amamentar, passou a ser encarado como um campo necessário de intervenções, sobretudo médicas e masculinas, como um campo de poder (PORTELA et al., 2020).

A relação médico/paciente, em geral, é permeada pela desigualdade do poder e, quando temos o recorte do gênero, essa desigualdade é marcada pela violência de gênero, em que mulheres são anuladas como pessoas que têm direitos e que podem decidir sobre seu corpo e sua forma de parir (AGUIAR et al., 2013). No âmbito das práticas de saúde, a relação hierárquica que se estabelece entre profissionais de saúde e pacientes acontece a partir da autoridade técnica-científica que pode ser entendida como a fonte do poder médico sustentada em dois pilares: a legitimidade científica do conhecimento e a dependência dos indivíduos quanto a esses conhecimentos (AGUIAR et al., 2013).

Quando pensamos em poder e violência, tendemos a relacioná-los de forma que a violência se daria a partir da ação extrema do poder e, no caso da Violência Obstétrica, o uso do poder a partir da relação desigual entre profissionais e as mulheres pacientes. No entanto, Aguiar et al (2013) fazendo referência ao conceito de violência trabalhado por Hannah Arendt, aborda que a violência se constitui a partir da ausência do poder, a partir de uma relação hierárquica não legitimada sendo, portanto, utilizado o mecanismo da força física, sexual e/ou psicológica como recursos de violação de direitos e imposição arbitrária do poder.

Outro campo importante de disputa é o das políticas públicas, esse campo tem o atravessamento de conjunturas políticas e ideológicas que podem fortalecer ou retroceder o debate sobre direitos e garantia de acesso a ações e serviços, a depender de que visão ideológica se carrega e constrói. E esse fortalecimento ou não das políticas públicas direcionadas aos direitos sexuais e reprodutivos acaba por atingir

diretamente e reforçar a exclusão e não acesso de mulheres a um serviço de qualidade.

Sendo assim, parto da perspectiva do Feminismo Interseccional para olhar para esse campo de disputas que envolve o debate sobre a Violência Obstétrica, uma vez que os atravessamentos de gênero, raça e classe estão interrelacionados e não agem de forma independente (NOUGUEIRA, 2017). À luz dessa teoria, nos opomos a qualquer tentativa de essencialização de categorias sociais e também ao movimento de equiparar todas/os as/os membras/os de um grupo social supondo que possuem as mesmas experiências (idem, 2017).

Cabe ressaltar, que reconheço e considero legítimo a violência contra corpos de homens trans³ e/ou de pessoas não binárias que tenham útero e que vivenciam a negligência, despreparo e desrespeito na assistência em todo o ciclo gravídico-puerperal. No entanto, nesta pesquisa parto da escolha em nomear e direcionar as discussões a partir da perspectiva de mulheres cisgêneras, integrando-as ao debate interseccional.

Enfatizamos nesta dissertação os discursos institucionais e posicionamentos de pessoas diante das mídias jornalísticas, que estão envolvidas no debate sobre a VO e que representam instituições. Compreendemos que esse discurso e campo de disputas construído acaba por afetar diretamente a forma como mulheres recebem essas informações e formam suas opiniões acerca da temática, mas principalmente suas experiências como gestantes, parturiente e puérperas.

A partir desta compreensão, elegemos como pergunta de pesquisa: Quais os Repertórios Linguísticos sobre violência obstétrica trazidos pelas atrizes e atores envolvidas/os/es na discussão sobre o veto do uso do termo Violência Obstétrica pelo Ministério da Saúde?

Entendemos que ao responder essa pergunta poderemos identificar como o debate sobre o uso ou não do termo Violência Obstétrica pode potencializar ou enfraquecer estratégias de garantia de uma assistência de qualidade, respeitosa e que traga a mulher como protagonista do seu processo de gestar, parir, maternar ou

³Importante mencionar duas pesquisas que abordaram a temática sobre Homens Trans e Transpaternidades, são eles:

BRANDÃO, Daniel Coelho Silva. **“Nada sobre a gente sem a gente”**: narrativas de pessoas trans* sobre suas experiências na formação em Psicologia. Dissertação [Mestrado]. Recife: UFPE, 2021.
BARROS, Laís Hellena Araújo de Paiva. **Transpaternidades em Existência: repertórios e aproximações sobre a experiência de gestação e cuidado por um homem trans pai**. Dissertação [Mestrado]. Recife: UFPE, 2022.

abortar de forma segura. Além disso, a relevância e justificativa desta pesquisa relaciona-se à importância política e científica que demarca o tema da justiça reprodutiva no Brasil, uma vez que ainda se tem em curso uma disputa em vários setores da sociedade sobre essa temática.

O texto desta dissertação está organizado em duas partes principais e em seis capítulos. A primeira parte compõe a construção teórica desta pesquisa, com os dois primeiros capítulos, e a segunda parte compõe a construção prática desta dissertação, onde abordo os apontamentos metodológicos, resultados, discussão e considerações finais.

O primeiro capítulo deste texto diz respeito ao Marco Referencial sobre Direitos Reprodutivos e Justiça Reprodutiva, faço apontamentos históricos sobre esses dois conceitos, seus atravessamentos, contrapontos e como o debate sobre a Violência Obstétrica se insere nesses cenários. O segundo capítulo corresponde à Revisão da Literatura, onde abordo sobre Violência Obstétrica e Interseccionalidade, as repercussões da VO nos meios de comunicação e por fim, como a legislação brasileira e de países da América Latina debatem a VO.

O terceiro capítulo diz respeito à construção metodológica desta pesquisa, ele é composto por uma apresentação da perspectiva Teórico-metodológica que direciona toda a metodologia deste trabalho. Em seguida, aponto o posicionamento epistemológico com o qual dialogamos. Logo após explicitamos o processo de levantamentos dos dados, seleção dos mesmos, trazemos apontamentos teóricos sobre a análise das informações encontradas, os procedimentos e análise e questões éticas envolvidas

No capítulo quatro apresentamos os resultados e a discussão dos mesmos, em que apontamos as categorias de análise que surgiram a partir do debruçamento sobre o material coletado e apresentamos a análise crítica desses resultados, articulando-os com os achados teóricos. Por fim, o cinco corresponde às considerações finais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Observar o incidente crítico do Despacho Ministerial sobre o veto do uso do termo Violência Obstétrica disparado pelo Ministério da Saúde, em maio de 2019, e analisar os efeitos discursivos a partir de sua repercussão nos jornais de abrangência nacional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever e analisar o incidente crítico do veto do Ministério da Saúde quanto ao uso do termo Violência Obstétrica;
- Identificar o posicionamento, neste contexto, das atrizes e atores;
- Analisar os repertórios linguísticos trazidos por estas vozes;
- Descrever quais as controvérsias surgidas em relação à discussão;
- Analisar os efeitos do veto do Ministério da Saúde em relação ao uso do termo Violência Obstétrica no campo do debate e de atuação sobre a Violência Obstétrica.

3 MARCO REFERENCIAL

Este capítulo apresenta algumas considerações sobre as temáticas de Direitos Reprodutivos e Justiça Reprodutiva, apontando seus atravessamentos, conexões e principais diferenças ideológicas e políticas. Aqui pretendo tecer os principais marcos da construção teórica destes temas, trazendo o feminismo interseccional como pano de fundo, uma vez que os fenômenos que compõem as tramas da saúde reprodutiva perpassam por marcadores de gênero, raça, classe e tantos outros possíveis.

Importante salientar que o campo temático desta dissertação, a Violência Obstétrica, está totalmente imerso nas temáticas de Direitos Reprodutivos e de Justiça Reprodutiva, que também são solos de disputas, tensões e mudanças acontecidas no decorrer do tempo. Portanto, pretendo enfatizar esses contextos, relacionando-os ao campo da saúde e sem a pretensão de esgota-los, mas abrindo possibilidades para viabilizar ainda mais suas discussões.

Olhando para a história da luta pelos Direitos Reprodutivos, é fato que sua conceituação pode ser pensada a partir de várias abordagens teóricas e políticas. No entanto, é consenso que não podemos desatrela-la da luta feminista. É a partir do Feminismo que se apresentam os questionamentos e ideias no campo teórico e prático do conceito de Direitos Reprodutivos, como afirma Maria Betânia Ávila (2003).

O campo dos Direitos Reprodutivos também se relaciona diretamente ao campo dos Direitos Sexuais, tendo o movimento de mulheres, o movimento gay, o movimento lésbico e o transfeminismo, participação direta na construção teórica e prática desses conceitos, como afirma Samantha Buglione (2002). Sendo assim, concordo com Ávila (2003), quando afirma que é preciso tratar as dimensões da vida reprodutiva e da vida sexual como separadas, no sentido de assegurar a autonomia dessas duas esferas da vida e assim, trata-las como dimensões da cidadania e, consequentemente da democracia.

Angela Davis (2016), evidencia em que o desejo das mulheres em terem o controle sobre o seu sistema reprodutivo é tão antigo quanto a própria história da humanidade. Ela afirma que em 1844 já existiam evidências documentais de receitas de alimentos, produtos em geral, medicamentos e fórmulas para prevenção da gravidez que eram divulgadas entre as mulheres da época. No entanto, os direitos reprodutivos só surgiram como uma reivindicação legítima a partir da organização do movimento político da luta de mulheres.

O controle populacional sempre esteve nas mãos do Estado, vinculado à ordem pública e diretamente relacionado à intenção política e econômica que o contexto exigia. Buglione (2002), aponta como exemplo, as leis a favor do aborto sancionadas na Rússia logo após a revolução bolchevique, contudo, ano depois essas leis foram mudadas e passou-se a realizar campanhas de elogios à maternidade, com a intenção de aumento do número de nascidos.

Outro exemplo trazido pela autora, que reafirma o controle do Estado sobre processos reprodutivos, foi o de Hitler durante a II Guerra Mundial, que também assumiu uma postura de incentivo ao exercício da maternidade como forma de incentivar o aumento populacional, inclusive premiando mulheres que tivessem mais filhos (BUGLIONE, 2002). Esses exemplos, dentre tantos outros que podem ser citados, evidenciam o controle explícito ou implícito do Estado sob processos que causam impactos demográficos importantes, distanciando as questões reprodutivas a quem lhes são de direito: as mulheres e seus corpos (idem, 2001).

Como sinaliza Buglione (2002), o controle da reprodução e sexualidade das mulheres ao longo dos séculos, esteve aparelhada às leis criminais e estas eram o principal instrumento utilizado pelos governos para controle da natalidade, somado a isso, existiam os parâmetros morais e religiosos que também serviam de base. Tornava-se mais que urgente a transformação do paradigma de punição para a perspectiva do direito e proteção das mulheres no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos.

De acordo com Davis (2016), foi no século XIX a partir da organização do movimento feminista da época, que se passou a reivindicar pelo direito à maternidade voluntária, nasceu assim a campanha pelo controle da natalidade. Para a sociedade da época, ainda segundo a autora, essa pauta foi considerada um confronto direto ao sistema de casamentos, uma vez que coloca mulheres na posição de terem direito a decidir quando ter relações com seus maridos ou não.

Concordo com Davis (2016) quando a mesma afirma que o controle da natalidade, envolvendo processos de escolha da mulher, métodos contraceptivos e abortos seguros, é peça chave para a emancipação das mulheres. E é a partir da luta organizada que conseguimos tratar dos processos reprodutivos como direitos de fato e não como estratégia política de controle populacional.

Olhando para a história da construção desse debate no Brasil, Juliana Keila Jeremias da Silva (2020), aponta que no período da ditadura militar, a participação

das mulheres brasileiras na luta contra esse regime construía-se em paralelo às lutas por seus direitos civis, bem como as pautas que envolviam os direitos sexuais e reprodutivos que também foram sendo incorporadas às reivindicações. Desta forma, os movimentos sociais de mulheres foram os pioneiros no Brasil a adotarem de forma ampla os termos Direitos Sexuais e Reprodutivos, realizando a discussão dessas pautas e priorizando-as em suas agendas (SILVA, 2020).

Até o final da década de 1970, mais especificamente antes de termos a consolidação do Sistema Único de Saúde, as políticas de saúde eram pensadas de forma bastante verticalizada e muito mais na intenção de ações estratégicas do que de efetivação de uma política de fato. Sendo assim, eram desenvolvidas ações verticalizadas reduzindo às questões das mulheres apenas aos processos reprodutivos, a partir de ações de combate à mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2013).

Nos anos de 1980, os movimentos de mulheres brasileiras reivindicavam um programa de saúde que pudesse contemplar suas necessidades para além das dimensões de concepção e contracepção, mas uma política que fosse integral (VIOTTI, 2006). É importante enfatizar que a luta pelos Direitos Sexuais e Reprodutivos, caminham de forma muito alinhada com a luta pela redemocratização do país (ÁVILA, 2003).

Silva (2020), destaca que os primeiros temas que pautaram a agenda de discussão sobre os Direitos Reprodutivos, foram a contracepção e o aborto, trazendo como cerne a autonomia das mulheres sobre suas opções reprodutivas e sexuais. Nesse período de retomada da democracia, também acontecem as primeiras experiências de elaboração de políticas públicas na perspectiva de gênero. Lançado em 1983, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), propunha-se a oferecer assistência às mulheres durante seu ciclo vital, abrangendo todos os aspectos da saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013).

Os movimentos feministas brasileiros e sua importante articulação com os entes federados, tornou-se elemento essencial na formulação de políticas públicas no Brasil, inclusive na incorporação da perspectiva de gênero de forma transversal nas políticas sociais. Em paralelo às formulações de políticas voltadas para as questões de gênero, Silva (2020) destaca que houve o crescimento da presença de mulheres no Legislativo brasileiro e em cargos do Executivo, o que é considerado pelo

movimento feminista como um passo importante de visibilidade na construção dos Direitos Reprodutivos.

Ávila (2003), aponta que até a metade da década de 1980, as demandas das mulheres no âmbito da saúde eram expressas pelo conceito de “Saúde Integral da Mulher”. Sendo assim o campo “Saúde da mulher” surge como uma estratégia para divulgação, no debate público, do lema feminista da época: “Nosso corpo nos pertence”, tendo o campo da saúde como um lugar de grande importância no fortalecimento do debate sobre os Direitos Reprodutivos (SILVA, 2020).

A ideia contida no lema trazido acima, se ancora na compreensão de que os corpos são o lugar primeiro de existência humana e que as experiências, sejam elas individuais e/ou coletivas, ganham sentido a partir deles (SILVA, 2020). Logo, a ideia central na luta das mulheres naquele momento, era a de pensar nos corpos em suas dimensões sociais e políticas, para além da sua dimensão e função biológica (ÁVILA, 2003).

Compreendendo que esse entendimento é importantíssimo na concepção de cidadania das mulheres, Silva (2020) nos aponta que é a partir da perspectiva feminista que passamos a desconstruir o lugar do corpo como destino biológico e heretonomia a ele colocado, de modo que as mulheres possam apropriar-se de seus corpos. Foi a partir da construção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos que pudemos ampliar esse debate em muitas esferas da sociedade.

Pensando na ideia da construção desses conceitos, Ávila (2003) nos aponta que, aconteceu uma mudança importante de paradigma a partir da mudança da terminologia “Saúde da Mulher” para o uso do conceito de Direitos Reprodutivos entendendo que esse seja o conceito mais adequado diante da amplitude das questões que envolvem o debate. Essa mudança acontece a partir de 1984, quando um grupo de feministas retorna do I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, onde elas foram apresentadas ao conceito de Direitos Reprodutivos criados pelas feministas norte-americanas (LYRA, 2008; SILVA, 2020).

Alguns importantes marcos precisam ser considerados para melhor compreendermos as dimensões teóricas e políticas em relação ao debate sobre esse conceito (SILVA, 2020). O primeiro que aponto como destaque é a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), que aconteceu em 1994, na cidade de Cairo, no Egito e o segundo marco é a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em 1995, na cidade de Beijing, em Pequim (BRASIL, 2013).

A CIPD, foi a maior conferência de porte internacional sobre temas populacionais já realizada, contou com cerca de 11 mil participantes, dentre elas e eles, movimentos sociais, representantes de governos, representantes da ONU e setores da imprensa. É considerada um marco na evolução dos direitos das mulheres, principalmente no que se relaciona à capacidade de tomar decisões sobre sua própria vida (BRASIL, 2013).

Tania Patriota (2004), destaca que foi a partir desta conferência que os programas e políticas voltadas para a população deixaram de centrar-se no controle demográfico como meio de melhoria da situação econômica e social dos países, e passaram a reconhecer que a saúde reprodutiva é um direito humano, sendo fundamental para a garantia da igualdade de gênero. Para além dessa importante mudança de paradigma, nesta conferência chegou-se a um consenso sobre três metas que fossem alcançadas até 2015, que seria a redução da mortalidade materna e infantil, ampliação do acesso à educação especialmente para as meninas e o acesso universal a serviços de saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar (BRASIL, 2013).

Maria Luiz Viotti (2006), discorre que a IV Conferência Mundial sobre a Mulher trouxe como pano de fundo a reafirmação das metas estabelecidas em Cairo e as discussões do reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como Direitos Humanos. Intitulada “Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz”, esta conferência partiu de uma avaliação dos avanços e entraves desde as conferências anteriores e fez uma análise de quais poderiam ser os obstáculos a serem superados com o objetivo de garantir plenos direitos às mulheres (BRASIL, 2013).

Viotti (2006), destaca que o Brasil teve participação ativa e importante nessas duas conferências. A participação brasileira favoreceu os debates e ampliação do diálogo entre a sociedade civil e representantes dos entes federados, União, Estados e Municípios, especialmente parlamentares e representantes de conselhos nacionais, estaduais e municipais sobre as mulheres.

Blugione (2002), nos aponta que tivemos avanços importantes no Brasil em relação aos Direitos Reprodutivos, principalmente se tratando dos serviços públicos de saúde que passaram a ser oferecidos. A autora atribui isso às consequências positivas das Conferências de Cairo e Pequim, somadas com a retomada da democracia a partir da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS. Todas essas

conquistas são reflexo da mobilização social e da luta do movimento feminista no Brasil e no mundo (SILVA, 2020).

No entanto, mesmo diante dos compromissos e metas políticas assumidas pelos governos que integraram as conferências em Cairo e Pequim, ainda enfrentamos os desafios de vê-las sendo transformadas em deveres legais que de fato respeitem os Direitos Reprodutivos (SILVA, 2020). Quando olhamos para a realidade brasileira, nos deparamos com o fato de que as leis referentes aos âmbitos do direito reprodutivo e do direito sexual ainda são limitadas e não são empregadas de forma a proteger e promover saúde de mulheres, especialmente quando olhamos, por exemplo, do aborto (idem, 2020).

De acordo com Ávila (2003), os Direitos Reprodutivos fazem parte, juntamente com os Direitos Sexuais, do bojo dos Direitos Humanos, sendo reconhecidos como valores democráticos e presentes na agenda política nos contextos nacionais e internacionais. Silva (2020), faz referência aos Direitos Humanos como um processo dinâmico e em constante negociação entre indivíduos, grupos e Estado, visando a cidadania.

Sônia Corrêa e outras autoras (2015), afirmam que diante da lógica dos Direitos Reprodutivos, toda pessoa tem a liberdade para escolher quando, como e quantos filhos deseja ter, incluindo a possibilidade de não ter filhos. Ávila (2003) também traz uma perspectiva semelhante, quando afirma que na perspectiva feminista, os Direitos Reprodutivos preconizam liberdade e igualdade na esfera reprodutiva.

Para além das escolhas individuais, Silva (2020) descreve que os Direitos Reprodutivos também estão relacionados com a vida pública. Uma vez que também precisam ser consideradas as relações que as mulheres estabelecem com seus filhos, parceiros/as sexuais, com a comunidade e sociedade como um todo, pois as decisões sobre a vida reprodutiva envolvem todos esses âmbitos.

Considera-se que os Direitos Reprodutivos restringem qualquer tipo de controle e imposição referente à natalidade e ao uso de métodos contraceptivos (SILVA, 2020). Desta forma, respeitar os Direitos Reprodutivos, seja no âmbito individual ou público, implica dizer que nenhuma pessoa deva ser obrigada a engravidar, a usar métodos anticoncepcionais, ser submetida a esterilização forçada e sem consentimento expresso, a não abortar ou a realizar um aborto forçado (CORRÊA et al., 2015).

Concordo com Silva (2020), quando a mesma aponta que essa dimensão dos direitos também se refere a possibilidade de poder tomar decisões com base em

informações seguras sobre a fecundidade, gravidez, parto, amamentação, maternidade, saúde ginecológica e atividade sexual. Sendo assim, penso que a garantia do acesso a essas informações precisa acontecer de maneira que mulheres consigam decidir de forma segura e orientada.

Pensando nessa perspectiva, quero lançar uma indagação e problematizá-la à luz de referências feministas: a possibilidade de tomar decisões livremente sobre questões no âmbito dos Direitos Reprodutivos está disponível para todas as mulheres de forma equitativa? Para pensar sobre essa questão penso ser importante olharmos para alguns aspectos que marcam a história das lutas de mulheres e como marcadores de gênero, raça/etnia, classe, orientação sexual e identidade de gênero, idade/geração e tantos outros acabam se interligando.

Concordo com Emanuelle Góes (2018), quando afirma que a interação entre a opressão do racismo, da classe social e do sexismo irá produzir em mulheres negras outros efeitos nas suas condições de saúde e nas suas vidas. Pensando assim, teóricas negras constroem o conceito de interseccionalidade dentro do feminismo negro com a intenção de lançar mão para problematizar como outras formas de opressão, para além do gênero, atingem mulheres (idem, 2018).

Sueli Carneiro (2000), nos aponta que o feminismo negro se apresenta como a integração de um olhar feminista e antirracista, que integra em si tanto a tradição de luta pelos direitos das mulheres, quanto representa uma nova identidade política, que vem a partir da condição específica do ser mulher negra. Diante da ausência da problematização tanto no movimento feminista, quanto no movimento negro, acerca das opressões que mulheres negras sofrem, foram introduzidos, pelas feministas negras, novos desafios epistemológicos e políticos, explicitando as diferenciações nas formas de subordinação aos quais mulheres são submetidas (GÓES, 2018).

Kimberle Crenshaw (2002), nos apresenta o conceito de interseccionalidade como a interligação de sistemas de subordinação, podendo ser descritas de diversas maneiras, como discriminação composta, dupla ou tripla discriminação e que esse processo evidencia um problema. Karla Akotirene (2019), também apresenta uma definição sobre interseccionalidade, relacionando-a com a discussão sobre os Direitos Reprodutivos, apontando essa abordagem como prática ancestral, que se articula com categorias de gênero, raça e classe e que aponta para a descolonização dos discursos sobre saúde reprodutiva e direitos reprodutivos.

Carneiro (2000), enfatiza que as mulheres negras experienciam o fenômeno da dupla discriminação, ou seja, são submetidas a mais de uma forma de discriminação social, em decorrência da sobreposição das estruturas sociais do racismo e do patriarcado. Góes (2018, p. 28), descreve bem como essa sobreposição de opressões acontece

Nos lugares onde as mulheres brancas estão “cegas” pela “raça” e talvez pelo privilégio da classe e os homens negros estão limitados pela máscara de sua masculinidade e do machismo, as mulheres negras permanecem invisíveis, em uma posição radicalmente marginalizada.

Patrícia Hill Collins (2015), a partir da chamada “matriz de dominação”, nos traz a compreensão de como o racismo se relaciona com a heterossexualidade, com o colonialismo e com o classismo. A autora aponta que essa matriz abrange quatro características: os elementos estruturais, como as políticas e leis institucionais; aspectos disciplinares, tais como hierarquias burocráticas; ideias ou ideologias; e os aspectos interpessoais, que diz respeito às práticas da vida cotidiana.

Para Crenshaw (2002), a interseccionalidade pode ser apresentada a partir de duas perspectivas: a estrutural, em que é possível analisarmos a realidade de mulheres negras a partir das desigualdades de gênero, acesso a bens e serviços, como saúde e educação, comparadas às mulheres brancas e homens negros; a outra dimensão seria a política, que evidencia o quanto as pautas das mulheres negras são marginalizadas nas políticas públicas sejam quais forem o seu enfoque, racial ou de gênero.

Góes (2018), ressalta que existe um entrelaçamento de várias estruturas de opressão e desigualdades nas trajetórias das mulheres negras, no entanto, raça e gênero são os principais fatores que consolidam às diferenças de classe. Desta maneira, a construção das políticas públicas precisa ter como base estas intersecções. Concordo com a autora, quando ressalta que todas essas opressões vão se apresentar ao mesmo tempo no corpo dessas mulheres, se interrelacionando e determinando suas condições de vida, acesso a emprego e renda, à educação de qualidade, aos serviços de saúde, configurando uma situação mais desfavorável para as mulheres negras.

Quando pensamos a Saúde Reprodutiva no seu sentido amplo, vemos que ela envolve a capacidade de desfrutar de uma vida sexual sem riscos, satisfatória,

baseada na liberdade para as pessoas decidirem se querem ou não ter filhos e em que momento da vida gostariam de tê-los. De acordo com o Fundo de População das Nações Unidas, “a saúde reprodutiva é o estado de bem-estar físico, mental e social em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, às suas funções e aos seus processos” (UNFPA, 2008, p. 22).

No entanto, concordo com Góes (2018) quando aponta que essa não é a realidade em diversos países do mundo, em que mulheres têm seus direitos violados nas suas mais diversas dimensões. Essas violações perpassam desde a falta de acesso a informações seguras, falta de assistência adequada, passando pelo insucesso da aplicação dos seus direitos, até a vivência da violência de fato, por conta do sexismo, do racismo, da classe social e outras tantas formas de opressões que podem ser acumuladas (idem, 2018).

Raça e racismo foram questões centrais para as práticas eugênicas, uma vez que era pela via das uniões sexuais que se mantinham ou não as fronteiras entre as raças. Quanto ao gênero, a discussão também era importante uma vez que era pela reprodução que acontecia a transformação hereditárias das gerações futuras, cabendo às mulheres o papel social reprodutivo (GÓES, 2018).

Considero que a eugenia foi um movimento extremamente conservador, sexista e racista, uma vez que visava o controle da sexualidade, atribuindo para as mulheres, de forma naturalizada, o papel reprodutivo e maternal. Porém, ainda assim, essa definição de papel não estava para todas as mulheres de maneira igual. Góes (2018), descreve o caráter racista da eugenia, quando aponta como a mulher branca era vista como alguém a que eram valorizadas e incentivadas suas capacidades de reproduzir, ao passo que para a mulher negra lhe era tirada sua capacidade reprodutiva por meio da esterilização involuntária.

As mulheres são alvo direto para o controle dos corpos em seus mais diversos âmbitos e se tratando das mulheres negras, o movimento eugenista tinha como recurso para o controle da população que estava sendo formada, a esterilização involuntária, visando definir uma identidade racial (GÓES, 2018). Jurema Werneck (2005), nos descreve que desde o século XX, os movimentos eugenistas passaram a utilizar de técnicas médicas para a eliminação e controle dos indesejáveis, dos que consideravam degenerados e inferiores.

A prática da esterilização cirúrgica é um método contraceptivo definitivo, podendo ser realizado em homens e mulheres. Para fins eugenistas foi utilizado como

instrumento eficaz e, em muitos casos, com amparo legal. Werneck (2005), relata que nos Estados Unidos foi considerada lei e posta em prática durante o século XX, para fins de controle da natalidade e visavam principalmente as pessoas com algum tipo de transtorno mental, pessoas em condições de pobreza, desempregadas, analfabetas, criminosas, traficantes e prostitutas.

No Brasil, mesmo não legalizada, a esterilização forçada juntamente com a esterilização em massa aconteceu com a finalidade de diminuir o contingente populacional de negros e pobres do país (GÓES, 2018). Para além do procedimento cirúrgico como forma de controle da natalidade e prática eugenista, Werneck (2005) nos aponta que na década de 1960, uma nova prática passou a ser disposta, que seria a interferência nos ciclos hormonais, o que interferia na fecundidade de forma compulsória das mulheres negras e indígenas.

Alguns estudos apontam que, na década de 1990, 69,2% das mulheres brasileiras utilizavam algum método anticoncepcional e deste total, 43,9% já estavam esterilizadas, sendo o Nordeste a região do Brasil em que mais se concentravam mulheres que faziam uso de algum método contraceptivo (GÓES, 2018).

Como já trazido no início deste texto, o movimento de mulheres norte-americanas que reivindicaram o direito ao controle da natalidade, por meio de métodos contraceptivos seguros, foi e é de extrema importância para a luta em defesa dos Direitos Reprodutivos. No entanto, concordo com Davis (2016), quando afirma que o movimento de mulheres pelo controle da natalidade não incluiu em sua agenda as demandas das mulheres negras e da classe trabalhadora, além disso alguns argumentos em defesa do controle da natalidade tinham premissas racistas.

No início da década de 1970, nos Estados Unidos, tivemos a vitória do movimento feminista com a conquista da legalização do aborto, no entanto, Davis (2016) enfatiza que as campanhas pelo direito ao aborto, mais uma vez não incluíam um número significativo de mulheres racializadas. Quando essas questões eram levantadas dentro do movimento, utilizava-se a justificativa que a ausência de mulheres negras se dava pela sobrecarga destas na sua luta contra o racismo e/ou pela sua não conscientização da pauta sexista (DAVIS, 2016).

Neste sentido, Davis (2016, p. 206) nos descreve que

quando as mulheres negras e latinas recorriam ao aborto em tão grande número, as histórias que contavam não eram sobre o seu desejo de se verem livre das suas gravidezes, mas antes sobre as miseráveis condições que as dissuadiam de trazer novas vidas ao mundo.

Uma crítica importante ao movimento de mulheres da época, é a falta de autocrítica em compreender de maneira profunda que pautar o controle da natalidade de forma generalizada e chegar até a defender a esterilização compulsória se trata de uma postura racista, que reforça práticas eugenistas. Desta forma, na década de 1970, em resposta às novas iniciativas de controle populacional nos EUA, no Brasil e em outras partes do mundo, inicia-se o movimento de mulheres negras, como forma de denúncia e combate ao genocídio da população negra e retirada da liberdade reprodutiva das mulheres (GÓES, 2018).

O movimento de mulheres negras no Brasil, neste período, passou a denunciar o processo de esterilização forçada que estava acontecendo no país. Juntamente com pesquisadoras e parlamentares, foi possível instaurar no Congresso Nacional, em 1991, uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI)⁴ que analisou casos de denúncia de mulheres que foram submetidas ao procedimento de ligação tubária de forma não consentida e não informada (GÓES, 2018). Como resultado desta CPMI, tivemos em 1996 a aprovação da Lei do Planejamento Familiar (Lei 9.263/96) que regulamenta o acesso à esterilização feminina.

Diante deste cenário, a partir da década de 1990, o movimento de mulheres negras e o movimento negro passaram a construir uma agenda importante e incisiva nas políticas de saúde, pautando principalmente o processo de saúde reprodutiva de mulheres negras (GÓES, 2018). Esse primeiro passo culminou em ações concretas, como a inserção do quesito raça/cor no Sistema de Informação de Nascidos Vivos e de Mortalidade e a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Todo esse contexto contribuiu para que o movimento de mulheres negras passasse a utilizar o termo Justiça Reprodutiva, ampliando a discussão sobre os Direitos Reprodutivos e inserindo o debate interseccional para a compreensão dos fenômenos que envolvem as questões reprodutivas de mulheres. Podemos considerar que o marco para a utilização do termo, aconteceu em 1994 na CIPD de Cairo, em que mulheres negras estadunidenses pautaram a justiça social como elemento essencial para garantir o acesso de mulheres a uma saúde reprodutiva digna e de qualidade (PORTAL CATARINAS et al., 2022).

⁴ Na Revisão da Literatura, faço o resgate e descrição desta CPMI que aconteceu em 1991.

Como preparação para esta Conferência, no Brasil, aconteceu o Seminário Nacional Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras, em agosto de 1993, que resultou na construção coletiva documento intitulado “Declaração de Itapecerica da Serra”, em que declaram que a liberdade reprodutiva para as etnias que sofrem discriminação é fundamental (GÓES, 2018). Também convocam o Estado brasileiro a consolidar a garantia dos Direitos Reprodutivos de forma que assegurem as condições necessárias para que mulheres negras consigam exercer a sua sexualidade e seus direitos reprodutivos controlando sua própria fecundidade de forma segura e orientada, decidindo por conta própria se querem ou não ter filhos (idem, 2018).

O conceito de Justiça Reprodutiva nos oportuniza críticas pertinentes sobre como os Direitos Reprodutivos estavam sendo pensados e direcionados numa lógica branca e liberal. Partindo desse entendimento, o referido conceito nos fornece um ambiente teórico e político para desenvolvermos ideias, aspirações e estratégias que englobem questões relacionada à justiça social e aos direitos humanos.

O destaque interseccional que a Justiça Reprodutiva nos aponta, nos permite olhar as iniquidades no âmbito da saúde sexual e reprodutiva de forma ampla e aliada aos Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais, à cidadania e democracia (ONG CRIOLA, 2021). A vinculação do conceito de Direitos Reprodutivos ao paradigma da liberdade individual, acaba invisibilizando o racismo estrutural existente que impõe obstáculos por vezes intransponíveis para o direito de escolhas e de acesso de grupos populacionais, como as mulheres negras, de zonas rurais, indígenas, mulheres encarceradas, em situação de rua, entre outros (PORTAL CATARINAS et al., 2022).

Elaine Brandão e Cristiane Cabral (2021), em seu estudo sobre planejamento reprodutivo na juventude pelo SUS, nos aponta a problemática do acesso à métodos contraceptivos por adolescentes e jovens, a partir do viés da Justiça Reprodutiva. As autoras problematizam o que chamam de “oferta seletiva” de métodos contraceptivos apontando seu viés estigmatizante e discriminatório, apontando para uma “coerção contraceptiva” em determinados grupos sociais.

As autoras apontam uma dupla direcionalidade que a coerção contraceptiva pode apresentar. Por um lado, a insistência para que a mulher aceite um método contraceptivo que não deseja, por outro, ser impedida a ter acesso a outros métodos que elas desejem. Essa prática é recorrente na assistência às adolescentes e jovens (BRANDÃO; CABRAL, 2021).

Brandão e Cabral (2021), nos descrevem outras práticas que também servem como obstáculos à autonomia sexual e reprodutiva de mulheres negras e pobres, que precisam ser enxergadas como coercitivas. Uma delas seria a oferta restrita de métodos contraceptivos que não contemplam as necessidades das mulheres em seus mais variados contextos relacionais, culturais e geracionais.

A outra prática diz respeito a não disseminação de informações de maneira adequada, orientações médicas parciais, enviesamento do aconselhamento, insistência para que a mulher aceite tal método, ameaças de restrição na atenção à saúde futura e até a inserção de métodos sem o conhecimento ou consentimento da mulher (BRANDÃO; CABRAL, 2021).

As nuances do conceito de coerção contraceptiva, de acordo com as autoras, nos permitem problematizar de que modo as iniquidades em saúde, as desigualdades de gênero, de classe e de raça, são levadas em consideração para que os métodos contraceptivos sejam oferecidos de forma ampliada pelo SUS (BRANDÃO; CABRAL, 2021). Nesse sentido, a Justiça Reprodutiva em diálogo com o paradigma da interseccionalidade como interrelação das diversas hierarquias sociais, que se potencializam e produzem novas discriminações, reivindica a garantia da justiça social a grupos de mulheres tradicionalmente excluídos (PORTAL CATARINAS et al., 2022).

Patrícia Kikuchi (2021), afirma que amparando-se no conceito de justiça social é que a Justiça Reprodutiva ergue suas bases, isso significa que a luta por direitos e suas consolidações precisa acontecer dentro de uma prática de solidariedade coletiva. Portanto, todas as discussões, debates, reivindicações acerca de tudo que envolve a saúde reprodutiva e os direitos reprodutivos, necessita ter como foco a justa distribuição do acesso às informações, de estratégias e garantia de acesso (KIKUCHI, 2021).

Concordo com Kikuchi (2021), quando afirma que tendo a premissa da solidariedade coletiva e a reivindicação a estes direitos e acessos a serviços, Justiça Reprodutiva se distancia do debate superficial dos direitos reprodutivos como escolha individual e mergulha na ênfase das questões de cunho coletivo. Essa posição, sobretudo política, oportuniza a inserção das demandas das mulheres racializadas, que passam a ser incluídas efetivamente como sujeitos de direitos, como cidadãs (idem, 2021).

A autora enfatiza a Justiça Reprodutiva como um conceito e prática capaz de promover acesso a um processo de descolonização do ideário de universalização, e

do que se entende por direitos reprodutivos, uma vez que se formula a partir do reconhecimento da existência de um sistema que produz e reproduz uma hierarquia étnico-racial (KIKUCHI, 2021). Concordo com a autora quando ela descreve a Justiça Reprodutiva como uma política de resistência decolonial, uma vez que se coloca como potência que denuncia a colonialidade do poder que mantém a hierarquia étnico-racial e perpetua o controle dos corpos e de grupos sociais racializados.

Sabemos que os eventos da gravidez, parto, pós-parto, aborto e contracepção são fenômenos relacionais, que envolvem uma teia de relações sociais, implicando parceiros, familiares, comunidade, profissionais de saúde e condições sociais para que aconteçam (BRANDÃO; CABRAL, 2021). Desta forma, não estamos lidando com escolhas individuais das mulheres, mas com condições possíveis que elas encontram para tomarem suas decisões reprodutivas (idem, 2021).

A escolha sobre ter ou não um filho, quantos ter e em que momento da vida, é complexa, ainda mais quando falamos de um país que não oferta condições necessárias para que mulheres negras consigam criar seus filhos de forma digna, como creches públicas, escolas pré escolar públicas para a primeira infância, entre outros equipamentos necessários (BRANDÃO; CABRAL, 2021). Para além dessas questões, é imprescindível a efetivação de políticas públicas que reconheçam os processos de produção de desigualdades sociais e que se proponham a combater as desigualdades produzidas pelos múltiplos âmbitos de opressões (idem, 2021).

A perspectiva da interseccionalidade, atrelada à da Justiça Reprodutiva, são importantes campos teóricos e políticos para a proposição de intervenções que levem em consideração os processos de produção de desigualdades sociais. Por fim, concordo com Góes (2018), quando afirma que, se as lutas por garantias de direitos não contemplarem as mulheres e seus marcadores sociais que demarcam as interseccionalidades, estaremos distantes de conquista-los efetivamente, uma vez que as dimensões das nossas trajetórias e experiências vividas precisam, urgentemente, serem pautadas no campo das políticas públicas e do direito.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Para fins de aproximação com o campo-tema, realizei uma revisão de literatura, no período de outubro de 2021 a janeiro de 2022. Mirim (2013), define alguns critérios essenciais para a busca de artigos científicos em bases de dados, tais como: fontes, período e idioma, a partir dos mesmos, realizei as buscas em duas bases específicas: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Quanto ao período, delimito nas pesquisas o período de 5 anos, de 2017 a 2021. Como idioma principal, priorizei o Português (BR) e o Espanhol, afim de também me aproximar com as produções realizadas nos demais países da América Latina, para além do Brasil.

Realizada a escolha dos critérios, parti para a escolha dos descritores, utilizei o termo: “violência obstétrica”. É importante ressaltar que esse descritor é bastante recente no DECs – Descritores em Ciências da Saúde, tendo entrada apenas em 25 de fevereiro de 2021. Com base na pesquisa a partir deste descritor, encontrei o total de 129 artigos na base de dados BVS e 74 artigos na base SciELO.

Do total encontrado na pesquisa nessas duas bases de dados, optei por seguir com a seleção dos textos apenas na base de dados BVS, por ter apresentado uma quantidade maior de achados. Priorizei, artigos que trouxessem o descritor “violência obstétrica” em seu título. Dos 129 textos encontrados, 49 não possuíam o descritor no título, 5 textos não configuravam artigos científicos, sendo 4 cartas editoriais e 1 dissertação, 7 artigos estavam sem acesso e 12 artigos duplicados.

Amparando-me no que aponta Ribeiro (2015), não existe neutralidade na construção da pesquisa em base de dados, esse fazer não é apenas técnico, mas sim permeado dos interesses políticos da pesquisadora e do pesquisador e estão situados sócio historicamente. Desta forma, de uma total de 51 artigos restantes, realizei uma nova filtragem que fizessem a aproximação com meu objeto de estudo e apresentassem apontamentos do discurso institucional sobre a Violência Obstétrica (Mídia, órgãos regulamentadores de políticas públicas, judiciário, movimentos sociais), fiz a seleção de 14 artigos, sendo 11 em Português (BR) e 4 em Espanhol.

Selecionados os artigos, parti para a categorização dos mesmos separando-os por título, ano de publicação, objeto de estudo, sujeitos pesquisados, principais resultados e referencial teórico utilizado. Dos 14 artigos selecionados, 5 são Revisões

da Literatura, 1 se trata de pesquisa original, 4 fizeram análise de documentos legislativos e 4 analisaram materiais de meios comunicação.

A partir destas buscas e filtragens, organizei a construção desta revisão da literatura, a partir de três apontamentos: Violência obstétrica e Interseccionalidade; Violência Obstétrica e sua repercussão nos meios de comunicação; Repertórios da Violência Obstétrica no campo do legislativo brasileiro e de países da América Latina.

4.1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E INTERSECCIONALIDADE

O tema da Violência Obstétrica (VO) é relativamente novo, sua denominação e desdobramentos passaram a ter enfoque a partir da segunda década do século XXI, com o aprofundamento em estudos, documentários, fomento para a criação de leis e políticas públicas (DINIZ et al., 2015). A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu, em 2014, a Violência Obstétrica como uma questão de saúde pública que afeta diretamente mulheres e seus bebês (WHO, 2014).

Maria Verônica Oliveira (2021), nos refere que apesar da discussão sobre esse tema ainda ser recente, percebe-se que ao longo da história, a partir do advento da Obstetrícia como especialidade médica e, sobretudo, masculina, a VO se faz presente na cena do parto. Questões relacionadas à saúde da mulher e, mais especificamente, ao parto passaram a estar sob o controle dos médicos, que se dedicavam a desenvolver técnicas e instrumentos com o objetivo de “livrar a mulher do sofrimento que seria parir” (DINIZ et al., 2015; OLIVEIRA, 2021).

É importante situar que, historicamente, as mulheres foram sendo expropriadas de seus direitos civis e políticos que lhes eram garantidos, como direito à renda, propriedade, herança, a partir do advento do capitalismo (FEDERICI, 2017). No campo da obstetrícia não foi diferente, as parteiras tiveram seus conhecimentos expropriados, perdendo o direito à propriedade intelectual, não podendo assinar seus próprios trabalhos, por exemplo. Um verdadeiro epistemicídio das práticas e conhecimentos produzidos por mulheres (FEDERECI, 2017).

As mulheres foram sendo destituídas de espaço num campo que era propriamente delas, desapropriadas de seus saberes, parteiras e parturientes foram tiradas da cena de protagonismo que passou a ser ocupada pela figura do médico (PORTELA et al, 2020). O momento do parto passa de um evento familiar, realizado no aconchego do domicílio, para um acontecimento institucionalizado, hospitalar,

como consequência disso, a família e rede social passaram a ser distanciadas no processo do nascimento (PORTELA et al, 2020).

Pode-se considerar a Violência Obstétrica como uma violência de gênero por permear relações de poder patriarcais na nossa sociedade, ela é remetida a toda forma de violência durante o cuidado obstétrico profissional na gestação, parto, pós-parto e situações de abortamento, como afirma Jussara Francisca de Assis (2018), em seu artigo “Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica”.⁵

Maria Carmen Martín-Bellido (2020), em seu texto “La construccion del Empoderamiento Femenino: visibilizando la violencia obstétrica”, descreve que ações e procedimentos que sejam realizados na mulher sem o seu consentimento e que não se baseiam em evidências científicas atualizadas, e que perpassam algumas dimensões, entre elas: física -, com a realização de procedimentos sem base nas evidências científicas, maus tratos, abuso sexual; - psicológica e verbal -, através de xingamentos, piadas, gritos; e – institucional -, não informação sobre direitos, burocratização do atendimento, peregrinação da mulher em trabalho de parto nas maternidades entre outros (ASSIS, 2018; LIMA et al., 2021; MARTÍN-BELLIDO, 2020).

Existem alguns tipos de VO ainda pouco abordadas nas literaturas em geral, mas que em quatro dos artigos selecionados para esta Revisão da Literatura, são apresentadas como tais. Renata Malta e Jônatas Santos (2020), no artigo “A encenação da violência obstétrica: (dis)junções entre ficção e realidade”, apontam o papel exercido pela mídia⁶ como propagador e naturalizador de práticas violentas na assistência do período gravídico-puerperal em muitas situações como, por exemplo, a forma com que cenas de parto são abordadas na teledramaturgia brasileira.

Alice Gabriel e Breno Santos (2020), em seu texto “A injustiça Epistêmica na violência obstétrica”, nos apresentam ainda outros dois tipos de VO poucos falados, um se refere a interrupção sistemática do/a profissional médico/a durante a anamnese, o que pode indicar a ausência de um reconhecimento da mulher como pessoa ativa no seu processo de gestação, parto, pós-parto ou situação de abortamento, promovendo seu silenciamento. “Assim Carel e Kidd vão afirmar que

⁵ Para fins de enfatizar os textos que me auxiliaram na construção desta Revisão da Literatura e suas/seus respectivas/os autoras e autores, à medida que os fui citando no texto pela primeira vez, coloquei o nome e sobrenome da autora ou autor e o nome completo do artigo.

⁶ Este aspecto será abordado de forma mais aprofundada no tópico Violência Obstétrica e sua Repercussão nos Meios de Comunicação.

esse preconceito participativo é a espinha dorsal da prática contemporânea de cuidados em saúde” (GABRIEL; SANTOS, 2020, p.4).

Ainda na visão das autoras acima citadas, um outro tipo de VO pouco abordado, que seria o superdiagnóstico. Em linhas gerais, essa postura profissional está presente na prática médica independente da especialidade, se caracteriza como a “detecção de anomalias que, caso não fossem identificadas, não alterariam a vida do/a paciente, não causariam sequer sintomas” (GABRIEL; SANTOS, 2020, p.4). No contexto da assistência ao pré-natal, essa prática viria na forma de “panóptica do útero” (FREEMAN *apud* GABRIEL; SANTOS, 2020), que se caracteriza por uma obsessão em solicitar muitos exames de ultrassonografia, substituindo a realização de exames clínicos mais simples, auscultar e medir de maneira excessiva, controlar a vida intrauterina.

Outro tipo de VO pouco abordado nas literaturas diz respeito a esterilização compulsória. Gabriel e Santos (2020), apontam que no Brasil, em 1991, foi instaurada uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) para apurar diversas denúncias a acerca da esterilização em massa de mulheres no Brasil. Constatou-se nesse inquérito que 45% das mulheres em idade fértil no Brasil se encontravam esterilizadas cirurgicamente, apontando também uma maior incidência dessa intervenção na Região Nordeste e Centro-Oeste do Brasil, regiões essas que concentram um maior contingente de pessoas pobres e negras do país, o que evidenciaria, segundo as/os autoras/es do caráter racista e o recorte de classe presentes nessa prática.

A Violência Obstétrica não está para todas as mulheres de maneira genérica, ela tem classe e cor, como afirma Kelly Lima et al. (2021), em seu texto “Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras”. “Para mulheres brancas e de classe média, panóptica do útero; para mulheres negras e pobres, pré-natal precário e esterilização compulsória” (GABRIEL; SANTOS, 2020, p.4).

É preciso considerar que tais condições de violência de gênero, obstétrica, institucional, midiática, têm atravessamentos de ordem social, de gênero, classe e raça, que impactam diretamente no acesso aos serviços de saúde e na qualidade da assistência prestada a essas mulheres, o que repercute de forma intensa e negativa na experiência reprodutiva destas, na sua saúde e na de seus bebês, nas famílias e na comunidade (ASSIS, 2018; GABRIEL; SANTOS, 2020).

A compreensão da VO precisa partir de um pano de fundo interseccional que não leve em conta apenas a relação de privilégio do saber médico-centrado ou a

subordinação de gênero, mas também raça e classe, uma vez que o viés racial implícito incide nas possíveis práticas de violência obstétrica nas mulheres negras no Brasil (ASSIS, 2018; GABRIEL; SANTOS, 2020). De acordo com Assis (2018), o viés racial implícito funciona como um atalho mental que faz com que tenhamos reações automáticas, que podem ser intencionais ou não, baseadas em características fenotípicas.

A partir do nosso contexto social e histórico que legitimou a escravidão no Brasil, esse viés resulta em práticas, conscientes e inconscientes, que levam a ideologias de coisificação, inferioridade, práticas sugestivas de discriminação, preconceito, resultantes de estereótipos relativos à pessoa negra. Esse conceito é amplamente abordado em estudos internacionais, sobretudo nos EUA e pode ser definido como

um estereótipo realizado por um observador em relação a membros de um grupo racial ou étnico 'minoritário'. Para se chegar a tal constatação são utilizados testes de associação implícita, que quantifica a velocidade relativa com que os indivíduos associam atributos positivos como 'inteligentes' aos brancos e atributos negativos como preguiçosos aos negros (ASSIS, 2018, p. 556).

É importante destacar que o racismo institucional se solidifica a partir do racismo estrutural e do viés racial implícito, o que possibilita desigualdades na distribuição de benefícios e oportunidades, como também acesso à serviços institucionais. Silvio Almeida (2019), defende a ideia de que todo racismo é sempre estrutural, uma vez que integra dimensões da sociedade, como organização econômica e política.

Para Almeida (2019), a construção do conceito de racismo institucional foi um avanço importante, uma vez que amplia a concepção de que o racismo não acontece apenas a nível individual, e coloca o debate sobre poder como elemento que constitui as relações raciais. Desta forma, se falamos de um racismo institucional, identificamos que as regras e padrões impostos por uma instituição está diretamente atrelada à necessidade de manter uma ordem social, tendo sua atuação vinculada de alguma maneira a uma estrutura social previamente existente, ou seja, "as instituições são racistas porque temos uma sociedade racista" (ALMEIDA, 2019, p. 31).

Concordo com Almeida (2019), quando o mesmo afirma que o racismo decorre da estrutura social, do modo como as relações econômicas, políticas, jurídicas e familiares, sendo assim estrutural. "Comportamentos individuais e processos

institucionais são derivados de uma sociedade cujo racismo é regra e não exceção” (ALMEIDA, 2019, p.33).

Atrelar a Violência Obstétrica ao racismo institucional e à desigualdade de classe, portanto, torna-se indispensável para dar visibilidade ao histórico de violações de direitos aos quais as mulheres negras e pobres são submetidas, sobretudo, no período gravídico-puerperal, como considera Paula Curi et al. (2020), em seu artigo “A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS”.

Historicamente, o corpo de mulheres tem sido foco de políticas de controle do Estado aliado ao sistema de saúde, principalmente no que tange a processos reprodutivos (CURI et al., 2020). Atrelada a essas questões de gênero, podemos relacionar como o corpo de mulheres negras e pobres são ainda mais alvo dessas políticas, evidenciando uma hierarquia sexual, quanto maior as condições de vulnerabilidade da mulher, mais negligente a assistência prestada a mesma (ASSIS, 2018).

Existe uma verdadeira disparidade racial no cuidado de mulheres brancas e negras no período gravídico-puerperal. O legado de escravização em nossa sociedade perpetua a crença de que mulheres negras são fisicamente mais resistentes e capazes de suportar sofrimento, quando comparadas às mulheres brancas (ASSIS 2018; COLOMBY et al., 2020). Gabriela Zanardo e outras autoras (2017), no texto “Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa”, afirmam que somado ao racismo, vemos a precariedade das condições econômicas e dos equipamentos sociais, que está diretamente ligada a essa herança escravagista.

Na gestação, por exemplo, mulheres pretas e pardas têm menos acesso ao serviço de pré-natal, com menos e mais rápidas consultas e ausência de acompanhante, quando comparadas a mulheres brancas (ASSIS, 2018; LIMA et al., 2019; GABRIEL; SANTOS, 2020; CURI et al., 2020). Mulheres pretas, além desses riscos, também relatam ausência de vínculo com a maternidade e menos orientações durante o pré-natal sobre o início do trabalho de parto e sobre possíveis complicações na gravidez (LIMA et al., 2019; GABRIEL; SANTOS, 2020; CURI et al., 2020).

Quando olhamos para o evento do parto, essas disparidades se intensificam. Mulheres negras peregrinam mais em maternidades durante o trabalho de parto, têm negado o direito a acompanhante, sofrem menos intervenções obstétricas no parto, quando comparadas a mulheres brancas, entretanto, as pretas recebem menos

analgesia durante o parto normal e menos anestesia local quando submetidas à episiotomia (LIMA et al., 2019; GABRIEL; SANTOS, 2020; CURI et al., 2020).

Se tratando de violência física, verbal e/ou psicológica na assistência ao parto, têm-se de forma mais evidente em mulheres negras, de baixa escolaridade, com idade entre 20 e 34 anos e nordestinas (LIMA et al., 2019). No pós-parto, estudos apontam que mulheres negras estão mais vulneráveis ao risco de infecção no pós-cirúrgico, quando submetidas a uma cesárea e também recebem menos informações e orientações quanto ao aleitamento materno, agravos que evidenciam a baixa qualidade dos cuidados puerperais (ASSIS, 2018; LIMA et al., 2019).

Diniz (2015), aponta a mortalidade materna como uma das possíveis consequências da VO. Estudos que corroboram com essa questão também apontam que as taxas de mortalidade materna estão relacionadas à má qualidade ou falta de acesso a serviços de saúde ofertados, uma vez que grande parte dessas mortes poderiam ser evitadas (ASSIS, 2018).

No Brasil temos uma altíssima taxa de mortalidade materna. Em 2019, o dado registrado é de 55 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, o coeficiente considerado dentro da normalidade pela OMS em 2014 é de 10 mortes por 100 mil nascidos vivos, sendo aceitável até 20 mortes por 100 mil nascidos vivos (DATASUS – SIM, 2022; OMS, 2014). Quando olhamos para esses dados a partir da perspectiva interseccional, vemos o quanto mulheres negras são o público-alvo da mortalidade materna no Brasil, dados apontam inclusive, que o número de óbitos maternos entre mulheres brancas vem diminuindo e aumentando entre as mulheres negras (ASSIS, 2018). Em 2019 temos o coeficiente de mortes maternas no Brasil de 16 mulheres a cada 100 mil habitantes, entre as mulheres brancas, já entre as mulheres negras é mais que o dobro, de 36 mulheres a cada 100 mil habitantes (DATA SUS – SIM, 2022).

Dados disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) referente aos óbitos maternos no estado de Pernambuco entre os anos de 2015 a 2019, indicam que o estado registrou 85 mortes de mulheres brancas, como o mesmo indicador para mulheres negras somou um total de 297 mortes. Ou seja, mulheres negras morrem em média 28,6% mais que mulheres brancas em Pernambuco (DATASUS – SIM, 2022).

Durante o ano de 2020, em plena Pandemia, o Brasil registrou o maior número de mortes maternas por covid-19 do mundo, somando um total de 36 mortes divulgadas pelo Ministério da Saúde até o final de maio de 2020, superando inclusive

a soma das mortes maternas de todos os demais países publicadas em literaturas até o momento (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2020) (COLOMBY et al., 2020). Até 2021, o Brasil representava 75% das mortes maternas pelo novo coronavírus em todo mundo (ONG CRIOLA, 2021).

Mulheres negras apresentam um risco de morte materna duas vezes maior quando comparadas a mulheres brancas, até maio de 2021, as mortes entre mulheres negras foi 77% superior quando comparadas às das brancas, (ONG CRIOLA, 2021). Como situações que comprometem a saúde materna dessas mulheres, podemos destacar o sucateamento intensificado dos serviços públicos durante a pandemia, aumento da fome, do desemprego e insuficiência do auxílio emergencial como fatores que comprometem diretamente a saúde materna dessas mulheres (COLOMBY et al., 2020) (ONG CRIOLA, 2021).

O aborto criminalizado está entre as principais causas de mortalidade materna e mulheres negras estão mais expostas ao aborto clandestino do que mulheres brancas, correspondendo a 47,9% das internações e a 45,2% dos óbitos por abortamento (idem, 2021). Dados apontam que mulheres negras em situações de abortamento enfrentam mais barreiras institucionais, quanto ao tempo de espera por uma vaga ou leito, por exemplo, como afirma Emanuelle Goés (2018).

A compreensão de que existe uma sobreposição de sistemas opressivos como o sexismo, racismo e exploração capitalista, nos leva a compreender que a vida de mulheres negras é marcada por interdições dos direitos básicos como moradia, segurança alimentar, trabalho, colocando-as numa posição de desvantagem social, que a ceifam, inclusive, do direito de escolha e uma vivência digna dos seus direitos reprodutivos (LIMA et al., 2021; ONG CRIOLA, 2021). Tratar a VO como violência de gênero, raça e classe, torna-se urgente uma vez que externaliza processos de violação de direitos as quais mulheres negras e pobres são submetidas (CURI et al., 2020).

Ainda precisamos caminhar muito para a garantia de justiça e dignidade para as mulheres, sobretudo, as negras e pobres. É possível perceber que as mídias sociais têm um papel importantíssimo na discussão e visibilidade da Violência Obstétrica, uma vez que alcançam um grande número da população e é formadora de opinião, discorrerei sobre esse cenário no tópico a seguir.

4.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS REPERCUSSÕES NOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO

Embora as práticas violentas no cenário do parto já estivessem em debate no Brasil desde a década de 1980, a partir da organização de movimentos sociais pela humanização do parto, a divulgação em torno da discussão e disseminação do que vem a ser a Violência Obstétrica passou a ganhar espaço na década de 2000, principalmente com a grande pesquisa nacional realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010, onde se constatou que uma a cada quatro mulheres sofreram algum tipo de maus-tratos durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (FPA, 2010). Penso que essa pesquisa foi um grande disparador para a divulgação do tema, incentivando cada vez mais pesquisadoras e pesquisadores a se debruçarem sobre este campo, bem como dando visibilidade social ao tema.

Desta forma, é possível notar que o debate tem se estendido para o cenário da comunicação, as mídias e as mais diversas Redes Sociais, têm se tornado espaço para que mulheres e profissionais de saúde se posicionem quanto ao tema e divulguem informações. No entanto, Alejandro Perdomo-Rubio e outras/os autoras/es (2019), no artigo “Discurso sobre la violencia obstétrica en la prensa de países latino-americanos: câmbios y continuidades em el campo de la atención”, afirmam que é de se esperar que esse debate não se apresente de maneira homogênea, uma vez que o campo da VO surge como um campo de disputa, por posicionamentos muitas vezes antagônicos, que expressem tensões e conflitos entre atores e atrizes que se envolvem na temática.

Apesar de existirem denúncias de mulheres - grupo politicamente minoritário - que sofreram e sofrem VO, a existência de um grupo politicamente majoritário, a categoria médica, acaba por negar ativamente essa perspectiva (GABRIEL; SANTOS, 2019; MALTA; SANTOS, 2020). Desta forma, a produção midiática pode funcionar de forma a problematizar, dando visibilidade à temática, ou manter a estrutura de violência que já está estabelecida (PERDOMO-RUBIO et al., 2019). Aqui pretendo direcionar a discussão da VO nos meios de comunicação a partir de três perspectivas: a da televisão brasileira, por meio das telenovelas, dos jornais e das redes sociais.

As produções de telenovelas no Brasil, mais especificamente se tratando das produções da Rede Globo, exercem influência na vida cultural, política e comportamental da sociedade, uma vez que têm acesso livre, de forma cotidiana na

vida das brasileiras e dos brasileiros, que devido a desigualdades econômicas e territoriais acaba sendo a única forma de lazer possível (MALTA e SANTOS, 2020). Seus enredos se constroem a partir de aspectos geográficos, econômicos, sociais da sociedade brasileira, seja de períodos atuais ou passados.

Em estudo realizado sobre a encenação de cenas de parto exibidas em telenovelas da Rede Globo, Malta e Santos (2020), analisaram 60 cenas que foram ao ar entre as décadas de 1980 a 2010, foram quantificadas a presença de VO em 77% das cenas analisadas. Destas, 39% das cenas retratam uma série de situações que levam as personagens a darem à luz em locais inadequados, após situações de conflitos, como assalto, sequestro e também negação de acesso ao serviço público, promovendo VO do tipo institucional.

Em 45%, a violência no parto abordada foi a de proibição da presença do acompanhante, mesmo em cenas de novelas gravadas após a aprovação da Lei do Acompanhante, em 2005. E em 61% das cenas, foram identificadas violências como apologia à cesariana de forma rotineira, tentativa de acelerar o parto e negligência médica.

Das 60 cenas analisadas, em apenas 23% não foram identificadas situações violentas no parto, sendo a maioria destas encenadas no âmbito domiciliar. Foram enfatizados o protagonismo da parturiente, acompanhada por pessoas de sua escolha, num momento de afeto, tranquilidade, troca de olhares, confiança, cuidado humanizado e fortalecimento de uma percepção positiva do parto normal (MALTA; SANTOS, 2020).

Em todas as cenas analisadas que se identificou a VO, Malta e Santos (2020) enfatizam que não ocorre a problematização na ficção sobre os atos desferidos contra as personagens, a violência acaba sendo naturalizada na trama, isso corrobora para a invisibilidade de um problema de saúde pública que atinge milhares de mulheres brasileiras durante o ciclo gravídico-puerperal. E, embora o estudo não se aprofunde nesse aspecto, é possível fazer um recorte de raça e classe, para além de gênero, em que personagens negras e pobres vivenciam VO no momento dos seus partos.

Malta e Santos (2020), pontuam dois fenômenos recentes no âmbito da comunicação social que trazem uma nova organização na forma de olhar o lugar que as telenovelas ocupam na vida das brasileiras e brasileiros. O primeiro se trata da perda de audiência que vem acontecendo nos últimos anos, saindo da média de 50 pontos de audiência, marcantes na década de 1980 e 1990, para 35 pontos de

audiência nas novelas mais bem-sucedidas, demonstrando que o alcance dessas produções vem perdendo forças (idem, 2020).

O segundo fenômeno diz respeito ao movimento de ciberativismo de mulheres que denunciam a VO e tornam os espaços virtuais lugares de discussão sobre a temática, de mobilização e rede de apoio (MALTA; SANTOS, 2020). Diferente da falta de problematização que foi analisada nas cenas de parto que encenam algum tipo de VO, nos espaços de ciberativismo os partos de teledramaturgia não passam sem serem problematizados e debatidos de forma crítica, não permitindo que cenas passem de forma naturalizadas e invisibilizando a VO (idem, 2020).

Aline Fernandes Bocchi (2019), em seu texto “O funcionamento discursivo de campanhas sobre a violência no parto: testemunho, violência e silêncio”, aponta que a VO sofre um processo de apagamento social que acaba por impedir a construção de sentidos, uma vez que esses processos de violência estão como naturalizados nos canais de comunicação, nos impede de dar lugar às vozes de vítimas que sofreram VO e, conseqüentemente, de criarmos uma memória social sobre tal temática. Em sua análise sobre a produção de sentidos da VO em duas campanhas midiáticas: a #partocomrespeito, produzida pela revista *Época* e a videocampanha *Voces contra la violencia obstetrica*, produzida pelo projeto argentino *Las Casildas*, Bocchi (2019) afirma que tais campanhas trazem a VO para a ordem do visível, uma vez que em vários campos esse tipo de violência ainda é interdito.

Na campanha da Revista *Época* analisada pela autora, é possível percebermos um paradoxo, de um lado uma produção jornalística-midiática que inicialmente interpela sujeitos a se posicionarem acerca das reivindicações apresentadas por meio de testemunhos de vítimas de VO, funcionando como uma convocação para que cada uma e cada um assumam a responsabilidade na luta por uma assistência ao parto humanizado. No entanto, a mesma campanha toma outro posicionamento ao inserir na divulgação midiática a imagem de duas mulheres famosas que não foram vítimas de VO, para darem testemunho daquilo que não experienciaram, esse acontecimento acaba por esvaziar a força política da campanha, por meio de uma “pedagogização sem criticidade” (BOCCHI, 2019, p.28), mantendo um sistema que sustenta essa violência transformando o trauma de vítimas e o horror de vivenciar a VO em seus corpos, num mero produto cultural a ser consumido (idem, 2019).

Por outro lado, a videocampanha argentina *Voces contra la violencia obstetrica*, na visão da autora, produz um efeito de provocar quem a assiste para um

deslocamento, para um despertar e abandono de um lugar de ignorância, “a campanha funciona contra a repetição, o esquecimento e o recalque de um real de violência condenado a permanecer nas margens do simbólico” (BOCCHI, 2019, p.29). Em suas considerações finais, Bocchi (2019) pondera e salienta que cada produção de conteúdo midiático acerca da VO deve ser comemorada mesmo que apontando suas contradições, uma vez que essas produções irrompem com um esquecimento historicamente imposto na sociedade.

Perdomo-Rubio et al. (2019), em estudo sobre a VO na imprensa de países latino-americanos, ressaltam que tanto a produção, quanto o consumo de matérias em jornais sobre essa temática podem transformar ou manter uma estrutura nesse campo, que se apresenta como um campo de disputa antagônico entre seus atores e suas atrizes. Em suas análises destacam os diferentes posicionamentos entre os jornais dos diferentes países analisados, em que chamam de posições tradicionais e posições abertas.

Em posições mais tradicionais se enfatiza o lugar dos/das profissionais de saúde como mais reticentes a reconhecerem e problematizarem a VO, atribuindo-a a causas externas, falta de estruturas dos serviços e necessidade de atualização profissional. Já em posicionamentos mais abertos, aponta-se a necessidade da judicialização da VO, criação de legislação eficaz no país para combate da mesma, protagonismo das mulheres e ampliação profissional no cuidado de mulheres no ciclo gravídico-puerperal para parteiras e doulas (PERDOMO-RUBIO et al., 2019).

Partindo para o recorte das redes sociais na visibilização, denúncia e combate a VO, Lígia Sena e Charles Tesser (2017), no artigo “Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências”, destacam que no ciberespaço as mulheres têm ocupado um lugar importante, sobretudo na área da saúde, e que estas reconhecem a internet como uma ferramenta potente para a comunicação, disseminação de informações e educação para a saúde. Para elas, o acesso à informação sobre diversos fatores que influenciam a saúde de uma pessoa é elemento fundamental para que esta possa ter maior poder de decisão sobre seus processos de saúde.

É importante ressaltar, que foi a partir desta ferramenta que o termo Violência Obstétrica veio a ser difundido de maneira mais ampla e que a sua compreensão se tornou mais acessível. No dossiê, Violência obstétrica: parirás com dor, há um reconhecimento da importância do trabalho midiático no reconhecimento e

propagação dos direitos das mulheres, homens trans e pessoas com útero no parto e denunciar a violência pela não garantia desses direitos (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). É importante ressaltar que foi a partir das redes sociais que aconteceu a disseminação da VO e só posteriormente as mídias mais tradicionais se aproximaram e abordaram a temática, este fenômeno social ocorreu diante da capacidade das redes sociais de promoverem interação com o público e de sua velocidade de disseminar informações.

Luana Aparecida Palharini (2017), no artigo “Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil”, refere que até meados de 2010, as mídias tradicionais, como jornais e revistas impressos, bem como a sociedade no geral ainda não compreendiam o conceito, naturalizando práticas violentas e intervenções não baseadas nas evidências científicas. A internet, desde então vem tornando-se um espaço de militância no cenário obstétrico a partir da formação e divulgação de coletivos de mulheres e profissionais de saúde engajadas/os na causa da humanização da assistência a mulheres em todo o ciclo gravídico-puerperal (PALHARINI, 2017).

Diante disto, é importante destacar duas intervenções que tiveram grande abrangência e repercussão nas mídias digitais, sendo idealizadas por blogueiras – *blogs Cientista que virou mãe, Parto no Brasil e Mamíferas* – e ativistas da humanização do parto: o *Teste da Violência Obstétrica* e a produção do documentário *Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras*. A primeira intervenção com o objetivo de estimular mulheres a avaliar a assistência profissional na vivência de parto que tiveram e, na segunda experiência garantir as vozes das mulheres que reconheceram que viveram algum tipo de Violência Obstétrica, visando a quebra da invisibilidade deste tipo de violência de gênero (SENA; TESSER, 2017).

O *Teste da Violência Obstétrica* foi um levantamento informal, realizado no ano de 2012, que consistiu numa avaliação pelas mulheres, sobre a assistência que receberam durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (SENA; TESSER, 2017). Os resultados deste teste tiveram ampla divulgação nas mídias digitais, atingindo grande abrangência e visibilidade, no total foram avaliadas 1.966 experiências de nascimentos, resultado bastante consistente considerando que a internet foi utilizada como principal ferramenta de divulgação (SENA; TESSER, 2017).

A produção do documentário *Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras*, foi construído a partir da proposta de convidar mulheres que tivessem sofrido Violência

Obstétrica para que enviassem vídeos caseiros relatando como foram suas experiências no parto (SENA; TESSER, 2017; PALHARINI, 2017). Ao todo foram recebidos 20 vídeos de mulheres que se voluntariaram para expor suas vivências, que foram compilados nesse documentário e amplamente divulgado nas mídias digitais.

Outro projeto de importante circulação nacional, foi a Campanha Pai não é Visita – pelo direito de ser acompanhante, promovida pelo Gema e Instituto Papai, iniciada em 2006 e, como culminância de 10 anos da campanha, foi produzido um documentário com relatos de pais que contam suas experiências de terem conseguido acompanhar ou não suas parceiras no momento do parto (PAPAI, 2006). Essa campanha é também uma forma de problematizarmos a VO, uma vez que a proibição da presença do acompanhante no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto é considerada uma violência perpetrada à parturiente.

Essas experiências relatadas, reafirmam a potência que a internet possui no fortalecimento da militância pelo resgate do protagonismo da mulher no cenário do parto, contribuindo para o engajamento de diversos setores coletivos (PALHARINI, 2017). Mesmo ambas tendo sido realizadas de maneira informal, fomentaram amplamente a discussão sobre a Violência Obstétrica junto às mulheres, seus parceiros e também dentro da comunidade acadêmica, uma vez que tiveram visibilidade e reconhecimento em congressos e eventos acadêmicos, revelando também que os resultados obtidos se assemelharam ao que as pesquisas vêm mostrando sobre a qualidade da assistência ao parto e nascimento no Brasil (SENA; TESSER, 2017).

O campo da Violência Obstétrica hoje tornou-se um espaço de disputa, à medida em que o modelo hegemônico de assistência ao ciclo gravídico-puerperal tem sido questionado a partir das evidências científicas mais atuais e também a partir das denúncias sobre maus-tratos em maternidades e hospitais de todo país (PALHARINI, 2017). De um lado temos os movimentos sociais que se alinham aos dados de pesquisas científicas recentes e promovem uma discussão ampliada entre a sociedade e o poder público e, do outro lado vemos a postura resistente de profissionais da saúde que ainda sustentam suas práticas no discurso médico-centrado (DINIZ, 2015; PALHARINI, 2017).

Portanto, o fortalecimento de espaços físicos e virtuais, que contribuam de forma contra hegemônica para a discussão sobre a Violência Obstétrica, promovendo ações políticas de resgate do protagonismo feminino no cenário do parto, pode

mobilizar mulheres, profissionais de saúde, pesquisadores e pesquisadoras a exigirem mudanças fundamentais e urgentes na assistência ao parto no Brasil. Um caminho importante nessa jornada é como o Poder Judiciário, Legislativo e Executivo pautam a Violência Obstétrica e que cenários temos dessa discussão no Brasil. Essa temática será discorrida no tópico a seguir.

4.3 REPERTÓRIOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CAMPO DO LEGISLATIVO BRASILEIRO E DE PAÍSES DA AMÉRICA LATINA

De forma introdutória a esse tópico, penso ser importante situar que a violência contra as mulheres é histórica e estrutural, advinda de um sistema patriarcal que propaga uma cultura de dominação e subjugação dos nossos corpos, legitimada e naturalizada por muito tempo. Silvia Marques (2020), em seu artigo “Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres”, aponta que todo o contexto histórico e político que dão base para o sistema capitalista e sua consolidação nos Estados de Direito, tem como um de seus pilares a dominação dos corpos das mulheres para a expansão do capital.

Cecília Maria de Brito e outras autoras (2020), no texto “Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário Brasileiro”, referem que apesar de já contarmos com legislações que enfrentam essa problemática no Brasil, como a Lei Maria da Penha e a Lei do Feminicídio, em 2016 o Conselho Nacional de Justiça divulgou que só naquele ano tramitaram mais de um milhão de processos referentes à violência contra mulher. Esse dado equivale a um processo para cada 100 mulheres brasileiras, média essa que torna ainda mais alarmante quando nos deparamos com o dado de que naquele mesmo ano menos de 1% do total de presos foram condenados por violência contra a mulher (BRITO et al., 2020).

Segundo a OMS (1996), considera-se violência como a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Nesse sentido, destacamos a Violência Obstétrica como uma das múltiplas facetas da violência perpetrada contra mulheres, homens trans e pessoas com útero. Para entendermos sobre a necessidade da legislação e posicionamento jurídico diante da problemática da VO, faz-se importante voltarmos alguns passos, olhando para a história do parto e nascimento ao longo do tempo, para assim entendermos como chegamos nesse momento que estamos hoje,

de questionar e denunciar práticas profissionais e exigir o resgate do protagonismo das mulheres e pessoas com útero que parem.

Podemos considerar que a discussão e problematização sobre essa forma de violência ainda é recente, no entanto, percebe-se que ao longo da história, a partir do advento da Obstetrícia como especialidade médica e, sobretudo, masculina, a VO se faz presente na cena do parto (DINIZ et al, 2015). Questões relacionadas à saúde da mulher e, mais especificamente, ao parto passaram a estar sob o controle dos médicos, que se dedicavam a desenvolver técnicas e instrumentos com o objetivo de livrar a mulher do sofrimento que seria parir (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016; ZANARDO et al., 2017).

Até o século XVIII, o cenário do parto eram as residências das parturientes e as principais personagens nesse acontecimento eram as mulheres que estavam parindo, as parteiras que partejavam e as doulas que traziam suporte físico e emocional (ZANARDO et al., 2017). No final do século XIX, a partir do advento da Obstetrícia, inicia-se um processo de controle do evento biológico e natural que é parir. Com bases no patriarcado, um evento que era essencialmente feminino, passa a ser considerado uma prática médica, a partir do controle dos corpos das mulheres (idem, 2017).

As mulheres foram perdendo espaço num campo que era propriamente delas, desapropriadas de seus saberes, parteiras e parturientes foram saindo da cena de protagonismo que passou a ser ocupada pela figura do médico (ZANARDO et al., 2017; PORTELA et al, 2020). A partir do século XX, o momento do parto passa de um evento familiar, realizado no aconchego do domicílio, para um acontecimento institucionalizado, hospitalar, medicalizado e intervencionista, como consequência disso, a família e rede social passaram a ser distanciadas no processo do nascimento (ZANARDO et al., 2017; PORTELA et al, 2020).

É relevante compreender a importância que a Obstetrícia moderna trouxe para o trato com os partos que pudessem oferecer riscos à mãe ou ao bebê, oferecendo-lhes um ambiente com aparatos e equipe especializada, no entanto, a recomendação de que todos os partos, independente do risco, fossem medicalizados e hospitalizados, acarretou no distanciamento da parturiente de seu processo de parir e de sua família como apoiadora (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016; ZANARDO et al., 2017). Com o intuito de aumentar a qualidade da assistência ao parto, utiliza-se o uso desenfreado de tecnologias, procedimentos e intervenções em demasia, o que pode

acarretar em processos de iatrogenia médica, colocando em risco a saúde daquela que pari e daquele/a que nasce (ZANARDO et al., 2017).

É a partir do final do século XX, que se começa um movimento que vai na contramão do que estava sendo consolidado pela obstetrícia médica, amparado pelo movimento feminista, surge assim movimentos sociais que pautam a humanização do parto e do nascimento (idem, 2017). No entanto, é importante frisar que ainda não existia a nomeação e tipificação da VO. Trazendo o recorte brasileiro quanto a assistência obstétrica, é possível observar que a desumanização da assistência ao parto e nascimento já era tema de trabalhos realizados por grupos feministas na década de 1980. O primeiro deles “Espelho de Vênus”, do Grupo Ceres, descrevia explicitamente o parto institucionalizado como uma experiência violenta (DINIZ et al, 2015).

Não existe uma exatidão de quando a VO surgiu, no entanto, podemos precisar de quando o termo foi reconhecido e utilizado pela primeira vez em um documento público, sendo a Venezuela o país pioneiro a incorporar esse termo em seus documentos legais. Luis García e Yasna Fernández (2018), no artigo “Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América Latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile”, referem que apenas três países da América Latina contam com legislações especificamente direcionadas ao enfrentamento da Violência Obstétrica: Venezuela, Argentina e México.

A Venezuela utilizou o termo Violência Obstétrica pela primeira vez em 2007, a partir da criação da lei intitulada “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, em que define a VO como

la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (VENEZUELA, 2007).

Para além da conceituação da VO, a referida lei também discorre sobre o que considera condutas violentas e prevê sanções. Quanto as condutas referem em seu Artigo 51 que se constituem VO:

No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas; obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los

medios necesarios para la realización del parto vertical; obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer; alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (VENEZUELA, 2007).

Quanto às sanções aplicadas para os/as profissionais que cometerem tal delito, a lei regulamenta que para esterilização forçada estabelece-se uma pena de privação da liberdade e para as demais formas de VO se aplica penas pecuniárias (VENEZUELA, 2007).

É importante destacar que a lei não prevê sobre a VO em situações de abortamento e que a Venezuela possui uma das legislações mais restritivas da região sobre o aborto. O Código Penal venezuelano possui quatro artigos que penalizam o aborto, o procedimento só é permitido se representar um risco eminente para a vida da gestante, desta forma, o aborto clandestino se apresenta como a 3ª causa de morte feminina no país (GARCÍA; FERNÁNDEZ, 2018).

A Argentina também apresenta um marco legislativo para definir a VO, seu texto legal aparece na lei 26.485 de 2009, que dispõe sobre a proteção integral para prevenir, sancionar e erradicar a violência contra as mulheres nos âmbitos que se desenvolvem suas relações interpessoais. No entanto, apesar de ser o primeiro texto legal argentino a reconhecer e mencionar a VO, não é o primeiro texto legal que trata da assistência humanizada ao parto e nascimento, existe a Ley do Parto Humanizado, de número 25.929 de 2004 (GARCÍA; FERNÁNDEZ, 2018).

Assim como na lei venezuelana, a lei argentina apresenta uma definição do que vem a ser a VO e o decreto 1011/2010 que regulamenta o texto legal define a desumanização da assistência como

el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no (ARGENTINA, 2010).

Quanto às medidas legais de sanção frente a VO, o artigo 6º da Lei do Parto Humanizado prevê que o não cumprimento por parte dos/as profissionais de saúde e colaboradores/as das instituições de saúde do que dispõe a lei, serão

submetidos a sanções administrativas, sendo considerado faltas graves (ARGENTINA, 2004).

Diferente da Venezuela, no texto legal argentino, são atrelados a VO os processos de abortamento, sejam eles naturais ou provocados. A Argentina possui maior flexibilidade legal no trato sobre situações de abortamento, em janeiro de 2021 entrou em vigor a Lei 27.610 de Acesso à Interrupção Voluntária da Gravidez, que prevê que serviços públicos e privados de saúde, incorporem uma cobertura integral e gratuita da prática (ARGENTINA, 2021).

No México também existem regulamentações legais contra a VO, no entanto, diferente dos demais países já citados, não existe uma regulamentação específica para essa temática em nível federal, apenas nos estados. Apenas dez dos trinta estados do país têm definida a VO em suas respectivas leis de combate à violência contra as mulheres (GARCÍA; FERNÁNDEZ, 2018).

Em todos os textos a definição de VO é similar, apresentando-se como

apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad (CHIAPAS, 2009).

Em todos os estados em que existem a criminalização da VO em suas leis, são previstas penas para quem descumpri-las, como penas de privação da liberdade, multas e cassação do exercício profissional (GARCÍA; FERNÁNDEZ, 2018).

Em nenhum dos textos legais dos estados que reconhecem a Violência Obstétrica, é possível identificar a incorporação da falta de assistência a situações de abortamento como prática violenta. No México, até 2021 cada estado dispunha de sua lei própria sobre a prática do aborto, no entanto, em setembro de 2021, a Suprema Corte do país descriminalizou o aborto, tornando-o um direito e decidindo ser inconstitucional a prisão de qualquer mulher por realizar tal procedimento (EL PAÍS, 2021).

Nos voltemos agora para a realidade brasileira quanto ao campo da Violência Obstétrica. A discussão sobre esse tema existe no país desde a década de 1980, fomentou-se, a partir da organização de movimentos sociais, debates sobre o tema e disseminou-se a informação de que, na maioria dos países desenvolvidos, estava havendo o questionamento do poder médico e com isso o resgate da assistência ao

parto e ao nascimento de baixo risco prestada por Enfermeiras Obstétricas e parteiras especializadas (MARQUES, 2020; BRITO et al., 2020).

Dentre estes eventos, destaca-se, em 1993, a fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa). Movimento oficializado na Carta de Campinas, que denuncia as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento (REHUNA, 2013).

No Brasil, diferente da Venezuela e Argentina, não existe legislação que defina e criminalize a Violência Obstétrica, o que acaba deixando um campo aberto para a disseminação e naturalização de práticas violentas contra corpos de mulheres e pessoas com útero (BRITO et al., 2020). A situação se assemelha com a do México, uma vez que temos em alguns estados e cidades brasileiras leis em prol do combate da VO.

Sem dúvidas, é a partir dos movimentos sociais em prol da visibilidade da VO, que conseguimos caminhar na construção de políticas públicas e leis que garantam assistência humanizada a mulheres, pessoas com útero e seus bebês (MARQUES, 2020). No final da década de 1980, já tínhamos políticas públicas que pautavam a VO como uma questão de saúde pública, O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (MARQUES, 2020).

Em 2001, o Ministério da Saúde (MS), como forma de incentivar as boas práticas para o parto e nascimento, baseando-se nas evidências científicas e nas recomendações da OMS, publicou o manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), destinado a promover práticas humanizadas nos serviços hospitalares, incentivando profissionais a estimular as mulheres a participar ativamente das decisões no trabalho de parto, parto e pós-parto, tais como: liberdade para se movimentar durante o trabalho de parto, escolher a posição para parir, o/a acompanhante, entre outras (BRASIL, 2001). Essas práticas são reconhecidas como boas na assistência ao parto e ao nascimento e são recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1996 (GOMES et al., 2017).

Com o objetivo de ampliar ainda mais a discussão sobre a necessidade de melhoria da atenção a gestantes, parturientes, puérperas e mulheres em situação de abortamento, no ano de 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2003). Tal documento visa, entre outras diretrizes, que a humanização deve ser vista como política transversal e universal, contribuindo para a transformação dos

modelos de gestão, atenção em saúde e para atender às demandas manifestadas pelas/os trabalhadoras/es e usuárias/os dos serviços de saúde (ANDREZZO, 2016).

Algumas outras políticas têm sido propostas desde então, com o objetivo de mudar o cenário obstétrico brasileiro, como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, a Portaria nº 569/2000 do Ministério da Saúde, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000); o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal de 2004, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materno-Infantil no Nordeste e Amazônia Legal e o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal, ambas aprovadas entre os anos de 2009 e 2010 (ANDREZZO, 2016).

Em 2005, tivemos a aprovação da Lei Federal 11.108 de 7 de abril de 2005, que dispõe sobre o direito a um acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005). Em 24 de junho de 2011, através da portaria nº 1.159, foi criada a Rede Cegonha, com o objetivo de estimular um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, organizar a Rede de Atendimento Materno Infantil, garantir melhorias na cobertura e acesso ao pré-natal, parto e pós-parto, reduzir a mortalidade materna e infantil, respeitando à diversidade cultural, étnica e racial (BRASIL, 2011).

Em junho de 2013, foi apresentado ao Senado Federal o relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI), que investigou situações de violência contra as mulheres em todo território nacional, afim de apurar denúncias de omissão por parte do poder público na aplicação de leis protegendo as cidadãs em situação de violência (BRITO et al., 2020). Uma das providências da CPMI foi a recepção do dossiê produzido pela organização não governamental Parto do Princípio, intitulado Parirás com Dor. Nesse documento são apresentadas denúncias de violência no parto, principalmente de mulheres negras, indígenas, adolescentes, de baixo nível de escolaridade e classe social (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).⁷

Em alguns estados brasileiros conseguimos caminhar para avanços no que se refere ao reconhecimento da Violência Obstétrica e suas tipificações. A exemplo disso

⁷ No Capítulo dos Resultados e Discussão aponto um resgate dessas políticas públicas, fazendo um comparativo entre a conjuntura política mais favorável à construção de políticas públicas voltadas para os direitos sexuais e reprodutivos, nos Governos de Lula e Dilma e o processo de retrocessos, a partir da conjuntura que se estabeleceu com o Golpe de 2016, até o atual Governo Bolsonaro.

temos como pioneira a cidade de João Pessoa, na Paraíba, que sancionou a lei 13.061/2015, que dispõe sobre medidas de informação à mulher em todo ciclo gravídico-puerperal sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal e proteção da mesma contra a VO (JOÃO PESSOA, 2015). A cidade de Vitória da Conquista, na Bahia, foi a segunda cidade brasileira a sancionar lei que versa sobre a VO, a Lei 2.228/2018, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à saúde da parturiente contra a violência obstétrica (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2018).

O Distrito Federal apresenta legislação que nomeia e tipifica a VO, a Lei 6.144/2018, dispõe sobre a implantação de medidas de informação a mulheres em todo o ciclo gravídico-puerperal sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando a sua proteção (DISTRITO FEDERAL, 2018). Recomenda ainda que situações de VO sejam denunciadas à ouvidoria do SUS quando acontecer na rede pública, à diretoria do hospital e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) quando acontecer na rede privada, ao Ministério Público e à Delegacia da Mulher (idem, 2018).

Em janeiro de 2022, foi aprovado no Estado de Santa Catarina a Lei 18.322/2022 que consolida as Leis que dispõem sobre as Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Em seu texto, aborda o que vem a considerar a VO e descreve suas tipificações, enfatiza a elaboração de cartilha educativa com informações às gestantes para que saibam identificar a VO (SANTA CATARINA, 2022).

Até o presente momento, temos apenas duas cidades, um estado e o Distrito Federal que apresentam leis que tragam de forma direta em seus textos o reconhecimento da Violência Obstétrica e suas tipificações. No entanto, pelo fato de serem leis municipais e estaduais, nenhum desses textos apresentam sanções que podem ser aplicadas para quem cometer tal infração.

Em seu estudo, Marques (2020) faz um apanhado dos Projetos de Lei (PLs) que tramitam no Congresso Nacional brasileiro sobre a VO, foram encontrados um total de dez PLs que dispõem sobre a temática. Com exceção de um projeto que propõe cesariana eletiva como possibilidade de livre escolha, todos os demais trazem em consonância com movimentos sociais e demais leis estaduais e municipais, definições sobre o que vem a considerar VO, suas tipificações e preveem sanções para quem cometer tais infrações. Isso demonstra que o Parlamento brasileiro possui

embasamento suficiente para pautar a temática da VO e oferecer respaldo jurídico necessário, contribuindo para o combate e criminalização dessa forma de violência.

A lacuna legislativa federal no que se refere à Violência Obstétrica, acaba permitindo um afrouxamento da fiscalização, não responsabilização dos/as profissionais por tais atos, mas sim é dada às mulheres e pessoas com útero, possíveis vítimas de VO, a responsabilidade individual em procurar seus direitos e realizar denúncias aos órgãos competentes. Somado a isso, temos um movimento de apagamento e naturalização da VO, de forma intencional, por parte do atual Governo Federal e do Ministério da Saúde, como ficou evidente a partir do despacho SEI/MS - 9087621 de 03 de maio de 2019 do Ministério da Saúde sobre o não uso do termo Violência Obstétrica, documento esse que norteia os desdobramentos dessa Dissertação.

5 METODOLOGIA

“A pesquisa é sempre um ato criativo, resultante de uma construção artesanal, pois requer escolhas de matrizes teóricas e arranjos metodológicos que vão compor o caminho da investigação e análise.” (ARAGAKI et al., 2014, p. 229)

Essa pesquisa foi desenhada a partir da perspectiva qualitativa que, de acordo com Minayo (2008), esse campo de pesquisa propõe a imersão no universo das experiências do senso comum, possibilitando a interpretação e reinterpretação pelos sujeitos que as vivenciam. Como base teórica para guiar os caminhos da construção metodológica, trazemos as inspirações do Construcionismo Social.

5.1 PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA

Antes de situar metodologicamente os caminhos da minha pesquisa, penso ser importante pontuar sobre o processo de desconstrução como pesquisadora que pude vivenciar a partir da imersão nas atividades do mestrado, mais especificamente a partir dos estudos e discussões desenvolvidos no Núcleo Feminista de Pesquisas sobre gênero e masculinidades – GEMA da Universidade Federal de Pernambuco. Foi a partir da minha inserção neste núcleo que pude ter o primeiro contato com a abordagem Construcionista e, ampliar minha forma de olhar para o fazer pesquisa e o campo a ser estudado e pesquisado.

A perspectiva Construcionista nos convoca a repensarmos nossa própria compreensão que temos sobre pesquisa, entendendo-a como uma prática social, a partir de um posicionamento reflexivo e crítico da/o/e pesquisador/a/e, como aponta Mary Jane Spink e Vera Menegon (2013). Surge a partir de um movimento de reconfiguração da visão do que se considera Ciência e o direcionamento desta em busca de uma verdade absoluta.

Mary Jane Spink e Rosy Mary Frezza (2013), nos situa que por volta da década de 1950, tínhamos uma Psicologia voltada para práticas científicas pouco críticas, pensando a Ciência como um fazer pautado pela demonstração empírica de cunho experimental e generalização de resultados. A Psicologia, na sua busca pela concretização de tornar-se científica, apoiava-se na busca de compreender, prever e controlar o comportamento de homens e outros animais (idem, 2013).

A Psicologia Social pensada nesse período, tinha forte influência do positivismo, focada numa prática individualista e nos experimentos em laboratório. O reflexo de uma hegemonia norte-americana, a qual exerceu “uma pressão contínua no sentido da incorporação do individualismo e do cientificismo na Psicologia Social e, como consequência, a resistência às inovações” (SPINK; FREZZA, 2013, p.6).

Indo na contramão do que se construía no campo da Psicologia Social até o momento, por volta da década de 1970, começaram a se fortalecer críticas a esse modelo. O Construcionismo portanto, se lança ao estudo da produção de sentidos, buscando responder à pergunta: como damos sentido ao mundo que vivemos?, para o modelo mais tradicional da Psicologia Social, a expressão dar sentido ao mundo, não fazia parte do seu projeto, uma vez que se considerava esse lugar pouco objetivo e longe de caber num método experimental (SPINK; FREZZA, 2013).

Embora focando-se na Psicologia Social, o Construcionismo foi pensado desde seu início a partir de uma proposta interdisciplinar. Essa perspectiva passa a estabelecer uma conexão com a História, com a Antropologia e com a Filosofia, como forma de concretizar-se numa proposta metodológica. Na Filosofia, esse movimento surge como uma reação ao Representacionismo, na Sociologia do Conhecimento, busca uma desconstrução da retórica da verdade absoluta e na Política, procura o fortalecimento e protagonismo de grupos socialmente marginalizados (SPINK; FREZZA, 2013).

Reconhecer a dimensão política do conhecimento, juntamente com o processo de desconstrução da retórica da verdade, são elementos que foram imprescindíveis para a emergência do Construcionismo Social. Mary Jane Spink e Benedito Medrado (2013), nos apontam que as posturas construcionistas relativas à produção do conhecimento, somam-se aos processos de denunciar as relações opressivas que se desenham no interior do campo científico.

No fazer investigativo construcionista existe a preocupação de explicitar processos por meio dos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo em que vivem, de uma forma ou de outra, essa discussão dialoga com a teoria do conhecimento (SPINK, 2010). Essa perspectiva nos impulsiona a abdicar de tomar a mente como um espelho do mundo como forma de conhecimento e adotar a posição de que o conhecimento é algo que não se faz sozinho, que é resultante da socialização do conhecimento por meio de práticas sociais e não por meio do que eu apreendo do mundo (SPINK, 2010).

De acordo com Spink e Frezza (2013), o Construcionismo considera que a dicotomia sujeito-objeto são construções que precisam ser problematizadas e tomados, ambos, como construções sociais. “Sendo o conhecimento uma construção social, é o conhecimento socialmente produzido que constrói ambos.” (SPINK, 2010, p. 10). Ainda, as autoras apontam que a realidade, para muitos pensadores do Construcionismo, só se torna possível através da nossa apreensão dela, o que ocorre por meio dos processos de objetivação, dentre os quais se encontram: categorias, convenções, práticas e linguagem. A partir disso, damos sentido ao mundo, o que é inevitável e faz parte de nossa condição humana (SPINK; MEDRADO, 2013).

Partindo dessas compreensões quanto à construção do conhecimento, a perspectiva Construcionista no campo da Psicologia Social, tende a focalizar o momento da interação e os processos de produção de sentido da vida cotidiana, compreendendo que o conhecimento é algo construído pelas pessoas a partir de suas relações (SPINK; FREZZA, 2013). Diferentes de outras abordagens, o Construcionismo Social não considera que os mecanismos do pensamento se limitam apenas a complexas estruturas de neurônios e suas conexões nervosas, mas sim, compreende, sem desconsiderar a importância das estruturas biológicas, que o pensamento também abrange outras ferramentas, como por exemplo, a linguagem, considerada como produção social (idem, 2013).

Desta forma, podemos compreender que a investigação científica que ancora-se no fazer Construcionista, transfere o locus da explicação do conhecimento como sendo algo interno à mente, para a exterioridade da interação humana (SPINK; FREZZA, 2013). Para Spink e Medrado (2013), as práticas discursivas configuram um caminho para a compreensão da produção de sentidos no cotidiano e representam o principal foco de análise da abordagem Construcionista.

Dentro dessa base teórico-metodológica, faz-se necessário assumirmos uma postura crítico-política, nos libertando da premissa de que algo é instituído ou essencializado. O que distingue a pesquisa construcionista das demais é a ideia de que qualquer fenômeno social não é determinável pela natureza das coisas, não é inevitável (SPINK, 2010). Embora toda pesquisa construcionista parta do estranhamento daquilo que nos é familiar e socialmente instituído, precisa ser desenvolvida a partir do compromisso com a transformação social (SPINK, 2010).

O estudo da produção de sentidos, a partir das práticas discursivas, emerge de diversos aspectos do contexto histórico, pois é esse o solo que lhe dá sustentação e

possibilita seus desenvolvimentos (SPINK; FREZZA, 2013). A perspectiva construcionista propõe que a produção de sentidos é potente e inevitável na vida em sociedade e busca compreender como se dá sentido aos fenômenos do nosso cotidiano, fazendo com que novos horizontes se abram e novos olhares sejam considerados.

Partindo desta perspectiva, esta dissertação realizou a análise de documentos de domínio público, mais especificamente notícias de jornais. Lenise Borges e Flávia Ribeiro (2014) consideram que os meios midiáticos, especialmente os jornais impressos, fornecem uma visibilidade peculiar, uma vez que levam informações para pessoas nos mais diversos contextos e rompem com barreiras de espaço e tempo, influenciando o rumo dos acontecimentos. Podemos ampliar essa perspectiva para os jornais online e para as redes sociais, uma vez que a internet ocupa hoje um lugar de grande acessibilidade e rápida divulgação de informações.

Peter Spink (2013), nos explicita que os textos jornalísticos nos proporcionam novas configurações de produção de sentidos, tornando mais visível esta dinâmica de produção. Por serem documentos de domínio público, ao serem publicados, tornam-se acessíveis e, conseqüentemente, disponíveis a leituras, releituras, interpretações e questionamentos, tornam-se assim, pertencentes ao espaço público. Borges e Ribeiro (2014), reiteram que ao adotarmos a perspectiva construcionista no processo de análise discursiva sobre produções de mídia, focalizamos nos processos através dos quais as pessoas explicam ou descrevem o mundo em que estão inseridas.

A análise discursiva de textos midiáticos evidencia a importância das práticas discursivas para compreender os sentidos produzidos em documentos de domínio público. “Ao acompanhar a interanimação dialógica em textos jornalísticos, podemos dimensionar sua função na produção social na disputa de diferentes atores nas construções dos fatos sociais” (BORGES; RIBEIRO, 2014, p. 203).

O cenário midiático é marcado pela presença de diferentes posicionamentos que são publicizados no registro social, possibilitando que as pessoas se apropriem dos componentes linguísticos que são construídos no discurso jornalístico (BORGES; RIBEIRO, 2014). A mídia funciona como uma poderosa fonte de produção e circulação de práticas discursivas, fazendo propagar possibilidades de ressignificação, retificação e/ou reforçamento de concepções hegemônicas sobre problemáticas sociais distintas (idem, 2014).

Como já exposto anteriormente, o objetivo desta pesquisa foi o de observar o incidente crítico do Despacho Ministerial sobre o veto do uso do termo Violência Obstétrica disparado pelo Ministério da Saúde, em maio de 2019, e analisar os efeitos discursivos a partir de sua repercussão nos jornais. Dolores Galindo (2002), chama de incidente crítico quaisquer eventos da vida cotidiana que possam ilustrar aspectos que se deseja investigar, funcionando como possibilidades de micro-análises que nos permitem olhar para processos de construção de sentidos de um dado fenômeno.

Tais eventos rompem com um contexto que parecia habitual, convencionado, até o momento, dando visibilidade aos jogos de disputa entre as vozes que irão compor tal situação, tornando nítidas as visões de mundo que cada uma carrega (GALINDO, 2002). Dolores Galindo e Renata Rodrigues (2014), afirmam que um incidente crítico nos direciona a um complexo emaranhado de contestações, mobilização de atrizes e atores, derivações de fatos científicos, expondo a complexidade que está em jogo.

Segundo Galindo e Rodrigues (2014) podemos encontrar os fundamentos para a definição da noção de incidentes críticos nos estudos de Bruno Latour sobre controvérsias e de Michel Foucault. As autoras consideram ainda que, que um incidente crítico é produzido a partir de documentos, agindo sobre os mesmos e dando margem à adoção de processos nos quais interlocutores participam ativamente de sua delimitação.

Em pesquisas que abordam a análise documental para a composição de incidentes críticos, o documento deve ser considerado um recurso que nos permite investigar relações, conjuntos, unidades e as possíveis discontinuidades que o atravessam (GALINDO; RODRIGUES, 2014). Para essas autoras, um incidente crítico é uma ferramenta metodológica para o estudo de controvérsia, que seria o espaço de disputa pelo status de fato, entre diferentes atores e atrizes, a partir de momentos em que essas vozes ganham visibilidade dentro do debate, havendo circulação de enunciados opostos, rompimento do consenso habitual e exigindo o posicionamento destes.

Galindo (2002), explicita que as controvérsias são momentos importantes de visibilidades das/os/es atrizes e atores sociais e políticos envolvidos num debate, pelo fato de provocarem o campo a partir de sentenças e posicionamentos antagônicos, rompendo o consenso habitual e exigindo posicionamento daquelas/es que se envolvem. Essas controvérsias tornam-se possíveis e visíveis por meio dos incidentes

críticos e definem as posições das/os/es atrizes e atores envolvidas/os/es a partir do que fazem, de que lugares ocupam no debate e que lugar as/os/es outras/os/es atrizes e atores lhe atribuem nesse campo de discussão a partir de suas estratégias argumentativas.

Esta compreensão de controvérsia inspira-se na Teoria Ator-Rede (TAR), pensada por Bruno Latour, que ancora-se na Sociologia do Conhecimento e preocupa-se com a construção do conhecimento científico (GALINDO, 2002). Desta forma, os incidentes críticos constituem uma espécie de “porta-de-entrada” para a descrição de controvérsias.

A observação e descrição dessas controvérsias carrega como objetivo ampliar as possibilidades de problematizar um campo de disputa gerado a partir de um incidente crítico (GALINDO; RODRIGUES, 2014). Desta forma, esta dissertação se propõe a evidenciar quais as disputas envolvidas em torno do debate da Violência Obstétrica.

5.2 SOBRE LENTES: Posicionamentos Epistemológicos

Em umas das orientações que vivenciei ao longo do mestrado, meu orientador Jorge Lyra, me trouxe algo que fez muito sentido desde então, que todo o meu processo de construção desse texto se dá a partir de alguma perspectiva, fez então a analogia às lentes de um óculos, em que através delas podemos ter um olhar mais nítido sobre algo que estamos nos lançando a olhar. Sendo assim, as lentes com as quais me lanço em todo o processo de realização desta dissertação, desde a escolha do campo-tema, passando pela definição dos caminhos metodológicos e processo de escrita deste texto, são as lentes do feminismo interseccional.

Situo-me como uma mulher negra, posicionada como parda, feminista, mãe, trabalhadora, acadêmica que se lança ao fazer investigativo e que constrói pesquisas não meramente sobre outras mulheres, mas com outras mulheres, reconhecendo-me como parte desse processo e desviando-me de qualquer tentativa de neutralidade e distanciamento puro entre pesquisadora e pesquisada. A minha história legítima a partir de que perspectiva lanço o meu olhar sobre o mundo e os fenômenos, uma vez que sou atravessada pelos marcadores de gênero, raça e classe, o que me convoca a me posicionar diante dos acontecimentos. Na pesquisa acadêmica seria incoerente não fazer o mesmo.

Os atravessamentos são importantes para potencializar o envolvimento com a pesquisa e com o campo a que proponho investigar, promovendo a realização de pesquisas situadas socialmente e historicamente. No entanto, é crucial exercitar a distinção entre o que me é familiar e me atravessa e o que será produzido como conhecimento científico. Mary Spink (2010) chama esse fazer de estranhamento. A autora afirma que podemos partir do que nos é familiar e, a partir do estranhamento, construir o fazer científico.

Diante disto, considero que o conhecimento científico e o senso comum não são excludentes, mas sim mutuamente implicados. Penso que construir ciência a partir dessa concepção é um fazer político, uma vez que em toda nossa construção histórica fomos interpeladas/os a pensar e naturalizar que existia apenas um lado da história, como afirma Chimamanda Adichie (2009), o lado eurocentrado, cisheteropatriarcal, capitalista e tudo que fugisse dessa norma não era considerado saber e fazer científico.

Para bell hooks⁸ (1995), a supremacia branca somada ao patriarcado capitalista, atua para negar às mulheres, sobretudo às mulheres negras, a oportunidade de seguir a vida intelectual, sendo interdita a elas esse lugar. Nesse modo de fazer científico, as mulheres eram invisibilizadas nos discursos hegemônicos, destinando a elas muito mais o lugar de objeto de estudos, sobretudo no século XIX.

Carla Akotirene (2019), nos aponta o conceito de interseccionalidade como possibilidade de posicionamento epistemológico e político na investigação científica. Para a autora, tal conceito é pensado por feministas negras que reivindicam um lugar de visibilidade que não é observado e abrangido nem pelo feminismo branco, nem pelo movimento antirracista, que de maneira geral traz o enfoque para o homem negro.

Para Akotirene (2019), a interseccionalidade funciona como um sistema interligado de opressão, em que nos permite enxergar a coalisão entre gênero, raça e classe, nos dando instrumentalidade teórico-metodológica para compreendermos os fenômenos. Ela ainda afirma que o que se produz nesse campo discursivo abrange e precisa ser apreendido por lésbicas, bissexuais, transexuais, gays, pessoas com deficiências, indígenas, pessoas que vivenciam religiões de matriz africana e

⁸ O nome da autora é empregado em letra minúscula como uma prática da mesma, que adotou um posicionamento político contrapondo-se a convenções acadêmicas e linguísticas, como forma de trazer o enfoque para o seu trabalho e não para a sua pessoa.

trabalhadoras/es, uma vez que não se pode mais negar e invisibilizar as heterogeneidades desses grupos vítimas de múltiplas coalizões, como capacitismo, intolerância religiosa, cisheteropatriarcado e capitalismo (AKOTIRENE, 2019).

Kimberlé Crenshaw (2002), uma das pioneiras na discussão sobre interseccionalidade, nos aponta que já é amplamente aceito que mulheres vivenciam o sexismo de formas diferentes, da mesma maneira que homens e mulheres não vivenciam o racismo igualmente. No entanto, ainda estamos no início da caminhada para entender as concretas circunstâncias pelas quais esses fenômenos acontecem, em nível global.

Para esta autora, denominar e difundir o conceito de interseccionalidade, surge com a proposição de expressar as experiências das pessoas, mas também de expandir os parâmetros conceituais dos discursos nos tratados internacionais existentes. Ela ainda afirma que,

o problema interseccional não está simplesmente no fato de não abordar um único tipo de discriminação de forma completa, mas no fato de que uma gama de violações de direitos humanos fica obscurecida quando não se consideram as vulnerabilidades interseccionais de mulheres marginalizadas e, ocasionalmente, também de homens marginalizados (CRENSHAW, 2002, p.178).

Crenshaw (2002), denomina algumas práticas direcionadas, sobretudo às mulheres negras, que se configuram como modos de opressão interseccionais e que violam a dignidade dessas mulheres. Dentre essas práticas, quero trazer o destaque, devido à aproximação com o campo-tema desta dissertação, para a propaganda racista e sexista que racionaliza a agressão contra elas, o que por muitas vezes culmina em violência sexual, invisibilizando os discursos dessas mulheres, colocando-as, devido ao que se propaga socialmente, numa condição de que de alguma maneira consentiram.

Essa propaganda sexualizada direcionada às mulheres negras, também contribui para uma subordinação de seus corpos em relação ao Estado, especialmente em contextos relacionados às políticas reprodutivas e de controle populacional. Esterilização em massa, controle forçado da natalidade, desestímulo da gravidez, são exemplos de posicionamentos baseados numa imagem de mulheres sexualmente indisciplinadas e em falta de condições de procriar devido à pobreza, o

que pode ser enquadrado como discriminação interseccional, uma vez que se baseiam em estereótipos raciais e de classe (CRENSHAW, 2002).

Corroborando com a autora, destaco que essa forma de opressão também contribui para a naturalização de práticas violentas de mulheres, sobretudo negras e pobres, no cenário de gestação, parto e pós-parto e em situações de abortamento. Para Crenshaw (2002), dar visibilidade a essas problemáticas requer uma análise contextual que aconteça de baixo para cima, ou seja, que comece com o questionamento de como as mulheres vivem suas vidas.

Crenshaw (2002), afirma que é importante descobrir como as políticas e outras práticas da vida cotidiana, moldam a vida de mulheres que são marginalizadas, diferentemente de como moldam a vida de outras mulheres que não estão expostas às mesmas coalizões de opressão. Para isso, a autora destaca que se faz necessário lançarmos esforços como pesquisadoras e pesquisadores para examinarmos especificamente as experiências das mulheres marginalizadas.

5.3 COMO “CATADORA PERMANENTE”: Produção de informações

Peter Spink (2013) nos alerta para a necessidade de ampliação dos nossos métodos de investigação para além dos instrumentos clássicos, apontando que, assim como nas entrevistas, a produção de sentidos no material discursivo documental também acontece. Assumindo a posição de “catadores permanentes” (SPINK, 2004, p. 113), nos abrimos às possibilidades do que arquivos diversos como jornais, revistas, publicidades, anúncios, possam nos oferecer como meios de produzirmos sentidos sobre nosso campo-tema.

Para alcançar os objetivos propostos, foram utilizadas como estratégias de levantamento de informações de notícias jornalísticas veiculadas com a temática de Violência Obstétrica, essa busca foi realizada no período de 04 a 10 de agosto de 2021. Para as buscas nos sites dos jornais, utilizamos como marco temporal o período de 2 meses, sendo o seu início em 3 de maio de 2019, dia em que o Despacho SEI/MS – 9087621 foi publicado, e seu término em 3 de julho de 2019.

Iniciando o processo de levantamentos das informações, definimos o descritor “violência obstétrica” para inserir nas buscas dos sites dos jornais de grande circulação nacional, sendo a Folha de S. Paulo, o Estadão, Correio Braziliense, O

Globo e dois jornais de grande circulação no estado de Pernambuco, que foram o Jornal do Commercio e Diário de Pernambuco, delimitando o período de busca como já colocado acima. A escolha por estes jornais e não por outros se deu pela popularidade dos mesmos e pelo fato de alguns deles funcionarem como agência de notícia para jornais menores (Spink et al, 2001).

A partir desse primeiro levantamento constatamos que a Folha de S. Paulo foi o jornal que mais pautou a temática dentro da janela de tempo delimitada, com um total de 12 notícias encontradas. O jornal Estadão veiculou um total de 3 notícias, o Diário de Pernambuco publicou 4 matérias sobre a temática e os demais jornais citados não tiveram nenhuma publicação no marco temporal estabelecido. Sendo assim, definimos que trabalharíamos apenas com o material encontrado na Folha de S. Paulo, devido a quantidade de matérias relacionadas à temática.

5.4 MAPEANDO AS TEIAS DE REFERÊNCIAS: Filtragem das informações encontradas

Galindo e Rodrigues (2014) apontam que observar e descrever as controvérsias são duas ferramentas essenciais no mapeamento das mesmas e que esse processo se dá a partir de algumas etapas, a primeira delas seria o “mapeamento das teias de referências, mostrando como os discursos dispersos são tecidos na literatura” (idem, 2014, p.170). Inspiradas nessa ideia, realizamos o processo de organização das matérias encontradas na Folha de São Paulo, as organizamos numa tabela descrevendo sua autoria/editoria⁹, título e data em que foi publicada (Quadro 1).

Optamos por realizar uma nova filtragem das matérias, considerando o incidente crítico do despacho do Ministério da Saúde. Desta forma, após leitura de cada uma, percebemos que duas delas faziam referência ao termo violência obstétrica, no entanto, em seu escopo não traziam a contextualização ao acontecimento em questão.

⁹ A Folha de São Paulo disponibiliza, no caráter de matéria, as opiniões das/os/es leitoras/es que são assinantes do jornal, essa sessão vem veiculada como Painel do Leitor e aborda as principais opiniões sobre matérias que foram publicadas ao longo da semana. Esse espaço também foi escolhido como conteúdo de análise pelo fato de abordarem claramente as controvérsias em torno da temática.

Sendo assim, foram selecionadas 10 matérias, que foram publicadas entre 7 de maio a 10 de junho de 2019. Das matérias selecionadas, quatro se apresentam na sessão Painel do Leitor, três na coluna Cotidiano, de autoria da Natália Cancian, uma da coluna da autora Tati Bernardi, uma da coluna Viva Bem, de autoria da Fernanda Pereira Nevez e uma da coluna Opinião, de autoria da Mariana Mesquita e Ana Cristina Duarte.

5.5 NAS TRAMAS DAS CONTROVÉRSIAS: IDENTIFICANDO ATRIZES E ATORES

Seguindo um caminho metodológico, Galindo e Rodrigues (2014), nos sugere que em análise de controvérsias faz-se necessários partimos da literatura para as/os/es atrizes e atores, observando a rede de relações que configuram as declarações controversas. Para esse processo é importante que levemos em consideração o que se apresenta como conexões para além dos discursos textuais. “Em controvérsias, as afirmações, além de serem ligadas a outras reivindicações, são sempre parte de redes maiores que compreendem todos os actantes [atores e atrizes] envolvidos” (VENTURINI *apud* GALINDO E RODRIGUES, 2014, p.169).

Nesse momento da pesquisa, passamos a nos debruçar sobre cada matéria em específico no intuito de identificar as vozes que estavam ocupando um espaço de fala. Após leitura minuciosa, foram identificados cada atriz e ator que compõe essa trama posicionamento e disputa. Na teoria ator-rede (TAR) de Latour, segundo Galindo e Rodrigues (2014), as atrizes e atores compõem redes heterogêneas que moldam e são moldadas/os/es por relações, a partir disso, nosso trabalho como pesquisadora/r/re é a incessante tarefa de amarrar e desamarrar as ligações entre essas redes.

Organizamos todas as informações em um quadro (Quadro 2), separando por matéria e identificando cada atriz e ator e respectiva instituição que está representando no texto. Dentre as matérias selecionadas, foram identificadas/os as/os seguintes atrizes e atores: Ministério da Saúde, representando o Governo Federal; Sônia Lansky, coordenadora regional da pesquisa Nascer no Brasil – Fiocruz; Débora Diniz, do Instituto Anis; Ademar Augusto, representando o Conselho Federal de Medicina; Aguinaldo da Silva, da Febrasgo - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Linduina Albuquerque, da Associação Cearense de

Ginecologia e Obstetrícia; Raphael Câmara, do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro; Krikor Boyaciyán, como sociedade civil; Simone Diniz, professora da USP; Tati Bernardi, colunista da Folha de São Paulo; Romeu Mehej, como sociedade civil; Mario Jorge Tsuchiya, do Conselho Regional de Medicina de São Paulo; Mariana de Mesquita, estudante da USP; Ana Cristina Duarte, representando o SIAPARTO; Conselho Nacional de Direitos Humanos; e Erno Harzheim, como representante da Atenção Básica do Ministério da Saúde.

5.6 OBSERVANDO AS CONTROVÉRSIAS: Sistematização dos discursos envolvidos no incidente crítico

Essa etapa compreende a sistematização das falas das/os/es atrizes e atores envolvidas/os/es na teia de construções discursivas sobre o incidente crítico em questão. Galindo e Rodrigues (2014), nos sugere que após a identificação das vozes que tecem a trama discursiva, faz-se importante o rastreamento das declarações, ações e reações envolvidas, mas não só isso, é preciso também nos estendermos aos significados que as/os/es envolvidas/os/es atribuem às controvérsias.

Desta forma, organizamos os posicionamentos das/os/es atrizes e atores que apareceram por matéria selecionada, de forma que evidenciasse o jogo de disputas envolvido em torno da temática central. Podemos considerar, portanto, essa etapa de sistematização o processo último para que a análise das informações seja realizada.

Os discursos foram dispostos em quadros (Quadros 3 a 12), sendo cada um destinado a uma matéria, organizada por título da matéria, data em que foi publicada, editoria, atrizes e atores envolvidas/os/es e os argumentos de cada um/a.

5.7 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES À LUZ DOS REPERTÓRIOS LINGUÍSTICOS

Diante de como pensamos o desenho desta pesquisa, o processo de levantamento e análise das informações deu-se de forma paralela e dependente, de maneira que uma não caminhou sem a outra. As costuras de ambas compuseram uma rede de sentidos a respeito do campo-tema que nos propomos a mergulhar (SPINK, 2003).

A organização das informações por matérias, identificação das/os/es atrizes e atores e organização dos discursos, já se trata de um caminho de análise. Para Mary

Jany Spink e Helena Lima (1999), a noção de rigor metodológico a partir de um olhar construcionista, relaciona-se à elucidação dos passos da pesquisa e visibilidade que a pesquisadora ou o pesquisador dá ao processo interpretativo, possibilitando assim meios viáveis para que o passo a passo do estudo possa ser percorrido, para que os métodos utilizados na pesquisa sejam utilizados em outros cenários, entendendo-a, portanto, como prática social.

A análise das informações desta pesquisa aconteceu à luz dos Repertórios Linguísticos sugerido por Medrado (1998) e Sérgio Aragaki et al. (2014), o qual carrega como objetivo entender como os fenômenos psicossociais se organizam, trazendo consigo a premissa de que existem campos de conhecimento, sem fazer, necessariamente, distinção entre o que é conhecimento científico e o que é senso comum, mas levando em consideração a construção deste dentro de um contexto sócio-histórico, considerando-o dinâmico e cheio de sentidos e significados.

É importante destacar que os repertórios linguísticos são empregados em diferentes situações e estão disponíveis para qualquer pessoa, não levando em consideração a ideia de consenso e sim de variabilidade, onde pessoas ou grupos sociais adotam discursos que podem variar a partir do tempo e do contexto histórico e social que se encontrarem (MEDRADO, 1998).

Aragaki et al. (2014), elucida que o estudo de repertórios possibilita dar visibilidade aos sentidos que vão sendo construídos a respeito de um determinado tema. Por meio da análise das unidades de construção, podemos acessar como os argumentos vão sendo construídos, bem como a maneira como esses repertórios contribuem na produção de práticas nos diferentes saberes e fazeres.

Medrado (1998), enfatiza que os tipos de repertórios encontrados a partir da análise das informações não são excludentes, no entanto, evidencia uma tensão no discurso que faz com que “na construção de uma argumentação, aquele que produz a mensagem busca obscurecer a contradição construindo uma harmonia no discurso de modo a defender ou refutar uma proposição” (idem, 1998, p. 57).

Nesta pesquisa centramos nosso estudo no jogo de disputas e posicionamentos entre atrizes e atores que fizeram parte do campo em questão, observando as relações de poder que as/os atravessam, assim como os diferentes sentidos presentes sobre a temática da Violência Obstétrica que colaboraram para nortear a discussão de distintas versões de realidade.

5.8 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Após a leitura minuciosa das 10 matérias selecionadas e construção dos quadros de análise para cada matéria, como já descrito acima, partimos para a organização das informações estabelecendo as categorias de análise das informações produzidas. Desta forma, a partir da organização dos dados realizada no estudo de Jorge Lyra e Benedito Medrado (2012), nos inspiramos para construir o material de análise desta pesquisa.

A análise e discussão das informações foram organizadas em três eixos: Identificação das/os/es atrizes e atores e que lugar representam; Repertórios Linguísticos sobre a Violência Obstétrica; Cenário de alianças e disputas das narrativas.

Esses eixos de análise sintetizam as falas trazidas pelas diversas pessoas que se envolveram no debate e que representam não apenas posicionamentos individuais e sim, posicionamentos de instituições. Por se tratar de uma pesquisa se debruça no Construcionismo Social como norte teórico-metodológico, os resultados encontrados surgiram a partir da imersão em todo conteúdo de análise, sem que esses dados fossem inseridos em categorias e classificações previamente definidas pela pesquisadora, sendo um processo de categorização não impositivo (SPINK; LIMA, 2013).

Ao todo das 10 matérias selecionadas, foi possível identificarmos 15 atrizes e atores que se posicionaram de formas diversas frente ao incidente crítico. Isso nos possibilita considerar que as mídias jornalísticas são uma rede heterogênea em que são presentificadas diversas produções de sentido (BORBES; RIBEIRO, 2014).

As autoras ainda afirmam que os jornais funcionam como pontos de acesso que possibilitam que a sociedade construa vínculos, uma vez que são responsáveis por traduzir conceitos e problemáticas para seus interlocutores, utilizando-se de mediadores que facilitem a transmissão e criem elos de confiança com as pessoas. Ao fazer isso, as mídias geram tensionamento entre seus mediadores, reforçando ou não determinados argumentos, presentificando-se como vozes de autoridade (BORGES; RIBEIRO, 2014).

Ao nos debruçarmos sobre o material de análise, nos ficou evidente o campo de disputa que existe em torno da temática da Violência Obstétrica e como o discurso médico-centrado prevalece em toda a narrativa. Borges e Ribeiro (2014), nos explicita

que ao acompanharmos os tensionamentos presentes nos textos da mídia jornalística, podemos perceber a importância das práticas discursivas e dimensionar sua função social na disputa de diferentes atrizes e atores nas construções dos fatos sociais.

5.9 QUESTÕES ÉTICAS

Por se tratar de uma pesquisa com documentos midiáticos, não se fez necessário a submissão para apreciação e aprovação do Comitê de Ética. No entanto, julgamos ser importante apontar algumas reflexões quanto ao processo ético em pesquisa no campo das Ciências Humanas.

O posicionamento teórico e metodológico a partir de uma perspectiva Construcionista, nos provoca a assumirmos uma postura de não neutralidade e de reflexão sobre os efeitos que estas pesquisas produzem. Sendo assim, Mariana Cordeiro et al. (2014) pensando como os processos da pesquisa se constroem, descrevem que uma postura construcionista de fazer pesquisa nos lança a fazer questionamentos como: Por que e para que fazemos pesquisa? A serviço de que/quem estamos trabalhando? Quais implicações nossa pesquisa trará para a vida das pessoas que se envolveram nela? O que queremos transformar, de forma concreta, com o conhecimento que estamos produzindo?

Todas essas questões nos remetem a uma reflexão ética sobre a nossa própria produção. May Jane Spink (2000), aborda a ética como uma ciência que traz como objetivo o julgamento sobre os atos que consideramos como bons ou maus, entendendo que essas concepções do que vem a ser bom ou mau são construídas social e historicamente.

Cordeiro et al. (2014), referem que a ética é comumente usada para se referir a valores, costumes e obrigações que se destinam às pessoas membras de um grupo social e de uma sociedade. Spink (2000), nos descreve duas perspectivas para as quais podemos entender ética, que seria a prescritiva e a dialógica.

Na ética prescritiva temos a materialização das normas, códigos e resoluções. Nessa perspectiva, por exemplo, existe a necessidade de normatizar e garantir o cumprimento dos deveres éticos quando realizamos pesquisas com seres humanos (CORDEIRO et al., 2014). No Brasil, temos a regulamentação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que a partir da Resolução nº 466/12, sendo atualizada

posteriormente pela Resolução de nº 510/16, dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que envolvam seres humanos.

Tais Resoluções, visam o assegurar os direitos e deveres da comunidade científica, das/os/es participantes da pesquisa e do Estado. Para Débora Diniz (2008), essas resoluções do CNS visam o controle social, no entanto aponta a crítica de que, mesmo esses documentos indicando importantes avanços para o campo da ética em pesquisa, ainda estão embasados em modelos estritamente biomédicos, que acabam por reproduzir ações disciplinares que se distanciam das práticas investigativas das Ciências Humanas e Sociais.

Spink (2000), nos descreve que a ética dialógica pode ser entendida a partir de um caráter de abertura, de contestação, que pode ser tratada em sua multiplicidade de versões que estarão ora em disputa, em tensão, ou podem estar aliançadas pela necessidade de respostas frente a uma questão do cotidiano. No entanto, a autora nos alerta para o cuidado de que quando aceitamos uma postura ética relativista, não cairmos no engodo de considerarmos que toda prática é eticamente aceitável.

Concordo com Cordeiro et al. (2014), quando descrevem que ao aceitarmos uma ética dialógica, convergimos para o entendimento da mesma ser entendida não apenas como uma prescrição, uma norma, mas como algo que é construído em conjunto, em constante negociação, por diferentes vozes. Isso não significa dizer que não existe o rigor científico que a pesquisa exige, “mas implica pensar a questão de um modo diferente daquele a que estamos habituados” (CORDEIRO et al., 2014, p. 44).

Desta forma, mais do que obedecermos às normas e procedimentos que os Comitês de Ética nos coloca, faz-se necessário questionarmos quais os efeitos que as nossas pesquisas produzem. Ou seja, é preciso refletirmos sobre a realidade que queremos contribuir com a transformação das nossas práticas como pesquisadoras e pesquisadores.

Cordeiro et al., (2014), nos provocam ao afirmar que precisamos aceitar as escolhas que fazemos em pesquisa, como escolhas políticas, que produzem um efeito na realidade, como uma prática que interfere em outras práticas. Portanto, aqui neste texto, mesmo falando do lugar das mídias como fonte de informações, essas informações são sobre mulheres, mulheres que experienciam a Violência Obstétrica em seus corpos, é sobre essa realidade que nos lançamos a olhar e provocar transformações.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados está organizada de acordo com as categorias que foram encontradas a partir da análise, a saber: **Identificação das/os/es atrizes e atores e que lugar representam; Repertórios Linguísticos sobre a Violência Obstétrica; Cenário de alianças e disputas das narrativas.**

No entanto, como forma introdutória para a discussão dos resultados coproduzidos, considero ser necessária uma breve discussão sobre a conjuntura política brasileira e sua influência no debate sobre Violência Obstétrica. Afim de compreendermos como foram sendo construídos historicamente os campos de disputa em torno da temática da VO e das políticas de atenção aos Direitos Sexuais e Reprodutivos, a partir das conjunturas políticas que foram se estabelecendo no Brasil.

6.1 CONJUNTURA POLÍTICA BRASILEIRA E SUA INFLUÊNCIA NO DEBATE SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Consideramos que essa discussão precisa partir de todo um processo histórico e político que envolve a discussão da VO. Uma vez que, historicamente, vivemos processos de mais avanços e mais retrocessos a depender de como estão postas as conjunturas políticas naquele momento.

Quando olhamos para as políticas de humanização da assistência à gestação, parto, nascimento e abortamento no Brasil, bem como de Planejamento Familiar, é possível perceber importantes construções e avanços. Esses progressos se deram a partir de duas janelas de tempo importantes, a primeira com a organização dos movimentos de mulheres, de profissionais da saúde no período de redemocratização do país e construção do SUS, e a segunda nos Governos do Presidente Lula e da Presidenta Dilma.

O movimento feminista, na década de 1970, teve fundamental importância na mudança de paradigmas sobre a atenção obstétrica oferecida até então, uma vez que lançava questionamentos sobre direitos reprodutivos e sexuais e também sobre autonomia do próprio corpo (VENDRÚSCOLO e KRUEL, 2016).

Na década de 1980, a partir do fortalecimento da organização social, fomentou-se então movimentos sociais em vários países do mundo que desencadeou debates

sobre a assistência obstétrica humanizada e disseminou a informação de que, na maioria dos países desenvolvidos, estava havendo o questionamento do poder médico e com isso o resgate da assistência ao parto e ao nascimento de baixo risco prestada por Enfermeiras Obstétricas e Parteiras Tradicionais (RISCADO et al., 2016).

No Brasil, é possível observar que a VO já era tema de trabalhos realizados por grupos feministas na década de 1980. O primeiro deles “Espelho de Vênus”, do Grupo Ceres, descrevia explicitamente o parto institucionalizado como uma experiência violenta (DINIZ et al, 2015).

No final da década de 1980, já tínhamos políticas públicas que pautavam a VO como uma questão de saúde pública, O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), reconhecia o tratamento hostil na atenção à saúde das mulheres (DINIZ et al, 2015). Dentre esses acontecimentos, podemos destacar em 1993, a fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), oficializada na Carta de Campinas, que denuncia as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento (CAUS et al., 2012).

Em 1996, fruto da organização dos movimentos feministas e das grandes conferências internacionais sobre Direito Sexuais e Reprodutivos, tivemos a aprovação da Lei do Planejamento Familiar, de nº 9.263/96. Dispõe sobre a assistência à concepção e contracepção; atendimento ao pré-natal, parto e puerpério; controle das doenças sexualmente transmissíveis; e controle e prevenção dos cânceres de útero, de mama, de próstata e de pênis (BRASIL, 1996).

Em 2001, o Ministério da Saúde, como forma de incentivar as boas práticas para o parto e nascimento, baseando-se nas evidências científicas e nas recomendações da OMS, publicou o manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Esse manual, destina-se a promover práticas humanizadas nos serviços hospitalares, incentivando profissionais a estimular as mulheres a participar ativamente das decisões no trabalho de parto, parto e pós-parto (BRASIL, 2001). Essas práticas são reconhecidas como boas na assistência ao parto e ao nascimento e são recomendadas pela OMS desde 1996 (GOMES et al., 2017).

Com o objetivo de ampliar ainda mais a discussão sobre a necessidade de melhoria da atenção a gestantes, parturientes e puérperas, no ano de 2004, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004). Tal documento visa, entre

outras diretrizes, que a humanização deve ser vista como política transversal e universal, contribuindo para a transformação dos modelos de gestão, atenção em saúde e para atender às demandas manifestadas pelos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde (ANDREZZO, 2016).

No ano de 2005, tivemos a aprovação da Lei do Acompanhante, de nº 11.108/2005, que passou a integrar a Lei 8.080/90, como “Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”. A partir da sua promulgação, os serviços de saúde do SUS e da sua rede conveniada, ficam obrigados a permitir a presença de 1 (um) acompanhante, de escolha da mulher, durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

Ainda em 2005, tivemos a divulgação da Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento, produzida pelo Ministério da Saúde, visando a garantia dos Direitos Sexuais e Reprodutivos das mulheres. Se apresenta como um guia para profissionais e serviços de saúde, afim de introduzir novas práticas no acolhimento e na atenção com base nas necessidades das mulheres, buscando assegurar a saúde e a vida (BRASIL, 2005).

Em 2007, foi publicada também pelo Ministério da Saúde, a primeira edição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que depois foi atualizada em 2013 e 2017. Essa política engloba o cuidado com mulheres negras gestantes, parturientes e puérperas, com vistas ao enfrentamento do racismo institucional no SUS, melhoria na assistência e redução da mortalidade materna de mulheres negras (BRASIL, 2017).

No ano de 2008, tivemos a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que ao longo do seu texto enfatiza a importância da conscientização dos homens sobre os deveres e o direito à participação no planejamento reprodutivo. Abordando a paternidade como um direito do homem de participar de todo o processo, desde a decisão de ter filhos ou não, bem como, caso decida tê-los, participar do acompanhamento da gravidez, parto, pós parto e exercício da paternidade (BRASIL, 2008).

A criação dessa política foi de extrema importância para suscitar o debate sobre a paternidade e a importância da participação do homem desde o Planejamento Familiar (ou como denominado naquele período planejamento reprodutivo), até à gestação, parto e pós-parto de suas companheiras. Essa política, somada com

campanhas¹⁰ e pesquisas científicas¹¹, foram os embriões para a criação da Estratégia Pré-Natal do Parceiro, criada pelo Ministério da Saúde em 2018.

Algumas outras políticas têm sido propostas desde então, com o objetivo de mudar o cenário obstétrico brasileiro, como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, a Portaria nº 569/2000 do Ministério da Saúde, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000); o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal de 2004, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna-Infantil no Nordeste e Amazônia Legal e o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal, ambas aprovadas entre os anos de 2009 e 2010 (ANDREZZO, 2016).

Em 24 de junho de 2011, através da portaria nº 1.159, foi criada a Rede Cegonha, com o objetivo estimular um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, organizar a Rede de Atendimento Materno Infantil, garantir melhorias na cobertura e acesso ao pré-natal, parto e pós-parto, reduzir a mortalidade materna e infantil, respeitando à diversidade cultural, étnica e racial.

As ações da Rede Cegonha estavam divididas em quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011). Dentre outras ações, relacionadas a logística, acesso e vínculo com a maternidade, a Rede Cegonha recomendava o incentivo às boas práticas para a assistência, como direito a acompanhante, acesso a métodos para alívio da dor, contato pele-a-pele com o recém-nascido e, institucionalização dos Centros de Parto Normal (ANDREZZO, 2016).

O fortalecimento de outras políticas no SUS também incentivou a melhoria da assistência a mulheres e seus direitos sexuais e reprodutivos. Podemos citar por exemplo, a regulamentação da Política Nacional da Atenção Básica, através da portaria 2.488/2011, que estabelece normas e diretrizes para a organização da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família. Sendo a Atenção Primária

¹⁰ Ênfase em três campanhas nacionais que visaram a discussão sobre paternidade e participação: Campanha “Pai não é visita”, Campanha “Dá licença, eu sou pai” e a Campanha “Paternidade – Desejo, Direito e Compromisso”, todas promovidas pelo Instituto Papai e Gema.

¹¹ HEILBORN, Maria Luiza. **Gravidez na adolescência. Gênero e Sexualidade: Estudo multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil – GRAVAD**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

LYRA, Jorge. **Homens, Feminismo e Direitos Reprodutivos no Brasil: Uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006)**. Tese de Doutorado. Recife: Fiocruz. 263p. 2008.

grande responsável pela cobertura de pré-natal de risco habitual e também pelas ações de planejamento familiar, bem como a distribuição de métodos contraceptivos, devido ao seu caráter territorial e de porta-aberta.

Outra portaria importante de ser citada nesta discussão, é a que regulamenta os Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, de nº 1/2013. Esta portaria estabelece a criação dos Centros de Testagem e Aconselhamento, além de outros serviços, que visam o cuidado e acolhimento de pessoas acometidas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), bem como também realizar orientações sobre planejamento familiar, por meio de equipe multiprofissional.

É inegável que a mobilização dos movimentos sociais de mulheres e de outros movimentos, como o de profissionais da saúde em prol da humanização da assistência, foram de extrema importância para o fortalecimento de políticas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva. O fato de termos mais mulheres em cargos legislativos, também contribuiu para dar visibilidade ao debate sobre os Direitos Sexuais e Reprodutivos no Congresso Nacional e no Senado, provocando tensionamentos importantes.

Outro fator importante que incentivou o debate no campo da assistência ao parto, sobretudo da Violência Obstétrica, foram pesquisas realizadas por instituições como a Fundação Perseu Abramo, em 2010, com a pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”, em que constatou que 1 a cada 4 mulheres sofrem Violência Obstétrica no Brasil (FPA, 2010). Também em nível nacional tivemos o Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, nomeado como “Nascer no Brasil”, realizado pela Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-Fiocruz), nos anos de 2011 a 2012.

Nos últimos 31 anos, a criação do SUS e implementação de políticas públicas, precisam ser evidenciadas como conquistas importantes e fundamentais no aprimoramento da atenção no campo da saúde das mulheres. Mesmo diante de um cenário político mais favorável para a construção das políticas públicas de forma geral, alguns desafios precisam ser superados: as mortes evitáveis de mulheres gestantes, parturientes e puérperas, a criminalização do aborto, altas taxas de cesarianas, a Violência Obstétrica e a necessidade de superação deste modelo obstétrico ainda hegemônico que é medicalizador (LEAL et al., 2018).

É notória a construção de políticas públicas na área da saúde das mulheres, nos últimos 30 anos, no entanto, ainda nos faltam que essas políticas sejam de fato

integrais, que não abordem apenas os eventos de vida da mulher relacionados à maternidade, mas que incluam com seriedade outros eventos como a anticoncepção, sexualidade e aborto.

Após o Golpe de 2016, que tirou a Presidenta Dilma da presidência do Brasil, passamos a vivenciar no País uma onda de conservadorismo e retrocesso nas políticas públicas nos mais diversos âmbitos. Ainda em 2016, tivemos como grande marco de retrocesso para as políticas públicas de maneira geral, a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, proposta por Michel Temer, que dispõe sobre o teto dos gastos, limitando o crescimento da maior parte das despesas públicas por 20 anos, o que resulta na piora de vários indicadores de saúde por falta de investimentos, conforme mostram estudos de projeção¹².

Outro acontecimento que demonstrou retrocesso para pautas dos movimentos sociais, sobretudo, os movimentos feministas e os antirracistas, foi a extinção do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos em maio de 2016. Tal Ministério foi atrelado ao Ministério da Justiça, que passou a se denominar Ministério da Justiça e Cidadania, recebendo o repúdio do Conselho Nacional dos Direitos Humanos e de movimentos sociais brasileiros. Em 2017, após tensionamentos dos movimentos sociais e Conselhos Nacionais, foi criado o Ministério dos Direitos Humanos.

No Congresso Nacional, o fortalecimento de bancadas fundamentalistas e religiosas, na sociedade civil, o crescimento de movimentos em defesa de pautas conservadoras e antidemocráticas, fez crescer um movimento de apoio, defesa e fortalecimento da candidatura de Jair Bolsonaro à presidência. Com isso, passa a acontecer a criminalização dos movimentos sociais e de pautas ligadas aos Direitos Humanos, justiça social, combate ao racismo, combate à LGBTfobia, entre outras.

É a partir deste cenário de ameaças e da disseminação de fake news, que Bolsonaro elege-se presidente da República, em 2018, bem como o Congresso Nacional passa a ser ocupado, em sua maioria, por grandes bancadas conservadoras e fundamentalistas religiosas. O cientista político Marcos Nobre (2018), em seu texto

¹² Segundo matéria veiculada no site BBC, em maio de 2019, um estudo de projeção publicado no periódico BMC Medicine, estima 27 mil mortes evitáveis até 2030 a partir do impacto do teto dos gastos nas políticas de saúde. Este mesmo estudo fala sobre o impacto da redução de investimento na Estratégia de Saúde da Família e dos Mais Médicos (já extinto pelo atual governo de Bolsonaro), que pode levar ao aumento de 8,6% na mortalidade, o que representa cerca de 48,5 mil óbitos evitáveis. Vale ressaltar que este estudo foi realizado antes de vivenciarmos uma Pandemia e situação de calamidade pública.

“A revolta conservadora”, escrito após a vitória de Bolsonaro, afirma que não existe a pretensão por Bolsonaro de governar para todo mundo, no entanto, trata-se de governar para uma base aliada que não é a maioria, caracterizada por homens brancos, cristãos, empresários.

Como resultado de uma ideologia conservadora e antidemocrática, temos a dissolução do Ministério dos Direitos Humanos e a criação do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos e suas pautas conservadoras como a não defesa da educação sexual nas escolas, criminalização do aborto, mesmo em casos previstos por lei e, posicionamentos que reforçam um lugar de subalternidade feminina e controle de seus corpos.

A exemplo disso, em fevereiro de 2019, tivemos o desarquivamento da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 25/2015, que passou a tramitar novamente no legislativo, propondo a inclusão no art. 5º da Constituição Federal – o que se refere que todos são iguais perante a lei – o termo “desde a concepção”. Proposta essa que fere diretamente os Direitos Reprodutivos das mulheres e o seu direito ao aborto, mesmo nos casos previstos em lei.

Chegando ao fim da nossa janela de acontecimentos (mas não ao fim da cadeia de retrocessos que estamos vivendo, inclusive neste momento atual de escrita deste texto), destaco o Despacho SEI/MS – 9087621 de 03 de maio de 2019, em que o Ministério da Saúde propõe o veto do uso do termo Violência Obstétrica, com a justificativa de que não existe a intencionalidade do/a/e profissional da saúde de cometer tal ato violento. Vale ressaltar, que este veto é fruto de alianças políticas com movimentos e instituições que estão sob gestão conservadora e, sobretudo, que reforçam um modelo hegemônico biomédico.

É preciso considerar ainda, que todas essas mudanças que vêm acontecendo, em todos os âmbitos das políticas públicas, afetam diretamente nós mulheres – sobretudo as mulheres negras, pobres, indígenas, com deficiência, bissexuais, lésbicas, trans e tantas outras que possam caber aqui – e nossas vidas, em todos os sentidos. Dificultando o acesso a serviços de assistência à saúde, a direitos sexuais e reprodutivos, a emprego, renda, transporte público de qualidade, segurança, moradia, educação.

6.2 IDENTIFICAÇÃO DAS/OS/ES ATRIZES E ATORES E QUE LUGAR REPRESENTAM

Nesta sessão apresentamos as/os/es atrizes e atores que foram identificadas/os/es em cada matéria e que lugar cada uma/um representa na teia de disputas sobre a temática do veto do uso do termo Violência Obstétrica. As atrizes e atores, bem como de que lugar falam, foram identificadas/os/es por meio das referências feitas nas matérias. Como já referido na Metodologia, organizamos essas informações em um quadro (Quadro 2).

Ao todo foram identificada/os dezessete atrizes e atores, que surgem representando doze instituições. Inspiradas na análise e organização da discussão realizada por Jorge Lyra (2008), agrupamos estas instituições nas seguintes categorias: Governo Federal; Conselhos de Medicina e Associações de médicas e médicos; Produtoras/es de conhecimento; e Mídia.

6.2.1 Governo Federal

Identificamos o posicionamento do Governo federal a partir de três lugares: do Ministério da Saúde, da Secretaria da Atenção Básica, que se insere no MS e do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH).

O Ministério da Saúde, à época estava sob a direção do ex-Ministro Luiz Henrique Mandetta. O despacho sobre o veto do uso do termo VO veio a partir do seu gabinete, com aval e assinatura da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres, da Diretoria do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e do Secretário-Executivo substituto.

A Secretaria de Atenção Básica, à época tinha como secretário Erno Herzheim. Esta secretaria também se posicionou a favor do Despacho Ministerial. Identificamos o CNDH como outro ator nesse lugar, à época estava sendo presidido por Leonardo Penafiel Pinho, como representação da sociedade civil.

Esses posicionamentos aparecem em disputa, uma vez que o MS e a Secretaria da Atenção Primária se posicionam a favor do veto e o CNDH o aponta como um retrocesso. Podemos considerar que o posicionamento do CNDH se dá a partir do controle social, logo, temos a participação de várias instâncias da sociedade e movimentos sociais que ocupam assento no Conselho.

6.2.2 Conselhos de Medicina e Associações de médicas e médicos

Nas matérias, identificamos o posicionamento do Conselho Federal de Medicina (CFM), do Conselho Regional de Medicina do estado do Rio de Janeiro, do Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo, da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e da Associação Cearense de Ginecologia e Obstetrícia (Socego).

O Conselho Federal de Medicina, através do Conselheiro Federal pelo estado do Amazonas, Ademar Carlos Augusto, posicionou-se a favor do despacho do MS. O CFM, em 9 de maio de 2019, publicou nota de apoio à decisão do MS, expondo uma série de motivos pelos quais apoia a decisão¹³. Os Conselhos Regionais do Rio de Janeiro (CREMERJ) e de São Paulo (CREMESP), também foram representados e posicionaram-se como favoráveis ao veto ministerial diante das mídias.

O CREMERJ, foi representado na matéria pelo então presidente Raphael Câmara Medeiros Parente, que hoje está como Secretário da Atenção Primária do Ministério da Saúde. Já o CREMESP, foi representado por Mário Jorge Tsuchiya, que estava na presidência do órgão naquele período, renunciando ao cargo em meio à Pandemia, em março de 2020.

Outra instituição representada foi a Febrasgo, desta vez pelo médico Aguinaldo Lopes da Silva, que presidia a federação na época, e também se posicionou a favor do não uso do termo Violência Obstétrica. A Febrasgo é uma instituição reconhecida em nível internacional, fundada em 1959, com o propósito¹⁴ de organizar e divulgar conhecimento em ginecologia e obstetrícia, para qualificar a atenção à saúde da mulher. Integra médicas e médicos ginecologistas e obstetras por todo o país.

Por fim, nesta categoria também tivemos o posicionamento da Associação Cearense de Ginecologia e Obstetrícia, através da médica Liduina Albuquerque, presidenta da associação na época, que se posicionou contra o despacho Ministerial. A Socego está diretamente ligada à Febrasgo, que abrange as diversas associações da categoria de médicas e médicos ginecologistas e obstetras, fundada em 1915, a

¹³ A nota de apoio está disponível no site institucional do CFM.

<https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-apoia-ms-em-decisao-sobre-o-termo-violencia-obstetrica>

¹⁴ Informações disponíveis no site institucional da Febrasgo

<https://www.febrasgo.org.br/pt/institucional/a-febrasgo>

princípio como Sociedade Auxiliadora da maternidade Dr. João da Rocha Moreira, fruto do trabalho filantrópico realizado médicas e médicos em Fortaleza, no Ceará¹⁵.

6.2.3 Produtoras/es de Conhecimento

Nesta categoria apresentamos os posicionamentos advindos de atrizes e suas respectivas instituições a qual pertencem, que ocupam lugar na produção de conhecimento científico, como pesquisadoras. Foram identificadas quatro instituições a qual pertencem: a Coordenação da Pesquisa Nascer no Brasil, o Instituto Anis Bioética, a Universidade de São Paulo e o Simpósio Internacional de Assistência ao Parto (SIAPARTO).

É importante já considerar, antes de apresentar as instituições, que todas as suas representações se posicionaram contra o despacho e teceram críticas relevantes que embasam seus posicionamentos. Todas as atrizes e instituições representadas, têm atuação direta no debate sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos, questões de gênero e assistência ao parto humanizado, tanto como pesquisadoras, profissionais da assistência, quanto como ativistas.

A Pesquisa Nascer no Brasil, realizada pela Fiocruz, foi representada pela médica Sônia Lansky que foi coordenadora regional desse estudo. O primeiro Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, foi realizado entre os anos de 2011 e 2012, foi um grande estudo em nível nacional, que coletou dados de 23.894 mulheres, em 191 municípios e 266 hospitais e, reuniu pela primeira vez no país as práticas de atenção ao parto e nascimento, no século XXI¹⁶. O segundo Inquérito, ainda está em etapa de coleta de dados e pretende estudar sobre perdas fetais, parto e nascimento.

O Instituto Anis Bioética, foi representado na matéria selecionada, pela pesquisadora, antropóloga e docente Débora Diniz, que integra a ONG. A Anis é uma organização feminista, não-governamental e sem fins lucrativos, fundada em 1999, com o objetivo de incentivar a pesquisa, realizar assessoramento e capacitação em bioética na América Latina. Desenvolve suas atividades com uma equipe

¹⁵ Informações disponíveis no site da Socego
<https://www.socego.com.br/historico>

¹⁶ Informações disponíveis no site Nascer no Brasil
https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil

multidisciplinar, com foco em pesquisas nos campos dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, deficiência, saúde mental, violências e sistemas penal e socioeducativo¹⁷.

Identificamos também o posicionamento da médica e professora titular do Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade na Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, Simone Diniz. Outra representação da USP, foi a partir de uma graduanda em obstetrícia, Mariana Mesquita.

Por fim, tivemos a representação do SIAPARTO, através da obstetrix Ana Cristina Duarte, que compões a equipe que constrói o Simpósio. Esse evento acontece anualmente e é dedicado às/aos profissionais da saúde que desejam transformar a assistência brasileira ao parto, com base nas evidências científicas¹⁸.

6.2.4 Mídia

Nesta categoria de representação, conseguimos identificar uma atriz, que se posicionou de forma pessoal quanto ao incidente crítico aqui analisado. Colunista da Folha de São Paulo, a escritora Tati Bernardi, em sua coluna publicada no dia 10 de maio de 2019, se colocou contra o despacho Ministerial, tecendo críticas importantes quanto a forma de assistência de profissionais da saúde, mais especificamente, a categoria médica.

Não identificamos outros posicionamentos de mídia, por parte da Folha de São Paulo, por escritores/editores das matérias selecionadas. Em todas elas vinham expostas as controvérsias pelas/os atrizes e atores convidadas/os/es.

6.3 REPERTÓRIOS LINGUÍSTICOS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Nesta seção apresentamos como a Violência Obstétrica é abordada a partir dos repertórios linguísticos analisados nas matérias selecionadas. Como já exposto

¹⁷ Informações disponíveis no site da Anis
<https://anis.org.br/>

¹⁸ Informações disponíveis no site do SIAPARTO
<https://siaparto.com.br/>

na seção anterior, as atrizes e atores identificadas/os/es, ocupam um lugar no discurso de maneira que percebemos dois repertórios possíveis e antagônicos: a sustentação de um modelo médico-centrado, intervencionista, de controle dos corpos das mulheres e negação dessa postura como violenta e; o reconhecimento da violência obstétrica como um problema de saúde pública que precisa ser visibilizado e interpelado.

Para isso, é importante nos voltarmos para a história da assistência ao parto, afim de compreendermos como esses repertórios foram sendo construídos e estabelecidos de forma antagônica. Gabriela Zanardo et al. (2017), nos descreve que até o final do século XVIII, o parto era considerado um evento natural, ritualístico e totalmente voltado para o campo do feminino, mulheres pariam, amparadas por outras mulheres, as parteiras e doulas, tornando o evento do parto e nascimento um acontecimento familiar.

No entanto, a partir do final do século XIX, com o desenvolvimento da medicina e da especialidade obstétrica, inicia-se um processo de mudança de cenário, na tentativa de controle do evento biológico que é parir, o parto passa a ser considerado uma prática médica (ZANARDO et al., 2017). É inegável que o avanço da obstetrícia teve sua importância na redução da mortalidade materna e infantil da época, no entanto, o parto passou a ser visto como essencialmente um processo de risco e de patologização do que era natural e fisiológico.

A partir do século XX passamos a vivenciar uma aceleração do processo de hospitalização dos partos e cada vez mais a transformação desse evento em algo tecnocrático, medicalizador, com o uso de tecnologias para iniciar, intensificar, acelerar, monitorar o parto, na tentativa de torná-lo mais rápido e “livrar a mulher do sofrimento que é parir”. Somado a isso, tivemos também o grande aumento das cesarianas e a banalização da sua indicação, sendo realizadas na maioria dos casos de forma desnecessária e sem base segura das evidências científicas.

No Brasil, esse fenômeno tornou-se alarmante, colocando o País entre o segundo lugar no mundo que mais realiza cesáreas, com uma taxa de 55,5% de cesáreas, ficando atrás somente da República Dominicana, segundo estudo publicado em 2018 no jornal britânico *The Lancet*. Vale ressaltar que a recomendação da OMS é que as taxas de cesarianas no país não ultrapassem os 15% e, que esse fenômeno no Brasil é considerado uma epidemia que necessita ser combatida.

É a partir desse contexto de ações intervencionistas e, muitas vezes desnecessárias, de desencorajamento do parto vaginal como via mais segura de parto em condições de risco habitual, de destituição do lugar de protagonismo da parturiente, que ocasionou nas mulheres um movimento de insatisfação. O parto passou a integrar um modelo centralizado na figura do médico, que exclui outros profissionais do cenário de assistência ao parto, com as enfermeiras, parteiras e obstetrias (ZANARDO et al., 2017).

Diante desse cenário, já no final da década de 1980, vemos no Brasil o surgimento de um movimento social pela humanização do parto e do nascimento. Zanardo et al. (2017), nos descreve que esse movimento ancorou-se nas propostas realizadas pela OMS em 1985 que estimulavam o parto vaginal, a amamentação nas primeiras horas de vida do bebê, alojamento conjunto da mãe com o recém-nascido e a presença do acompanhante durante todo o processo.

Somado as essas recomendações, também tivemos no fim do século XX o crescimento da Medicina Baseada em Evidências (MBE), que busca basear e respaldar os cuidados médicos em evidências científicas eficazes e seguras (ZANARDO et al., 2017). De acordo com os achados da época e a partir das declarações da OMS, o parto é entendido como um evento natural, sendo considerado o nascimento por via vaginal a melhor forma de nascer quando levado em conta os desfechos de saúde materna e neonatal.

O Movimento pela Humanização do Parto incorporou os achados da MBE, quanto ao parto e nascimento, para fortalecer suas críticas ao modelo assistencial baseado na medicina tradicional, a partir de intervenções consideradas ultrapassadas e sem evidências científicas. Além do retorno ao parto e nascimento como eventos naturais e fisiológicos, o movimento pela humanização da assistência ao parto e nascimento, também preocupou-se com o resgate do protagonismo das mulheres ao cenário de parto, reposicionando-as como donas do seu corpo, da sua sexualidade, da sua capacidade de gestar, parir e nutrir, capazes de ter seus filhos com apoio e mediação de outras mulheres, enfermeiras, parteiras, obstetrias e doulas (ZANARDO et al., 2017).

Simone Diniz e Alessandra Chacham (2006), apontam para a necessidade de profundas transformações no cenário obstétrico brasileiro, visando a prevenção de cesáreas e de episiotomias desnecessárias e a promoção do parto vaginal, sem intervenções. No entanto, as incorporações das mudanças preconizadas pela MBE é

lenta e encontra resistência pela classe médica e, inclusive por parte das instituições de ensino em reverem seus modelos intervencionistas de assistência.

Desta forma, concordo com Sílvia da Silva et al. (2021), quando nos apontam que as narrativas acerca do parto e nascimento, bem como os discursos de controle do corpo de mulheres, mostram verdadeiros espaços de disputas junto aos movimentos que buscam a autonomia feminina e garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos. O despacho publicado pelo Ministério da Saúde, em maio de 2019, evidencia esses locais de disputa que já existem e que enxergam a Violência Obstétrica a partir de perspectivas antagônicas.

Conforme a ideologia hegemônica médico-centrada, em especial a obstétrica, cabe ao médico a responsabilidade e centralidade das ações para a saúde da mulher e do bebê. Silva et al. (2021), nos descreve que o termo Violência Obstétrica é rejeitado pelos médicos pelo fato de consideram que suas ações visam o melhor para as mulheres.

Essa postura assumida pelos médicos que estão na assistência ao parto, acaba por retirar das mulheres a sua autonomia e protagonismo, reforçando uma estrutura hierárquica, intervencionista e médico-centrada, colocando a mulher numa posição de subordinada e destituída de qualquer saber sobre seu corpo e seu processo de parir. Silva et al. (2021), enfatiza que essa postura é histórica e presente nos estudos sobre a Obstetrícia Brasileira.

O termo VO, em si, nos dá margem para diversas conotações que são operadas por diversas/os/es atrizes e atores envolvidas/os/es no cenário de assistência ao ciclo gravídico-puerperal e em situações de abortamento. No meio médico hegemônico, por exemplo, ora é negado, como não existente, ora é redefinido como violência contra o obstetra ou violência institucional, como podemos ver no posicionamento do médico Aguinaldo Lopes da Silva, representando a Febrasgo

Para ele, é preciso reconhecer que há problemas na assistência às gestantes do país. A adoção de outro termo, diz, seria apenas para deixar de vinculá-los apenas aos obstetras. “Não negamos que o problema exista. Somos contra qualquer tipo de violência contra a mulher em qualquer situação. A grande questão é atribuir uma relação ao obstetra em situações em que isso ocorra”, diz (FSP, 07 de maio de 2019).

Como exemplo disto, temos os Conselhos de Medicina e algumas associações de médicas e médicos ginecologistas e obstetras que reforçam um movimento

hegemônico de não considerarem a VO como uma questão de saúde pública e interpretarem um termo como uma ofensa ao profissional obstetra

O Cremesp apoia o Ministério da Saúde quanto ao uso equivocado e indiscriminado do termo “violência obstétrica”. O conceito de violência extrapola qualquer ato médico, caracterizado pela intenção de produzir sofrimento a outrem. Utilizado de forma genérica, estimula conflitos e compromete a relação médico-paciente. Os médicos são capacitados para auxiliar a parturição e este conselho entende que a humanização do atendimento é essencial, um direito de todos os pacientes, incluindo as gestantes (FSP, 11 de maio de 2019).

Podemos considerar que por si só, o termo Violência Obstétrica é subversivo e político, que acaba por denunciar e destituir a prática médica de um lugar inquestionável e ampliar nossos olhares para o que vem a ser práticas assistenciais intervencionistas e de controle dos nossos corpos. O termo passou a ser amplamente usado pelos movimentos de mulheres, movimentos em defesa da humanização da assistência ao parto e nascimento, na literatura acadêmica, em pesquisas científicas, bem como por entidades nacionais e internacionais (SILVA et al., 2021).

Maria Verônica Oliveira (2021), nos lembra que o termo Violência Obstétrica foi criado por movimentos sociais na América Latina, sendo publicado em lei pela primeira vez na Venezuela, em 2007. Esse fato, quanto à construção do termo VO, evidencia a insatisfação de parte da classe médica que se posiciona contra o uso do termo, afirmando que o mesmo tem viés ideológico, como afirma o médico Ademar Carlos Augusto, representando Conselho Federal de Medicina, “Essa discussão veio importada de países com viés socialista, e o Brasil também adotou” (FSP, 07 de maio de 2019).

As repercussões do despacho Ministerial publicado em maio de 2019, nos convocaram a enxergar uma teia de repertórios que emergiram sobre devermos ou não usar o termo Violência Obstétricas e quais as consequências desse uso ou não uso. Em nota publicada pela Folha de São Paulo, o MS afirma

Percebe-se, desta forma, a impropriedade da expressão 'violência obstétrica' no atendimento à mulher, pois acredita-se que tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano (FSP, 7 de maio de 2019)

Este posicionamento do MS mostra-se contraditório em como a pasta vinha se posicionando em outros documentos oficiais e no desenvolvimento de programas voltados para a atenção de mulheres no ciclo gravídico-puerperal, nos últimos 20

anos. Essa contradição é apontada na matéria da FSP publicada em 12 de maio de 2019

Texto publicado pelo Ministério da Saúde em 2017 definia esse tipo de violência como aquela que ocorre na gestação ou parto, podendo ser “física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, além de negligência, discriminação e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas, muitas vezes prejudiciais e sem embasamento” (FSP, 12 de maio de 2019).

Como forma de evidenciar essa contradição de posicionamentos do MS, podemos recorrer aos documentos produzidos pela pasta voltados para a assistência obstétrica. Como exemplo, temos a cartilha “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher”, em que o MS assume que questões de gênero nos serviços de saúde, somadas a padrões culturais e estereótipos predominantes, acabam repercutindo profundamente na assistência de mulheres, de modo que o modelo social existente acaba inviabilizando “a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história” (BRASIL, 2001, p. 12).

O posicionamento do MS quanto ao debate sobre a Violência Obstétrica, reflete uma relação de poderes e tensionamentos existentes historicamente no cenário da assistência ao parto e nascimento. Mas não só, a discussão é mais profunda quando pensamos sobre a relação de poder que emerge a partir das questões de gênero que envolvem o campo do cuidado às mulheres.

Concordo com Silva et al. (2021), quando afirmam o lugar histórico e social que a discussão sobre gênero ocupa, formando uma categoria histórica de divisão dos papéis e dos estereótipos feminino e masculino, de forma que o próprio MS assume esse debate e o insere na discussão sobre determinantes sociais da saúde. A partir desse contexto tornou-se fundamental inserir a perspectiva de gênero dentro da discussão na saúde, compreendo gênero como categoria de análise que possibilita visualizar as desigualdades, tais como raça, classe social, renda, escolaridade, ocupação, que acabam por se transformar em iniquidades.

Lyra (2008), nos descreve que foi a partir de reivindicações dos movimentos feministas quanto aos processos de desconstrução das questões de gênero, que pudemos ver a concretização do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, que abrangia a atenção às mulheres para além dos processos da maternidade, abarcando outras dimensões do sujeito mulher.

Em 2004, na gestão do governo Lula, esse Programa tornou-se uma Política de Saúde (PNAISM), na qual foram inseridas questões de desigualdades de gênero (LYRA, 2008). A presença da categoria gênero para embasar e historicizar as políticas de saúde da mulher e a proposição de novas práticas, acontece alinhado às teorias feministas e aos movimentos de mulheres no país na seara dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (SILVA et al., 2021).

Vetar o uso do termo VO em documentos oficiais, acaba por deslegitimar toda essa construção histórica em torno do debate sobre as desigualdades de gênero e reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras. Sônia Lansky, Coordenadora Regional da Pesquisa Nascer no Brasil, em sua fala à Folha de São Paulo ressalta que

Não há como cercear a liberdade de informação e como as mulheres identificam esse tipo de violência. É um problema de grande relevância em saúde pública (...). É uma violência estrutural. Um exemplo é que, entre as entrevistadas que tiveram parto normal, 53,5% sofreram episiotomia, enquanto registros na literatura apontam que esse procedimento seria necessário em menos de 10% dos casos. Outras 36% sofreram manobra de Kristeller, pressão no útero para saída do bebê, a qual é contraindicada pelo Ministério da Saúde (FSP, 7 de maio de 2019).

A partir destes dados, resultantes da Pesquisa Nascer no Brasil, concordo com Silva et al. (2021), que nos fica evidente que, apesar do Ministério da Saúde afirmar no despacho que pauta suas recomendações e estratégias nas melhores evidências científicas disponíveis, a realidade não condiz. O que os dados de estudos nos apresentam são a execução rotineira e habitual de procedimentos inadequados, quando comparados às recomendações da OMS, bem como condutas que ferem a dignidade de mulheres no cenário da assistência, como afirma Simone Diniz, em sua fala à Folha de São Paulo

Uso indevido de drogas aumentando as contrações/dores, negação de privacidade, água ou comida, imobilização física em posições dolorosas, proibição de acompanhantes, informações incorretas induzindo cirurgias desnecessárias: essas violências servem para apavorar as mulheres e fazê-las aceitarem a cesárea, mais conveniente para médicos e hospitais (FSP, 9 de maio de 2019).

Nos parece que, de certa forma, o Ministério da Saúde através desse despacho, passou a se preocupar muito mais com a proteção e resguardo da categoria médica e o tom e a resistência/existência do movimento de mulheres, do que com formas reais de melhorar a assistência ao parto e evitar que as violências

ocorram. Não é de hoje que vemos um governo federal preocupado em cercear e criminalizar movimentos sociais, ao invés de se atentar às suas pautas.

Dessa maneira, ao sustentar estratégias para invisibilizar e abolir o termo Violência Obstétrica, o Ministério da Saúde acaba desconsiderando e se omitindo diante das práticas violentas que acontecem, invisibilizando os discursos das vítimas, ignorando suas denúncias e aliando-se a um modelo hegemônico e violento de assistência.

6.4 CENÁRIOS DE ALIANÇAS E DISPUTAS DAS NARRATIVAS

Nesta sessão buscamos evidenciar como se constituem as controvérsias em torno do tema da Violência Obstétrica, a partir dos posicionamentos das/os/es atrizes e atores e suas respectivas instituições representadas, com o despacho do Ministério da Saúde. Nesse sentido, no que diz respeito aos grupos que se encontram nas redes de interação, podemos considerar que as controvérsias sobre a temática são compostas por um complexo emaranhado de atrizes e atores sociais.

Aqui, fazemos o destaque para as personagens que compuseram a trama de controvérsias na construção das matérias da Folha de São Paulo: médicas, médicos, conselheiros de Sistemas Conselhos de Medicina, estudantes de medicina, obstetrites, pesquisadoras e jornalistas. Tratam-se de pessoas e instituições com diferentes perspectivas e áreas disciplinares sobre as questões relacionadas à assistência ao parto e nascimento, que vêm construindo esse campo de diálogo e disputa em torno da VO, seja defendendo o debate de que esse tema existe e precisa ser combatido, seja para dizer que ela não existe.

A discussão sobre o uso ou não do termo Violência Obstétrica antecede o despacho do MS. A manobra para extinguir o termo vinha acontecendo há uns anos, orquestrada principalmente pelo Conselho Federal de Medicina (CRM), pelo Conselho Regional de Medicina do estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) e pelo Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo (CREMESP). É do nosso entendimento, que o posicionamento desses conselhos não reflete toda a categoria médica, mas representam posicionamentos oficiais e torna-se necessário evidenciá-los.

Em nota à Folha de São Paulo, o Ministério da Saúde reforça que o despacho é fruto do pedido das entidades médicas

o Ministério da Saúde diz que o posicionamento foi feito a pedido de entidades médicas e segue pareceres destas entidades.

Um exemplo é um documento do Conselho Federal de Medicina, emitido no ano passado e que passou a recomendar que a expressão não fosse utilizada, por considerar que seu uso "tem se voltado em desfavor da nossa especialidade, impregnada de uma agressividade que beira a histeria, e responsabilizando somente os médicos por todo ato que possa indicar violência ou discriminação contra a mulher" (FSP, 7 de maio de 2019).

O relator do documento do CRM, Ademar Carlos Augusto, afirma ter elaborado a nota devido à proliferação de propostas de leis sobre VO

O que a gente percebe é que existe um movimento orquestrado de algumas instituições de trazer para o médico obstetra a responsabilidade pela situação caótica que está a assistência à gestante (FSP, 7 de maio de 2019).

Após divulgação do despacho, diversas entidades se pronunciaram a respeito do tema, de forma favorável ou contrária ao seu conteúdo, através das mídias sociais ou por notas dirigidas à imprensa. É importante evidenciar que, na trama de controvérsias, dentro de uma mesma categoria ou instituição foi possível identificar posicionamentos antagônicos.

A exemplo disso, temos os posicionamentos da Febrasgo e da Socego como divergentes, mesmo caracterizando-se como associações interdependentes e que envolvem a mesma categoria de profissionais, médicas e médicos ginecologistas e obstetras. A Febrasgo, na pessoa do médico Aguinaldo Lopes da Silva, posicionou-se a favor do despacho afirmando que "é preciso reconhecer que há problemas na assistência às gestantes do país. A adoção de outro termo, diz, seria apenas para deixar de vinculá-los apenas aos obstetras" (FSP, 7 de maio de 2019).

A Socego, por sua vez, por meio do posicionamento da médica Liduina Albuquerque, até então presidente da associação, defende o uso do termo VO como uma questão de saúde pública a ser enfrentada e que isso não enfraquece a categoria médica

Assumir a violência obstétrica como uma realidade a ser enfrentada não enfraquece os obstetras como categoria profissional. Ao contrário, a fortalece, uma vez que os profissionais de saúde também estão expostos a prejuízos oriundos da mesma estrutura que sustenta a institucionalização de práticas violentas contra as mulheres. Como médicos obstetras temos uma grande oportunidade em mostrar as mulheres que estamos ao lado delas na busca por uma assistência obstétrica de qualidade (FSP, 7 de maio de 2019).

Também podemos pontuar o antagonismo presente dentro do próprio governo federal, uma vez que o MS, que emitiu o despacho, posiciona-se a favor do veto do

termo VO, no entanto, o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), lança nota solicitando, inclusive, que a pasta reveja a decisão

Para o Conselho Nacional de Direitos Humanos, no entanto, a medida representa “um retrocesso nas políticas públicas de saúde da mulher e saúde materna”. A recomendação foi publicada nesta segunda no Diário Oficial da União. No documento, o órgão argumenta ainda que, “embora não haja tipificação específica na legislação brasileira, o termo é amplamente utilizado no âmbito acadêmico, jurídico, social e institucional, justamente para dar visibilidade a tais práticas.” “Ademais, trata-se de práticas associadas ao risco de complicações, práticas dolorosas e cujo uso é considerado desnecessário”, completa (FSP, 3 de junho de 2019).

É importante ressaltar, em concordância com Silva et al., (2021), que todas as instituições que se posicionaram de forma favorável ao veto do uso do termo Violência Obstétrica, não citam em suas notas ou falas ao jornal, qual seria então a denominação mais correta a ser utilizada e como deveriam ser direcionadas as ocorrências que envolvessem situação de desrespeitos e maus-tratos na assistência obstétrica. Sônia Lansky, pontua essa questão na sua fala à Folha de São Paulo “(...) O ideal seria discutir porque esse incômodo tão grande e esclarecer que não é dirigido a ninguém em específico, mas à situação da violência obstétrica” (FSP, 7 de maio de 2019).

O entendimento e abordagem da expressão Violência Obstétrica como um ataque direto à classe médica, só evidencia e reforça o foco na figura do médico durante a assistência obstétrica, colocando as denúncias de abusos e maus tratos como atitudes contra o profissional, refletindo uma clara perseguição aos obstetras. Ou seja, afirmar que a realização de cesarianas, mesmo sem uma real indicação, ou a realização de determinados tipos de procedimentos no parto vem a ser considerado VO, é compreendido por parte dos médicos como uma forma de destituição dos obstetras de um lugar que lhes pertenceria hierarquicamente e como uma forma de desestimular-los a atuar, como afirma Mariana Pulhez (2021). Essa ideia fica evidente na fala de Krikor Boyaciyan, estudante de medicina

Gostaria de parabenizar o ministério pelo veto à utilização do termo “violência obstétrica”. Trata-se de uma expressão totalmente inadequada, empregada na assistência à gestante, pois tanto o médico quanto os profissionais de outras áreas não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano. A popularização do termo macula a especialidade médica — ginecologia e obstetrícia —, desestimulando a formação de estudantes e residentes para o exercício dessa importante atenção primária (FSP, 8 de maio de 2019).

Um processo que também ocorre como forma de negar a existência da VO, é a negação do discurso da mulher cisgênero, homem trans ou pessoa com útero que denunciam essa forma de violência, desmerecendo este discurso, contestando a sua credibilidade, reforçando um lugar de hierarquização e desvalorização da experiência das vítimas. Importante reforçar sobre a intencionalidade dos atos, no uso do termo Violência Obstétrica, como uma forma de nomear atos abusivos e desrespeitosos que acontecem de forma intencional na assistência a gestantes, parturientes e puérperas.

Outro aspecto importante de ser discutido é quanto à mudança do lugar do médico no cenário de parto e a inserção de outros profissionais na assistência, essa mudança é vista com resistência por parte das entidades e profissionais que se posicionam contra o uso do termo VO. E exemplo disso, temos a fala do médico Raphael Câmara, conselheiro do CREMERJ e que hoje é secretário da Atenção Primária do MS,

Apoio incondicionalmente a atitude do Ministério da Saúde de abolir o termo “violência obstétrica”, que tem viés ideológico contra médicos obstetras, servindo tão somente de cortina de fumaça para esconder os reais problemas que matam mães e bebês, como a falta de pré-natal realizado por médico obstetra, a falta de obstetras em maternidades, de concurso público, a existência de maternidades estilo masmorras medievais e a demonização do médico (FSP, 8 de maio de 2019).

Pulhez (2021), enfatiza que esse posicionamento do conselheiro, bem como do CREMERJ, vai de encontro a políticas que estimulam a humanização do parto e um modelo contra hegemônico de assistência, inserindo outras/os/es profissionais de saúde nesse cenário, como enfermeiras, obstetras e doulas. Posicionamentos como esses, enfatizam uma ideia distorcida de que a ausência do médico obstetra no cenário de parto, é fator determinante para uma pior qualidade na assistência obstétrica.

O movimento pela humanização da assistência ao parto conduz, há vários anos, a discussão sobre a assistência obstétrica nos mais diversos espaços, não só dentro da comunidade médica, mas sobretudo, para a sociedade, denunciando práticas consideradas violentas, auxiliando mulheres a reconhecerem quando sofrem algum tipo de violência em seus partos, como afirma Ana Cristina Duarte, em matéria escrita à Folha de São Paulo

Os relatos de VO, de centenas de mães, são fatos. Ponto. Há um comentário muito comum entre as mulheres: quanto mais você gritar e “der trabalho”,

mais bravos eles ficam. VO diz respeito à cultura e não a um profissional de saúde específico (FSP, 28 de maio de 2019).

Todo esse movimento de retomada do protagonismo feminino ao seu corpo e seu parto, gerou efeitos de resistência dentro das estruturas do poder médico. “Isto, por sua vez, fez com o conceito de violência obstétrica começasse a ser debatido, discutido, redefinido, negado ou rejeitado” (PULHEZ, 2021, p. 85).

Após uma série de posicionamentos contrários ao despacho do MS, e da recomendação do Ministério Público Federal de que o termo não seja extinto, a pasta se reposiciona, deixando a critério da mulher nomear sua experiência de parto como desejar

O Ministério reconhece o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas. 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 (FSP, 3 de junho de 2019).

Concordo com Silva et al. (2021), quando afirma que o MS ao assumir que as mulheres podem nomear as violências existentes no cenário de atenção ao parto, nascimento ou situações de abortamento, da forma que melhor desejarem, mas sem se quer mencionar a expressão Violência Obstétrica, demarca novamente sua posição de controle dos corpos das mulheres e de seus discursos. Excluir a expressão não extingue o fenômeno, a violência nesses cenários continua a acontecer, só que agora com as práticas acobertadas, respaldadas pelo discurso dominante e invisibilizando as narrativas.

Neste sentido, podemos afirmar que o parto se tornou um cenário de disputas entre modelos de assistência e, é neste cenário que estão sendo colocadas as controvérsias científicas, que também são morais e políticas (PULHEZ, 2021). Parir, tornou-se um evento político, mobilizador de diversas/os/es atrizes e atores.

Neste campo de controvérsias encontramos com médicos/as obstetras, enfermeiras obstétricas, obstetrites e doulas disputando um espaço na assistência como forma de legitimação de seus saberes. Tornando assim, o saber médico questionável e disputável.

E é a partir de toda esta trama, que a saúde sexual e reprodutiva das mulheres também é colocada em disputa, ora vista como direito de fato, ora estando sob controle do Estado. Colocando em jogo a nossa busca pelo exercício da nossa vida

sexual e reprodutiva, com liberdade, e o nosso direito de construir e conduzir a nossa própria narrativa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Temos a compreensão de que tudo que foi explanado nesta dissertação não esgota as possibilidades de aprofundamento e análise sobre o campo-tema aqui colocado, mas sim, apresentar caminhos e novas possibilidades para pensarmos o debate sobre a VO. Nosso desejo é que, a partir de tudo que foi compartilhado, novas pesquisas e textos possam ser desenvolvidos, tocados pelas ideias e inquietações aqui colocadas.

A partir do que foi produzido nesta pesquisa, foi possível perceber que a Violência Obstétrica é um campo de tensionamentos que perpassa dimensões importantes e estruturais da nossa sociedade. O incidente crítico do veto ministerial, escancara uma série de conflitos que existem há muito tempo e que nos mostra um lugar de hegemonia do saber médico, patriarcal e branco, que enxerga os corpos de mulheres como de domínio dos seus saberes inquestionáveis.

Olhar para esse fenômeno e não problematizá-lo a partir do debate sobre gênero, raça e classe, é torná-lo raso e esvaziado. Como já exposto neste texto, a soma de vulnerabilidades dificulta o acesso de mulheres aos serviços de assistência de pré-natal, parto e pós-parto, o que contribui para que o Brasil ocupe lugar no ranking dos países com maior índice de mortalidade materna no mundo.

O uso do termo Violência Obstétrica possui uma amplitude que não se restringe apenas à figura do/a profissional que exerce a Obstetrícia como campo de saber e atuação. Perpassa, desta forma, por condutas de qualquer profissional e/ou instituição que perpetre algum tipo de violência direta ou indiretamente às mulheres cisgêneras, homens trans e pessoas com útero que estejam vivenciando o ciclo gravídico-puerperal ou situações de abortamento.

No entanto, o que evidenciamos neste estudo é que instituições médicas mais conservadoras reduzem a dimensão da VO como surgindo para culpabilizar apenas à classe médica de especialidade Obstétrica. Associando o termo em questão ao seu uso apenas em países com posicionamentos mais progressistas e na América Latina.

Acreditamos que adotar o uso do termo Violência Obstétrica de maneira oficial é um posicionamento político importante que está alinhado ao debate dos Direitos Humanos, da OMS e dos movimentos em defesa das mulheres e das minorias políticas. O Brasil, comparado aos demais países da América Latina, caminha a passos lentos neste debate e posicionamento, apesar do grande envolvimento de

movimentos sociais importantes, compreendemos que esse atraso tem relação direta com a conjuntura política desfavorável que estamos vivendo nos últimos anos.

As políticas públicas apresentam-se como o caminho possível para a redução dessas vulnerabilidades, no entanto, o que temos visto desde o Golpe de 2016 é uma soma de retrocessos e desinvestimento no setor saúde, educação, assistência social e em tantas outras políticas sociais. Durante a escrita desta dissertação, por exemplo, é possível pontuar diversos retrocessos e tensionamentos relacionados ao campo da assistência a mulheres no ciclo gravídico-puerperal e em situações de abortamento que estavam acontecendo no Brasil.

Em especial, gostaríamos de mencionar as repercussões da Pandemia do Covid-19 na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e mulheres em situação de abortamento. Durante o ano de 2020, foram amplamente divulgadas denúncias de mulheres que relatam terem sido impedidas de estarem com seus acompanhantes durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, com a justificativa não plausível de que a presença dessas pessoas sempre traria riscos para a mulher e o bebê.

Como já pontuado nesta dissertação, desde o início da Pandemia, muitos estudos mostraram os impactos negativos da Covid-19 em gestantes, estando o Brasil ocupando o primeiro lugar no ranking de mortalidade materna por complicações do Coronavírus. No entanto, mesmo com esse dado alarmante, a vacinação para todas as gestantes e puérperas independente de comorbidades, só foi liberada em julho de 2021, seis meses depois da vacinação para a população em geral, mesmo havendo estudos robustos que comprovassem a segurança e eficácia da vacina para gestantes e puérperas.

Permeado a esse contexto, vimos muitas fake news serem divulgadas, o que gerou, inicialmente, a insegurança e baixa adesão à vacinação desse público. Na contramão disto, presenciamos a força-tarefa dos movimentos sociais e de profissionais da saúde alinhadas/os/es com as evidências científicas, desmentindo as falsas notícias e apresentando estudos que fortalecessem a importância da vacinação.

Outro debate importante de ser ressaltado, diz respeito ao afastamento de gestantes do trabalho presencial enquanto estiver vigente a situação de calamidade pública no país. Em agosto de 2020, foi apresentado ao Congresso Nacional, pela deputada Perpétua Almeida junto com outras quatro deputadas, o Projeto de Lei (PL)

3932/2020 que previa sobre o afastamento de gestantes para o trabalho remoto, sem riscos de perdas salariais.

O PL foi sancionado apenas em maio de 2021, com a Lei nº 14.151 de 12 de maio de 2021, no entanto em outubro do mesmo ano, o Congresso Nacional aprovou o PL 2.058/2021, que estabelece medidas sobre o trabalho de gestantes durante a Pandemia, prevendo o retorno ao trabalho presencial após imunização. Essa movimentação despertou a mobilização de movimentos feministas e de humanização da assistência à gestante, bem como de profissionais da saúde, que se posicionaram contra o retorno das gestantes às atividades laborais presenciais, apontando como grande crítica as ações neoliberais e pressão do empresariado para o retorno dessas trabalhadoras e detrimento da falta de condições sanitárias seguras para esse retorno, bem como ainda a baixa adesão à vacinação.

Também durante a Pandemia, o Ministério da Saúde mais uma vez lança mão de manobra para a fragilização dos Direitos Sexuais e Reprodutivos de mulheres brasileiras. Em outubro de 2021, publicou a Nota Técnica nº 28/2021 se posicionando contra o aborto por telemedicina nas conduções previstas em lei.

Esse tipo de serviço não é só possível, como também recomendado pela OMS e considerado essencial em tempos de calamidade pública. Outras entidades como a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), recomenda a implementação permanente, independente da Pandemia, dos serviços de aborto por telemedicina, particularmente em países de renda baixa e média.

Outro acontecimento de grande repercussão que aconteceu durante o processo de escrita deste texto e que merece ser trazido aqui, foi o caso da influenciadora digital Shantal Verdelho que, em dezembro de 2021, denunciou o médico obstetra que realizou o seu parto, por VO perpetrada contra a mesma no momento do seu parto. A repercussão da sua denúncia encorajou outras mulheres que foram atendidas pelo mesmo obstetra a relatar suas experiências traumáticas na assistência e, todas essas falas reacenderam o debate sobre o uso do termo Violência Obstétrica, evidenciando mais uma vez o campo de disputas existentes.

De um lado médicas/os e entidades mais conservadoras realizando debates virtuais reafirmando que o termo não deve existir, pois nas suas visões atrela-se a violência diretamente à figura do/a médico/a e que não existe intencionalidade nos seus atos. E de outro lado movimentos sociais e profissionais da saúde posicionando-se sobre o dever ético de sustentar o termo e dar visibilidade ao mesmo, provendo o

debate, fortalecendo o lugar de fala das vítimas de VO e aliando-se às evidências científicas.

Para além do debate sobre o uso ou não do termo, outras problematizações foram evidenciadas a partir da denúncia da influenciadora digital. Não podemos deixar de evidenciar o caráter interseccional do debate. Shantal, uma mulher branca, rica, bem-sucedida passou por uma situação de violência, o que nos faz questionar o que mulheres negras, pobres e periféricas não são submetidas na assistência à gestação, parto, puerpério e situações de abortamento.

Também em dezembro de 2021 presenciamos mais um ataque do Ministério da Saúde à autonomia e direitos reprodutivos de mulheres, homens trans e pessoas com útero, na publicação da Nota Técnica nº 2/2021-CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Esse documento visa desacreditar o parto domiciliar como uma maneira segura de parir, desaconselhando essa prática e sugerindo que o único local seguro para o parto seriam os ambientes hospitalares.

Esse posicionamento contraria os estudos da realidade brasileira que envolvem o local do parto e que apontam o parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais e doulas (sim ou não) como uma prática comum utilizada por indígenas e quilombolas presentes em muitas cidades e zona rural do Brasil. Excluindo assim, o direito de escolha das mulheres sobre que local deseja parir, bem como a naturalidade de um evento fisiológico e cultural, abordando o parto como algo de risco iminente e que necessita de intervenções.

No dia 4 de abril de 2022, o Ministério da Saúde, publica a Portaria GM/MS nº 715/2022, que institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), de forma unilateral, sem discussão ou qualquer tipo de consulta, essa rede surge de forma a alterar e incorporar-se à Rede Cegonha. Em seu texto, reforça os eventos da gestação, parto e nascimento como extremamente perigosos, reforçando a lógica dos nascimentos dentro de hospitais.

O modelo apresentado nesta portaria refere-se apenas ao parto hospitalar e não inclui os Centros de Parto Normal na rede de atenção obstétrica do país. Esse posicionamento reforça a exclusão da categoria da Enfermagem Obstétrica dentro da atenção ao parto e nascimento.

Em 4 de maio de 2022, um mês depois da publicação da Portaria da RAMI, o Ministério da Saúde apresentou a 6ª edição da Caderneta da Gestante disponibilizada pelo SUS. Ganhando uma versão verde e amarela, não foi apenas as cores que

mudaram na caderneta, mas ficou evidente os retrocessos que estão acontecendo no âmbito dos direitos reprodutivos.

A nova caderneta, na contramão da humanização da assistência ao parto e nascimento, incentiva a cesariana a pedido pelo SUS, desestimulando a escolha pelo parto vaginal, apoia a episiotomia de rotina e a amamentação como método contraceptivo. Todas essas recomendações vão de encontro às recomendações da OMS e do próprio MS em suas políticas e programas estabelecidos até o momento, baseados nas evidências científicas mais atuais.

Além da divulgação da nova Caderneta da Gestante, em evento¹⁹ promovido para “homenagear às mães”, o novo secretário da Atenção Primária, Raphael Câmara, defende abertamente condutas violentas no cenário da assistência ao parto, como o uso da episiotomia e da manobra de Kristeller²⁰. Sua fala rendeu notas de repúdio de instituições de profissionais que atuam na assistência ao parto, como a Associação Brasileira de Medicina de Família e Comunidade em conjunto com a Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras²¹.

Todos esses acontecimentos aqui descritos, mostram o quanto existe uma manobra para a retirada de direitos e protagonismo de mulheres sobre seus corpos e tudo que envolve os seus direitos sexuais e reprodutivos. Acreditamos na real intenção de invisibilizar seus discursos, sofrimentos e traumas, se não nomeio algo, se chamo de qualquer outra coisa que não seja Violência Obstétrica, eximo alguém de assumir a responsabilidade por seus atos.

Na contramão de todos esses retrocessos, queremos destacar uma notícia importante que também foi amplamente divulgada durante a escrita deste texto. Diz respeito a aprovação do Senado do PL 3946/2021, que regulamenta a profissão da Doula, projeto proposto pela Senadora Mailza Gomes.

O texto prevê a definição de termos como a formação necessária para ser uma doula e a autorização para que ela tenha acesso aos hospitais das redes pública e privada. Recebemos essa notícia como um respiro e uma verdadeira conquista, diante

¹⁹ Vídeo disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-M9_n9ayzzw&t=2159s

²⁰ Essa manobra é proibida de ser realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem desde 2017. A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, produzida em 2017, pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (Conitec/MS) em parceria com atores técnicos e sociais, incluindo os conselhos federais de Enfermagem e de Medicina, também contraindica a manobra de Kristeller, no item 6.5.118.

²¹ Nota disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/nota-de-repudio-a-fala-do-secretario-da-atencao-primaria-no-lancamento-da-nova-caderneta-para-gestantes-do-governo-federal/>

de tantos retrocessos a aprovação desse PL, uma vez que a presença da Doula no cenário do parto e nascimento é imprescindível no combate da Violência Obstétrica.

Sabemos que ainda existe um caminho até que esse PL seja sancionado e transformado em lei, bem como também temos consciência de que as disputas continuarão a tensionar esse debate e tudo o que envolva a concretização desse projeto. No entanto, é importante enfatizar sempre que a resistência existe e que seguiremos disputando esses espaços até que mulheres cisgêneras, homens trans e pessoas com útero sejam respeitadas/os/es em suas escolhas e tratadas/os/es com dignidade.

Consideramos ainda, que as atuações nos serviços de assistência ao serviço de pré-natal, parto, pós parto e de acesso ao aborto legal, precisam ser constantemente revisitadas para que cada mulher, homens trans e pessoa com útero possam encontrar o acolhimento e atendimento devido nesses espaços. Para isso, as instituições e profissionais de saúde precisam estar atentas/os/es em relação às suas práticas, de modo a não (re)produzir violências. É essencial também que o Estado assuma a responsabilidade de não invisibilizar essa forma de violência e garanta a formação em saúde, valorização e cuidados necessários a essas/es profissionais.

Compreendemos que o caminhar da escrita deste texto perpassa, intrinsecamente, pela minha história, minhas experiências, afetações, estudos e tudo que me fez escolher esse caminho e essa forma de abordar o campo-tema aqui explorado. Entendendo a pesquisa como um processo e não como um fim em si mesma, enxergo essa dissertação como um abrir portas para outras indagações, aprofundamentos, estudos, que poderá se desdobrar para muitas possibilidades de reflexão e discussão.

Por fim, enfatizo a perspectiva do movimento, entendendo que somos seres de movimento, que o fazer Psicologia precisa ser um fazer também de movimento e que o campo em si também se movimenta o tempo inteiro e que neste momento se encontra sob muitos riscos e ameaças no atual contexto político. Desejamos que tudo que foi aqui exposto e discutido, possa mobilizar novos fazeres e contribuir para a garantia dos direitos das mulheres e para a visibilidade, reconhecimento e combate da Violência Obstétrica.

REFERÊNCIAS

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

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Polén, 2019.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019.

ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar. **O Desafio do Direito à Autonomia: Uma Experiência de Plano de Parto no SUS**. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. 111p, 2016.

ARAGAKI, Sérgio; LIMA, Maria Lúcia Chaves; PEREIRA, Camila Claudiano; NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano. Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. In: Spink MJ et al. **A Produção de Informação na Pesquisa Social: compartilhando ferramentas**. Ed. Virtual. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

ARGENTINA. **Ley 27610/2021**. Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. 2021.

ASSIS, Jussara Francisca. **Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica**. Ser. Soc. Soc.: São Paulo; 133: 547-565, 2018.

ÁVILA, Maria Betânia. **Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 19, supl. 2, p. 465-469, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000800027&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 31 de março de 2022.

BOCCHI, Aline Fernandes de Azevedo. **O funcionamento discursivo de campanhas sobre a violência no parto: testemunho, violência e silêncio**. Linguagem em (Dis)curso: Santa Catarina; v.19 (1): 17-33, 2019.

BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. **Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil**. Interface. 25(1): e200762. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/PrkQZTHQFkMYVQQLHJxKPNF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 de abril de 2022.

BRASIL. CASA CIVIL. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Casa Civil, 2005.

BRASIL. CASA CIVIL. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica**. Brasil: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasil: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza-SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRITO, Cecília Maria Costa; OLIVEIRA, Ana Carolina Gondim de Albuquerque; COSTA, Ana Paula Correia de Albuquerque. **Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro**.

BUGLIONE, Samantha. **Reprodução e Sexualidade: Uma questão de justiça**. Porto Alegre: FABRIS, 2002.

CARNEIRO, Sueli. Raça e etnia no contexto de Beijing. In: **O livro da saúde das mulheres negras : nossos passos vêm de longe**. Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2000.

COLLINS, Patrícia Hill. **Intersectionality's definitional dilemmas**. *Annu Rev Sociol.* 2015; 41:1-20. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-soc-073014-112142>. Acesso em: 05 de abril de 2022.

COLOMBY, Renato Koch; SALVAGNI, Julice; CHERON, Cibele. **A Covid-19 em múltiplas perspectivas** [livro eletrônico]. Goiânia: Editora Espaço Acadêmico, 2020.

CORRÊA, Sonia; ALVES, José Eustáquio Diniz; DE MARTINO JANNUZZI, Paulo. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. Livros, p. 27-62, 2015.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Revista Estudos Feministas: Florianópolis; 10(1): 2002.

CURI, Paula Land; RIBEIRO, Mariana Thomaz de Aquino; MARRA, Camilla Bonelli. **A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS**. Arquivos Brasileiros de Psicologia: Rio de Janeiro; 72 (no.spe.): 156-169, 2020.

DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Óbitos Maternos. Brasil, 2022.

DAVIS, Angela. **Mulheres, Raça e Classe**. 1.ed.- São Paulo: Boitempo, 2016.

DINIZ, Carmem Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. **O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo**. Questões de Saúde Reprodutiva: Rio de Janeiro; v.1, n.1, p. 80-91, 2006

DINIZ, Carmem Simone Grilo; SALGADO, Heloisa de Oliveira; ANDREZZO Halana Faria de Aguiar, CARVALHO, Paula Galdino Cardin; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque; AGUIAR, Cláudia de Azevedo; NIY, Denise Yoshie. **Abuse and Disrespect in Childbirth Care as a Public Health Issue in Brazil: Origins, Definitions, Impacts on Maternal Health, and Proposals for its Prevention**. Journal of Human Growth and Development; 25(3): 377-376, 2015.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 6.144 de 7 de junho de 2018**. Dispões sobre a implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e paridas sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção delas no cuidado da atenção obstétrica no Distrito Federal. Distrito Federal, 2018.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Elefante, 2017.

GABRIEL, Alice de Barros; SANTOS, Breno Ricardo Guimarães. **A Injustiça Epistêmica na violência obstétrica**. Revista Estudos Feministas: Florianópolis; 28(2): e60012, 2020.

GALINDO, Dolores; **Dados científicos como argumento: o caso da redução de parceiros sexuais em aids**. Dissertação (Mestrado). São Paulo: PUC. 149p. 2002.

GALINDO, Dolores; RODRIGUES, Renata Vilela. Incidentes críticos, um fio de ariadne na análise documental. In: Spink MJ et at. **A Produção de Informação na**

Pesquisa Social: compartilhando ferramentas. Ed. Virtual. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

GARCÍA, Luis Iván Díaz; FERNÁNDEZ, Yasna. **Situación Legislativa de la Violencia Obstétricas en la América Latina: el caso de Venezuela, Argentina, México e Chile.** Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso: Valparaíso; v. 51(2): 123-143, 2018.

GÓES, Emanuelle Freitas. **Racismo, Aborto e Atenção à saúde: Uma Perspectiva Interseccional.** 2018. Tese [Doutorado em Saúde em Saúde Pública]. Bahia: Universidade Federal da Bahia. 163p. 2018.

GOMES, Rebeca Pinto Costa; SILVA, Rozana de Souza; OLIVEIRA, Débora Cecília Chaves; MANZO, Bruna Figueiredo; GUIMARÃES, Gilberto de Lima; SOUZA, Kleyde Ventura. **Plano de Parto em Rodas de Conversa: Escolhas das Mulheres.** REME - Rev Min Enferm; 21:e-1033, 2017.

hooks, bell. **Intelectuais Negras.** Revista Estudos Feministas, V.3, nº 2 , 1995, p.454-478. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/10/16465-50747-1-PB.pdf>. Acesso em: 28 de março de 2022.

JOÃO PESSOA. **Lei nº 13.061 de 17 de julho de 2015.** Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e à parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando a proteção destas contra a Violência Obstétrica no Município de João Pessoa. João Pessoa, 2015.

KIKUCHI, Priscila. **Justiça Reprodutiva, Decolonialidade e Religião: alguns aportes teóricos para um começo de conversa.** Poiesis – Revista de Filosofia. v.23, n.02. 2021. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/poiesis/article/view/4900>. Acesso em 06 de abril de 2022.

LIMA, Kelly Diogo; PIMENTEL, Camila; LYRA, Tereza Maciel. **Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras.** Ciência & Saúde Coletiva: online; 26 (Supl.3): 4909-4918, 2021.

MALTA, Renata Barreto; SANTOS, Jônatas Breno Silva. **A encenação da violência obstétrica: (dis)junções entre ficção e realidade.** Rev Eletron Comum Inf Inov Saúde: online; 14(4): 892-911, 2020.

MARQUES, Silvia Badim. **Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres.** Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit: Brasília; v9 (1): 97-119, 2020.

MARTÍN-BELLIDO, M. Carmem. **La construcción del Empoderamiento Femenino: visibilizando la violencia obstétrica.** Temperamentvm: online; v16: e13206, 2020.

MEDRADO, Benedito. **Das representações aos repertórios: uma abordagem construcionista.** Psicologia & Sociedade; v. 10, n.1, p. 86-103, 1998.

MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28ª Ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2009. SOARES, G.S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2):S399-S406.

NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; AMORIM, Melania Maria Ramos; PACAGNELLA, Rodolfo de Carvalho; TAKEMOTO, Maira Libertad Soligo; PENSO, Fátima Cristina Cunha; REZENDE-FILHO, Jorge; LEAL, Maria do Carmo. **Covid-19 e morte materna no Brasil: uma tragédia invisível**. *Femina*: online; 48(8): 496-8, 2020.

OLIVEIRA, Maria Verônica Araújo de Santa Cruz. **Narrativas das Mulheres Guerreiras do Agreste sobre como a Violência Obstétrica atravessou suas vidas: uma leitura decolonial com recorte de gênero e raça**. Tese [Dissertação]. 317p. Recife: UFPE, 2021.

ONG CRIOLA. **Dossiê: Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva**. Rio de Janeiro: online, 2021.

PALHARINI; Luana Aparecida. **Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil**. *Cadernos Pagu*: online; e174907, 2017.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê da Violência Obstétrica: Parirás com Dor**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012.

PERDOMO-RUBIO, Alejandro; MARTÍNEZ-SILVA, Pablo Andrés; LAFURIE-VILLAMIL, Maria Mercedes; CAÑÓN-CRESPO, Andrés Felipe; RUBIO-LEÓN, Diana Carolina. **Discursos sobre la violencia obstétrica em la prensa de países latinoamericanos: cambios y continuidades em el campo de la atención**. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*: online; 37(2): 125-135, 2019.

PORTELA, Ana Rebeca Paulino; HOLANDA, Viviane Rolim; ALBUQUERQUE, Geyslane Pereira Melo. **Percepção de Usuárias do Sistema Único de Saúde Brasileiro sobre Plano de Parto**. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*; 24(4):619-630, 2020.

PULHEZ, Mariana Marques. **Violência Obstétrica no Brasil: controvérsias em torno de um conceito**. *CSONline – Revista Eletrônica de Ciências Sociais*: Juiz de Fora; n. 33, 2021.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres do Senado Federal do Brasil. Brasília, 2012

RIBEIRO, Maria Auxiliadora Teixeira. A pesquisa em base de dados: como fazer?. In: **Metodologias: pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas**. Edufal: Maceió, 2015.

SANTA CATARINA. **Lei 18.322 de 5 de janeiro de 2022**. Consolida as Leis que dispõem sobre Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Florianópolis, 2022.

SENA, Lígia Moreira; TESSER, Charles Dalcanale. **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências**. Interface; 21(60):209-20, 2017.

SILVA, Juliana Keyla Jeremias. **Acesso aos serviços de aborto legal em casos de estupro: interseções de gênero, raça, classe e território**. Dissertação [Mestrado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco. 126p. 2020.

SILVA, Silvíia Elaine; GASPERIN, Helena Guimarães; PONTES, Felipe Simão. **A violência obstétrica e o despacho do Ministério da Saúde**. Tensões Mundiais: Fortaleza; v. 17, n. 33, p. 205-228, 2021.

SPINK, Mary Jane P. et al. **A construção da AIDS-notícia. Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2001, v. 17, n. 4, pp. 851-862. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400019>>. Epub 17 Ago 2001. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400019>. Acesso em: 23/04/2022

SPINK, Mary Jane. As múltiplas faces da pesquisa sobre produção de sentidos no cotidiano. In: Spink, MJ. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. ISBN: 978-85-7982-046-5, 2010

SPINK, Mary Jane; FREZZA, Rosy Mary. Práticas Discursivas e Produção de Sentido. In.: Spink MJ (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Ed. Virtual. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

SPINK, Peter. Análise de documentos de domínio público. In.: Spink MJ (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Ed. Virtual. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristiana Saling. **A História Do Parto: Do Domicílio Ao Hospital; Das Parteiras Ao Médico; De Sujeito A Objeto**. *Disciplinarum Scientia*; 16(1):95-107, 2015.

VENEZUELA. La Asamblea Nacional. **Lei nº 38.668 de 23 de abril de 2007**. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas, 2007.

VITÓRIA DA CONQUISTA. **Lei nº 2.228 de 4 de junho de 2018**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à saúde e parturiente contra a violência obstétrica no município de Vitória da Conquista. Vitória da Conquista, 2018.

WERNECK, Jurema. Algumas considerações sobre racismo , sexismo e a tecnogenia. “**Um Mundo Patentado? La privatización de la vida y del conocimiento**”, p. 1–10, 2005.

WHO/OMS. **Intrapartum care for a positive childbirth experience**. 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf?ua=1> . Acesso em: 25/01/2022.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; NADAL, Ana Hertzog Ramos; HABIGZANG, Luísa Fernanda. **Violência Obstétrica no Brasil: Uma Revisão Narrativa**. *Psicologia & Sociedade*: online; 29: e155043, 2017.

APÊNDICE A - Quadro 1 Organização das matérias selecionadas por editoria/autoria, título e data

Editoria/autor(a)	Título da matéria	Maió/2019	Junho/2019
Cotidiano/Natália Cancian	“Ministério da Saúde veta uso do termo ‘violência obstétrica”	07/05	
Painel do Leitor	“‘Bolsonaro tem que desvincular seu governo de Olavo’, diz leitor”	08/05	
Painel do Leitor	“‘Presidente é especialista em apagar fogo com gasolina’, diz leitor”	09/05	
Coluna/Tati Bernardi	“Pessimismo”	10/05	
Painel do Leitor	“‘Triste é o futuro com mais armas e menos educação’, diz leitor”	10/05	
Painel do Leitor	“‘Ainda é cedo para antibolsonaristas se manifestarem’, diz leitor”	11/05	
Viva Bem/Fernanda Pereira Nevez	“Após a maternidade, mulheres deixam suas profissões para ajudarem outras mães no parto”	12/05	
Opinião/Mariana Mesquita e Ana Cristina Duarte	“É pela vida das mulheres”	28/05	
Cotidiano/Natália Cancian	“Conselho de Direitos Humanos pede que governo reveja veto à expressão violência obstétrica”		03/06
Cotidiano/Natália Cancian	“Ministério da Saúde mantém decisão de não usar o termo violência obstétrica, diz secretário”		10/06

APÊNDICE B - QUADRO 2 IDENTIFICAÇÃO DAS/OS/ES ATRIZES E ATORES E RESPECTIVAS INSTITUIÇÕES QUE REPRESENTAM, POR MATÉRIA

MATÉRIA	Data	ATOR/ATRIZ IDENTIFICADOS/AS	Instituição representada
"Ministério da Saúde veta uso do termo 'violência obstétrica'"	07/05	Ministério da Saúde	Governo Federal
		Médica Sônia Lansky	Coord. Regional da Pesquisa Nascer no Brasil, Fiocruz
		Débora Diniz	Instituto Anis Bioética, Direitos Humanos e Gênero
		Ademar Carlos Augusto	Conselho Federal de Medicina
		Aguinaldo Lopes da Silva	Febrasgo
		Liduína Albuquerque	Associação Cearense de Ginecologia e Obstetrícia
"Bolsonaro tem que desvincular seu governo de Olavo", diz leitor"	08/05	Raphael Câmara Medeiros Parente	Conselho Regional de Medicina do RJ
		Krikor Boyacyan	Categoria médica
"Presidente é especialista em apagar fogo com gasolina", diz leitor"	09/05	Carmem Simone Grilo Diniz	USP
"Pessimismo"	10/05	Tati Bernardi	Colunista FSP
"Triste é o futuro com mais armas e menos educação", diz leitor"	10/05	Médico Romeu Merhej	Categoria Médica
"Ainda é cedo para antibolsonaristas se manifestarem", diz leitor"	11/05	Mario Jorge Tsuchiya	Conselho Regional de Medicina de SP
"Após a maternidade, mulheres deixam suas profissões para ajudarem outras mães no parto"	12/05	Médica Sônia Lansky	Coord. Regional da Pesquisa Nasce no Brasil, Fiocruz
		Ministério da Saúde	Governo Federal
"É pela vida das mulheres"	28/05	Ministério da Saúde	Governo Federal
		Mariana de Mesquita	Graduanda em obstetrícia na USP
		Ana Cristina Duarte	SIAPARTO
"Conselho de Direitos Humanos pede que governo reveja veto à expressão violência obstétrica"	03/06	Ministério da Saúde	Governo Federal
		Conselho Nacional de Direitos Humanos	Governo Federal
	10/06	Ministério da Saúde	Governo Federal

"Ministério da Saúde mantém decisão de não usar o termo violência obstétrica, diz secretário"		Erno Harzheim	Secretário da Atenção Primária – Ministério da Saúde
-----------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------	------------------------------------------------------

APÊNDICE C - QUADRO 3 IDENTIFICAÇÃO DOS DISCURSOS DAS ATRIZES E ATORES POR CADA MATÉRIA

Título da matéria: “Ministério da Saúde veta uso do termo ‘violência obstétrica’”								
Data	Editoria	Atores e atrizes em foco	Argumento dos atores e atrizes					
			Ministério da Saúde	Médica Sônia Lansky	Débora Diniz	Ademar Carlos	Aguinaldo Lopes da Silva	Liduina Albuquerque
07/05	Cotidiano	Ministério da Saúde Médica Sônia Lansky Débora Diniz Ademar Carlos Augusto Aguinaldo Lopes da Silva Liduina Albuquerque	Emitiu despacho em que proíbe o uso do termo violência obstétrica. “Percebe-se, desta forma, a impropriedade da expressão 'violência obstétrica' no atendimento à mulher, pois acredita-se que tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas não têm a	Para ela, excluir o uso do termo pode soar como uma forma de censura institucional. Ela lembra que o termo violência obstétrica está consolidado em literatura científica — neste sentido, diz, não haveria como aboli-lo. Alguns países, como Venezuela e Argentina, possuem	Para ela, o novo posicionamento do ministério representa uma tentativa do governo de negar a existência do problema. “A retirada dessa palavra de uma política de governo é uma tentativa de silenciar o que acontece nesse momento da vida das	Ademar diz ter elaborado o documento devido à proliferação de propostas de leis sobre violência obstétrica. “O que a gente percebe é que existe um movimento orquestrado de algumas instituições de trazer para o médico obstetra a responsabilidade	Para ele, é preciso reconhecer que há problemas na assistência às gestantes do país. A adoção de outro termo, diz, seria apenas para deixar de vinculá-los apenas aos obstetras. “Não negamos que o problema exista. Somos contra qualquer tipo de violência	“Assumir a violência obstétrica como uma realidade a ser enfrentada não enfraquece os obstetras como categoria profissional. Ao contrário, a fortalece, uma vez que os profissionais de saúde também estão expostos a prejuízos oriundos da mesma estrutura que

			<p>intencionalidade de prejudicar ou causar dano”, informa.</p> <p>No despacho, a pasta afirma ainda trabalhar para qualificar o cuidado das mães e diminuir os índices de mortalidade materna e infantil. Por conta disso, defende adotar estratégias para abolir o uso da expressão “com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada”.</p> <p>Em nota, o Ministério da Saúde diz que o posicionamento foi feito a pedido de entidades médicas e segue pareceres destas entidades. Um exemplo é um documento do Conselho Federal de Medicina, emitido no ano passado e que passou a recomendar que a</p>	<p>legislações sobre o tema desde 2007. “Não há como cercear a liberdade de informação e como as mulheres identificam esse tipo de violência. É um problema de grande relevância em saúde pública. O ideal seria discutir porque esse incômodo tão grande e esclarecer que não é dirigido a ninguém em específico mas à situação da violência obstétrica. É uma violência estrutural”, diz.</p> <p>Segundo ela, dados da pesquisa dão pistas do tamanho do problema no país. Um exemplo é que, entre as entrevistadas que tiveram parto normal, 53,5% sofreram episiotomia — como registros na literatura apontam</p>	<p>mulheres. É o mesmo que ignorar e considerar que isso não existe”, afirma.</p> <p>Segundo ela, a medida deve trazer impacto às mulheres vítimas desse tipo de violência. “É um documento que tem um impacto simbólico muito importante, de o Estado dizer que não reconhece essa experiência e a forma como você a expressa. É também um sinal de onde estão as prioridades do Ministério da Saúde no cuidado das mulheres”, diz.</p>	<p>pela situação caótica que está a assistência à gestante”, diz ele, para quem a definição tem “viés ideológico”. “Essa discussão veio importada de países com viés socialista, e o Brasil também adotou”, diz, em referência às leis da Argentina e Venezuela.</p> <p>Ainda segundo Silva, além da interpretação pejorativa, há risco de superdimensionar o problema.</p> <p>“Tudo isso são discursos que a gente, quando vai para a prática, [vê que] não correspondem à realidade”, diz ele, para quem os casos estão relacionados não a uma situação específica, mas à desorganização do sistema de</p>	<p>contra a mulher em qualquer situação. A grande questão é atribuir uma relação ao obstetra em situações em que isso ocorra”, diz.</p>	<p>sustenta a institucionalização de práticas violentas contra as mulheres”, dizia o parecer assinado pela presidente da Socego (Associação Cearense de Ginecologia e Obstetrícia) “Como médicos obstetras temos uma grande oportunidade em mostrar as mulheres que estamos ao lado delas na busca por uma assistência obstétrica de qualidade.”</p>
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			expressão não fosse utilizada, por considerar que seu uso "tem se voltado em desfavor da nossa especialidade, impregnada de uma agressividade que beira a histeria, e responsabilizando somente os médicos por todo ato que possa indicar violência ou discriminação contra a mulher."	que esse procedimento seria necessário em menos de 10% dos casos. Outras 36% sofreram manobra de Kristeller, pressão no útero para saída do bebê, a qual é contraindicada pelo Ministério da Saúde.		saúde como um todo.		
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------	--	--

APÊNDICE D - QUADRO 4 IDENTIFICAÇÃO DOS DISCURSOS DAS ATRIZES E ATORES POR CADA MATÉRIA

Título da Matéria: “‘Bolsonaro tem que desvincular seu governo de Olavo’, diz leitor”			
Data	Editoria	Atores e atrizes em foco	Argumentos dos atores e atrizes
08/05	Painel do Leitor	Raphael Câmara Medeiros Parente Krikor Boyaciyán	Raphael Câmara Medeiros Parente
			Krikor Boyaciyán
			<p>Apoio incondicionalmente a atitude do Ministério da Saúde de abolir o termo “violência obstétrica”, que tem viés ideológico contra médicos obstetras, servindo tão somente de cortina de fumaça para esconder os reais problemas que matam mães e bebês, como a falta de pré-natal realizado por médico obstetra, a falta obstetras em maternidades, de concurso público, a existência de maternidades estilo masmorras medievais e a demonização do médico</p> <p>Gostaria de parabenizar o ministério pelo veto à utilização do termo “violência obstétrica”. Trata-se de uma expressão totalmente inadequada, empregada na assistência à gestante, pois tanto o médico quanto os profissionais de outras áreas não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano. A popularização do termo macula a especialidade médica —ginecologia e obstetrícia—, desestimulando a formação de estudantes e residentes para o exercício dessa importante atenção primária.</p>

APÊNDICE E - QUADRO 5 IDENTIFICAÇÃO DOS DISCURSOS DAS ATRIZES E ATORES POR CADA MATÉRIA

Tabela 5: Título da Matéria: “‘Presidente é especialista em apagar fogo com gasolina’, diz leitor”			
Data	Editoria	Atores e atrizes em foco	Argumentos dos atores e atrizes
09/05	Painel do Leitor	Carmem Simone Grilo Diniz	Carmem Simone Grilo Diniz
			Uso indevido de drogas aumentando as contrações/dores, negação de privacidade, água ou comida, imobilização física em posições dolorosas, proibição de acompanhantes, informações incorretas induzindo cirurgias desnecessárias: essas violências servem para apavorar as mulheres e fazê-las aceitarem a cesárea, mais conveniente para médicos e hospitais.

APÊNDICE F - QUADRO 6 IDENTIFICAÇÃO DOS DISCURSOS DAS ATRIZES E ATORES POR CADA MATÉRIA

Título da Matéria: “Pessimismo”			
Data	Editória	Atores e atrizes em foco	Argumentos dos atores e atrizes
10/05	Coluna	Tati Bernardi	<p>Tati Bernardi</p> <p>Em vez de o <u>Ministério da Saúde proibir o termo "violência obstétrica"</u>, como seria bom se todas as mulheres pudessem ter (ou não) seus filhos sem sofrer tantos abusos físicos e psicológicos. Chega de proteger os médicos, eles não são deuses! Eu passei por quatro obstetras e voltava para casa sempre solitária e assustada. Cínicos, dinheiristas, entediados, vedetes midiáticas deprimentes. Se é assim em consultórios recomendados, não gosto nem de imaginar pelo que passa a maioria das pessoas.</p>

APÊNDICE G - QUADRO 7 IDENTIFICAÇÃO DOS DISCURSOS DAS ATRIZES E ATORES POR CADA MATÉRIA

Título da Matéria: “Triste é o futuro com mais armas e menos educação’, diz leitor”			
Data	Editoria	Atores e atrizes em foco	Argumentos dos atores e atrizes
10/05	Painel do Leitor	Médico Romeu Merhej	Médico Romeu Merhej
			Ótima a <u>contribuição da professora Carmen Simone Grilo Diniz</u> , da Faculdade de Saúde Pública da USP, sobre os muitos constrangimentos por que passam, em alguns serviços de saúde, muitas parturientes. Urgente para se pensar, pesquisar e debater.

APÊNDICE H - QUADRO 8 IDENTIFICAÇÃO DOS DISCURSOS DAS ATRIZES E ATORES POR CADA MATÉRIA

Título da Matéria: “‘Ainda é cedo para antibolsonaristas se manifestarem’, diz leitor”			
Data	Editoria	Atores e atrizes em foco	Argumentos dos atores e atrizes
11/05	Painel do Leitor	Mário Jorge Tsuchiya	<p>Mário Jorge Tsuchiya</p> <p>O Cremesp apoia o Ministério da Saúde quanto ao uso equivocado e indiscriminado do termo “violência obstétrica” (“<u>Ministério da Saúde veta uso do termo ‘violência obstétrica’</u>”). O conceito de violência extrapola qualquer ato médico, caracterizado pela intenção de produzir sofrimento a outrem. Utilizado de forma genérica, estimula conflitos e compromete a relação médico-paciente. Os médicos são capacitados para auxiliar a parturição e este conselho entende que a humanização do atendimento é essencial, um direito de todos os pacientes, incluindo as gestantes.</p>

APÊNDICE I – QUADRO 9 IDENTIFICAÇÃO DOS DISCURSOS DAS ATRIZES E ATORES POR CADA MATÉRIA

Título da Matéria: “Após a maternidade, mulheres deixam suas profissões para ajudarem outras mães no parto”			
Data	Editoria	Atores e atrizes em foco	Argumentos dos atores e atrizes
12/05	Coluna Viva Bem	Ministério da Saúde Médica Sônia Lansky	<p>Ministério da Saúde</p> <p>Texto publicado pelo Ministério da Saúde em 2017 definia esse tipo de violência como aquela que ocorre na gestação ou parto, podendo ser “física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, além de negligência, discriminação e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas, muitas vezes prejudiciais e sem embasamento”. Agora, no entanto, a pasta afirma que o termo tem conotação inadequada para esse tipo de caso. A justificativa é que, na definição de violência pela Organização Mundial de Saúde, estaria associada “claramente a intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido.”</p> <p>Médica Sônia Lansky</p> <p>“Não há como cercear a liberdade de informação e como as mulheres identificam esse tipo de violência. É um problema de grande relevância em saúde pública. O ideal seria discutir porque esse incômodo tão grande e esclarecer que não é dirigido a ninguém em específico mas à situação da violência obstétrica. É uma violência estrutural”, diz.</p>

APÊNDICE J – QUADRO 10 IDENTIFICAÇÃO DOS DISCURSOS DAS ATRIZES E ATORES POR CADA MATÉRIA

Título da Matéria: “É pela vida das mulheres”			
Data	Editoria	Atores e atrizes em foco	Argumentos dos atores e atrizes
28/05	Coluna Opinião	Ministério da Saúde Mariana Mesquita Ana Cristina Duarte	<p>Ministério da Saúde</p> <p>No dia 3, o <u>Ministério da Saúde</u> declarou que “o termo ‘violência obstétrica’ (VO) tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado”</p> <p>Mariana Mesquita Ana Cristina Duarte</p> <p>Em tempos em que se espera uma mínima desaceleração na perda de direitos básicos, a declaração despenca como a reviravolta de um filme dadaísta, acompanhando o fluxo de despautérios políticos dos últimos meses.</p> <p>Os <u>relatos de VO</u>, de centenas de mães, são fatos. Ponto. Há um comentário muito comum entre as mulheres: quanto mais você gritar e “der trabalho”, mais bravos eles ficam. VO diz respeito à cultura e não a um profissional de saúde específico.</p> <p>Há denúncias de profissionais e estudantes envolvidos em abusos morais e sexuais. Relações de confiança se estabelecem com “jovens” envolvidos em “brincadeiras” com apologia ao estupro. É necessário entender o princípio da horizontalidade. Se existe qualquer motivação relacionada ao poder, como esperar outro resultado? Quando a busca pelo conhecimento passa pela busca de status, a finalidade é perversa. Contingenciar recursos e considerar a sobrecarga de trabalho como algo normal custam vidas.</p> <p>Só em 2017 foi criado o Código de Ética do Estudante de Medicina. VO não é tema em congressos de ginecologia e obstetrícia, mas encontra-se o termo “violência contra o obstetra” nos informativos dos órgãos de classe. Neste ano, as denúncias de VO pelo telefone 180 dobraram em relação a 2018.</p>

				É imperativo não jogar essa realidade como uma “batata quente” entre profissionais, conselhos, Estado, ativistas e população.
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

APÊNDICE K – QUADRO 11 IDENTIFICAÇÃO DOS DISCURSOS DAS ATRIZES E ATORES POR CADA MATÉRIA

Título da Matéria: “Conselho de Direitos Humanos pede que governo reveja veto à expressão violência obstétrica”			
Data	Editória	Atores e atrizes em foco	Argumentos dos atores e atrizes
03/06	Cotidiano	Conselho Nacional de Direitos Humanos Ministério da Saúde	<p>Conselho Nacional de Direitos Humanos</p> <p>Para o Conselho Nacional de Direitos Humanos, no entanto, a medida representa “um retrocesso nas políticas públicas de saúde da mulher e saúde materna”.</p> <p>A recomendação foi publicada nesta segunda no Diário Oficial da União. No documento, o órgão argumenta ainda que, “embora não haja tipificação específica na legislação brasileira, o termo é amplamente utilizado no âmbito acadêmico, jurídico, social e institucional, justamente para dar visibilidade a tais práticas.”</p> <p>“Ademais, trata-se de práticas associadas ao risco de complicações, práticas dolorosas e cujo uso é considerado desnecessário”, completa.</p>
			<p>Ministério da Saúde</p> <p>Questionado, o Ministério da Saúde disse avaliar internamente a recomendação do conselho. Em nota divulgada nesta segunda, a pasta diz manter políticas públicas em consonância com documento da Organização Mundial de Saúde publicado em 2014, o qual define que “abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto não apenas violam os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaçam o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação”.</p> <p>Como exemplos, cita a Rede Cegonha e a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher. “Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção no SUS implicam na promoção, reconhecimento, e respeito aos direitos humanos das mulheres”, afirma.</p>

APÊNDICE L – QUADRO 12 IDENTIFICAÇÃO DOS DISCURSOS DAS ATRIZES E ATORES POR CADA MATÉRIA

Título da Matéria: “Ministério da Saúde mantém decisão de não usar o termo violência obstétrica, diz secretário”				
Data	Editória	Atores e atrizes em foco	Argumentos dos atores e atrizes	
03/06	Cotidiano	Ministério da Saúde Erno Herzheim	<p>Ministério da Saúde</p> <p>A justificativa para deixar de usá-la, segundo a pasta, estaria na definição do termo violência pela Organização Mundial de Saúde, que “associa claramente a intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido.”</p> <p>“Percebe-se, desta forma, a impropriedade da expressão 'violência obstétrica' no atendimento à mulher, pois acredita-se que tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano”, informava o despacho.</p> <p>“Dessa forma, o Ministério da Saúde reitera que a expressão utilizada nos documentos e ações oficiais é a definida pela OMS em 2014, “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, no qual declara que essas situações nas instituições de saúde afetam os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaçam o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não discriminação”, finaliza o ofício enviado à Procuradoria.</p>	<p>Erno Herzheim</p> <p>“O Ministério não usará formalmente esse termo [violência obstétrica]”, afirmou Harzheim, que assina o documento enviado ao MPF.</p> <p>“Seguiremos usando o termo da Organização Mundial de Saúde: 'Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde’”, completou.</p> <p>Para o secretário de atenção primária em saúde, Erno Harzheim, porém, há uma “falsa polêmica” em torno do tema –daí, segundo ele, ter escrito em ofício ao MPF que o ministério “reconhece o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas”.</p> <p>“O ministério não é censor. Ele decide o que ele escreve”, disse à Folha. “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.”</p> <p>“A política não mudou, e continua em busca de um parto humanizado e baseada nas melhores evidências científicas. A maneira de se referir a ela é que mudou”, diz. “É um termo inadequado por vários motivos, como</p>

				associar a uma intencionalidade de violência", afirma ele. "Se houver essa intencionalidade na rede de saúde, estamos falando de um crime."
--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANEXO A – DESPACHO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

DESPACHO

DAPES/SAS/MS

Brasília, 03 de maio de 2019.

Acusa-se o recebimento do Ofício nº 017/19 – JUR/SEC referente à solicitação de posicionamento deste Ministério quanto ao uso do termo “violência obstétrica”.

Embora não haja consenso quanto à definição desse termo, o conceito de “violência obstétrica” foca a mulher e o seu momento de vida (gestação, parto ou puerpério).

A definição isolada do termo violência é assim expressa pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. Essa definição associa claramente a intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido.

O posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério.

O Ministério da Saúde pauta todas suas recomendações pela melhor evidência científica disponível, guiadas pelos princípios legais, pelos princípios éticos fundamentais, pela humanização do cuidado e pelos princípios conceituais e organizacionais do Sistema Único da Saúde.

Neste sentido, estratégias têm sido fortalecidas para que o cuidado maternoseja cada vez mais qualificado, principalmente no que se refere à diminuição da mortalidade materna, mortalidade infantil, prevenção de danos decorrentes de intervenções necessárias para a preservação da vida do binômio mãe-bebê e na relação de cuidado e afetiva mãe-filho. Ratifica-se, assim, o compromisso das normativas deste Ministério pautarem-se nessa orientação.

Percebe-se, desta forma, a impropriedade da expressão “violência obstétrica” no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano.

Esforços institucionais são empreendidos por este Ministério da Saúde com a implementação de uma série de programas e políticas em saúde, entre os quais,

o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, entre outros, na busca de qualificar a atenção ao parto e nascimento, necessitando fortalecer parcerias em um processo multidisciplinar. Nessa perspectiva, têm-se intensificado esforços de aproximação com a academia, conselhos de especialidades e sociedades científicas para discussões ampliadas.

Pelos motivos explicitados, ressalta-se que a expressão “violência obstétrica” não agrega valor e, portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada. Ratifica-se, assim, o compromisso de as normativas deste Ministério pautarem-se nessa orientação.

Encaminha-se ao GAB/SAS para prosseguimento.



Documento assinado eletronicamente por **Mônica Almeida Neri, Coordenador(a)-Geral de Saúde das Mulheres**, em 03/05/2019, às 14:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcio Henrique de Oliveira Garcia, Diretor(a) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, em 03/05/2019, às 14:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Erno Harzheim, Secretário-Executivo, Substituto**, em 03/05/2019, às 16:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **9087621** e o código CRC **1A6F34C4**.