

“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Faculdade de Ciências e Letras

Campus de Araraquara - SP

KAUANA BARREIRO ANGLÉS ARRIGO

**O DISCURSO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
NAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO AO
PARTO: Proposta de uma Educação Sexual em busca do
parto humanizado**



ARARAQUARA – SP

2020

KAUANA BARREIRO ANGLÉS ARRIGO

**O DISCURSO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
NAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO AO
PARTO:** Proposta de uma Educação Sexual em busca do
parto humanizado

Trabalho de Dissertação de Mestrado, apresentado ao Conselho, Departamento, Programa de Educação Sexual da Faculdade de Ciências e Letras – Unesp/Araraquara, como requisito para obtenção do título de, Mestre em Educação Sexual. Exemplar apresentado para exame de defesa.

Linha de pesquisa: Sexualidade e educação sexual: interfaces com a história, a cultura e a sociedade.

Orientador: Profa. Dra. Maria Regina Momesso

ARARAQUARA – SP

2020

A776d

Arrigo, Kauana Barreiro Anglés

O DISCURSO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NAS PRÁTICAS
DE ATENDIMENTO AO PARTO : Proposta de uma Educação
Sexual em busca do parto humanizado / Kauana Barreiro Anglés
Arrigo. -- Araraquara, 2020

95 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual
Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara
Orientadora: Maria Regina Momesso

1. violência obstétrica. 2. parto humanizado. 3. análise do discurso.
I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de
Ciências e Letras, Araraquara. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

KAUANA BARREIRO ANGLÉS ARRIGO

O DISCURSO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO AO PARTO: Proposta de uma Educação Sexual em busca do parto humanizado

Trabalho de Dissertação de Mestrado, apresentada ao Conselho, Departamento, Programa de Pós em Educação Sexual da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Araraquara, como requisito para obtenção do título de Bacharel, Mestre em Educação Sexual. Exemplar apresentado para exame de defesa.

Linha de pesquisa: Sexualidade e educação sexual: interfaces com a história, a cultura e a sociedade.

Orientador: Profa. Dra. Maria Regina Momesso

Data da Defesa: 28/02/2020

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Maria Regina Momesso

Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho- Faculdade de Ciências e Letras – Campus Araraquara

Membro Titular: Prof. Dr. Darbi Masson Suficier

Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho- Faculdade de Ciências e Letras – Campus Araraquara

Membro Titular: Prof^ª. Dr^ª. Valeria Cristina Gimenes Prado

Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho- Faculdade de Ciências e Letras – Campus Araraquara

Membro Suplente: Profa. Dra. Evelize de Fátima Saraiva

Faculdades Integradas de Bauru- FIB

Membro Suplente: Prof. Dr. Paulo Rennes

Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho- Faculdade de Ciências e Letras – Campus Araraquara

Local: Universidade Estadual Paulista

Faculdade de Ciências e Letras -UNESP – Campus de Araraquara

Dedico esse trabalho à Daniela que pariu em meio à Guerra da Espanha e criou dois filhos com ajuda das mulheres.

À Teresa que foi sozinha para hospital ter seu bebê e escutou comentários desrespeitosos e mesmo assim conseguiu parir.

À Iracema que teve 10 filhos e a primeira não resistiu e nem por isso perdeu a mão de sua família.

Á Aida, minha mãe, que sofreu por dias, sendo julgada por não conseguir parir e tinha uma ruptura de cóccix, dificultando muito a passagem do bebê, foi fortemente desrespeitada, deixada sozinha e sofreu uma cesárea que de tanto medo, achou que levaria a morte. Deu à luz a mim pelas múltiplas violências, não conseguiu produzir leite e novamente foi responsabilizada por isso.

À Alice, mil vezes Alice, que fez efetivar em mim o amor que eu tinha por bebês e me empurrou para trabalhar nesse nicho, que me fez aprender passo a passo a conduzir nosso parto, a procurar uma doula, a procurar respeito e cuidado.

Alice você é meu norte e minha lição a cada dia.

Ao Mãe Terra e ao meu anjo Beatriz, que me motivam a prosseguir e produzir a cada dia.

À todas as gestantes e famílias que tive o prazer e honra de acompanhar.

Á todas as mulheres que não serão silenciadas!

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente ao Programa do Mestrado em Educação Sexual UNESP-Araraquara, por toda a resistência em manter tais questionamentos e proposições sociais em tempos sombrios e ter uma enorme paciência com a minha condição, sempre auxiliando quando o fio da meada quase se perdia.

À orientadora Maria Regina Momesso, que aceitou orientar-me sobre um tema tão ácido; pelo auxílio e compreensão sobre os inúmeros obstáculos que percorria diariamente para poder produzir alguns parágrafos ao longo das madrugadas.

À Secretaria da Pós-Graduação que, sempre com paciência, respondia e me auxiliava com toda minha inabilidade com relação à burocracia.

Aos integrantes das bancas que auxiliaram imensamente a versão final desse trabalho: Prof^ª Dr^ª Valéria Gimenes Prado, Prof. Dr. Darbi Masson Suficier, Prof. Dr. Paulo Rennes Marçal.

À minha família e minha filha por entenderem o muito tempo ausente e cansada, pois sabiam que algo estava sendo produzido.

Às minhas amigas por também compreenderem minha ausência.

Às minhas anjas Beatriz e Gi por ajudarem com meu tesouro, enquanto vou para a batalha todo santo dia.

Às minhas amigas Juliana e Mariana, advogadas feministas e ativistas que me auxiliaram e auxiliam no quesito jurídico.

À todas amigas e principalmente Carina, que sofreram e tiveram suas vozes roubadas ao terem seus filhos e motivaram-me sempre a prosseguir nesse.

Às minhas gestantes e parturientes que sempre me incentivaram e olharam para mim com ternura na execução do meu trabalho.

Aos meus pacientes, os quais compreenderam minhas faltas.

Sempre e novamente à minha filha por ensinar-me tanto e por conviver com tantas falhas de uma mãe tensa e multitarefada.

“...que as nossas histórias não sejam ignoradas.”.
(*VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA- A voz das brasileiras, 2012*).

RESUMO

O presente trabalho propõe-se a discutir a violência obstétrica no Brasil, a partir da análise das práticas discursivas e não discursivas mostradas no documentário O Renascimento do Parto 2 de Eduardo Chauvet (2018). Em seguida problematização do parto humanizado com vistas a desenvolver uma proposta de Educação Sexual presencial e virtual que resgate a mulher como protagonista do parto, com o intuito de promover a cultura do parto humanizado em detrimento do modelo médico de atenção hegemônico que exerce controle dos conhecimentos do corpo humano e da sexualidade feminina. A pesquisa é qualitativa e exploratória, tem como abordagem teórica a Análise do Discurso francesa de base Foucaultiana, em seu terceiro domínio denominada genealogia da ética. Os estudos de Michel Foucault proporcionam a problematização crítica para compreensão consciente do processo de gestar e parir humanizados. Assim partir-se da teoria à prática de rodas de conversa conduzidas por profissionais balizados pela medicina baseada em evidências. A presença de doulas, parteiras e obstetrias nas equipes atuam como operadores de transformação do paradigma, trazendo formas e instrumentos para realizar recortes frente a essa realidade, além disso, uma educação sexual que prime pelo cuidado de si na relação com o outro.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Análise do discurso; Educação sexual; Parto humanizado.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo discutir la violencia obstétrica en Brasil, basado en el análisis de las prácticas discursivas y no discursivas que se muestran en el documental *O Renascimento do Parto 2* de Eduardo Chauvet (2018). Luego, la problematización del parto humanizado con el fin de desarrollar una propuesta de Educación Sexual cara a cara y virtual que rescate a las mujeres como protagonistas del parto, con el objetivo de promover la cultura del parto humanizado en detrimento del modelo médico de atención hegemónica que ejerce el control del conocimiento, del cuerpo humano y la sexualidad femenina. La investigación es cualitativa y exploratoria, con el enfoque teórico del análisis del discurso francés basado en Foucault, en su tercer dominio llamado genealogía de la ética. Los estudios de Michel Foucault proporcionan una problematización crítica para una comprensión consciente del proceso de gestación y entrega humanizado. Así, comenzando desde la teoría hasta la práctica de círculos de conversación conducidos por profesionales basados en la medicina basada en evidencia. La presencia de doulas, parteras y obstetrices en los equipos actúan como operadores de transformación del paradigma, trayendo formas e instrumentos para hacer recortes ante esta realidad, además, una educación sexual que sobresale en cuidarse en la relación con el otro.

Palabras clave: Violencia obstétrica; Análisis del discurso; Educación sexual; Nacimiento humanizado.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
NDH	Núcleo de Direitos Humanos
EPISIO	Episiotomia
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de parto
VBAC	Vaginal Birth After Cesarean (Parto vaginal após cesárea)
VO	Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1.APRESENTAÇÃO.....	12
2.INTRODUÇÃO.....	14
3.REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
4. OS DOCUMENTÁRIOS: <i>Renascimento do Parto:1,2,3</i>.....	39
4.1<i>Renascimento do parto 1</i>.....	39
4.2<i>Renascimento do parto 2</i>.....	40
4.3 <i>Renascimento do parto 3</i>.....	40
4.4 <i>O FOCO: Renascimento do Parto 2</i>.....	41
5. VIOLÊNCIAS OBSTETRÍCAS.....	48
5.1Episiotomia.....	52
5.2Cirurgia cesárea compulsória.....	55
5.3Manobra de Kristeller.....	56
6. CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	57
7. OPERADORES DA MUDANÇAS DE PARADIGMA.....	61
7.1 Casa de Parto Sofia Feldman (SUS em Belo Horizonte).....	62
7.2 Doula.....	64
7.3Parteiras e obstetrites.....	66
7.4.Grupos de apoio: informação 	68
7.5 Plano de parto.....	69
7.6 O empoderamento feminino através do cuidado de si.....	71
8. PROPOSTAS DE AÇÕES PARA O PARTO HUMANIZADO:	73
9.ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DENÚNCIA.....	79
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
11.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
12.ANEXO.: Plano de parto.....	93

1. APRESENTAÇÃO

Kauana, psicóloga, consteladora familiar, doula, educadora perinatal, mãe da Alice e mulher *cis*¹. O parto foi meu grande ponto de mutação para trabalhar com esse universo materno infantil, alvo de curiosidade desde a faculdade, no entanto os meios para chegar à pesquisa com esse tema, perpassavam por tempos áridos.

Certa vez no primeiro ano de faculdade, ao cursar psicologia materno infantil, peguei-me pensando: se muitos dos problemas emocionais que vivenciamos na atualidade, podem ser provenientes do que nossas mães experienciaram em nossas gestações?

Levei esta indagação para desenvolvê-la em uma pesquisa com uma professora da área e esta na época riu, dizendo-me que seria algo impossível de demonstrar. Mal sabíamos do doutorado da Dra. Eleanor Luzes, defendido nesse mesmo ano, de 2007, cuja tese de 1560 folhas trouxe luz para a consciência sobre concepção, gestação, parto e amamentação.

Os questionamentos não sumiram; apenas tornaram-se pano de fundo. Ao engravidar, em 2014, já havia entrado em contato com o primeiro documentário de Eduardo Chauvet: *Renascimento do Parto 1*. As investigações, em um primeiro momento, pareciam-me despropositadas, mas na gestação começaram a tomar corpo. Assim foi mudado o foco: contratei uma doula, desvie-me de ginecologistas grosseiros e fortaleci o pensamento de parto natural, por mais que o parto domiciliar não me fosse possível financeiramente na época.

Nascemos – eu e Alice - com 32 horas de bolsa rota, em um parto hospitalar no SUS, com poucas intervenções. Horas após o parto, já segurava as mãos da parturiente do leito ao lado, passando por um processo de indução totalmente ansiogênico e descabido. Oito meses depois realizei o curso de doula e compreendi a violência obstétrica fortíssima pela qual minha mãe havia sido submetida, desde a solidão à falta de explicação e analgesias malfeitas.

¹ “Cisgêneros são aquelas pessoas que se identificam com o sexo (genitália) e o gênero ao qual foram designadas/designados ao nascer” (Orlando & Castro, p.193, 2018).

Iniciei nessa nova jornada como doula com o acompanhamento de uma mãe adolescente de 14 anos, a qual já tinha passado por múltiplas violências até então. Esta parturiente participou de mais uma situação desagradável no momento do parto, começando pelas palavras impositivas e ameaçadoras, proferidas pela médica obstetra, a qual se deteve, em partes, ao visualizar a presença da doula, notoriamente maior de idade.

Nesta trilha, após dois anos desse fato, fui chamada a visitar uma mulher, que ao abrir a porta para receber-me em casa, assemelhava-se a um cadáver, tamanha a dor que levava no corpo: havia passado horas exaustivas de parto, múltiplas violências obstétricas. Trazia o pensamento de não ser uma mãe forte o bastante ao não estar feliz em seu puerpério com seu bebê; não compreendia que esse cenário era o resultado de tudo o que havia sustentado, calada para ter seu filho nos braços.

Essas mulheres foram submetidas a discursos de tutela abusivo, justificativas falaciosas, falta de paciência, violências dos mais variados tipos; infelizmente, o *status quo* da formação se sobrepõe. Diante do relatado, não é possível que se pare de atuar no enfrentamento e combate das múltiplas violências.

Em 2016 criei o Grupo de Apoio Mãe Terra: apoio às famílias gestantes, ao parto, puerpério, amamentação e paternidade/maternidade conscientes. Prontamente minha amiga Beatriz Alves juntou-se a nós e trabalhou ativamente durante três anos.

Desde a criação abordamos as múltiplas violências, mostrando evidências e possibilidades que envolvem um parto humanizado e criações de forma mais empática e conscientes.

Nossos braços cada vez mais se alongam, seja para cuidar de mulheres no parto ou para, infelizmente, ainda cuidar de suas dores no pós-parto.

1. INTRODUÇÃO

Momentos iniciais: dois risquinhos no teste de gravidez. Parabéns, vão ser pai e mãe ou mãe, ou mãe e mãe, ou pai e pai. Temos mais uma vida a caminho! A sequência dessa cena será muito diferente em cada país, no caso do Brasil, o cenário se apresentará sobre o referencial de tutela e intervenção sobre o corpo feminino.

Bem-vindos ao pré-natal, exames, consultas nutricionais, pesagem, medições da altura uterina, ultrassons e assim também os discursos. Ditames sobre esse novo ser, que nem se apresenta como cidadão, mas já tem sua vida como responsabilidade do Estado. O corpo da mãe também se transforma, se esvai mais de sua mão, a qual sendo mulher, já não estava inteiramente em seu poder; passa ainda mais para o controle do saber clínico. Vacinas, dentista, testes de glicemia, ultrassons.

O sistema de saúde apresenta-se, aparentemente, de portas abertas para receber essa gestante. No entanto, este não é acolhedor, pois se sustenta em municipal. Temáticas como: preparação para o parto; possíveis intervenções clínicas, ações para amenizar desconfortos do processo, prós e contras do parto natural e cirurgia cesárea, amamentação, usualmente não serão tratados ao longo do pré-natal. No convênio de saúde particular, a temática sobre parto natural versus cesárea é mais comum, pois quase sempre, serão os elementos norteadores para a escolha do obstetra. Alguns nem sequer aceitam trabalhar com mulheres que desejem o parto natural.

Esse trabalho visa problematizar a realidade obstétrica brasileira, desvelando a violência contida nas práticas discursivas e não discursivas; tendo como bases o documentário: *Renascimento do Parto 2* (Chauvet, 2018²) e teóricas trazidas principalmente por Michel Odent (1982, 2003), Michel Foucault (1977, 1999), Eleanor Luzes (2017), Melania Amorin (2012).

² Foi escolhida o segundo documentário da trilogia, pois a proposta era a de trazer a violência obstétrica, ações resultados e propostas bem-sucedidas sem essa forma de viabilizar o nascimento.

Propondo assim, formas de Educação Sexual que visem o conhecimento, enfrentamento e esquivas da violência obstétrica.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de revisão bibliográfica, utilizando-se de bases documentais e científicas para embasar a análise de práticas discursivas e não discursivas que sejam braços da violência obstétrica na contemporaneidade.

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisa, estas são as que mais apresentam menor rigidez no planejamento. Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de casos. (Gil, 2007, p.43)

A fim de balizar tais bases foi selecionado a trilogia dos documentários de Eduardo Chauvet: *Renascimento do parto 1, 2, 3*, considerados referências ativistas nacionais as quais trouxeram evidências atualizadas sobre o cenário brasileiro. Dessa trilogia o recorte principal ficou por conta do *Renascimento do Parto 2* (2018), uma vez que este documentário coloca em evidência as várias perspectivas (mulheres, médicos, juristas) da violência obstétrica em si, bem como as práticas do cuidado de si que resultaram em boas práticas do nascer.

Para analisar as práticas discursivas e não discursivas de controle dos corpos escolhemos o método de Análise do Discurso de base foucaultiana, para tal esquadramento; “a obra foucaultiana constitui-se em um alerta, uma denúncia, um desmascaramento da violência” (Stolz, 2008, p.161).

Utilizamos-nos dessa base problematizadora para analisar os processos discursivos e sociais no que tange a produção e estratificação da violência obstétrica; tendo como foco em quais ações a governabilidade dos corpos no campo obstétrico representam ações do biopoder.

Necessário tomar atenção para as práticas discursivas baseadas em mitos antigos, as quais recaem sobre os corpos grávidos desde o pré-natal. Nesse momento, tais como: “A sua bacia é estreita, não sei se passa o neném. ”. “Nossa, mas você vai querer parto normal? Corajosa hem. ”. “Todas dizem querem o parto normal, depois acabam por não aguentarem. ”. “Vamos ver se você consegue ter um parto normal, se eu disser que é possível. ”.

Cedemos o último bastião do poder feminino: a cena do parto. Já não nos resta nem esse pequeno cantinho de sabedoria ancestral feminina. Acabou-se. Não há mais cena de parto. Agora há tecnologia, máquinas, homens, horários programados, drogas, picadas, ataduras, lâminas que raspam, torturas, silêncio, ameaças, resultados, olhares invasivos. E medo, claro. Volta a aparecer o medo no único refúgio que durante séculos exclui os homens. Acontece que entregamos até esse íntimo resguardo. Foi a moeda de troca para que nos permitissem circular onde há dinheiro e poder político. Entregamos nosso parto. Foi como vender a alma feminina ao diabo. (Gutman, 2013, p. 105).

A cada passo dentro de uma assistência não atualizada por evidências, tradicionalista e hegemônica, o parto, o poder e controle sobre seu próprio corpo e sexualidade vão deslizando por dentre os dedos dessa mulher e tornando-se apenas mais um número nesse cenário, por vezes, violento.

Segundo Rodrigues, D. P, Alves, V. H, Vieira, R. S. et al. (2018) desde os anos 2000 houve a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) como forma de atender às reivindicações sociais pela melhor qualidade da assistência ao parto e nascimento.

Essas reivindicações tem como uma das grandes representantes a ONG Artemis, constituída por ativistas, dedica seus trabalhos para a compreensão, a denúncia e o alerta das mais variadas violências que acometem o gênero feminino desde 2013. Atuante em pesquisas e políticas públicas através de seus convênios com universidades e fundações, realizando a

ponte entre pesquisadores de temas correlatos com o trabalho cotidiano da associação; e sendo essa um canal de instrução e denúncia da violência obstétrica. Já realizou parceria com a Defensoria do Estado de São Paulo, na confecção de um modelo de plano de parto, como documento contido em anexo. Seu “centro de pesquisa e políticas públicas tem como objetivo ser a referência nacional e interdisciplinar em estudos da mulher; sustentável através do financiamento de suas ações utilizando linhas de financiamento à ciência.”³

Artemis é uma organização comprometida com a promoção da autonomia feminina e prevenção e erradicação de todas as formas de violência contra as mulheres, através da garantia de seus direitos e implantação de políticas e serviços que assegurem a mudança efetiva do cenário atual, em direção a uma sociedade mais justa e igualitária. A partir da questão da humanização do nascimento nos mobilizamos durante muitos anos, atuando informalmente como uma rede ativista que encontrou espaço na mídia, nas telas de cinema, na prestação de serviços, na área acadêmica, no legislativo, no executivo e no judiciário (Trindade, 2018, p.18).

Haja visto o trabalho no campo das defesas do gênero, não poderia se alijar desse nicho e fez-se, assim, a produção de uma cartilha, em parceria com o Ministério Público, de fácil acesso para o entendimento da violência obstétrica. Nesse material a explicação do que pode vir a ser, mostra-se clara e detalhada, além da possibilidade de ocorrência dessa violência em 3 momentos: na gestação, no parto e nas situações de abortamento⁴:

... o atendimento de saúde no pré-natal sem acolhimento às **necessidades** e dúvidas **da gestante**; os **comentários constrangedores** à mulher, por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc.; as ofensas, **humilhações ou**

³ <https://www.artemis.org.br/institucional-1>

⁴ <https://www.artemis.org.br/violencia-obstetrica>

xingamentos pessoais ou direcionadas a algum membro da família; as **ameaças à mulher** em caso de não aceitação de algum procedimento; a realização de **episiotomia** de maneira indiscriminada – sem que haja indicação clínica; a infusão intravenosa para acelerar o trabalho de parto (**ocitocina sintética**) sem informação e concordância da mulher; a realização de **intervenções no corpo** da mulher sem que elas sejam explicadas e que haja o consentimento desta; o direito ao acompanhante negado; **amarrar a mulher durante o parto**; a negativa ao direito a segunda opinião médica, em caso de divergência entre a mulher e o profissional de saúde; a **retirada dos pelos pubianos** (tricotomia); **a pressão sobre a barriga da parturiente** para empurrar o bebê (manobra de Kristeller); o uso rotineiro de **lavagem intestinal** (enema); a **realização frequente de exame de toque**, de forma dolorosa, para verificar a dilatação; **a ausência de hidratação ou alimentação da parturiente** durante o trabalho de parto; a proibição de se levantar e de se locomover durante o trabalho de parto; o **agendamento de cesárea sem a devida recomendação e sem consentimento da mulher** (Artemis,2013).

A grande maioria das mulheres não tem noção da violência obstétrica (VO), a qual podem ser submetidas, por desconhecerem o cenário o qual a obstetrícia nacional está inserida; em virtude disso se fazem necessárias cada vez mais ações, institutos e organizações que pesquisem o tema e aproximem os dados da população em geral de forma clara e acessível.

Segundo Foneite, Feon & Merlo (2012) a violência obstétrica é um grave fenômeno que se encontra em pela expansão mundial, o qual acomete as mulheres sem distinção de raça, credo, meio social , etc. A violência obstétrica caracteriza-se por qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimido através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas,

medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos. (Juarez citado por Andrade & Aggio, 2014, p.1).

Vale ainda ressaltar que tanto as usuárias, quanto os profissionais apontaram para a ineficiência dos hospitais, cuja estrutura física não fornece às mulheres um ambiente propício, acolhedor, seguro para que elas tenham seus filhos de forma digna e onde sejam desenvolvidas as boas práticas para o trabalho de parto e nascimento. Torna-se necessária uma capacitação dos profissionais de saúde para promover uma assistência humanizada e adequada para o cuidado à saúde da mulher.

Em meados dos anos 1950, uma revista feminina de grande circulação, a *Ladie's Home Journal*, publicou uma matéria sobre maus tratos no parto e causou grande repercussão mundial ao denunciar o uso rotineiro nas maternidades americanas do “sono crepuscular” (*twilight sleep*), durante o trabalho de parto. A prática consistia em conter fisicamente as mulheres, amarrando-as ao leito de parto, e aplicar involuntariamente psicotrópicos que causavam amnesia transitória e as colocavam em estado alterado de consciência no momento do parto (Sandler, 2019, p.193).

Esse fato polêmico já mostrava indícios de um imaginário, em torno deste processo fisiológico, sendo construído como algo a ser temido, evitado a ponto de necessitar de sedação extrema.

Dor, medo, livre exercício do poder coercitivo, constroem o simbólico em torno do parto natural, restrito a caixas limitantes, em cada caixa um problema pode surgir sempre ligado a dor e sofrimento. Essas limitações são transmitidas a cada mulher desde a mais tenra idade criando em torno do parto, mitos.

Segundo Alemida, Medeiros e Souza (2012, p.820) “a dor do parto normal é reconhecida histórica e culturalmente como uma experiência inerente ao processo de

parturição, associada à ideia de sofrimento, e um evento esperado pela maioria das mulheres de diferentes culturas”.

No Brasil, histórias anedóticas escutadas desde tempos mais remotos, vão criando um inconsciente coletivo do parto problemático, complexo que leva à morte e da equipe de assistência salvadora. Estratégias que beiram um controle populacional, punir para não mais reproduzir.

O controle total do soberano, representante do saber patriarcal, sobre todas as decisões relativas ao ato, transforma o parto em um típico momento de exceção, conforme teorizado pelo filósofo italiano Giorgio Agamben (2004). Parte-se da hipótese de que o parto, tal como conduzido em nossa sociedade representa, talvez, a imagem mais perfeita sobre o modo de operação do biopoder, um poder soberano que age por meio do saber patriarcal, enquanto poder de “fazer viver e deixar morrer”. Ao assumir o controle sobre tal ato, poder disciplinar e poder biopolítico se complementam, realizando um perfeito controle sobre o corpo e sobre a “vida nua” da mulher parturiente[...] Esse soberano a quem Giorgio Agamben se refere, fica tão claro na sala de parto, que é de se dizer que o médico faz o parto, quando quem faz o parto na realidade é a mulher e o bebê em questão (Wermuth et al;2016, p. 90).

Entende-se que no momento que o paciente adentra ao ambiente público, seu corpo também se torna público, podendo ser invadido, esquadrihado, remexido com a mesma tranquilidade daquele que muda uma maca de lugar.

Como nascem os bebês no Brasil

Mais de 50% são por cirurgias cesarianas. Na rede privada, o número chega quase a 90%



O Brasil classifica-se como segundo país mais cesarista do mundo, tendo sido por muito tempo o primeiro⁵. O ponto de análise quanto à cirurgia cesárea é o fato em que essa torna-se uma via de nascimento para 56% de mulheres em detrimento a 10 a 15% como recomendação pela OMS⁶. É justificada por meio das mais variadas formas e oferece riscos para a mãe e o bebê, impedindo que mulheres possam ter uma assistência respeitosa com relação a sua fisiologia, processo natural e escolha real frente ao nascimento.

Uma intervenção a qual são cortadas sete camadas de pele, retira-se o bebê. No caso de cesárea eletiva, é marcada a data da cirurgia, ainda no consultório médico, sem o início do trabalho de parto, sem indício que o bebê está pronto para o seu nascimento. Anestesia, corte, sutura, perda de sangue. Essa forma vem se configurando, cada vez mais como avançada e de baixo risco. Priva-se a mulher da experiência fisiológica e natural e todos os benefícios físicos e emocionais que esse processo subjaz. “A privação da experiência emocional significativa que é o parto, arranca do corpo mãe- filho uma qualidade de afinação de sintonia relacional. ”

⁵ Fonte: Nascer no Brasil – Fiocruz (2014).

6

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?jsessionid=E3DE00B0E8C02E9DB25E02BF5EA15BF9?sequence=3

(Luzes, 2007, p.457). Essa cirurgia a qual traz a ideia de controle, modernidade e menor incidência de riscos, traz em sua bagagem na realidade, uma cascata de consequências individuais e sociais.

Todos os cenários exibiram resultados similares quanto à associação da cesárea com eventos adversos, como maior necessidade de antibióticos após o parto, maior morbidade e mortalidade materna, prematuridade, permanência em unidade de terapia intensiva (UTI) e morte neonatal [...] Acrescente-se ainda que a cesárea de hoje implicará em custos adicionais no futuro, em vista de maior chance de outra cesárea e complicações tardias, como placenta prévia e acretismo placentário (Sass & Hwang, 2009, pp.135-136).

O parto de outrora, o qual mantinha seu ar fisiológico, natural e restrito ao ambiente feminino, hoje, tem sido comumente tratado como cenário interventivo, campo para treinos de manobras, aprendizagem de exames de toque; por alguns profissionais chegam a ser realizados infindáveis vezes, culminando em uma prova de expiação dos corpos. Um extenso momento de exame, o apogeu máximo do controle, controla-se dois corpos (mãe e bebê) ou mais ao mesmo tempo.

Também existe uma tendência notável rumo à padronização. ‘Rotina’ e ‘protocolos’ representam palavras-chave na obstetrícia moderna. [...] No caso de um parto ‘normal’, a mulher recebe uma peridural e ocitocina intravenosa, enquanto o bebê é monitorado eletronicamente. É normal que um tubo seja inserido pela uretra para esvaziar a bexiga. Durante as últimas contrações, a utilização de uma ventosa (ou de fórceps) é associada a uma episiotomia. No momento preciso em que o bebê nasce, administra-se uma droga rotineiramente para contrair o útero, permitindo a expulsão segura da placenta. Na idade do parto industrializado, a mãe não tem o que fazer. Ela é uma ‘paciente’ (Odent, 2003, p. 49).

De acordo com Luzes (2007), o parto muda do cenário residencial para o hospital a partir da Segunda Guerra Mundial e Foucault (1977) aponta que entre o século XVII e XVIII os corpos entram em seu processo de arregimentação por parte de um controle populacional e clínico que outrora não era exercido.

A manutenção da ilusão da naturalidade dos procedimentos para trazer um ser humano ao mundo faz-se por meio de inúmeras intervenções (ocitocina, rompimento artificial da bolsa d'água, episiotomia, manobras). Controle de comportamento, de tempo, de batimentos cardíacos, de dilatação. Essas intervenções tornam a equipe de assistência uma das maiores geridas pelo parto hospitalar: controladas pela sua formação, pelo medo de perder um paciente, pelas ordens e orientações quanto a procedimentos. Torna-se visível, na maior parte do tempo, que a falta de condutas éticas tem como resultado: a violência obstétrica.

É tácita a dominação da humanidade sobre as técnicas de voo, sobre a tecnologia espacial, sobre robótica; ou seja, conhecimentos avançados sobre o mundo e suas tecnologias, mas são poucos que se debruçam sobre o conhecimento natural da nossa própria forma de nascer. Esse abrir de mãos sobre o conhecimento de si, essa entrega quase que totalitária do parto natural ao parto hospitalar, a medicalização, “em obstetrícia, muitas práticas foram instituídas sem respaldo científico e são utilizadas até a atualidade” (São Bento & Santos, 2006, p.553), resultando na livre dominação do corpo que dá à luz.

Nota-se que o início da violência obstétrica quase sempre, ocorre por meio das práticas discursivas de imposição do medo, coerção. Ressaltam-se os perigos, os quais, são exceção em um parto natural, dessa forma, nega-se o respeito a um momento único entre a mãe, o bebê e seus protagonismos, reduzindo a capacidade dessa mulher em perceber seu corpo com a naturalidade que o momento contempla e instaura-se outro regime de verdade sobre o parto, uma doença e não algo inerente e natural à mulher.

Os limites do ato em si são delicados de serem conceituados, pois segundo Guattari & Rolnik (2000, p.15) numa sociedade capitalística⁷ de inúmeras violências: física, moral, psicológica, simbólica, obstétrica, de gênero; os seres se dissolvem nessa malha, não diferenciando a violência em si, tamanha a sua repetição e normatização nos mais variados cenários.

O primeiro país do mundo a tipificar e legislar o termo “violência obstétrica” foi a Venezuela, em 2007, através da Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (Lei orgânica sobre o direito das mulheres à uma vida livre de violência, tradução nossa) (VENEZUELA, 2007). Em seguida foi a Argentina, em 2009, Ley de protección integral a las mujeres (ARGENTINA, 2009). E os estados mexicanos que desde a legislação venezuelana vem reivindicando e conquistando suas próprias legislações estaduais (Ferreira, 2019, p.50).

Reconhecida a violência obstétrica surge a lei do parto humanizado como resistência e cuidado não só com a mulher e o bebê, mas com a família, respeitando-se assim o direito a um parto que leve em consideração o tempo biológico e psicológico da mulher e do bebê; conseqüentemente, de todo o seu entorno. Uma tentativa de devolução social para os reais detentores do protagonismo nesse cenário.

Essa humanização vai muito além do que se coloca como moda atualmente: parto na banheira ou com equipe diferenciada. Essa via de parto começa pelo princípio do respeito, no qual a mulher tem o direito a escolha de como quer seguir por essa trajetória. “Humanizar o parto é um conjunto de condutas e procedimentos que promovem o parto e o nascimento saudável e natural, e evita condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e o bebê (OMS,

⁷ Guattari acrescenta o sufixo “ístico” a “capitalista” por lhe parecer necessário criar um termo que possa designar não apenas as sociedades qualificadas como capitalistas, mas também setores do “Terceiro Mundo” ou do capitalismo “periférico” assim como as economias itas socialistas dos países do Leste, que vivem numa espécie de dependência e contra dependência do capitalismo. Tais sociedades, segundo Guattari, em nada se diferenciariam do ponto de vista do modo de produção da subjetividade. Elas funcionariam segundo uma mesma cartografia do desejo no campo social, uma mesma economia libidinal-política (Guattari & Rolnik, 2000, p.15).

2000). ” Uma via de atendimento individualizado, longe de protocolos obsoletos, mas sim, o respeito e o trabalho em conjunto pelo bem e protagonismo da mulher e do bebê.

Segundo Diniz e D’Oliveira (1998), citado por Sena (2017), as mulheres brasileiras são altamente desrespeitadas e submetidas a situações humilhantes, o que se agrava em casos de situações adicionais de vulnerabilidade como “mulheres negras, usuárias de drogas ou portadoras do vírus HIV. A assistência desrespeitosa e insegura ao nascimento vai além de ser uma má prática: representa uma forma de violência de gênero e de desrespeito aos direitos humanos”.

Nossa sociedade respeita muito pouco a própria vida. O que pode-se esperar de uma sociedade que tem ocorrência de violência obstétrica de uma em cada 4 mulheres⁸ ? Dados obtidos pela Fundação Perseu Abramo citado por ONG Artemis (2013⁹).

É nítido que vivemos séculos de repressão sexual, domínio do patriarcado, os quais ditaram e, por vezes ainda, ditam formas de se vestir, portar, trabalhar e existir. A prática discursiva que tem alimentado a noção de sofrimento e até violência em torno da mulher e consequentemente do parto, tem guarida num discurso fundador religioso, presente em um dos livros mais lidos no mundo todo: a Bíblia.

Nela encontramos, textos, parábolas em que vemos a imposição de que a mulher tem de sentir dor, desde os primórdios, para manter-se “educada” e punida pelos prazeres que talvez, por um lapso possa ter sentido. “Multiplicarei os sofrimentos de teu parto, darás à luz com dores, teus desejos te impelirão para o teu marido e tu estarás sob o seu domínio”. (Bíblia, Gênesis 3:16, 2005).

Tradicionalmente, um “assunto feminino”, por se tratar do ato que, efetivamente, “dá a vida”, o parto passou, ao longo dos séculos, a ser cooptado pelo poder soberano, representado

⁸ Pouco entendimento se tem sobre o que é esse ato violento, o que levanta que mesmo esse número não é representativo, pois muitas mulheres passam por esses “protocolos” e sequer imaginam fazer parte dessa gama já repudiada pela OMS[...]

⁹ <https://violenciaobstetrica.crowdmap.com/>

pela milenar aliança entre poder, patriarcado e saber, que redundou em uma absoluta “coisificação” da vida feminina (Wermuth et all; 2016, p. 90).

A violência tem sido naturalizada há muito tempo. No Brasil, as práticas de assistência cada vez mais centralizadas na figura do (a) médico (a); assim esta figura situa-se no lugar do soberano que tem o controle dos corpos. O total desconhecimento dos próprios corpos e das ações que vem a ser realmente necessárias para o cuidado e assistência na gestação e parto são o gatilho para a naturalização da violência obstétrica.

Poucos entendem que o parto é um momento de expressão da sexualidade feminina, como atesta Wermuth (2016, p.23), “Afinal, o parto diz respeito à própria questão do exercício da sexualidade feminina. A mulher, em processo de parto, é recolocada diante da “culpa” relacionada ao sexo, escutando frases de baixo calão, como: “Aguenta, porque na hora de fazer, você gostou, né?”

Acostumados a olhar para a objetificação do corpo como algo natural, em que não se percebe o sofrimento do outro e muito menos de si, ao ser uma gestante prestes a passar por essa etapa. Compreende-se esse momento como mais uma fase do ser humano, estampada em números e índices e sem ao menos olhar para o fenômeno e as singularidades que envolvem o processo do parto e seu entorno.

Trata-se de um sistema de assistência ao parto que reflete os principais valores das sociedades ocidentais contemporâneas, as quais, regidas pelo sistema econômico neoliberal, visam ao lucro econômico, estimulam o consumo e a adoção de tecnologia de ponta. É um sistema que produz silenciamentos [...] acaba por transformar o nascimento em linha de produção fabril, reprimindo iniciativas que subvertem à lógica do sistema estabelecido (Luz, p.131,2007).

A sociedade parece estar imobilizada diante da violência obstétrica não dando a devida atenção e respeito ao parto humanizado, a uma forma de nascer mais feliz, natural e tranquila.

Mesmo a humanização no que se refere à assistência do parto deve ser algo revisitado, no entanto, é algo ainda tão insurgente, pois demanda à mudança drástica de paradigma médico: em que o parir volta a ser visto como fisiológico, a mulher e o bebê retornam ao seu protagonismo, por direito. Essa mudança na noção de parto humanizado; precisa ser ampliada, falada, enunciada e costurada às práticas de assistência: não deve ater-se só à teoria, há que se ter a prática efetiva dessa mudança.

Luzes (2007) aponta em sua tese, a criação e a necessidade da disciplina a *Ciência de Início da Vida*¹⁰, na qual desenvolve o cuidado com essa fase primal do ser humano, inserindo-se uma educação sexual somada à arte e às tradições, voltando-se para a preparação de uma concepção consciente de gestação, parto natural, aleitamento materno e uma continuidade de atenção amorosa de cuidados até o terceiro ano de vida do bebê.

A disciplina criada a partir dos estudos de Luzes (2007), em referência, mobiliza uma educação sexual para todos os envolvidos no processo do parto ao pós-parto, é uma forma democrática que se pretende popularizar. Segundo Luzes (2007) o conhecimento democrático sobre essa fase da vida feminina, além de educar para a sexualidade, também fornece acesso a vias de denúncia que podem mudar o cenário para estimular políticas públicas respeitadas para todas as mulheres.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Ser uma mulher de conhecimento da sua sexualidade e de seu corpo materno e pós-materno, é também uma forma de exercício de cidadania, pois ao conhecer-se e saber lidar consigo; é também uma forma de empoderamento, de assumir o protagonismo de ser mulher e mãe. Essa ciência de início de vida constituiu-se a partir de informações baseadas em

¹⁰ Sobre a disciplina ministrada Ciência de Início da Vida consultar site: <http://www.cchla.ufpb.br/antigo/2019/05/palestra-ciencia-do-inicio-da-vida/>

evidências, com redes de apoio que visam sua emancipação frente ao cenário da violência obstétrica.

Conhecer a si, ao seu próprio corpo, as suas mudanças e fases, assim como governá-lo conscientemente, segundo Foucault (2006) é um tipo de cuidado de si que se dá por meio de tecnologias de si. O cuidado de si insurge na relação entre o dizer verdadeiro e a prática do sujeito no governo de si e dos outros.

Foucault (2006) estuda o cuidado de si na cultura helenística, observa nessa cultura a constituição de uma relação de si para consigo, com o propósito de ver singularmente como se dava um modo particular de experiência de si, em que o sujeito pode ter ou fazer em relação aos outros. Esse cuidado de si, envolve o conhecimento de si, não um saber inútil, mas um saber relacional, em que se prioriza o olhar para o mundo e um olhar para si e para o outro, este seria um saber que segue uma direção entre nós mesmos e o mundo, e a relação das condições que nos cercam dentro dessa existência.

É óbvio que as condições do período helenístico e o que foi estudado não tem haver com o parto e as mulheres, mas se fizermos uma problematização desse cuidado de si helenístico para o cuidado de si atual dessa mulher parturiente, podemos nos questionar: qual conhecimento essa mulher tem de seu corpo em gestação? Quais critérios utiliza para lidar com esse corpo grávido, são os seus conhecimentos intuitivos ou são os prescritos pela medicina, ou são os imperativos dados pela mídia? O quanto essa mulher se conhece nessa fase? Ou o saber que possui é apenas aquele transmitido pelos médicos e/ou outras fontes?

Foucault (2006) ao estudar sobre Demetrius nota a importância desse saber relacional em detrimento do saber prescritivo.

O que aqui está em causa são verdades prescritivas. Portanto, o que há a conhecer são relações: relações do sujeito com tudo o que o cerca. O que há a conhecer,

ou melhor, a maneira como se há de conhecer, é tal que o que é dado como verdade seja lido, de saída e imediatamente, como preceito (Foucault, 2006, pp. 288-9).

Em outras palavras, se fizéssemos uma atualização e problematização do saber relacional para o caso das mulheres grávidas e o parto é o fato do saber dessa mulher centrar-se não em si, mas a partir e sobremaneira no saber prescritivo médico. Talvez um dos caminhos iniciados por Luzes (2007) seja uma ponte para o que denominamos aqui o cuidado de si.

Essa mulher necessita saber exercer o saber relacional e prescritivo, levando em consideração, que um não existe sem o outro, mas sim apesar do outro. Seria um tipo de conhecimento por sua capacidade de transformação do sujeito. Um modo de conhecer com a possibilidade de sentir-se menos impotente diante dos acontecimentos. Um entendimento do discurso e a própria retomada deste; dessa forma pode-se alcançar uma certa estabilidade consigo mesmo na fase da gravidez, do parto e do pós-parto.

Para Foucault (2007a, p. 136-137), o discurso é:

Um bem – finito, limitado, desejável, útil – que tem suas regras de aparecimento e também suas condições de apropriação e de utilização: um bem que coloca, por conseguinte, desde sua existência (e não simplesmente em suas “aplicações práticas”), a questão do poder; um bem que é, por natureza, o objeto de uma luta, e de uma luta política.

Nesse sentido o discurso não é neutro, transparente, vincula-se ao poder e ao desejo. Assim, luta-se para dominar o discurso, ou seja, um saber, um dado conhecimento que se instaura em dado momento histórico, como verdadeiro, como detentor de certo poder.

Qual a relação entre verdade, poder e direito na violência obstétrica?

O poder para Foucault (2009) é um exercício, um tipo de ação que tem a possibilidade de modificar com nossas ações, as ações opostas no presente do outro.

Dessa forma, o que caracteriza o poder é,

...o que traz à ação relações entre indivíduos (ou entre grupos). (...) só podemos falar de estrutura ou mecanismos de poder na medida em que supomos que certas pessoas exercem poder sobre as outras. O termo “poder” designa relacionamento entre parceiros (e com isto não menciono um jogo de soma zero, mas simplesmente, e por ora me referindo em termos mais gerais, a um conjunto de ações que induzem a outras ações, seguindo-se umas às outras). (Foucault, 2009, p.217).

Assim, o poder pode apresentar-se sob a vestimenta do que é “verdadeiro”, ou seja, o poder constitui-se por meio de formas pelas quais as práticas discursivas e não discursivas, ora pelos discursos que se é ordenado a produzir, ora pelos movimentos dos quais se tornam vitimados pela própria organização que a acomete, por vezes, sem a devida consciência e reflexão.

Essa mulher parturiente está exposta a diversas práticas discursivas e não discursivas que ordenam o como esse corpo grávido deve ser tratado, a que procedimentos deve ser submetido, quando, como e onde. Depois, em que momento este parto ocorrerá e por que meios será efetuado. Se essa mulher não detém o conhecimento relativo ao seu corpo, se tratando de um cenário que não possui leis que a respaldem sobre sua liberdade e direito à negação de procedimentos violentos, bem como uma formação de profissionais pautados em uma ciência com evidências mais atualizadas; esta apenas entrará na ordem discursiva, sendo conduzida e não terá consciência que está deixando conduzir-se e de que maneira isto ocorre.

Foucault (1999a, p.29) argumenta, então, que

...para assinalar simplesmente, não o próprio mecanismo da relação entre poder, direito e verdade, mas a intensidade da relação e sua constância, digamos isto: somos forçados a produzir a verdade pelo poder que exige essa verdade e que necessita dela para funcionar, temos de dizer a verdade, somos coagidos, somos condenados a confessar a verdade ou encontrá-la.

A equipe de assistência, em um ambiente hospitalar é a responsável pelo cuidado dessa família, ela tem como demanda ser altamente responsiva e assertiva, dentro desse modelo tecnocrata e de biopoder. A formação de cada profissional, bem como as diretrizes de respeito e cuidado com o parto pautam quais serão as ações possíveis dentro desse atendimento.

De posse desses referenciais críticos, foi proposto um modelo de Educação Sexual baseado em evidências, desde 2016, virtual, por meio das redes sociais: *Instagram* e *Facebook*¹¹, ambas homônimas : **Grupo de apoio Mãe Terra**, e da plataforma de vídeos e um canal no *youtube*¹²; o qual veicula conteúdos sobre gestação, família e psicologia sistêmica . Já o presencial utilizando-se das rodas de conversa para familiares e gestantes com assuntos relativos ao enfrentamento da violência obstétrica, gestação, maternidade/paternidade conscientes¹³. Ferramentas de cuidado, a fim de facilitar e aproximar os estudos que compactuem com as novas evidências e prerrogativas da humanização traduzidas e focadas para o público alvo das políticas públicas.

O conhecimento obtido pela pesquisa é parcial e situado; isto é, específico às situações particulares e a períodos particulares e não universalmente aplicável e relativo. Está relacionado com a visão do mundo dos pesquisadores, assim como com o sistema de valores envolvido. (Nogueira, 2001, p.17).

Compreende-se que o conhecimento científico é de extrema importância, mas nada vale este conhecimento se o mesmo não estiver aliado ao conhecimento intuitivo, experiência, os quais trazem o conhecimento empírico.

Dessa forma esta dissertação pretende aliar esses dois conhecimentos para trazer uma contribuição com essa fase da vida tão importante tanto para a mãe quanto o bebê e todos

¹¹ <https://www.facebook.com/grupodeapoioamaeterra/?ref=bookmarks>

¹² https://www.youtube.com/channel/UCU-2b5QVeZU1UZh6_Wyjlzw?view_as=public

¹³ Assunto será trabalhado de maneira mais detalhada na pág. 74.

aqueles que estão envolvidos no processo do nascimento, tais como o pai, os familiares e amigos.

Nogueira (2006) em seu artigo “O parto: encontro com o sagrado” traz a perspectiva do parto a partir da experiência de uma mulher que se encontra na 40^a semana de gestação. Nogueira analisa esta experiência balizada em dois estudiosos de religiões: Rudolf Otto – estudos pautados na fenomenologia, os quais centram-se na questão do sagrado visto sob a ótica das religiões de forma racional e, Mircea Eliade, tem seus estudos ancorados na etnologia em que o sagrado é tratado sob a égide do irracional e experiência.

Ao descrever o parto alquímico, que é definido no artigo como matéria e espírito são faces de uma mesma realidade, desta mulher denominada Paula; Nogueira (2006) traz à sua análise o sentimento de incompetência sentido por essa mulher que foi educada e culturalmente entendia o parto como algo que deveria ser conduzido pela medicina, na qual seu papel seria apenas de coadjuvante. Dessa forma, ao longo desse parto alquímico esta relação de forças se dá ora pela matéria e ora pelo espírito e Paula vê seu corpo envolvido numa...

ansiedade impiedosa me avassalava naqueles dias. No sábado pela manhã, minha mãe em casa, parentes telefonando, as crianças questionando, todos prontos, prontíssimos, aguardando. E nada. Nada de Isabel querer sair de lá. Nada de meu corpo funcionar [...] (apud Nogueira, 2006, p. 128).

Nogueira (2006, p.8), analisa o depoimento de Paula afirmando que esta sente: “Novamente o espectro da incompetência. Afinal, se o corpo feminino não fosse “defeituoso”, por que lhe seriam oferecidos tantos recursos para fazê-lo funcionar? Este é o obscuro e pegajoso substrato cultural e psicológico no qual toda mulher cresce.”

A relação de forças entre um mundo racional cheio de aparelhos, protocolos, normas, rotinas, máquinas, tecnologias da medicina obstétrica luta com o mundo intuitivo, espiritual e simbólico do parto natural.

Nogueira (2006) em sua análise afirma, ainda que,

nas atitudes das mulheres esta problemática se manifesta na oscilação entre o medo surdo do parto unido à crença cega na palavra do médico e sua simplória redução a um ato fisiológico que qualquer mulher em posse de informações (racionais) e disposta a rebelar-se contra o sistema opressor, dá conta de realizar, até sozinha. Desconsidera-se que os rituais do parto são uma resposta chamada ansiedade ôntica, existencial e humana, impondo às mulheres medidas que garantam sua segurança. Essas medidas lhes dão estrutura para enfrentarem o *tremendum* que elas instintivamente reconhecem no parto. (Nogueira, 2006, p. 125).

Retomando a questão do cuidado de si foucaltiano, percebe-se que um dos grandes impulsos para a suscetibilidade da mulher a esse cenário normalizador da VO é o fato dessa mulher não conhecer a si, as suas condições e, assim, esta não se conduz em sua existência, mas sim deixa-se conduzir pelo outro e o outro pode ser o medo, o médico, a família, a mídia, uma situação desconhecida.

A recepção do recém-nascido traz a possibilidade quase que máxima de apogeu, instaura-se o controle sobre um corpo desde o mais primórdio de sua existência. O médico teme a sensação de sua total inutilidade frente ao cenário do parto de acordo com Kun citado por Chauvet (2018).

Os conhecimentos relacionados à ginecologia e obstetrícia, são áreas que até pouco tempo não eram debatidas e conhecidas pela população, resultando em pouca circulação de conhecimento. Com casais parturientes, o resultado é delicado: não se atentam para o fato que muitos procedimentos tidos como protocolares de origem quase que desconhecida, são de atuação violenta e de necessidade obsoleta.

O poder médico controla essa mulher e esse bebê ao mesmo tempo, detém dois corpos, seu poder disciplinar sendo exercido desde o início nesse novo cidadão. Corpos dóceis e assujeitados nos primeiros minutos.

Controle biopolítico da vida humana: sala de parto é a metáfora completa a demonstrar tal situação, afinal, o parto é uma espécie de campo de concentração moderno no qual impera a exceção: não há regras, é o soberano/médico, quem, por meio de seu saber-poder, tomar as decisões sobre o fazer viver e o deixar morrer (Wermuth, et al; 2016, p.97).

O que está passível de intervenção clínica é a patologia; quando o parto passou das mãos da parteira que olhava para a fisiologia; para o hospital, onde se recorre apenas quando se entende que algo está anormal em um corpo, esse torna-se passível de procedimentos que são considerados protocolos e realizados pela equipe com a certeza de um bem fazer.

Até o início do século 20, as mulheres comumente tinham seus partos em casa, assistidas por parteiras, sendo rara a hospitalização na maioria dos países. Com o advento (da invenção e utilização) do fórceps, no entanto, começou a haver uma masculinização do cuidador, fator que contribuiu substancialmente para mudar a atmosfera íntima e centrada nas mulheres. Em seguida, com o crescente interesse da obstetrícia médica pelos partos e com a (pseudo) segurança dessa área em realizar diversos procedimentos, passou a haver progressivo aumento dos partos hospitalares em todo o mundo, diminuindo as oportunidades outrora encontradas para intimidade e privacidade (Luz,2017, p. 130-131).

A geração de mulheres na faixa dos 25 a 35 anos são mulheres “nascidas” a partir do aumento explosivo das cesáreas no país. Essa inovação tecnológica da forma de nascer, tida como moderna e de elite, um avanço no modo de parir. O que se apresenta como resultado de uma geração que sofreu com a romantização da cesárea?

Corpos sem a experiência orgânica do nascimento, uma ruptura na ancestralidade da forma de trazer ao mundo os bebês. Mulheres acostumadas com a instrumentalização de seus corpos, com cortes e suturas. Com o ambiente hospitalar e “seguro” para ela e seu bebê.

He intentado explicar por qué el parto es una cuestión de Poder. Parir con dolor no es una cuestión médica, ni una cuestión de la salud de nuestros cuerpos individuales. Recupera el potencial sexual femmenino y revitalizar nuestros úteros es una reclusión social contra 5 milenios de cultura patriarcal, porque la sociedade patriarcal no puede funcionar con cuerpos de mujeres que secretan libido materna [...] Así la medicina tiene que presentar el cuerpo de mujer sin deseo y sin libido, como una máquina fisiológica y ocultar esta devastación para presentar su paradigma de maternidad. (Bustos, 2007, P.109).

Diferente do modo como é tratado o prazer masculino em relação ao sexo, à mulher, o sexo vem acompanhado de certa sacralidade. Ao mundo feminino o sexo restringe-se a procriação, o prazer não é o objeto de atenção e direito; recebendo por vezes ações quase que punitivas ao corpo, como frequentes e invasivos exames, procedimentos estéticos dolorosos. Práticas disciplinadoras exercidas recorrentemente aos corpos de sexo biológico feminino, os quais não se encontram correlatos nos corpos masculinos. O corpo feminino docilizado a suportar a dor e a invasão desde muito cedo.

O prazer é forma de liberdade, empoderamento, individuação, protagonismo. Um sistema coercitivo, jamais permite que os seus tenham forma de experimentar a liberdade e as formas de insurgência.

A leitura humanizada desse trabalho entende que um parto ético e respeitoso, é quando o médico só deve ser acionado, estritamente em caso de intercorrência; a condução do processo fica por conta da mulher e essa é assistida por enfermeiras obstétricas ou parteiras. Exemplo desse protagonismo e de modelos de sucesso na humanização com paradigmas menos

intervencionista temos a Holanda e Nova Zelândia e com modelos intermediários, a Grã-Bretanha, Canadá, Austrália e Alemanha. Brasil, juntamente aos EUA, Irlanda, Rússia, são considerados modelos altamente medicalizados (Patah & Malik, 2011, p.188). Profissionais que atuam balizados por outras fontes de conhecimento, o que a obstetrícia chama de Medicina Baseada em Evidências.

A discussão em torno do que se denomina “Prática Baseada em Evidência” teve como precursora a Universidade de McMaster no Canadá, dando surgimento ao movimento que buscou entrelaçar a pesquisa qualificada e a prática correta, por meio de investigações de evidências que sustentasse condutas e procedimentos. Criou-se, assim, um novo paradigma que põe em destaque o valor da experiência clínica ancorada em evidências. Tal paradigma foi cunhado pelo epidemiologista Dr. Archibald Lemman Cochrane, que em 1979, escreve:

"certamente, uma grande crítica a nossa profissão é que não organizamos um resumo crítico por especialidade ou subespecialidade e, que fosse periodicamente atualizado, de todos os estudos clínicos controlados aleatoriamente e considerados relevantes". (COCHRANE, 1979). Em 1989, surge a primeira revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, controlados em relação a gravidez e ao parto, publicada por Chalmers et al; intitulada *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (Cuidados Efetivos na Gravidez e Parto) que, na forma eletrônica, chamava-se *Oxford Database of Perinatal Trials* (Base de Dados de Experiência Perinatal de Oxford apud Luzes, 2007, p. 456).

Se a medicina baseada em evidência ascender ao status de verdade científica, discurso aceito e amplamente divulgado, teremos que reverter todo o ensino dentro das universidades, uma vez que a medicina pautada em evidências traz um discurso de saber e poder do natural e fisiológico e retira a centralidade do poder das mãos da classe de assistência. Há um

descentramento, neste caso, a equipe deixa de ser protagonista do parto, devolvendo seu lugar à mulher. A equipe trabalhará a serviço do nascimento e não o contrário.

Algumas ações já estão sendo realizadas no Brasil desde 2015, nesse sentido, por exemplo, no Estado de Pernambuco, há uma cartilha feita pela Procuradoria Geral de Justiça, intitulada *Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos*, a qual defende,

...o respeito aos direitos de todas as pessoas envolvidas neste momento.

Mulheres e famílias bem informadas: este é o primeiro passo para tornar a humanização do parto uma realidade. (2015, p.7).

É tácito que muito ainda há de ser realizado. Apesar do descentramento médico, da valorização do parto humanizado, a realidade dos hospitais, principalmente os da rede particular, e do manejo interventivo com o parto hospitalar ainda prevalece ao parto humanizado.

A falta de informação e de conhecimento, ausência de leis que tangenciem o cenário de direitos no âmbito obstétrico e neonatal, e a formação da equipe de saúde ainda são os pontos que mantêm a violência obstétrica em destaque; silenciando as parturientes.

Cede-se lugar a uma prática discursiva de parte do corpo profissional de assistência, muitas vezes equivocada, mantendo essas mulheres em condição de alheamento, deixando seus corpos à deriva.

Molari (2018) traz a ideia da mulher no campo da dominação simbólica através do referencial de Bordieu e seus seguidores. A mulher quando entra nesse espaço de dominação simbólica ocupa o lugar de dominada, pois dentro do ambiente hospitalar, alguns lugares de poder já estão predeterminados, logo o que lhe cabe é o lugar de menor expressão. Ela não possui a verdade sobre seu corpo e conseqüentemente não passa a ser integralmente ouvida;

necessitando conquistar uma vantagem simbólica, através de movimentos que conquistem esse lugar.

Martino explica que os dominantes tentarão evitar qualquer mudança no espaço, pois o mais simples movimento pode significar a sua destituição da posição. Para evitar isto, “[...] é necessário o controle dos outros elementos do campo e a repetição contínua das práticas anteriores na manutenção de uma situação confortável. Qualquer risco deve ser eliminado ou assimilado” (MARTINO, 2009, p. 148). Os dominados, por sua vez, necessitam executar movimentos que elevem o seu poder simbólico. (Molari, 2018, p.4).

Torna-se necessário trazer práticas instituintes dentro de um espaço já instituído e rígido nas suas hierarquias. A formação profissional do médico reza que este, no exercício de sua profissão deve pautar-se em princípios éticos, assentados em leis e nos fundamentos do Código de Ética Médica, os quais preconizam o respeito a decisão das pacientes e da valorização da vida. No entanto, é sabido que muitas práticas médicas se colocam de forma diferente, exercendo um poder de controle dos corpos da mãe e do bebê, determinando muitas vezes como esta mulher deve se comportar, ou fazer, sempre com a justificativa protocolar da infinidade de procedimentos que já foram realizados por uma infinidade de vezes.

Os pacientes, quase sempre aceitam, pois, esse é o termo que já é utilizado por décadas: paciente. Nessa paciência as regras protocolares que não são tão mais nítidas, não são questionadas, e ao menos garantidas por lei a serem negadas, e assim, são mantidas; uma série de mulheres, por décadas tiveram seus partos assistidos dessa maneira.

A *ilusio* é uma forma de passividade adotada pelos agentes mediante uma força simbólica aplicada sobre eles. Esta prática garante a aplicabilidade do poder simbólico e propaga a ideologia vigente. Dessa forma, pode-se conceber que o poder simbólico e

as suas aplicações, *ilusão*, são opressores e servem para a manutenção de uma ideologia. (Martino apud Molari, 2008, p.5).

Segundo Zanardo et al; (2017) o parto deixou de ser fisiológico e um ritual do universo feminino a partir do final do século XIX, iniciando o processo de mudança por meio do controle do parto pela medicina obstetrícia tornando-se um evento biológico. Assim, inverteu-se o protagonismo do processo do parto e nascimento, com o modelo tecnocrático, passou de um protagonismo feminino para um evento em que o médico passa a ser o condutor do processo, suplantando o universo feminino em prol do masculino. Nesse sentido, a prática discursiva estabelece um ordenamento discursivo biológico de controle de corpos por um universo mais masculino do que feminino.

4. OS DOCUMENTÁRIOS: *Renascimento do Parto*:1,2,3

Chega de parto violento para vender cesáreas. (Diniz apud Chauvet, 2018)

A trilogia de documentários *Renascimento do Parto*, relatando vivências familiares sobre cesáreas, parto, humanização foi escolhida para ser a base de análise para o decorrente trabalho. Descreveremos brevemente cada um deles, no entanto, para análise principal o escolhido foi o volume 2: *Renascimento do Parto 2*, pois este incumbiu-se de expor e aprofundar por meio de relatos e análises, as múltiplas violências obstétricas existentes no cenário brasileiro.



4.1. *Renascimento do parto 1*

No primeiro documentário da trilogia, em 2013, junto à Erica de Paula (doula e psicóloga), eles trabalharam o cenário entre o parto natural e a cesárea. Como reagiram as famílias que foram submetidas à cirurgia, sem real necessidade, e como algumas vivenciaram a batalha para conseguir o parto natural no

Brasil; as consequências antropológicas, sociais e econômicas do cenário cesarista, balizados por profissionais renomados na área.

4.2 Renascimento do parto 2



O segundo filho de Eduardo Chauvet, diretor brasileiro, nessa sua nova versão, foca nas ações violentas por conta do sistema obstétrico.

Em 2018 o documentário apresenta-se rasgando os véus da ilusão que, mesmo em se tratando do parto natural, este é recheado por múltiplas violências; humilhações que marcam essas mulheres tanto quanto uma cesárea desnecessária.

Esse filme foi produzido através de financiamento coletivo, *crowdfunding* tendo como meta R\$65 000,00 e tendo atingido R\$127.181,00. Tem como participantes pessoas dos mais variados nichos: mães, psicólogos, médicos, obstetrias, enfermeiras, ativistas, nacionais e internacionais. Uma obra feita por

múltiplos referenciais para um mesmo fenômeno.

4.3 Renascimento do parto 3

Essa versão de 2018 traz a continuação clara do documentário 2: formas de proceder quando a violência obstétrica ocorre e experiências bem-sucedidas com relação ao parto natural e humanizado. Traz questionamentos importantes: o quanto esse processo pode ser ainda mais libertador, respeitado através da luta social, denúncia e libertação sexual das gestantes.



Partos domiciliares, partos orgásticos; mais do que proposições teóricas, experiências reais, baseadas em evidências.

4.4 O FOCO: *Renascimento do Parto 2*

O início do *Renascimento do Parto 2*¹⁴ apresenta-se despretensioso, conversas entre mulheres em um refeitório, um paralelo entre duas realidades distintas e um hiato entre elas: um parto domiciliar realizado pela doula e obstetrix Mariana Mesquita, falando com sua mãe ao telefone, em tom de tranquilidade; seguindo para a apresentação do nome e qualificações dos profissionais que farão a análise técnica do cenário nacional obstétrico e neonatal; corta-se para a cena de uma mulher em um parto hospitalar, desesperada, deitada em litotomia¹⁵.

Esse trecho retrata fielmente o cenário obstétrico cujo trabalho preocupa-se em analisar: quarto de hospital, uma enfermeira debruçada sobre essa mulher, empurrando a barriga da parturiente - realizando manobra de Kristeller¹⁶, considerada como violência obstétrica pela OMS. O marido não aparece, só se escuta sua voz em tom de medo, conversando com a esposa. O médico mandando continuar e dizendo que vai “ajudar em cima”, dizendo: “*Faça força mãezinha*”. Pedindo para trancar a respiração e segurar:

Médico¹⁷: “*Me ajuda mãezinha, me ajuda .Para guria, tu tá trancando o nenê aqui.*”

A enfermeira realiza um último empurrão com o cotovelo e o neném sai.

Médico: “*Não põe a mão aqui, tu contaminou tudo, tu tá fora hem.*” (Quando a mulher coloca sua mão na própria vulva).

Parturiente: “*Como eu ia saber?* ” E começa a chorar.

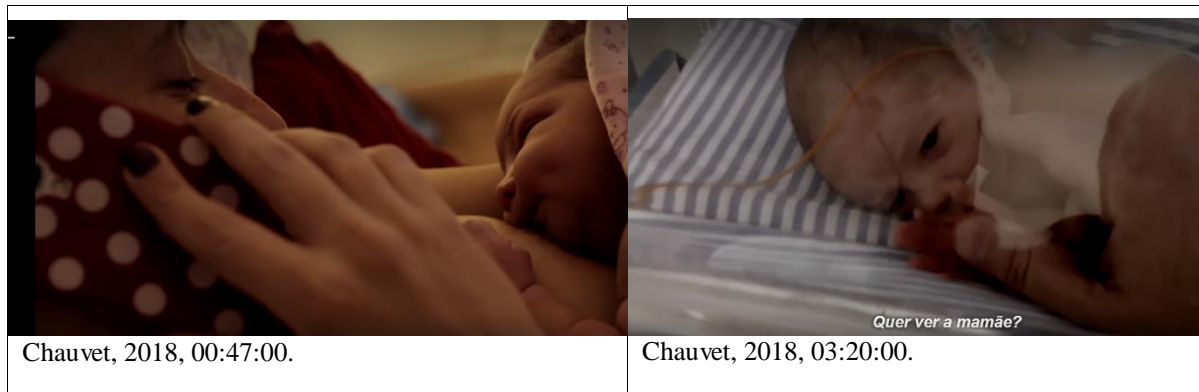
¹⁴ Chauvet, 2009, 0:47:00.

¹⁵ Posição a qual a mulher fica deitada de barriga para cima, com as pernas em cima de perneiras, posição de exames ginecológicos.

¹⁶ Chauvet, 2009, 3:01:00.

¹⁷ Seguem as falas do documentário em itálico para destacar em relação ao texto.

Segue abaixo um registro da diferença entre as duas realidades: na esquerda, o parto domiciliar (bebê tranquilo e no colo da mãe) e na direita, parto hospitalar repleto de violências (bebê com sonda nasal em uma cama de plástico longe de sua mãe, debatendo-se).



Dado esse paralelo entre os cenários, iniciam-se os discursos das mais variadas cidadãs, as quais o diretor não nomeou; dado isso, optou-se por serem exibidos seus rostos, junto aos relatos. Abaixo elas aparecem discriminadas pelas suas imagens. Sentadas em poltronas do que parece ser um cinema ou teatro relatam o que vivenciaram em suas gestações e parto.



Pros médicos¹⁸, assim bem dizer, já estava de 42 semanas e o bebê ia morrer, vamos fazer cesárea, eu relutando, relutando. Bom, 42 semanas e meia, fui para o hospital a bolsa rompeu. Eu fiquei praticamente da meia noite até as 4 e meia da manhã, absolutamente sozinha dentro de um quarto com a ocitocina a ligada na veia. Era mais uma insegurança um medo mesmo, posso levantar, não posso levantar, eu to com vontade de fazer xixi. Nem água. Comida acho que nem podia. Estavam preparando para a cesariana mesmo. Não foi uma alma viva me dizer, olha, estava acontecendo isso, estamos fazendo isso, vamos esperar até tal hora, ninguém. Aliás eu, fiquei sabendo o quer era ocitocina

¹⁸ Chauvet, 2009, 07:30:00.

muito tempo depois, não sabia nem o que estavam me colocando na veia. Meu marido nem sabia onde eu tava.

Na relato acima, fica claro o direito à informação negado, assim como o direito ao acompanhante garantido pela A lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005¹⁹. Uso de ocitocina sem informação e consentimento da mãe, privação de movimento e alimentação. Essa mulher em ambiente hostil e sozinha. Após todos esses procedimentos e negações é como empurrar maca à dentro, a parturiente para o centro cirúrgico, dada as situações violentas e exaustivas que a assistência proporciona. A cirurgia, nesse momento para equipe e para a família é o fim claro de um contexto aversivo e solitário, como esse, uma “resolução”.

Não é só o discurso que domina e limita seus sujeitos, a ausência desse também. O direito à informação, explicação e consentimento do que essa parturiente pode vir a passar, negados; assim com alerta Ana Previtalli²⁰ apud Chauvet 2018:

Muitas vezes elas são cortadas sem serem avisadas, muitas vezes gritam na hora, não quero que corte e mesmo assim o médico corta. A cesárea e a episiotomia são procedimentos cirúrgicos. O código penal que é bastante antigo e o código de ética médica e o código civil. Um procedimento cirúrgico não pode ser realizado contra a vontade de um paciente a não ser que ele apresente risco eminente de vida. O código de ética médica determina expressamente que o médico tem o dever de ouvir o paciente,

¹⁹ A Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, mais conhecida como a Lei do Acompanhante, determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. A Lei determina que este acompanhante será indicado pela gestante, podendo ser o pai do bebê, o parceiro atual, a mãe, um(a) amigo(a), ou outra pessoa de sua escolha. In: <http://www.saude.gov.br/artigos/811-saude-do-homem/40638-lei-do-acompanhante>

²⁰ Procuradora Ministério Público Federal

e passar as informações adequadas para ele dentro das evidências científicas, tem o dever de se atualizar.

De acordo com Bio (2015, p.60) o corpo da mulher no trabalho de parto é ativo e reativo. Ativo porque o movimentar-se é fundamental para a fisiologia e o processo de ativação do organismo e emoções com a finalidade de trazer o bebê para o mundo e reativo, porque “ a forma como o corpo é tratado, acolhido e orientado pelos profissionais determina reações no enfrentamento do trabalho de parto. ”



Cheguei²¹ com 9 de dilatação, de repente entrou um rapaz com uma maca. E falou: ué você está de roupa ainda? Não, nós temos que subir para o centro cirúrgico, vai trocar de roupa agora. [...] Dr. Eu tenho que ficar deitada? Que quero ficar sentada, deitada tá desconfortável[...] Então senta que a gente vai ter que te dar uma anestesia. [..]. Foi você que escolheu essa via de parto, agora você tem que aguentar, hem. [...]Conversas paralelas acontecendo dentro da sala, um ri daqui outro ri de lá.

Impossibilidade de livre movimentação dessa parturiente, mais uma vez, como relatado no primeiro, além de uma assistência que não zelou pelo bem-estar e iniciou por realizar os protocolos de assistência não humanizados, mais uma vez sem explicações e consentimento.

“Um músculo que trabalha contra a gravidade tende a se estirar e doer com maior facilidade”, como aponta Balaskas (2008, p. 36), sobre o recorrente protocolo em colocar a parturiente deitada de barriga para cima, evidenciado pelo relato acima, o qual ela mesma aponta sentir mais dor nessa posição. O medo instaurado pelo discurso do: “*Você vai ter que*

²¹ Chauvet, 2009, 08:50:00.

aguentar. ” A punição pela escolha do parto natural, quase que um teste da força em sustentar essa escolha e impor a equipe que tenha que trabalhar nesses moldes também.

Lígia Moreira Sena apud Chauvet 2018²² traz também o que escutou ao produzir o documentário *A Voz das Brasileiras* (2012), diversas vezes :“*Tortura como num campo de concentração, foi repetido por dezenas de mulheres que não se conhecem, no Brasil inteiro.*”



Tive ²³um parto normal, anormal no caso. Ocitocina e tal [...] Exame de toque o tempo inteiro, não me deixavam beber água de jeito nenhum, não me deixavam comer. Eu tava me sentindo comum animal em cativeiro.

Essa mulher, especificamente chora em seu momento do relato, mostrando o quanto o trauma está instaurado em seu corpo, e sua experiência violenta ainda é algo muito vívido e dolorido. A parturiente em trabalho de parto que não tiver hidratação e alimentação livre, pode apresentar cansaço e ser inclinada a desistir ou não suportar, em virtude de um quadro de desidratação, fome e cansaço em virtude, do esforço físico necessário durante o trabalho de parto.

Para as mulheres que estão na fase inicial do trabalho de parto e desejam comer, o jejum obrigatório pode causar uma progressão insatisfatória, recaindo na cascata de intervenções que culminam em uma cesariana. Durante o processo de parturição, o dispêndio de energia é o equivalente ao exercício físico moderado contínuo e, no caso do trabalho de parto prolongado associado ao jejum, há o aumento progressivo de cetonas urinárias. Essa preocupação excessiva dos profissionais com a restrição

²² Ativista significativa na contemporaneidade com relação à violência obstétrica. Criadora da plataforma “ Cientista que virou mãe”, com escritos feministas, redigida por mulheres e produtora do documentário: *A Voz da Brasileira*.

²³ Chauvet, 2009, 10:26:00.

alimentar deve-se ao risco de aspiração do conteúdo gástrico, caso a parturiente venha a regurgitar durante um procedimento anestésico; porém, evidências apontam que o risco de aspiração está diretamente associado ao uso de anestesia geral no parto, que atualmente é muito baixo, além dos cuidados do profissional que administra a anestesia (Wei, et al.,2002, p.718).



Eu²⁴ tinha dezoito anos e não podia opinar em nada.[...] Passei minha gravidez inteira escutando: ou você faz uma cesárea ou você vai morrer. Você tem que fazer cesárea, ou você vai morrer.

Você tem que fazer cesárea, ou você vai morrer. Eu fui educada por uma família onde médicos tem razão. Então eu ia morrer, se eu não fizesse uma cesárea eu ia morrer. Eu sofri muito, porque eu vou ter um filho e não vou conhecer meu filho, porque eu vou morrer.

Ana Lúcia Keunecke²⁵apud Chauvet (2018) reforça a ideia da importância do livre esclarecimento dos procedimentos que a mulher será suscetível, bem como autorização da mesma ou de algum familiar. Só assim o procedimento mostra-se legal em sua execução:

Risco eminente de vida, comprovado e com autorização de algum familiar. É direito do paciente escolher o que ele autoriza ou não autoriza, não é se a escolha é informada. Alguns hospitais hoje para tentar fugir da questão da violência obstétrica, apresentam para a parturiente um plano de parto, entre aspas, que é o documento que diz o que ela aceita ou não aceita, de adesão, já pronto. Esse documento não tem

²⁴ Chauvet, 2009, 9:52:00.

²⁵ Advogada.

validade, porque não foi livre, esclarecido e informado, como já determina a própria lei.

O imaginário do poder da classe médica, recorrentemente apresentando-se de forma negativa, e tentando se proteger da sua própria onipotência, nega as ferramentas dos pacientes no saber e mínimo controle de seus próprios corpos.

Na escolha dos profissionais do cenário obstétrico entrevistados pelo documentário, tomou-se o cuidado em trazer profissionais que atuem e militem na contramão dessa hegemonia da superioridade do saber técnico sobre o fisiológico. Leila Katz²⁶ apud Chauvet 2018, afirma categoricamente, tendo sido esta também uma vítima de cesárea desnecessária: “*você não precisa de tecnologia para dar uma assistência de qualidade*”.

Mulheres relatando as mais variadas práticas repletas de violência (física, psicológica), a grande maioria já banida pela OMS, ou seja, categorizadas como violências obstétricas. Mesmo apesar das evidências, são realizadas e prescritas com muita rapidez e facilidade. Fatos do cotidiano, abusos travestidos de protocolos de atendimento.

Outro momento chave para a análise, é uma sequência de cenas de mulheres segurando cartazes com as justificativas usadas para a indicação e execução de cesáreas no Brasil²⁷. Por meio das falas dos médicos, sem qualquer evidência ou exame que comprove uma real necessidade, indicam os mais variados procedimentos, assim como a cirurgia.



²⁶ Médica obstetra, PhD

²⁷ Chauvet, 2009, 20:00:00.



Tendo em vista esses relatos, é notório o quanto a obstetrícia brasileira está imersa em um paradigma violento, tecnicista e pouco humanizado. Profissionais atuantes por décadas os quais defendem e atuam contra essa corrente, são insurgentes e chegam a ser perseguidos, como no caso do médico Jorge Kuhn²⁸ e Herbert Jones²⁹.

5. VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Como dito, a prática discursiva é a categoria fundante da violência obstétrica. Pode ser iniciada no pré-natal, através das falas que desmotivam e retiram o parto das mãos de certas mulheres, até no momento do parto, onde essas apresentarão uma fragilidade dada a exposição em que seus corpos se encontram, dada a preocupação com o bebê e dado os hormônios e processos fisiológicos que ativarão regiões mais instintivas. Cérebro reptiliano; dificultando seu raciocínio lógico ao discriminar falas e procedimentos, os quais são comumente avaliados pelo neocórtex.

As estruturas cerebrais primitivas são a garantia da sobrevivência do indivíduo e da continuidade da espécie; elas representam os traços do animal que continua em nós. As novas estruturas, propriamente humanas, são o suporte de uma memória recente, individual, e são necessárias aos mecanismos da linguagem, da reflexão e de um certo livre arbítrio (Odent, 1982 p. 19).

²⁸ <http://www.maesdepeito.com.br/medico-humanizado-tem-registro-cassado-apos-atender-parto-domiciliar/>

²⁹ <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2016/11/25/Por-que-m%C3%A9dicos-defensores-do-parto-humanizado-t%C3%A3o-sido-punidos-pelos-conselhos-de-medicina>

Espera-se que ao sair da infância, referências diminutivas como tratativas fossem cessadas, não obstante, algumas fases da vida a sociedade retorna com o apequenmento do sujeito. A mulher quando gesta, o deficiente intelectual, o idoso, o louco, recebem esse título diminutivo do sujeito. Mãezinha e todos os “inhas” que vem com o pacote gestacional, colocam essa mulher em outro lugar subjetivo, o de dominada.

O diminutivo no discurso obstétrico tenta apequendar a mulher, diminuir o tamanho dela e o lugar de fala frente ao contexto. No espaço hospitalar, a “mãezinha” está muito abaixo da cadeia hierárquica. Esta, a real protagonista do processo é alienada do poder sobre si, esse discurso “reproduz uma infantilização feminina que não fortalece a identidade sexual madura” (Bio, 2015, p.55); mantendo a mulher como frágil e incapaz e o obstetra como forte e onipotente.

Hierarquia médico-paciente explícita; uma colonialidade do ser. “E mesmo que o papel do médico não fosse senão prestar ouvido a uma palavra enfim livre, é sempre na manutenção da censura que a escuta se exerce” (Foucault, 1999, p.13).

A parturiente se coloca quase como na categoria do louco, ganhando direito à fala apenas no plano do simbólico, da “mãezinha”, frágil e tutelada. Quanto mais as gestantes e parturientes forem tratadas através dos diminutivos e vistas como seres não críticos e de livre escolha, mais uma realidade simbólica de total assujeitamento será produzida, exclusão do campo do saber e tutela no campo do cuidado.

Assim, complementa Leocádio (2007), enquanto alguns cidadãos são plenamente atendidos, outros podem ser profundamente desrespeitados, em unidades diferentes ou em um mesmo serviço, por membros de uma mesma equipe. Sendo praticados no âmbito das relações profissionais ou afetivas e íntimas, os atos violentos apresentam características comuns: relação de poder desigual entre os sujeitos envolvidos; imposição e força; medo, submissão e privação da liberdade, momentâneos

ou duradouros. A violência é, portanto, a ação de um sujeito que, ao subjugar a outro, seja pela força física, pelo assédio moral ou sexual, obriga-o a fazer algo que por sua livre escolha não o faria. Ação de quem se julga – por um momento ou indefinidamente – no direito de impor a sua vontade ou desejo a outra pessoa, tendo ou não consciência plena desse julgamento (Wolff & Waldow, 2008, p.140-141).

Muito da violência psicológica que as gestantes sofrem é antes do momento do parto, quando vão minando sua autoconfiança, dizendo que esta não pode parir, que o bebê é maior o que o corpo comporta, que é louca por querer parto normal, muito líquido amniótico, pouco líquido amniótico, mãe sedentária, mãe que pratica muito exercício.

Alexandre Coimbra³⁰ apud Chauvet (2018): “ *Nós temos uma memória ancestral do que é violência nesse país, são 500 anos de construção de violência racistas ,sexistas, classicistas e agora violência obstétrica [] humilhação , vergonha, degradação*”. Os discursos de poder, as coerções estão normatizadas no Brasil em virtude dessa repetição de modos de existir violentos.

Além do documentário ter trazido tantas justificativas, importante citar a ativista e estudiosa da causa feminina: Melania Amorin, médica responsável por estudar e trabalhar em prol dos direitos reprodutivos da mulher, compondo bancadas pelo direito ao aborto como pressuposto da redução da morte materna.

No que tange à relação do parto, ela traz esse compêndio, em seu blog: “Estuda Melania, estuda”, onde divulga periodicamente as mais recentes revisões e evidências de análises científicas. Foi escolhido um dos estudos de maior compartilhamento de seu blog, por se tratar realmente de um compêndio sobre falsas prescrições para a cirurgia cesárea: 227 justificativas mais utilizadas para a realização da mesma. Segue abaixo um pequeno recorte:

1. Aceleração dos batimentos fetais

³⁰ Psicólogo ativista no tema gestação, maternidade /paternidade.

2. Acidente Vascular Cerebral (AVC) prévio
3. Adolescência
4. Alergia a múltiplos fármacos
5. Alergia à placenta[..]
19. Assalto ou outras formas de violência (gestante ou familiar foi vítima de assalto, então o bebê pode ficar estressado)
20. Bacia "muito estreita"
21. Bacia androide (“de homem”)
22. Baixa estatura materna
23. Baixo ganho ponderal materno/mãe de baixo peso
24. Barriga “alta demais”
25. Barriga “sarada”, porque a musculatura pode prejudicar o trabalho de parto[..]
193. Ser solteira (“porque o emocional pode estar alterado e não vai tolerar o parto vaginal”)
194. “Se fosse a minha mulher ou filha, eu faria cesárea” (machismo e tutela)
195. Síndrome da unha-patela
196. Síndrome de Down e qualquer outra cromossomopatia
197. Síndrome de Ovários Policísticos (SOP)
198. Síndrome de pânico
199. Síndrome do anticorpo antifosfolípide
200. Sinusite
201. Sono fetal (bebê que dorme durante o trabalho de parto) (AMORIN,2012).

Nitidamente algumas são de fundo majoritariamente tutelar do corpo pelo patriarcado, atuando ao encontro de uma cultura que visa culpabilizar a mulher pelo que é feito e o que não

é feito. O emocional, se foi assaltada, se sua bacia não é larga como “parideira”. A mulher sempre é responsabilizada pelos mais variados fatores. Falas de uma sociedade que busca saber qual é a vestimenta de uma vítima de estupro.

5.1Episiotomia

A episiotomia ou episio, mais popularmente conhecido como “pic” é um dos exemplos mais debatidos dentro das violências obstétricas já prescritas pela OMS. O corte no períneo, procedimento cirúrgico, realizado no período expulsivo do parto; surge como justificativa de “evitar lacerações” e reduzir o tempo da saída do bebê. Cortam-se pele e músculos para “proteger” a região do períneo; posteriormente realiza-se a episiotomia (a sutura no corte).

O Ministério da Saúde em 2003 retrabalhou os conceitos, práticas e condutas na assistência ao parto e lançou o manual Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Saúde. Tomando por base as recomendações da OMS em 1996[...] O material considera a **episiotomia prática no parto normal claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada** [...]O primeiro relato sobre este corte data de 1742 (século XVIII); ele foi criado por Felding Ould, que servia como “Second Master” em um hospital na Irlanda. Sir Ould defendia que **a incisão só deveria ser aplicada quando necessário**, em partos difíceis, como intervenção utilizada para auxiliar o momento do parto. A incisão era realizada em linha média, e, em 1847, o Prof. Dubois, na França, foi o primeiro a levantar a modalidade médio-lateral. O termo “episiotomia” foi sugerido por Carl Braun em 1857. Cabe ressaltar que ela foi utilizada de forma criteriosa até o século XX. No início do século XX, com Pomeroy (1918) e Joseph DeLee (1920), a episiotomia passou a ser compreendida como procedimento de rotina. Pomeroy publicou um artigo intitulado: “Deveríamos cortar e reparar o períneo de todas as primíparas? ”. Sua posição foi em favor da episiotomia de rotina, justificando que o

corte diminuía os traumas cranianos do bebê contra o assoalho pélvico. Pomeroy também trouxe a idéia de que **a episiotomia recompõe a mulher em sua condição virginal**. DeLee em 1920 defendeu, na Sociedade Americana de Medicina, o conceito de **parto como processo patológico** e, a partir disso, sugeriu a utilização do fórceps profilático e, com este, a episiotomia médio-lateral precoce, e o procedimento passou a ser recomendado como rotina (São Bento & Santos, 2006, p.553).



Acima vemos uma das fotos de um ensaio fotográfico mostrando as múltiplas violências obstétricas através das imagens de partes do corpo femininos. No caso acima, fica claro o tamanho da mutilação e sua visível cicatriz, a qual uma mulher pode vir a vivenciar através da episiotomia.

Chauvet (2018) traz o relato de uma mãe que escutou a equipe dizendo que havia cortado a nádega do seu bebê no momento do parto; ela descreve que seu filho, mesmo após crescido, apresenta a cicatriz³¹.

³¹ 1 a cada 10 bebês é cortado na cirurgia de acordo com estudo da **University of Texas Southwestern**.

De acordo com Gualda, a episiotomia afeta estruturas do períneo: vasos sanguíneos, músculos e tendões responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, bem como pela continência urinária e fecal são atingidos, algumas estruturas afetadas tem ligações com o clitóris, minando o prazer feminino. Mesmo assim, pesquisas apontam que a prática da episiotomia ocorre em 94% dos partos normais realizados no Brasil. Ressalta-se que tal prática é “um dos únicos procedimentos realizados sem qualquer consentimento prévio da paciente, prática esta de fundamental importância”. Ou seja, a prática indiscriminada da episiotomia sem o consentimento da parturiente apenas ratifica a ideia de que o momento do parto constitui um espaço de exceção, em que a regra deixa de valer, valendo (Wermuth et al; 2016, p 94).

Para restabelecer essa condição virginal, citada anteriormente, a parturiente recebe o famoso “ponto do marido”, a fim de “apertar” a vagina e evitar o mito da vagina flácida. Nitidamente uma ação de cunho machista, onde o patriarcado continua decidindo o que deve ser feito com o corpo feminino e que tônus e tamanho os órgãos sexuais precisam ter, para agradar os respectivos cônjuges.

Muitas mulheres apresentam dor para o resto da vida na sutura, vergonha dessa mutilação vaginal, bem como prejuízos na vida sexual. É comum o médico não pedir o consentimento para a realização da episio, não aplicar anestesia local ou quando aplicada, não esperar o tempo de ação.

Essa mutilação aparece como uma fala delicada e no diminutivo, travestindo sua real mutilação: “ Vamos fazer um “piczinho” aí em baixo. ” A vulva e o períneo são apagados e trocados pelo “aí em baixo”. O corte é travestido com um discurso infantilizado e subestimado. As práticas discursivas diminutivas aparecendo mais uma vez para abrir portas para as mutilações.

De fato, a tortura introduz um elemento essencial nas relações humanas[...]ela instaura entre dois humanos uma relação não humana, na medida em que o torturador se coloca na posição de um deus, e o torturado, na de criatura indefesa, culpada e não pessoa. [...]a máscara fundamental da situação de tortura é a desumanização dos participantes: o torturador se coloca acima da condição humana e força o torturado a se colocar abaixo dessa condição. O suplício é a dor e a humilhação com a finalidade de produzir desumanização (Chauí, 2017, p. 133).

5.2 Cirurgia cesárea compulsória

A cirurgia cesárea quando não é indicada e justificada através de parâmetros clínicos, é também considerada uma violência, ainda mais no Brasil o qual extrapola os parâmetros recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

No Brasil, segundo informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, de 2015, os partos hospitalares representam 98,08% dos partos realizados na rede de saúde e, entre os anos de 2007 e 2011, houve um aumento de 46,56% para 53,88% de cesáreas. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2015) mostram que a taxa de operação cesariana chega a 56% na população geral, sendo que esses números variam entre o atendimento nos sistemas público e privado de saúde, que apresentam uma ocorrência de aproximadamente 40% e 85%, respectivamente (Zanardo, et al; 2017, p.2).

Dada essas taxas, pode-se concluir que as cesáreas são indicadas sem respaldo científico ou um fator patológico de risco. Através de suas múltiplas falsas justificativas, construindo um cenário nacional o qual esse procedimento de alta complexidade é normalizado por décadas, mulheres e médicos aceitam esse embuste, como exemplificado anteriormente por Amorin (2012).

Os riscos no curto prazo incluem, segundo estudo de dez anos na Inglaterra: maior risco de complicações cirúrgicas, sendo 4, vezes maior o risco de complicações graves (hemorragia severa, necessidade de recuperação, infecção pélvica, pneumonia, septicemia). Com relação a complicações menores, cerca de um terço das mães que fizeram cesárea tiveram problemas como febre, hematoma, infecção do trato urinário, do útero ou da ferida cirúrgica, paralisia do intestino ou da bexiga (Diniz & Duarte, 2004, p.39)

Quanto mais a cesárea for uma via de nascimento para uma porcentagem alta da população, mais profissionais habilitados a lidarem com essa cirurgia, que visa atender uma minoria de casos (considerados de risco), estarão à frente dos atendimentos, e por consequência menos profissionais serão habilitados a atenderem o parto natural, suas particularidades e distócias.

5.3 Manobra de Kristeller

Essa ação violenta, já declarada pela OMS, junto à episiotomia, é comumente vista em filmes e cenas de parto triviais. As enfermeiras que sobem na barriga e “ajudam” o bebê a nascer, são práticas ainda existentes, como mostrado no início do segundo documentário da trilogia dos Renascimentos. Mesmo banida, esta violência é apresentada como um procedimento de auxílio e salvamento: “Vamos dar uma ajudinha para o seu bebê nascer”; precedida de tantas outras intervenções violentas durante todo o trabalho de parto. O momento que esta é exercida se dá na fase expulsiva do bebê, quando se entende que o colo uterino está quase com dilatação total e o movimento a seguir é o de descida do bebê.

Uma equipe que ainda trabalhe com as bases dessa violência obstétrica aceita e normaliza tantas outras, ou seja, onde aceita-se essa manobra, a mulher está inserida em um parto interventivo e violento, seguindo pela violência neonatal, como demonstrado pela cena.

Suas consequências são: fratura de costela materna, ruptura uterina, lesão no ombro do bebê e laceração de períneo.

No nosso estudo, verificou-se que a infusão de ocitocina e ruptura artificial da membrana amniótica foi uma técnica muito utilizada para provocar a aceleração do trabalho de parto. Ambas ocorreram em cerca de 40% das mulheres de risco habitual, sendo mais frequente nas mulheres do setor público, de mais baixa escolaridade. Foi também bastante elevada a taxa de manobra de Kristeller nos partos vaginais, de 37%. A ocitocina e a amniotomia têm sido utilizadas para o que se denomina “manejo ativo do parto”, visando à redução da duração do segundo estágio do trabalho de parto e da taxa de parto instrumental. As revisões sistemáticas da Cochrane apontam uma redução modesta do número de cesarianas quando o manejo ativo do trabalho de parto é implementado, entretanto, reconhece-se que os benefícios desta pequena redução devem ser ponderados contra os riscos de intervenções em mulheres de risco habitual, requerendo novos trabalhos. Para a manobra de Kristeller, estudos não conseguiram demonstrar os benefícios desta prática, tendo uma forte recomendação de evitá-la como uso rotineiro. (Leal, et al; p.23-24,2014).

6. CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Por que as mulheres sentem tanta dor ao dar à luz na contemporaneidade? Se o nascimento se trata de um processo natural e fisiológico, em que todos os seres humanos nasceriam por essa via, por que seria um processo doloroso? As mães tinham seus bebês em casa, nas tribos, com uma taxa de natalidade maior que a atual.

Assim como a menstruação é um processo fisiológico mensal para as mulheres e qualquer desconforto regular denota alguma irregularidade fisiológica e/ou psicológica/emocional, assim é o correlato com o parto.

Em su tesisi doctoral, Caudio Becerro de Bengoa, de Hospital Gregorio Marañón de Madrid assegura que el dogma de parto doloroso, peligroso y penoso, como há surgido em el trascurso de nuestro dessarolo cultural, crea um miedo de expectación responsable de los Dolores y de muchas de as complicaciones que ello se derivan.[...] El ensayista francês del siglo XVI Montaigne, afirmaba que había pueblos enterros em donde se desconocía el dolor em el parto (Bustos, p.14, 2010).

Casilda Bustos (2010) continua nos contemplando com seus estudos antropológicos e da fisiologia feminina, realizando um paralelo do útero com a bexiga urinária. Esses órgãos são formados por feixes de músculos que contraem e relaxam, tendo capacidade de ampliar e diminuir o seu tamanho, o útero possui um advento em relação à bexiga urinária; esse é alvo de hormônios do prazer como a ocitocina. Quando o útero não está relaxado, e a parturiente está tensionada, por medo, tensão, frio, sentimento de fuga e traumas, os feixes de músculos encontram-se muito mais retesados, apresentando um movimento contrário ao das contrações (as quais visam relaxar e distender o órgão); apresentando maior número de contrações e mais doloridas.

São necessárias mais contrações para realizar o mesmo movimento antropológico do dilatar, pois, o útero está em movimento de resistência com a necessidade do corpo em abrir-se.

Nesse processo do dar à luz existe uma transformação psicológica da mulher, muito vem à tona do seu passado e de seus medos futuros. A medicina atual não é empática quanto a esse processo psicológico, o qual requisita apoio, compreensão e conforto. Um cenário hostil, interventivo que potencializa os medos, as dores exponencialmente.

Subsequente ao parto vem o pouco conhecido e muito temido: o puerpério. Construção de muitos fatores: sociais, ambientais, hormonais, psicológicos. Esse período importante para a construção da relação mãe-bebê, amamentação, também é afetado pela significação do

momento do parto. Uma parturiente que apresente insatisfação quanto ao seu TP apresenta grandes chances de vivenciar esse período de maneira menos satisfatória. Sendo esse um período de grande importância para a família: amamentação, vínculo, relação entre o casal.

Mais uma violência social incidindo sobre o sexo feminino só aumenta o hiato entre a divisão dos papéis no cuidado dos filhos. As vítimas de violência obstétrica respondem fisicamente e psicologicamente muito semelhante às vítimas de violência sexual, no entanto, os sintomas depressivos e de estresse pós-traumático não são reconhecidos como válidos, em virtude de não se ter ciência que as próprias ações de assistência protocolares podem produzir resultados nefastos.

O discurso que essas mulheres apresentam, haja visto os relatos das mulheres no *Renascimento do Parto 2*(2018), é altamente depreciativo consigo mesmas e com a nova maternidade aumentando o índice de depressão e psicose pós-parto. Isso interfere no vínculo com a nova criança, com outros filhos e fragiliza fortemente o casamento. O documentário mostra claramente a depressão e o efeito pós-traumático causado por essas ações, mesmo passado alguns anos de seus partos, choram dolorosamente o trauma vivido.

Em estudo realizado por Schwab, Marth e Bergant (2012), foi feita uma avaliação do impacto do parto no desenvolvimento de transtornos em mulheres, e destacou que entre as que passaram por uma história de parto traumático, 60% apresentaram sintomas depressivos nas primeiras semanas após o parto (Rocha & Grisi, 2017, p.632).

Segundo Odent (1982) , o pesquisador francês que traz inúmeras contribuições no que tange traçar um paralelo entre a sociedade industrial e o parto , o qual inserido nesse contexto, se assemelha a uma linha de produção; levanta também a relação , através da revisão de estudos, do parto interventivo e instrumentalizado .A separação precoce de mãe e bebê, até mesmo o

uso de anestesia e a indução do parto apresenta prejuízo da “capacidade de amar” do indivíduo, tanto no que se refere ao amor próprio quanto por outros.

Estudiosos do desenvolvimento humano saudável, da saúde mental e do comportamento humano[...]demonstraram a importância do atendimento que a mulher recebe durante o trabalho de parto para se sentir protegida, valorizada e segura. Além disso, estudos dos etologistas demonstram que o protótipo das formas de estabelecer vínculos na vida está na relação mãe-bebê- que se inicia durante a gravidez e é marcada pela experiência do parto, o que torna a assistência qualificada fundamental. (Bio, 2015, p.106).

Logo após o nascimento, sendo ele por parto natural, o corpo já produz o colostro (líquido secretado pelas mamas, contendo anticorpos, responsável por hidratar e nutrir o bebê antes da apojadura ou descida do leite); sendo este pela cesárea agendada, ou seja, prévia ao início do TP, o corpo ainda não compreende que o bebê já se encontra no ambiente extra uterino e necessita ser alimentado, afinal, não há feedback hormonal desse processo e, por consequência tarda em iniciar a produção do colostro.

A cesárea compulsória produz complicações severas na amamentação, o que por sua vez reforça a indústria de alimentação infantil. A indústria de fórmulas infantis abre espaço para a farmacológica, pois a imunidade do bebê não amamentado pelo leite materno é consideravelmente menor ao bebê nutrido. Uma cultura de troca do fisiológico pelo mercadológico.

As crianças que são amamentadas por mais tempo têm menor morbidade e mortalidade, menos maloclusão dentária, e maior inteligência do que aquelas que são amamentadas por períodos mais curtos ou não são amamentadas. Esta desigualdade persiste até mais tarde na vida. Evidência crescente também sugere que a amamentação pode proteger contra o excesso de peso e diabetes mais adiante na vida. A amamentação

beneficia mães. Pode prevenir o câncer de mama, aumentar o intervalo interpartal e reduzir o risco da mulher desenvolver diabetes ou câncer de ovário. (Victora, et al; 2005, p.2).

7. OPERADORES DA MUDANÇAS DE PARADIGMA

Em meio a esse cenário, as insurgências vão criando e retomando do passado, dispositivos que facilitem a fuga e enfrentamento a essas múltiplas violências. Ações que visem recobrar o protagonismo da parturiente e o atendimento ao bebê a partir de evidências atuais e embasadas. Sair do atendimento protocolar e individualizar cuidado.

Infelizmente a equipe de assistência e a instituição de leis rígidas de atendimento às famílias gestantes e parturientes são os maiores perpetradores dessas ações de controle e violência, como visto no caso na cidade do Rio de Janeiro:

Médicos são proibidos de aceitarem plano de parto no Rio de Janeiro.

Segundo resolução polêmica do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, publicada no Diário Oficial nesta semana, a autonomia da gestante deve ser respeitada - desde que leve em conta a autonomia médica [...] "**Modismos e idealizações**", segundo Parente, o que motivou a proibição de documentos como o plano de parto, que, inclusive, é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), foi o crescimento, nos últimos anos, dos “modismos na obstetria, que são deletérios à boa prática médica e que colocam em risco a gestante e o conceito, além de interferirem de forma perigosa no Ato Médico. A situação se tornou tão grave que, atualmente, quem muitas vezes decide os procedimentos a serem tomados pelos obstetras são pessoas sem preparo para decisões que envolvem vida e morte”, afirma o texto da Resolução 293/2019.³²

³² <https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Parto/noticia/2019/02/medicos-sao-proibidos-de-aceitarem-plano-de-parto-no-rio-de-janeiro.html>

Nesse pequeno trecho fica claro o quanto a prática de assistência está voltada muito mais para autonomia médica, do que para o protagonismo da mulher (base das políticas de humanização). O ser não pode decidir sobre os procedimentos que seu corpo sofrerá.

A concepção do fenômeno de dar à luz como um evento fisiológico também contribuiu para manter a medicina longe do cenário da parturição. Os primeiros homens convocados no parto atendiam em situações especialíssimas, quase sempre dramáticas. Pouco conheciam da fisiologia e, nessas ocasiões, estavam mais interessados em hemostasia, suturas e drenagens (Wolff & Waldow, 2008, p 141).

Como nos traduz Wermuth et al. (2016); sobre como acessarmos a verdade, conduz- no em um processo de transformação. Uma família que busca essas informações, transforma-se em um verdadeiro tanque de guerra, militância e guerrilha para combater o cenário.

Formas de garantir a verdade para cada família e o cuidado real desse processo único que é o nascimento, foram e são criadas desde os primórdios. Abaixo seguem algumas inclusive recomendadas pela OMS para que sejam largamente utilizadas.

7.1 Casa de Parto Sofia Feldman (SUS em Belo Horizonte)

O Hospital Sofia Feldman assiste a uma população superior a 400 mil pessoas dos Distritos Sanitários Norte e Nordeste, em Belo Horizonte. Possui 185 leitos: 87 obstétricos, 41 em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal – UTI, 45 em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais – UCI, e 12 de outras clínicas. São realizados cerca de 900 partos ao mês³³.

O hospital público que muito antes desse debate necessário acalorado sobre episiotomia, plano de parto, já abria suas portas para uma via de atendimento humanizada. Maior maternidade nacional em número de partos, como relata o obstetra Edson Borges (2018),

³³ <http://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital/>

coordenador da Residência em Obstetrícia, salas para parto natural e com banheira, onde a família pode assistir à chegada desse novo membro - a parturiente escolhe quantas pessoas estarão presentes nesse momento. Após o parto, ela conta com apenas o seu acompanhante, como a lei garante.

As equipes de partos do Sofia são habilitadas para assistir partos domiciliares; se for da vontade da gestante e esta apresentar uma gestação de risco habitual, como mostrado por Chauvet, 2018. No entanto, tem passado por grandes cortes orçamentários, apresentado um déficit mensal em 2018 de 1 milhão e meio. Resultado do sucateamento do SUS e de uma nação que valoriza muito pouco a saúde pública e o parto natural e humanizado.

Esse exemplo de hospital conta com equipes manejadas para o cuidado e suporte realmente humanizados da gestante e familiares, possui também uma residência para as mães, concedendo alojamento perto de seus bebês, caso haja necessidade de uma internação mais extensa.

Um lugar que nasce em memória a uma mulher que teve seus direitos restringidos e cuidou de seus filhos em meio às dificuldades; assim como foram explicitadas pela carta de sua neta Clara Feldman.

Eu, que escutava nos discursos do seu filho (e foram tantos, nas formaturas em que era paraninfo) sempre a mesma frase com a qual ele te homenageava, dizendo de um anjo que velava seu sono. E eu te via como um anjo mesmo, pois que, em carne e osso, nunca te vira. E, não tendo te conhecido, nem te chamado de vó, nem me assentado no seu colo, nem te visitado nas tardes de domingo, guardei na memória frases soltas, colhidas aqui e ali da boca de seus filhos: “Sua avó casou-se com seu avô num casamento arranjado, foi arrancada da família na Palestina e veio para o Brasil, arrastada. Perambulava nas noites de insônia pelas ruas do Barro Preto, fez de sua casa uma pensão para sustentar a família, costurava casacos de pele que eram entregues aos

fregueses pelo filho José (a pé, pois não tinham dinheiro para o bonde). Aqui criou seus filhos a duras penas. Mas, felizmente, o tempo ainda lhe concedeu o orgulho de ver seu menino tornar-se médico. Desarranjou o casamento arranjado e enfim morreu, longe de sua terra e sua gente. ” E, quis o destino que aqui se construísse um hospital batizado com o seu nome. Um hospital que acolhe as mulheres em um momento supremo – o nascimento do filho – no mais natural e humanizado parto de que se tem notícia. Com a sua ajuda, vó, tenho certeza – seu espírito paira entre as paredes coloridas da Casa de Parto do Hospital SOFIA FELDMAN³⁴.

Um exemplo que se assemelha a modelos internacionais de boa assistência ao parto dentro do SUS. Uma realidade possível, a qual produz saúde em meio aos nascimentos, derrubando prerrogativas de impossibilidade de assistência ao parto e à mulher de maneira humanizada e respeitosa.

7.2 Doula



Doula, do grego, significa a mulher que serve. Essa mulher que auxilia tantas outras com relação a assuntos do feminino, desde a gestação, seguindo pelo parto, puerpério e amamentação; criando vínculo e laços de confiança, apoio e orientação, extremamente necessários na hora do parto e na construção dessa nova maternidade. Durante a gestação, junto à família se propõe a compreender a fisiologia da gestação e parto, baseando-se em evidências e aplicadas à singularidade de cada caso.

*Parto na Idade Média*³⁵

³⁴ <http://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital/quem-foi-sofia-feldman/>

³⁵ – *Birth of Esau and Jacob (Illumination Circa 1475 – 1480 by François Maitre)*

Nesta gravura datada da Idade Média, é clara a figura da parteira, e outras mulheres que podemos associar claramente ao ofício da doula, no que aparentemente trata-se de um parto gemelar. Essas mulheres estão auxiliando com a postura vertical de parto e utilizando ferramentas que vemos até os tempos atuais, como as amarrações.

O suporte contínuo no trabalho de parto é algo comprovado por evidências antropológicas e históricas, uma vez que em todos os tempos e em todas as culturas, mulheres em trabalho de parto recebem suporte de outras mulheres. Todas as mulheres em trabalho de parto deveriam receber suporte contínuo. Atualmente, o suporte contínuo intraparto ideal é o prestado por uma doula profissional e também por um acompanhante com o qual a mulher tenha vínculo afetivo, como o pai do bebê. A par das evidências históricas, foram feitas pesquisas científicas que comprovaram que o suporte contínuo intraparto reduz duração do trabalho de parto, reduz o uso de medicações para alívio da dor, reduz do número de cesáreas, reduz a necessidade de analgesia, reduz a necessidade de parto operatório e promove um maior grau de satisfação materna. (Erdmann et al; 2017 p. 320).

A retomada dessa profissional dentro desse cenário, se dá justamente quando se recobra a necessidade da retomada do cuidado com a mulher, com seu processo de transformação intenso. Quando todos os olhos estão voltados para o bem-estar do bebê (batimentos, movimentação), a doula assume cuidados básicos e especializados focados na mulher e na família: massagens, apoio emocional, métodos não farmacológicos de alívio da dor, manobras com o corpo a fim de auxiliar na dilatação e descida do bebê, alimentação, terapias alternativas, apoio ao marido; sempre com o objetivo que a parturiente se sinta tranquila e amparada o bastante para entregar-se ao seu trabalho de parto. Esta atua também “ como intermediária com a equipe de saúde, reduzindo o nível de medo e estresse das parturientes” (Barbosa, et al; 2018,

p.423); traduzindo para a família os nomes dos procedimentos e o que aceitar determinada ação clínica pode acarretar.

Uma mulher que se coloca para outra quase que integralmente, tirando dúvidas, dando suporte emocional, contando contrações, fazendo massagem intermináveis horas, fazendo chás, sendo a amiga e olhar de apoio e incentivo desse processo todo de transformação e encontro com sombras e luzes do feminino.

A doula pode chegar a trabalhar dias de maneira intermitente ou até 24, 32, 48 horas ininterruptamente com uma parturiente. A doula é o olhar de força no momento de cansaço, a força no braço no momento do puxo, o toque sutil no momento do medo e a massagem vigorosa no momento da dilatação.

Em municípios como Botucatu, Ubatuba, cidade de São Paulo possuem leis específicas que garantem a entrada dessa profissional em qualquer hospital (público ou privado), junto ao casal, não retirando o direito do acompanhante³⁶.

Todo esse trabalho é realizado a fim de que mais uma família esteja amparada nesse momento de trazer outro ser ao mundo, com o foco da qualidade desse processo, da retomada de prazer e protagonismo. A humanização em forma de gente.

"Se a doula fosse um remédio seria antiético não receitar" John H. Kennell.

7.3 Parteiras e obstetizes

Essas profissionais no cenário do parto são mais antigas que os médicos e o ambiente hospitalar. O que é visto como ares de vanguarda, possui traços de tradição, além dos protocolos de assistência.

Atualmente essas profissionais percorrem três trajetórias possíveis: ser profissional da enfermagem com residência ou especialização em enfermagem obstétrica, realizar o curso

³⁶ <http://www.capital.sp.gov.br/noticia/sancionada-lei-que-permite-a-presenca-de-doulas-em-hospitais-municipais>

superior de obstetrix (no Brasil, é oferecido pela USP- Leste) ou ser uma parteira tradicional, tendo como a formação alguns cursos bem específicos, poucos no Brasil, no entanto, focando muito mais na prática e na retomada dos saberes ancestrais, que ainda chegam onde muitos médicos ainda não conseguem chegar.

A parteira da vila, essa traz o conhecimento regional de cada lugar a qual pertence. Aprende seu ofício de outra parteira que necessita passar seu posto adiante, traz o conhecimento das plantas do lugar, das possibilidades de resolução das variações que o TP pode apresentar. Essas parteiras locais são um verdadeiro compêndio antropológico de cada região, um marco histórico de cada tribo, vila, quilombo.

Para tanto, busca sensibilizar gestores e profissionais de saúde no sentido de reconhecerem as parteiras tradicionais como parceiras na atenção à saúde da comunidade e no desenvolvimento de ações para valorizar, apoiar, qualificar e articular o seu trabalho ao SUS - Sistema Único de Saúde. Vale ressaltar que o programa foi elaborado considerando-se a diversidade socioeconômica, cultural e geográfica do País. Embora seja uma das profissões mais antigas do mundo, registros históricos mostram que os primeiros cursos direcionados para formação de parteiras no Brasil, datam de 1832. Parteira tradicional é aquela que presta assistência ao parto domiciliar e que é reconhecida pela comunidade como parteira. Originalmente adquire suas aptidões fazendo partos por conta própria ou após aprender o ofício com outras parteiras. A formação de quase todas foi na prática, no embate com a falta de assistência às mulheres, estimuladas pelo desejo de servir, pela curiosidade, pela necessidade de trabalhar. Parteiras fazem mais do que partos, são conselheiras, curadoras da família e dos necessitados. Pessoas que detêm saber essencial na sobrevivência de suas comunidades. (Erdmann et al; p.16, 2017).

Essas profissionais são ativas em modelos de assistência na Inglaterra, onde o médico apenas é acionado em caso de urgência. Um modelo onde há uma redistribuição de papéis, não se trata de uma substituição do médico, mas uma classificação por ordem de necessidades, retomando o paradigma onde o parto não é tratado como patologia, mas sim um momento que conta com uma assistência de cuidado especializada. As cirurgias cesáreas nos mais diversos modelos mundiais, continuam de única e exclusiva responsabilidade do médico.

7.4. Grupos de apoio: informação

Os grupos integrados por famílias gestantes ou recém-paridas e profissionais especializados no apoio gestacional visam através de temas pré-estabelecidos, informarem, trocarem vivências por meio da tradição oral e poderem encontrar conforto, compreensão e caminhos para conduzirem suas gestações, partos e maternagem/paternagens de maneira individualizada e consciente.

Resgatar esses saberes, essas práticas que libertam o corpo da mulher e da criança, dos alvos do patriarcado, é uma forma de educação sexual libertadora, que visa através da informação baseada em evidências, retirar os técnicos do poder e trazer para luz quem é por direito dela.

Esses grupos podem ser criados pelo SUS ou serem de iniciativa particular de doulas, parteiras, psicólogos de cada cidade. Na grande maioria são gratuitos, ou de contribuição voluntária, cujos encontros podem ser semanais ou mensais.

As trocas entre as famílias, assim como o acesso às novas pesquisas e técnicas são comumente os focos dos encontros. Os dispositivos das rodas de conversa funcionam como retomada do poder e da história oral sobre seus próprios corpos, num investimento do sujeito em construir novos saberes sobre si, estipulando limites e ampliando possibilidades: “é preciso que te ocupes contigo mesmo, que não te esqueças de ti mesmo, que tenhas cuidado contigo mesmo” (Foucault, 2006, p. 6).

Um resgate desse saber que circulava por entres os círculos femininos populares, mas por décadas substituídos por uma sociedade mecanicista e que viu o corpo da mulher ou como objeto sexual ou como mão de obra qualificada e pouco remunerada.

Nessa empreitada contemporânea de circulação de conhecimento, os homens são mais que bem aceitos nessa troca de experiências, e as inovações técnicas e de pesquisas são apresentadas. A medicina baseada em evidência e o conhecimento adquirido pelas mulheres nesse lugar tem o destaque maior para a entrada do masculino ou da parceira, não como uma perda de poder novamente, mas no sentido de se fazer necessária a atuação do parceiro (a). As rodas além de atuarem na desconstrução de uma paternidade tóxica e passiva, o parceiro ou a parceira são os responsáveis pelo enfrentamento à violência obstétrica.

7.5 Plano de parto

O plano de parto é uma ferramenta que é encontrada em países industriais e europeus a partir de 1980 (Andrezza, 2016, p.32), como forma de garantir os direitos da parturiente e do bebê. Um documento impresso, o qual vem apontado a escolha do casal quanto a cada procedimento possivelmente realizado no atendimento à mulher e ao bebê. O plano é comumente entregue à equipe obstétrica e pediátrica neonatal que atenderá essa família durante a internação.

Este é um documento produzido pela gestante, discriminando os mais recorrentes procedimentos no hospital desde sua entrada até depois do nascimento do bebê, o que ela aceita ou não e sob quais condições.

Como validade de diretriz a ser seguida, faz-se necessário que seja entregue um documento para a equipe de obstetrícia, outro para a equipe de pediatria e que a família fique com uma cópia. É necessário que alguns pontos sejam ressaltados e discutidos com as equipes, a fim de que estejam claros os rumos dessa assistência. Equipes humanizadas tem por costume proporem o esclarecimento do plano do parto na entrada da internação. Como documento legal

que pode ser passível de prova a fim de ser usado em processo jurídico, caso algo seja descumprido, faz-se necessária a protocolização dias antes, da possível data de parto, na maternidade de referência.

Essa ferramenta para a família também é fonte de retomada de verdade sobre seus corpos na assistência. O trabalho que ascende à conquista de sua própria verdade. O estudo sobre cada procedimento usualmente ministrado em um parto hospitalar, as necessidades clínicas reais, se é da vontade da gestante passar por certos processos, recobrando sua decisão sobre o próprio corpo e do recém-nascido.

O modelo, contido em anexo, é uma base possível para as infindáveis possibilidades de construção de plano de parto. Esse modelo fornecido pela ONG Artemis juntamente à Defensoria Pública do Estado de São Paulo, é de fácil preenchimento. Os mais utilizados são os que os casais vão elencando o que permitem ou não, dependendo do caminho que seguir o trabalho de parto, o que não autorizam em hipótese nenhuma em três momentos: parto natural, cesárea intraparto (caso haja necessidade) e recepção do recém-nascido, a fim de evitar a violência neonatal.

Cada item desse documento é de suma importância, pois dependendo do procedimento a ser realizado, este abre portas para tantos outros, resultando em um parto interventivo e possivelmente violento, podendo até desencadear a necessidade de uma cirurgia cesárea.

Como exemplificado por uma das mães no documentário, em muitos hospitais é protocolar a administração de ocitocina, logo na admissão da parturiente, com a intenção de acelerar o tempo do trabalho de parto, no momento da internação da mulher. O resultado da administração da ocitocina são: contrações mais fortes e não fisiológicas, possibilidade de sofrimento fetal com o desenvolvimento do tempo e possivelmente pedido de analgesia por parte da parturiente.

Um dos pontos que parecem ser inofensivos, é a livre escolha de movimentação no parto e escolha da posição para parir, no entanto pode ser decisivo para evolução da dilatação e relaxamento da parturiente, bem como ser a decisão entre um nascimento tranquilo ou a utilização de fórceps ou outro instrumento.

Muitas vezes, as parturientes são deixadas deitadas, de barriga para cima, em virtude de alguns exames, aguardando leito, vaga na sala de parto. Essa posição além de comprimir as últimas vértebras da coluna vertebral, diminuindo o diâmetro de passagem do bebê. Notoriamente, e como dito pelas mulheres no documentário, é uma forma dolorida de vivenciar o parto: *“Dr. Eu tenho que ficar deitada? Que quero ficar sentada, deitada tá desconfortável.”* (Chauvet, 2018).

7.6. O empoderamento feminino através do cuidado de si

Esse é um dos dispositivos de maior força, pois pode ser de grande resultado com a ajuda de todos os outros dispositivos. Atualmente o saber sobre o feminino está restrito em guetos, e não circula abertamente pelos espaços; a mulher então, necessita procurar onde está o conhecimento real sobre seus corpos; ou melhor, quem não está interessado em deter o conhecimento de seus corpos por elas.

Empoderamento é sempre um processo que só o sujeito é capaz de se propor. Ninguém empodera ninguém, por isso a necessidade de cada um rebelar-se frente aos cenários opressores, tomar o discurso de volta para as próprias mãos, é importante. Pode-se fazer circular o conhecimento, mas se o ser não quiser se apropriar, de nada vale para aqueles contextos. *“As mulheres sem dúvida foram expropriadas de seus saberes, de seu trabalho como parteiras e dos poderes no campo da parturição – e recuperá-los é uma questão política.”* (Tornquist, 2002, p.490).

Outro ponto extremamente necessário, é a abertura para que mulheres ocupem cada vez mais lugares de destaque em nossa sociedade, como portadoras das leis. Apenas rompendo com

os espaços majoritariamente masculinos, as mulheres podem atuar na criação e manutenção de leis e políticas públicas que favoreçam o cuidado ético com o feminino.

Os dispositivos visam conquistar o cuidado o mais individualizado possível para cada mulher, entendendo seus corpos e suas necessidades. As políticas públicas, precisam garantir que a todas acessem esse cuidado e o direito sobre a escolha não seja retirado.

O cuidado de si para Foucault revisita aspectos da vida enquanto obra de arte do filósofo alemão Nietzsche e se funda em Alcebiades de Platão; buscando uma ética de si, uma construção de um modo de vida a partir da estética de si. Essa é considerada a terceira fase de Foucault, após ter passado pela genealogia do sujeito e dispositivos de poder. Para o filósofo francês há uma divisão clara entre o cuidado de si proposto pelos gregos e pelos cristãos. Para os gregos obtém-se o cuidado de si a partir da construção de conhecimento, para os cristãos há que se aceitar a verdade de outrem. ” Ou seja, cuidar de si significa, antes de tudo, não ser escravo: dos outros, dos que nos governam, como de nós próprios, paixões das nossas próprias.” (Lunardi et al; 2004 p.934).

Em um período da França em que universitários endossavam uma revolução, pensadores uniam-se para falar em anfiteatros lotados, conceituando o pós-modernismo ou gregos que apenas os eupátridas homens podiam deliberar sobre a sociedade, onde estavam os verdadeiros escravos?

Uma sociedade não concede a todos a possibilidade de entenderem sua servidão, obviamente. No entanto, o não conceder além do aparente é mais complexo, no que tange processos sociais e educativos. Esperar que uma mulher de classe sociais mais baixa entenda de seus direitos, a priori, para a partir de então a realidade ser modificada é esperar que a comunidade acesse e entenda os congressos científicos para obter conhecimento.

Gonçalves & Marinho (2016) fazem uma revisão de práticas do empoderamento na América Latina, trazendo alguns problematizadores e suas contribuições. O recorte sob

Carvalho (2004) torna-se pungente nesse âmbito, pois alega que empoderamento psicológico (controle da própria vida) sem a mudança de estruturas sociais, é um uma ilusão, pois não é uma “existência efetiva do empoderamento” (2016, p. 81).

Essa retomada dos discursos, precisa vir acompanhada de mudança nos cenários: social, legal, obstétrico.

8. PROPOSTAS DE AÇÕES PARA O PARTO HUMANIZADO: *Instagram* e *Facebook* como dispositivos de Educação Sexual

É preciso coragem para fazer estas coisas: mudar o caminho, questionar, caotizar. É preciso ser encorajada, encontrar eco, apoio, ver que o grito preso na garganta não é só meu e que minha intuição fêmea é ‘nossa’ e não só um capricho individual, um desejo descabido. EU QUERO PARIR! Tenho esse direito e esse dever enquanto fêmea, enquanto mãe que está nascendo e enquanto cidadã do mundo. *Paula* (Nogueira, p. 12, 2006).

A internet tem sido responsável atualmente pela grande circulação de novas evidências científicas com relação ao feminino. Uma equipe multidisciplinar virtual, onde vemos fisioterapeutas, médicos, obstetizes, parteiras, pediatras, psicólogo (a) (s) levantando apontamentos e evidências comprometidas com a mudança de paradigma. Uma rede popular de livre circulação de novos saberes.

Um ciberativismo por parte dos profissionais e das mães, que por passarem por experiências traumáticas e relatarem suas histórias em grupos no *Facebook* como: “Cesárea? Não obrigada!³⁷”, “Parto Natural³⁸”, “Parto humanizado³⁹”, criam uma rede de apoio para sustentação de outras tantas mães que desejam fugir dos protocolos violentos e alienantes.

³⁷ <https://www.facebook.com/groups/cesareanao/>

³⁸ <https://www.facebook.com/groups/partonatural1/?ref=search>

³⁹ <https://www.facebook.com/groups/partohumanizado/>



Nessa proposta o objetivo foi o de utilizar basicamente duas ferramentas virtuais e uma de cunho presencial, para veiculação de conhecimento sobre as possibilidades de desvio frente às violências, apoio ao parto humanizado, panorama nacional de assistência ao parto e informações sobre a maternidade e paternidade consciente: O *Instagram* e página do *Facebook* do Grupo Mãe

Terra.

Grupo Mãe Terra criado em 2016 por Beatriz Matos (estudante de pedagogia e doula) e Kauana Barreiro (doula, psicóloga e educadora perinatal), realiza encontros mensais com caráter aberto, sem custo fixo, apenas contribuição voluntária; sendo esses divulgados também em meio virtual.

Essas reuniões possuem temas diversos como: cuidados ao recém-nascido, confecção de plano de parto, violência obstétrica, amamentação, preparação para o parto, aspectos emocionais do parto, puerpério, maternidade/paternidade conscientes. Esses conteúdos também são veiculados semanalmente nos canais do grupo (grupo de *Whatsapp* com gestantes, *Instagram*, *Facebook*).

Atualmente o grupo virtual está em média com 15 integrantes, que possuem um número rotativo, pois logo após parirem elas migram para o grupo de educação parental, dando lugar à novas gestantes.

Atualmente o *Instagram* possui 334 seguidores e na página do *Facebook* do Grupo de Apoio Mãe Terra 175⁴⁰.

⁴⁰ Dados atualizados em abril de 2020.

Os dispositivos das rodas de conversa funcionam como retomada do poder e da história oral sobre seus próprios corpos, um resgate desse saber que circulava por entre os círculos femininos populares antigos.

A presença do parceiro ou parceira é sempre frisada nos convites, a fim de que toda a família entenda e participe desse processo de construção e manutenção de direitos para a parturiente e recém-nascido.

Um dos temas que é considerado mais importantes no quesito de prevenção da violência obstétrica e objetivo do parto humanizado é a confecção de plano de parto. Após a realização deste, dada a entrada da parturiente no hospital, devido a todo o processo, os desconfortos, hormônios, vulnerabilidade e delicadeza do momento, quem defenderá a execução do plano de parto e será a parte responsável e consciente do momento é o acompanhante; por isso se faz cada vez mais importante a chamada do casal para esses momentos. É necessária a parceria no enfrentamento ao sistema biomédico de assistência à gestante.

Essas estratégias atingem a um número expressivo de mulheres, vendo que as integrantes estão familiarizadas com os assuntos e termos, não sendo totalmente ignorantes e ignoradas pelo cenário nacional. Essa familiarização transforma consideravelmente o diálogo e as escolhas com a equipe médica.

O discurso médico e as novas evidências não ficam apenas detidos nas mãos da equipe de assistências, esses casais conhecem os nomes e apelidos de procedimentos, bem como suas reais justificativas de uso. Os jargões viram conteúdo e ao invés de sentirem-se assustadas perante a todo o processo que viverão, sabem o que as esperam.

Nesses quase 3 anos de grupo, estima-se que diretamente foram auxiliadas em média 50 gestantes e suas famílias: com informação sobre gestação, confecção de plano de parto, acompanhamento de parto, pós-parto e cuidados com o recém-nascido, bem como, o apoio emocional.

É cediço que os conteúdos acessam, mas para se realizar um grande trabalho de prevenção e combate à violência obstétrica, as mulheres precisam se empoderar dos seus direitos, estudar, entenderem seu protagonismo e do seu real lugar frente à medicina, que não é de corpo abjeto e inerte.

A Internet é uma das grandes responsáveis por essa retomada do cenário por essa livre circulação de novos e antigos saberes, aproximando estudiosos das famílias: blogs de referência de profissionais, informações sobre rodas colaborativas e os profissionais que sempre divulgam novos estudos e informações. Esses modelos informativos contemplam o indicativo da OMS (2018) ⁴¹ para reduzir o número de cesáreas desnecessárias:

A nova recomendação incorpora opiniões, medos e crenças de mulheres e profissionais de saúde sobre cesarianas. Também considera as complexas dinâmicas e limitações dos sistemas e organizações de saúde e as relações entre mulheres, profissionais de saúde e organização dos serviços de saúde. Entre as principais orientações, estão: Intervenções educacionais para mulheres e famílias, com o objetivo de apoiar um diálogo significativo com provedores e tomada de decisão consciente sobre o tipo de parto (como oficinas de treinamento para mães e casais, programas de treinamento de relaxamento conduzidos por enfermeiros, programas psicossociais de prevenção para casais e/ou psicoeducação para mulheres com medo de dor ou ansiedade). Uso de diretrizes clínicas, auditorias de cesarianas e feedback oportuno aos profissionais de saúde sobre práticas de cesariana. Requisito para segunda opinião para indicação de cesariana no ponto de atendimento em ambientes com recursos adequados. Algumas intervenções destinadas a organizações de saúde são recomendadas apenas sob rigorosa pesquisa, como modelo colaborativo de parteira-obstétrica (ou seja, um

⁴¹ https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5783:oms-lanca-nova-recomendacao-sobre-intervencoes-nao-clinicas-para-reduzir-numero-de-cesarianas-desnecessarias&Itemid=820

modelo de pessoal baseado em atendimento fornecido principalmente por parteiras, com 24 horas de apoio de um obstetra, que fornece internamente cobertura de trabalho e parto sem outras tarefas clínicas concorrentes) ou estratégias financeiras (ou seja, reformas de seguro que igualem as taxas médicas para partos naturais e cesarianas).

Afinal, uma escolha sem informação, não é uma real escolha, é uma indução. Nesse contexto nacional onde a informação ficou estagnada em guetos e a medicina de massa não veicula abertamente as evidências, todo fluir dessas inúmeras possibilidades de autocuidado, parir e viver, fazem parte dessa libertação real do discurso hegemônico.


A busca de legitimidade científica vem sendo buscada explicitamente por seus ideólogos, assinalando uma preocupação em sair do gueto do mundo ‘alternativo’, com o qual as experiências obstétricas eram identificadas nos anos 1970. A interlocução com o campo biomédico implica produzir e divulgar estudos de tipo epidemiológico na saúde perinatal e neonatologia. (Tornquist, p.487, 2002).

Enquanto todas as mulheres não se referirem à episiotomia e a Manobra de Kristeller como Violência Obstétrica, a porta ainda estará aberta para que ela aconteça.

Por isso, cada vez mais os trabalhadores da Medicina Baseada em Evidências promovem seus discursos para orientar e mostrar as reais e vigentes possibilidades. Os vídeos tem sido uma forma bem popular de acesso: muitas mães, *youtubers* contando suas histórias, auxiliam nesse processo.

A questão econômica também limita muito o acesso às informações. Enquanto os projetos sociais também não abrirem esse espaço sobre o assunto, bem como aqueles que trabalham com adolescentes; muitos sentem receio que se falarem de assunto incitaram ao uso do corpo para o sexo, no entanto todo o processo da educação sexual vem no sentido de trazer informação e justamente reduz a curiosidade e problemas como ISTs e gravidez na adolescência.

O projeto de humanização da assistência ao parto, apoiado nos direitos reprodutivos, propõe um modelo centrado na experiência feminina e revaloriza os aspectos fisiológicos do evento, em contraposição à visão da biomedicina sobre o parto como patológico, ressaltando assim que o parir pertence à ordem do simbólico e possui variações culturais (Zanardo et al; p.168).



grupomaeterra

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA MATA.

“Quem não fala sobre a morte acaba por se esquecer da vida”, assim nos diz o escritor Rubem Alves, na história _O medo da sementinha_ .

E é de silêncio e medo que viemos falar. Para a sociedade ocidental contemporânea, a morte é um tabu - e ainda mais difícil do que falar de morte é falar de *morte materna*. Mas estamos aprendendo, parafraseando Audre Lorde, que o silêncio não vai nos proteger.

Dia 28/05 é o *dia de combate à mortalidade materna* e, neste ano, especialmente, convocamos à reflexão sobre a qualidade da assistência.

Segundo o Ministério da Saúde, 92% das mortes maternas são por causas evitáveis e ocorrem, principalmente, por hipertensão, hemorragia ou infecções (estas especialmente relacionadas às situações de abortamento). No Brasil, a Razão da Mortalidade Materna atingiu em 2016 o patamar de 64,4 por 100 mil nascidos vivos. Índice muito mais alto do que o considerado aceitável pela OMS, que preconiza que as taxas devem se manter abaixo de 20. (Dados MS)

A OMS também reconhece que “no mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação”. Abuso, desrespeito, maus tratos e negligência durante o ciclo gravídico-puerperal tem nome *Violência Obstétrica*. E Violência Obstétrica mata

Violência Obstétrica é violação aos direitos humanos, é violência de gênero e, quando vista sob uma ótica interseccional, percebemos enormes impactos do racismo, do preconceito de classe, da lgbtqifobia e de demais opressões estruturais.

O termo Violência Obstétrica foi cunhado pelas mulheres e apropriado pelo movimento de humanização da assistência ao parto e nascimento, e se desdobrou em tratados, leis e resoluções nacionais e internacionais. No Brasil, já temos leis estaduais e municipais sobre o tema, e projetos de lei federal também tramitando.

Não nos calaremos. Nenhum passo atrás!

partodoprincipio **BATE À MORTALIDADE MATERNA**

Ver informações Promover

Curtido por prof.rosana_pilates e outras pessoas

grupomaeterra #Repost @partodoprincipio
Made by @Image.Downloader... mais

Acima, uma das postagens que são realizadas no grupo. Nesses canais são veiculados conteúdos próprios e compartilhamento de estudos de outros profissionais. De acordo com Sena (2017), a internet é um importante veículo de coleta de dados sobre a violência obstétrica, sendo o público feminino é o que usa massivamente esse meio para obtenção de informações na área da saúde.

Utilizar a internet como ferramenta para promover a conscientização, discussão e quebra da invisibilidade da violência obstétrica também é estratégico em função dos benefícios que a participação em ações via internet pode trazer às mulheres que a

viveram. Beck²⁶, em estudo sobre o parto traumático, apontou os benefícios, para a mulher, de participar de ações mediadas pela internet, tais como: ser ouvida e reconhecida em sua dor; diminuir o sentimento de solidão; utilizar a rememoração dos eventos traumáticos que viveu como elaboração mental e emocional do vivido; empoderamento, por sentir que alguém “lhe deu voz”; além de se sentir contribuindo para que outras mulheres não vivam o que ela mesma viveu (Sena & Tesse, 2017, p.217).

9.ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DENÚNCIA

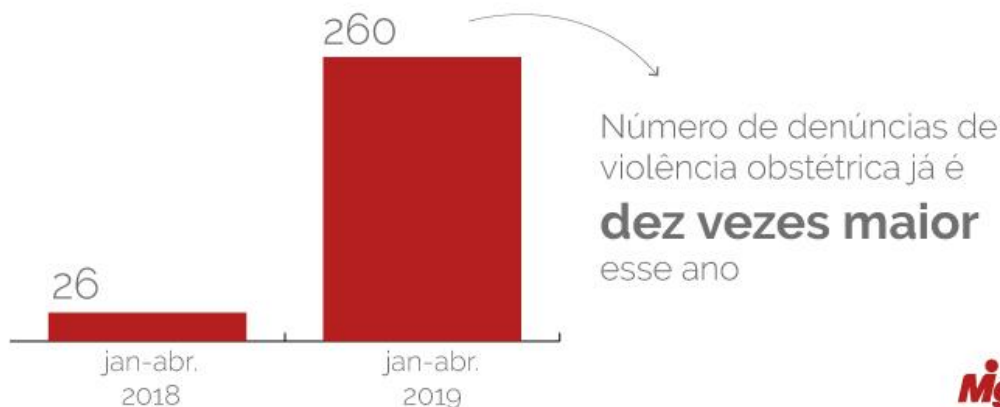
Nessa sociedade, calcada na memória ancestral de violência como complementa Alexandre Coimbra apud Chauvet (2018); seria negligência mirar em um extermínio a curto prazo dessa violência. Afinal ainda estamos produzindo nascimentos violentos e fábris que produzirão outro tanto de um exército de consumistas, possíveis viciados e reativos.

O que nossa sociedade entende tão bem, como diria Foucault (1977a) é a arte da punição, disciplinadora ou repressiva. As formas jurídicas nesse ponto, precisam atuar para refazer o desnível entre parturiente e profissionais, poder retomar o controle sobre seus próprios corpos.

A dificuldade para a denúncia é na não tipificação dessa prática, não se sabe ao certo o que é violência obstétrica, pois não tem estabelecido na lei claramente. O preconizado é que qualquer forma de violência seja denunciada, para que o ofensor seja punido.

O notório que o número de denúncias de violência obstétricas feitas à Central de Atendimento à Mulher, do Governo Federal, atendidas pelo número 180, tenha crescido dez vezes em relação à 2018.

Denúncias através do 180



Mig 42

Quando a violência for cometida a partir de um profissional de medicina, o ideal é que a parte lesada procure o Conselho Regional de Medicina, quando esta partir de um profissional de enfermagem, o ideal é que procure Conselho Regional de Enfermagem. Se a mulher quiser levar para o judiciário ou até mesmo buscar uma indenização, esta pode acessar o serviço da Defensorias Públicas ou até mesmo advogados particulares.

Se faz necessário ter alguns documentos em mãos para realizar a denúncia, como por exemplo o prontuário médico, cartão da gestante, plano de parto, exames, contratos e recibos (caso seja na rede privada). É preciso relatar detalhadamente o fato ocorrido, como se sentiu ao sofrer e quais foram as consequências que esse sofrimento causou. O interessante é que seja redigido pela vítima esse relato para que seja protocolado posteriormente nas ouvidorias dos hospitais ou unidades de saúde em que ocorreu a violência.

Canais de denúncia:

- Ligação 180 (disk denúncia),
- 136 Disque Saúde (canal de ouvidoria do SUS);
- Site do Ministério Público Federal
- Defensoria Pública

⁴² <https://www.migalhas.com.br/quentes/303128/violencia-obstetrica-uma-realidade-cruel-que-nao-chega-a-justica>

- Canais próprios de denúncia como ONG Artemis.
- Conselho Regional de Medicina
- Conselho Regional de Enfermagem

No entanto, a violência obstétrica aplicada no campo do discurso e abuso psicológico, essa é mais difícil de ser levada às vias de fato, necessitando fortemente das testemunhas como prova.

Chegamos à conclusão de que o sistema jurídico brasileiro já possui legislação genérica estadual, a respeito da violência obstétrica, embora não haja lei federal específica. O estado de Santa Catarina editou a lei 17.097, de 17 de janeiro de 2017. O estado de São Paulo tem o Projeto de lei 1.130, de 2017, de autoria da deputada Leci Brandão, que trata do tema da violência obstétrica. Todavia, os atos de violência obstétrica, independentemente de edição de lei específica, podem caracterizar fatos típicos e antijurídicos, já previstos no Código Penal, como os crimes de homicídio, de lesão corporal, de omissão de socorro e contra a honra. Os projetos de lei 7.633/2014 (de autoria do deputado Jean Wyllys), 8.219/17 (de autoria do deputado Francisco Floriano) e 7.867/17 (de autoria da deputada Jô Moraes), em trâmite no Congresso Nacional, também dispõem sobre as diretrizes e os princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto e puerpério e a erradicação da violência obstétrica (Paes, 2018).

Tratando-se de uma rede privada, é recomendado que se faça a queixa à Agência Nacional de Saúde. Infelizmente o mais comum a chegar no campo das denúncias é com relação à morte materna ou do bebê, pois, assim está claro que a tratativa recebida não passou perto da ideal. O Brasil, apresenta também números expressivos em morte materna:

Em 2001, o Brasil concluiu a CPMI da Mortalidade Materna, que verificou que 98% das mortes maternas seriam evitáveis, e determinou uma série de políticas públicas

para melhorar a condição de assistência ao parto — com certeza a prática de violência obstétrica contribui para os elevados patamares de morte materna no nosso país[...]69 por 100 mil em 2013, sendo um patamar aceitável e sugerido como objetivo do milênio 35 por 100 mil (Paes, 2018).

Quando a mulher puder ocupar mais lugares no legislativo, leis que beneficiem o feminino na sociedade estarão em maior número e ganharão mais destaque e efetividade. Quando a formação médica passar por um processo de humanização de base, evidências atuais norteando o processo de formação a tratativa e o enfoque será outro. Assim que a sociedade proporcionar melhores condições de nascimento para os nossos, entenderemos o que é real cuidado e acolhimento de base.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

E essa foi a jornada, do teste de gravidez, ao pré-natal, parto, amamentação e puerpério. O que essa família vive e viveu calcou o início da vida de um novo ser e um repertório de experiências e simbólico que referenciarão tanto escolhas sobre novos filhos quanto escolhas das gerações futuras.

Uma grande parcela das mulheres, nascem cerceadas, reprimidas, mutiladas e amedrontadas no mundo e outros seres humanos nascem dessas mulheres, mantendo um ciclo de repetição da violência, criando uma sociedade doente desde o início.

Vê-se pouca mobilização da sociedade para pensar e solucionar essa contaminação, pois o distanciamento desse processo inerente aos humanos nos coloca numa situação de objetificação/mecanização/medicalização do parto e conseqüentemente de nossos próprios corpos.

Valoriza-se conhecimentos das ciências, das tecnologias, mas muito pouco dos processos orgânicos do ser. Não nos defendemos dos assaltos cotidianos que sofremos de

nossas próprias naturezas, já muito transformada, mas contida ainda nos feixes de músculos mais interno e nos processos mais instintivos, em grande parte na nossa sexualidade.

Além de mostrarmos que a violência que acontece com mulheres e bebês apresenta-se na escala de prioridade muito abaixo, dado a tudo que uma sociedade pode se sensibilizar, mesmo sendo um fenômeno que nos acomete a todos; há que se seguir por sempre trazer à baila esses processos a todos os rincões: femininos, masculinos, trans, ...

Longas jornadas de trabalho, alimentação que nos adoce, terceirização do nosso cuidar, lazeres alienantes e nascimentos cirúrgicos que nos conferem cada vez mais as características de autômatos dóceis.

Optar por algo mais “natural” parece algo não muito astuto quando o cardápio oferecido é uma série de procedimentos violentos. Como bem colocado pelos profissionais no documentário o parto natural só se apresenta violento, porque a assistência é conduzida de maneira equivocada. Uma mulher que acha que tem poder de escolha “igual” ao convênio médico, quando detém o poder de pedir de antemão uma cesárea, não percebe a intenção da criação de linha de montagem também no SUS e em seu corpo.

O parto natural é, e deve ser tratado como direito de todo ser humano nessa sociedade, o que vier após escolhas realmente informadas, tornam-se extensões da deliberação sobre seus corpos.

Basicamente o que se observa é que a cesárea é uma moda no Brasil. Como mudar esta moda para outra que valorize o parto natural é uma questão que requer a ajuda de especialistas em comunicação. Podemos dizer que a mensagem devia incluir alguns pontos fundamentais. Primeiramente a mensagem deveria deixar claro que uma cesárea não significa necessariamente ausência de dor e que o parto vaginal pode ocorrer com pouca ou nenhuma dor. A alegria do parto vaginal deveria ser exaltada, assim como o valor emocional e físico do contato imediato entre a mãe e o recém-

nascido, o qual não é possível com a cesárea. Deve-se tomar cuidado para não culpar as mulheres que não conseguirem ter um parto normal, mas o esforço e a intenção para isso devem ser louvados. Outra mensagem importante é que o prazer sexual independe do tipo de parto. Especialistas e educadores em sexologia devem enfatizar esse aspecto em suas conferências, cursos, artigos e jornais e revistas, assim como também durante sua participação em congressos de ginecologia e obstetrícia. O terceiro aspecto, a maior segurança para a mãe e para o recém-nascido num parto normal, e os perigos para ambos numa cesárea escolhida somente por conveniência e com data marcada, é mais fácil de ser tratado (Faúndes & Cecatti, 1991, p.16).

Homens e mulheres nascidos de uma forma respeitosa, sem violência, aguardados em seu tempo, tendo sua fisiologia como auxílio, abrindo os olhos em um ambiente tranquilo e recebendo prontamente calor e afeto de sua família; um seio a alimentar totalmente disponível e uma mãe tranquila e vitoriosa pela sua conquista.

Pele a pele, cheiro, colostro, vozes conhecidas, sem aspirações e banhos. Sem leites artificiais e camas de plástico solitários em berçários distantes. O bico é humano, o abraço é humano, a voz humana, o cheiro de humanos, o tempo da natureza. Uma sociedade que não se sente abandonada, necessitando de objetos artificiais para se sentir completa e que sabe desde o início selecionar alimentos que nutram o corpo e afeto.

Cirurgias e procedimentos para salvar vidas, cesáreas respeitadas, recém-nascido junto à mãe, luz baixa, som ambiente. Parceiro (a) presentes. Profissionais tranquilos, que tragam a sabedoria científica e a prática de inúmeros processos outrora experienciados. Uma classe da assistência que já ascendeu ao cuidado de si, para cuidar da “cidade” como Alcebiades.

Um ambiente com ferramentas que auxiliem e economizem nos equipamentos de alta tecnologia criados para atender procedimentos industrializados. A casa, a sala de parto, o médico, a obstetriz, a doula, a família.

Um hospital ao longe, apenas para intercorrências, distócias e partos de alta complexidade. Sua efetividade valorizada, sem lotações e maiores riscos de infecções. Hospitalizações e procedimentos em prol de um real salvamento dos corpos.

Não uma quimera, uma realidade possível, mais harmônica e menos onerosa financeiramente e socialmente.

As políticas de humanização precisam pensar em mudanças significativas paradigmáticas, como a aceitação plena de bases mais atuais de formação, assim como trabalhar a humanização de seus alunos por meio do seu próprio cuidado ao nortear novos profissionais. Evidências e humanização com os próprios alunos.

A história foi construída por homens, que, por sua vez construíram as verdades que os construíram. Portanto, a reflexão, tendo como referência a história, permite desvelar os processos de racionalização encobertos, possibilitando nos opormos a tudo que seja submissão. Permite que nos situemos historicamente e, ao mesmo tempo, possamos buscar soluções para os problemas presentes (Wendhausen, et al; p. 112, 2005).

E assim a violência pára de ser um cartão de visita que recebe a grande maioria em seus nascimentos. Seres violentados desde o início mostra a nossa total falência enquanto sociedade. Manter nossa missão de protegermos e zelarmos por nossos dependentes. Enquanto sociedade vamos nascer e renascer sorrindo.

...quando tiver chegado o momento de voar, está proporcionalmente relacionada ao que foi usufruído na gravidez, no parto e no pós-parto imediato. Tudo isso vai depender da plenitude com que se viveu o tempo de confiança absoluta e da qualidade de chegada na vida, que esta tenha sido de muita intimidade e amor. Sendo assim, um dia será possível voar para longe, como fazem os pássaros, no seu tempo, se não lhes têm as asas partidas. (Luzes, 2007, p.455).

Uma sociedade que respeite a vida, seu tempo, as ondas, as pulsações, o leve escorregar do nascimento, forte e rítmico. O pulsar, o corpo, a dequitação da placenta, o escorregar das lágrimas, o gotejar do colostro. Abraços e afetos, sorrisos e vitórias. Que guerra tem necessidade de ser criada assim?



Chauvet, 2018, 1:22:00

11.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alemida Nam; Medeiros, M; Souza M.R. (2012). *Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal*. In: Texto Contexto Enferma. Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 819-27.
- Amorin, M. (2012). *Indicações reais e fictícias de cesariana*. Recuperado de:
<http://estudamelania.blogspot.com/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html>
- Andrade,B.P.& Aggio,C. M. (2014). *Violência obstétrica: a dor que cala*. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248 Universidade Estadual de Londrina.
- Andrezzo, A. F. de A.(2016). *O desafio de direito à autonomia: Uma experiência de plano de parto no SUS*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. São Paulo. Recuperada de :
<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-07112016-141429/en.php>
- Balaskas, J. (2015) *O parto ativo: guia prático para o parto natural*. São Paulo: Ground.
- Barbosa, M. B.B, Herculano, T.B., Brilhante, M.A.A.; Sampaio, J. (2018). *Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização*. Saúde debate vol.42 no.117 Rio de Janeiro.
- Bíblia. (2005). *Bíblia sagrada*. Português. São Paulo: Ave Maria.
- Bio, E. (2015). *O corpo no trabalho de parto: o resgate do processo natural do nascimento*. São Paulo: Summus.
- Borges, E. (2015). *Humanização do parto - Opinião Minas - parte 1*. In:
<https://www.youtube.com/watch?v=oetgY00XVgM>. Acesso em 15/01/2019.
- Bustos, C. R. (2010). *Pariremos con placer*.I Congreso Internacional de Parto Y Nascimento em Casa Jerez. 4ªed.
- Chauí, M. (2017). *Sobre violência*. Organizadoras: Ericka Marie Itokazu, Luciana Chaui-Berlinck. 1ªed. Belo Horizonte: Autentica Editora.

- Chauvet, E. (2018). *Renascimento do parto* 2.1h31min.
- Diniz, S.G; Duarte, A.C. (2004). *Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. São Paulo: Editora UNESP.
- Erdmann, S.L; Júnior, H.J.N; Carvalho, J.N. Nascimento, K, C; Santos, E.K.A. (2017). *A arte de partejar: experiência de cuidado das Parteiras tradicionais de Envira/AM*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.
http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=430.
- Faúdnés, A; Cecatti, J.G.(1991) *A Operação Cesárea no Brasil. Incidência, Tendências, Causas, Conseqüências e Propostas de Ação*. Cadernos de Saúde Pública, RJ,7 (2): 150-173.
- Ferreira, M, S. (2019). *Pisando em óvulos: A violência obstétrica como punição sexual às mulheres*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás. 209f.
- Foneite, J; Feo, A; Merlo, J.T. (2012). *Grado de conocimiento de Violência obstétrica por el personal de salud*. *RevObstetGinecol. Venez. V.72.n1*. Disponível em :
http://www.scielo.org/ve/scielo.php?pid=S004877322012000100002&script=sci_arttext. Acesso em 09/12/2019.
- Foucault, M. (1977). *O nascimento da clínica*. Editora Forense-Universitária. Rio de Janeiro.
- _____. (1977a). *Vigiar e Punir*. Petrópolis. Vozes.
- _____. (1999). *A ordem do discurso*. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola.
- _____. (1999a). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (2006). *A hermenêutica do sujeito*. Curso no Collège de France (1981-1982). Tradução de Marcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes.

- _____. (2009). O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. p. 217-249.
- Gil, A. C. (2007). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas, S.A, 206 p.
- Guattari, F; Rolnik, S. (2000). *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. 6ª ed. Petrópolis: Editora Vozes.
- Gutman, L (2013). *O poder do discurso materno: introdução à metodologia de construção da biografia humana*. São Paulo: Ágora.
- Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos* (2015). Organização, Assessoria Ministerial de Comunicação; Coordenação, Maísa Silva de Melo de Oliveira; Redação, Andréa Corradini Rego Costa e Maísa Melo de Oliveira; Revisão Técnica, Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna de Pernambuco. -- Recife: Procuradoria Geral de Justiça. 34 p; il.
- Leal, M. C; Pereira, A, C, S; et al. (2014). *Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual*. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 30 Sup:S17-S47, 2014 .In: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005.
- Lunardi, VL, Lunardi, WD Filho, Silveira, R.S; Soares,N.V; LipinskiI,J.M. (2004). *O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde*. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 novembro,dezembro; 12(6):933-9.
- Luz, L. (2017). *Sexualidade e parto: em busca do elo perdido*. Cronos: Revista da Pós-Grad.em Ciências Sociais, UFRN, Natal, v. 18, n. 2, jul. /dez. 2017, ISSN 1982-5560.

Luzes, E.M. (2007). *A Necessidade do Ensino da Ciência do Início da Vida*. 1560f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Instituto de Psicologia.

Marinho, P.A.S & Gonçalves, H. S. (2016). *Práticas de empoderamento feminino na América Latina*. Revista Estudios Sociales. No. 56. Pp. 80-90.

Molari, B. (2018) *A mulher na mídia: a relação entre violência simbólica de gênero e o mito da beleza no contexto da responsabilidade simbólica*. In V Simpósio Gênero e Políticas. Universidade Estadual de Londrina. In: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/VSGPP-%20GT3-%20Beatriz%20Molari.pdf>.

Nogueira, A.T. (2006). *O parto: encontro com o sagrado*. Revista Texto. Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15(1): 122-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a15v15n1.pdf>. Acesso: 25 jul.2019.

Nogueira, C. (2001). *A análise do discurso*. Em L. Almeida e E. Fernandes (Edts). Métodos e técnicas de avaliação: novos contributos para a pratica e investigação. Braga: CEEP.

Odent, M. (1982). *Gênese do homem ecológico: o instinto reencontrado*. Tradução de A. Ribondi. São Paulo: Tao.

_____. (2003). *O Camponês e a Parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto*. Tradução de Sarah Bailey. São Paulo: Ground.

Ong Artemis & Defensoria Pública. (2013) *Violência obstétrica: você sabe o que é?* Cartilha disponível em :

<https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/Violencia%20Obstetrica.pdf>

Orlando, M.F; Castro, L.M.V. (2018). *(Des) Patologização das identidades transgêneras no Brasil: O Paradoxo entre transautonomia e a promoção de saúde pelo SUS*. Revista Científica Univiçosa .Vol. 10. N. 1. Viçosa-MG.

- Paes, F.D.R. (2018). *Violência obstétrica, políticas públicas e a legislação brasileira*. MP NO DEBATE. IN: <https://www.conjur.com.br/2018-out-08/mp-debate-7-violencia-obstetrica-politicas-publicas-legislacao-brasileira>.
- Patah, L.E.M.; Malik, A.M. (2011). *Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países*. Rev Saude Publica;45(1):185-94.
- Rocha, M.J. & Grisi, E.P. (2017). *Violência Obstétrica e suas Influências na Vida de Mulheres que Vivenciaram essa Realidade*. Rev. Mult. Psic. V.11, N. 38. Edição eletrônica em <http://idonline.emnuvens.com.br/id>.
- Rodrigues, D.P; Alves, V.H; Vieira, R.S; Leão, D. C. M. R.; Paula, E; Pimentel, M. M. (2018). *A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento*. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(1):236-46, jan.
- Sandler, J.G. (2019). *Violência Obstétrica*. In: *O parto é da mulher: guia para preparação para um parto feliz*. Belo Horizonte: Editora Gutemberg.
- São Bento, P.A.S; Santos, R.S. (2006). *Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão*. Esc. Anna Nery R Enferm. Dez; 10 (3): 552-9.
- Sass, N; Hwang, S.M. (2009). *Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil*. Diagn Tratamento.14(4):133-7. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n4/a133-137.pdf>.
- Sena, L.M & Tesse, C, D. (2017). *Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências*. Interface:Comunicação Saúde Educação; 21(60):209-20.
- Stolz, S. (2008). *A ordem do discurso e suas relações com o poder: vertigem e quebra de certezas*. JURIS, Rio Grande, 13: 159-176.
- Tornquist, C.S. (2002). *Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto*. Revista Estudos Feministas. Ano 10. 2º semestre.

- Trindade, F. C. (2018). *“Na hora de fazer não gritou”*: a “violência obstétrica” como um fenômeno contemporâneo. 78 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Bacharelado em Ciências Sociais, Porto Alegre, BR-RS.
- Victora, C.G; Barros, A.J.D; et al. (2016). *Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida*. Epidemiol. Serv.Saúde, Brasília.
- Violência Obstétrica – A voz das brasileiras*. (2012). Produção: Bianca Zorzam, Ligia Moreiras Sena, Ana Carolina Franzon, Kalu Brum, Armando Rapchan. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=eg0uvonF25M>. Acesso em 17 dez. 2018.
- Wei, C.Y; Gualda,D.M.R; Júnior, H.P.O. (2011). *Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. Out-Dez; 20(4): 717-25.
- Wendhausen, A. L. P. & Rivera, S. (2005). *O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem*. Texto Contexto Enferm. Jan-Mar; 14(1):111-9.
- Wermuth, M.A.D; Gomes, P.R.F; Nielsson, J.G. (2016). *Uma análise biopolítica do parto e da violência obstétrica no Brasil*. Universitas JUS, v. 27, n. 2, p. 87-101.
- Who. (2000). *The World Report 2000*. Geneva: WHO.
- Wolff, L.R; Waldow, V. R. (2008). *Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto*. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.3, p.138-151.
- Zanardo, G.L; Uribe, M.C; de Nadal, A.H; Habigzang, L.F. (2017). *Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa*. Psicologia & Sociedade, vol. 29. Belo Horizonte.

12.ANEXO: Plano de Parto



PLANO DE PARTO

NOME:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

E-MAIL:

DATA:

Durante o Trabalho de parto:

1. Presença de um acompanhante de minha preferência, conforme a Lei 11.108/2005
() SIM () NÃO
2. Uso contínuo de Soro e Ocitocina Sintética
() SIM () NÃO
3. Liberdade para beber água e sucos enquanto seja tolerado.
() SIM () NÃO
4. Liberdade para caminhar e mudar de posição.
() SIM () NÃO
5. Monitoramento fetal: apenas se for essencial, e não contínuo.
() SIM () NÃO
6. Raspagem dos pelos pubianos
() SIM () NÃO
7. Analgesia somente quando eu pedir.
() SIM () NÃO

Parto (hora do nascimento):

8. Liberdade para escolher a posição que me sentir melhor:
() SIM () NÃO
9. Episiotomia (corte na vagina) – somente se necessário com justificativa:
() SIM () NÃO
10. Manobra de Kristeller (profissional de saúde faz pressão no fundo do útero para empurrar o bebê para fora):
() SIM () NÃO
11. Ruptura artificial de bolsa, por rotina:
() SIM () NÃO
12. Amarração dos braços e das pernas durante o parto:
() SIM () NÃO
13. Bebê imediatamente colocado no colo para o contato pele a pele:
() SIM () NÃO

Após o parto:

14. Aguardar expulsão espontânea da placenta com auxílio da amamentação

() SIM () NÃO

15. O bebê deve ficar comigo o tempo todo, mesmo para avaliação e exames.

() SIM () NÃO

16. Alta o quanto antes.

() SIM () NÃO

Caso a cirurgia cesariana seja necessária.

17. Presença do acompanhante:

() SIM () NÃO

18. Anestesia: peridural, sem sedação.

() SIM () NÃO

19. Ver a hora do nascimento, com o rebaixamento do protetor ou por um espelho.

() SIM () NÃO

20. Após o nascimento, colocar o bebê sobre o peito e que as mãos estejam livres para segurá-lo

() SIM () NÃO

21. Amamentação o quanto antes.

() SIM () NÃO

Cuidados com o bebê:

22. Amamentação na primeira hora de vida:

() SIM () NÃO

23. Oferecimento de água glicosada ou leite artificial:

() SIM () NÃO

24. Alojamento conjunto o tempo todo.

() SIM () NÃO

25. Colírio de nitrato de prata quando os exames de Streptococo, Clamídia e Gonorréia forem negativos:

() SIM () NÃO

Esse é meu Plano de Parto, que protocolo neste momento para que minha vontade e autonomia sejam atendidas. Solicito que procedimentos em desacordo com o aqui expressamente descrito, sejam devidamente justificados no meu prontuário médico.

Assinatura: _____

Protocolo:

Recebido em _____

Por (nome e função): _____

Hospital: _____