



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO
JORNALISMO

**AS VOZES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
UMA REPORTAGEM SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE
PODER E ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL**

GABRIELA MORGADO DIAS

Rio de Janeiro

2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO
JORNALISMO

**AS VOZES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
UMA REPORTAGEM SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE
PODER E ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL**

Relatório de Projeto Prático submetido à Banca de
Graduação como requisito para obtenção do
diploma de Comunicação Social – Jornalismo.

GABRIELA MORGADO DIAS

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane Henriques Costa

Rio de Janeiro

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

DIAS, Gabriela Morgado.

As vozes da violência obstétrica: uma reportagem sobre as relações entre poder e assistência ao parto no Brasil. Rio de Janeiro, 2019.

Relatório de Projeto Prático (Graduação em Comunicação Social – Jornalismo), Escola de Comunicação – ECO –, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

Orientadora: Cristiane Henriques Costa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO

TERMO DE APROVAÇÃO

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, avalia o Relatório de Projeto Prático **As vozes da violência obstétrica: uma reportagem sobre as relações entre poder e assistência ao parto no Brasil**, elaborada por Gabriela Morgado Dias.

Relatório de Projeto Prático examinado:

Rio de Janeiro, no dia/...../.....

Comissão Examinadora:

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane Henriques Costa
Doutora em Comunicação pela Escola de Comunicação – UFRJ
Departamento de Comunicação – UFRJ

Profa. Dra. Fernanda Melo da Escóssia
Doutora em História, Política e Bens Culturais pelo Centro
de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil – FGV
Centro Universitário Ibmec Rio de Janeiro

Profa. Dra. Maria Helena Junqueira
Doutora em Comunicação e Cultura pela Escola de Comunicação – UFRJ
Departamento de Comunicação – UFRJ

Rio de Janeiro

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar aos meus pais por sempre terem apoiado minha escolha pelo Jornalismo. Sem vocês, eu não teria conseguido cursar a faculdade dos meus sonhos. Chego agora na reta final para finalmente me formar como jornalista, cheia de gratidão a vocês e à minha família. Cada vibração positiva de vocês com minhas conquistas é importante demais para mim.

Aos meus amigos, obrigada por entenderem minha ausência durante o período de pesquisa e por caminharem ao meu lado. Agradeço especialmente à Bianca, que, mesmo sem entender direito minha busca por fontes, foi essencial para mais de uma das pautas que produzi durante a faculdade e meus estágios. Você é incrível.

Agradeço ao Bruno, por lidar de perto com a minha ansiedade acadêmica todos os dias e sempre me incentivar a seguir. Obrigada por ser a pessoa para quem eu mando todas as minhas dúvidas, mesmo quando você não sabe a resposta, e por me apoiar sempre nos meus momentos de certeza.

Obrigada aos meus colegas por me acompanharem nas noites em claro nas choppadas e também fazendo trabalhos acadêmicos. Vocês me mostraram aspectos da vida que eu não conhecia e sou grata por terem se tornado meus amigos. Agradeço também aos professores e à minha orientadora Cristiane Costa, que aceitou acompanhar este projeto, mesmo quando ele ainda era um pouco incerto. Levo minha experiência na UFRJ com muita gratidão e memórias boas. Durante meu período como aluna, não aprendi apenas nas aulas, mas em todos os cantos da Praia Vermelha ao Fundão, com professores, técnicos e colegas. Saí dela uma nova pessoa, mais aberta e mais madura.

Lembro também dos professores e funcionários da primeira ECO na qual estudei. Obrigada pelos ensinamentos e por me ajudarem a fazer a escolha certa no momento do vestibular. Aos colegas de trabalho e estágio, agradeço por toda a ajuda e por também me ensinarem o que é fazer jornalismo.

Agradeço ainda às pessoas que me emprestaram um pouco do tempo delas para me contarem suas histórias e opiniões. Deixo um obrigada especial às vítimas de violência obstétrica que compartilharam comigo lembranças tão difíceis. Espero que nosso trabalho contribua para que histórias como as de vocês não se repitam.

DIAS, Gabriela Morgado. **As vozes da violência obstétrica: uma reportagem sobre as relações entre poder e assistência ao parto no Brasil**. Orientadora: Cristiane Henriques Costa. Relatório de Projeto Prático (Graduação em Comunicação Social – Jornalismo). Rio de Janeiro: ECO/UFRJ, 2019.

RESUMO

Este trabalho é formado por uma parte teórica, que analisa os dados sobre violência obstétrica no Brasil e as relações de poder que envolvem essa prática, e por uma reportagem de áudio. Para sua realização, foram entrevistadas vítimas, médicos obstetras e especialistas. Investigam-se os discursos de cada grupo social e como eles se relacionam com as informações expostas no estudo teórico. Também é analisado o papel dos discursos jornalísticos frente à violência simbólica exercida contra a mulher na sociedade brasileira. É apresentada uma breve história da hospitalização do parto e o conseqüente debate sobre o aumento no número de intervenções médicas, como cirurgias cesarianas, na assistência a mulheres grávidas. Para contextualizar a questão no Brasil, o trabalho também aponta dados de assistência em outros países e traz documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde sobre o tema.

Palavras-chave: violência obstétrica; humanização; movimentos sociais; jornalismo; violência simbólica.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
2. História da violência obstétrica.....	4
2.1. Brasil e o excesso de intervenções.....	8
2.2. Movimentos sociais e políticas públicas.....	11
3. Violência, discurso e poder.....	18
3.1. Violência obstétrica como violência contra a mulher.....	21
4. O papel do jornalismo contra o poder – e a favor dele.....	29
4.1. A reportagem.....	33
5. Considerações finais.....	37
6. Referências bibliográficas.....	39

1. Introdução

Há alguns anos, mães brasileiras vêm denunciando a prática de violência obstétrica por parte de profissionais e instituições de saúde. Esse tipo de agressão envolve não só violência física, mas psicológica, contra mulheres grávidas, antes, durante e depois do parto. Mesmo assim, o assunto não é tão difundido entre a população brasileira e algumas práticas que podem ser consideradas como violência são naturalizadas na sociedade. Dessa forma, o tema também não ganha tanto destaque nos meios de comunicação do país, quando comparado, por exemplo, a notícias factuais e relativas à violência doméstica.

No entanto, desde 2018, quando teve o primeiro contato com o tema, a autora deste trabalho foi se aprofundando no assunto, por meio de conversas, da leitura de matérias jornalísticas e de pesquisas. Ao conversar com especialistas no assunto e vítimas desse tipo de violência, foi constatado que há uma vontade por parte dessas pessoas de se falar sobre o tema, para que ele se torne mais difundido e, conseqüentemente, que práticas consideradas agressivas sejam combatidas.

Por isso, pretende-se com este trabalho enriquecer o debate sobre o assunto, ampliando o conteúdo disponível e sensibilizando mais pessoas sobre ele. Isso será feito a partir de entrevistas e pesquisas sobre esse tipo de violência em artigos, livros e portais de notícias na internet. Serão analisados os relatos de vítimas de violência obstétrica, assim como diferentes posições de profissionais da Ginecologia e Obstetrícia e de integrantes de movimentos da sociedade.

O trabalho será dividido em duas partes: este relatório teórico e uma parte prática. Na parte teórica, será investigada a relação entre os discursos em torno da violência obstétrica, a busca pelo poder e a violência contra a mulher e violência simbólica. Este último, conceito do autor francês Pierre Bourdieu. Durante toda a pesquisa, serão utilizados conceitos de estudos médicos e de documentos de entidades reconhecidas de saúde, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Conselho Federal de Medicina (CFM). Com isso, pretende-se explicar o cenário institucional atual da assistência ao pré-parto, parto e pós-parto.

No primeiro capítulo, será apresentada uma breve história da medicalização do corpo feminino e da hospitalização do parto. Essa contextualização é importante para que seja possível entender os meios que permitiram que a violência obstétrica ocorra da forma

atual. Para isso, a autora fará uso das ideias de Elisabeth Meloni Vieira e de conceitos do filósofo Michel Foucault. A partir dele, irá se discutir sobre o surgimento da Medicina moderna e sobre a apropriação dos corpos de uma população pelo Estado, por meio do controle da saúde. Na segunda parte do capítulo, serão apresentados dados de violência obstétrica relativos ao Brasil, assim como as políticas públicas criadas para melhorar a assistência ao pré-natal, ao parto e ao pós-parto no país.

No segundo capítulo, será feita a investigação das relações de poder que permeiam a violência obstétrica. Para isso, serão analisadas as posições de movimentos feministas, de humanização, de vítimas desse tipo de violência e da classe médica. Será investigado como a violência simbólica, conceituada por Bourdieu, contribui para que a violência obstétrica seja naturalizada por grande parte da sociedade e seja cometida por médicos e médicas, mesmo quando não há a intenção de se praticar agressões ou abusos contra mulheres grávidas.

Nessa parte, também serão apresentados conceitos de autoras feministas, para explicar a ligação da violência obstétrica com as relações de opressão contra a mulher em sociedades patriarcais, que têm como consequência a violência contra a mulher. Para esse fim, serão usadas, principalmente, as ideias da autora feminista clássica Simone de Beauvoir. A partir dela, será investigada a origem da dominação patriarcal. Além de Beauvoir, autoras feministas brasileiras, como Djamila Ribeiro, também serão abordadas nesse capítulo para contextualizar a situação específica das mulheres no Brasil.

Já no capítulo três, será apresentada a ligação do jornalismo com a percepção da opinião pública sobre violência obstétrica. Com a ajuda de conceitos de Nelson Traquina, o trabalho vai ressaltar a importância da prática jornalística na mudança de paradigmas construídos sobre certos temas, tal como as agressões a mulheres grávidas. Nesse sentido, será feito um pequeno levantamento das manchetes sobre o tema nos sites de duas das principais rádios de notícias no Rio de Janeiro e em São Paulo – CBN e BandNews FM. Com isso, pretende-se analisar o destaque dado, ou não, ao tema pelo radiojornalismo nas duas maiores cidades do país. Também é neste capítulo que será explicada com mais detalhes a metodologia utilizada para a produção da parte prática deste trabalho.

Essa parte irá se constituir de uma grande reportagem em áudio e sua transcrição. Ela também investigará as diferentes visões sobre violência obstétrica que permeiam a

sociedade brasileira. Com esse objetivo, é na reportagem que serão contadas as histórias das mulheres entrevistadas pela autora que relatam ter sofrido esse tipo de violência. Também serão incluídos os áudios de profissionais e de integrantes de movimentos da sociedade que lutam contra abusos e desrespeitos no parto. Ao mesmo tempo, a reportagem também vai apresentar falas que criticam esses movimentos, identificando as principais vozes do debate sobre a violência obstétrica.

A escolha do meio sonoro para a produção da reportagem se deu por causa do maior dinamismo e proximidade entre personagens e público que os recursos de áudio conferem a esse tipo de mídia. Além disso, a reportagem poderá ser ouvida na plataforma agregadora de áudios *SoundCloud*, por *streaming*, de acordo com a disponibilidade do público de acompanhá-la, e não da autora de transmiti-la em momentos específicos.

Sua transcrição e posterior publicação pretende ainda ampliar a possibilidade de consumo pelo público. Com isso, a autora pretende atender a uma demanda das próprias mulheres entrevistadas durante a realização do trabalho, que destacaram a importância da divulgação da reportagem da forma mais ampla possível. O texto será publicado na plataforma de leitura e publicação de textos online *Medium*.

2. História da violência obstétrica

A violência obstétrica é uma forma de agressão praticada contra mães durante o parto ou nos períodos pré e pós-parto. Segundo Oliveira e Albuquerque (2018), o termo surgiu em 2000, dentro de movimentos sociais na América Latina que lutavam pelo nascimento humanizado. No entanto, a expressão foi usada oficialmente pela primeira vez somente em 2007, pelo governo da Venezuela.

O país criou a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência. No documento, foram listadas 19 formas de violência contra a mulher, entre elas a obstétrica, definida como:

a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pela equipe de saúde, que se expressa em um tratamento desumanizador, em um abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, resultando na perda de autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (tradução da autora) ¹.

De uma maneira mais objetiva, pode-se entender violência obstétrica como toda agressão física, verbal ou psicológica praticada a mulheres grávidas antes, durante e depois do parto. Ela pode ser cometida por meio de práticas como: humilhação e abusos verbais; falta de confidencialidade e privacidade; negligência em relação à assistência correta e de qualidade e à informação sobre o processo de gestação e nascimento; intervenções coercivas no corpo da mulher ou sem seu consentimento; entre outras (OMS, 2014). Frases ditas por profissionais de saúde para mulheres com dor nas salas de parto, como “na hora de fazer não reclamou” e “cale a boca para a criança não nascer surda”, são exemplos de um comportamento que acontece no sistema de saúde brasileiro que também representa violência obstétrica ².

Em relação às intervenções médicas realizadas durante a assistência ao nascimento, algumas das mais comuns são o uso do catéter venoso periférico (nos membros), de

¹ No original: *la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres*. Lei Orgânica Sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência. Capítulo III: Definição e formas de violência contra as mulheres, Art. 15. Venezuela, 2007. Disponível em: <<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>>. Acesso em: 30 set 2019.

² Disponível em: <<http://saude.gov.br/saude-de-a-z/gravidez>>. Acesso em: 19 out 2019.

ocitocina, hormônio usado para acelerar o trabalho de parto, e da episiotomia, corte feito no períneo da gestante para aumentar o canal de passagem do bebê e, conseqüentemente, também tornar mais rápido o processo de nascimento ³. Depois da episiotomia, para fechar o corte, muitas mulheres também relatam ter sofrido o chamado “ponto do marido”, um ponto a mais do que o necessário, estreitando a abertura vaginal da mulher. A justificativa é que a vagina mais “apertada” proporcionaria maior prazer sexual ao parceiro masculino da mãe ⁴.

Com exceção desse último, os processos citados acima podem ajudar a evitar problemas em partos que apresentam riscos para a mãe e para a criança. O uso de ocitocina, por exemplo, é recomendado pela Organização Mundial da Saúde para a prevenção e tratamento em casos de risco de hemorragia pós-parto (OMS, 2014), segunda maior causa de mortalidade materna no Brasil ⁵. No entanto, essas técnicas vêm sendo utilizadas de forma indiscriminada e excessiva, segundo parâmetros estabelecidos pela própria OMS.

A organização emitiu em 2018 um documento recomendando algumas mudanças para melhorar a experiência do nascimento mundialmente. Entre elas está a diminuição de intervenções desnecessárias antes e durante o parto. De acordo com a recomendação, a abordagem intervencionista não leva em conta “as necessidades pessoais, valores e preferências da mulher (e de sua família), e pode enfraquecer sua própria capacidade durante o parto e impactar negativamente essa experiência” (OMS, 2018, p. 8, tradução da autora) ⁶.

Essa abordagem pode ser exemplificada por estudos feitos ao redor do mundo. A pesquisa Nascer no Brasil, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, por exemplo, mostrou que em 2011, 74,9% das gestantes no país que entraram em trabalho de parto passaram pelo uso do catéter periférico e 36,4% delas receberam ocitocina, enquanto 53,5% das

³ Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_943835885.pdf>. Acesso em: 19 out 2019.

⁴ Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2018/09/22/estilo/1537652058_103212.html>. Acesso em: 19 out 2019.

⁵ Disponível em: <<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-manejo-da-hemorragia-no-pos-parto/>>. Acesso em: 19 out 2019.

⁶ No original: *the woman's (and her family's) personal needs, values and preferences, and can weaken her own capability during childbirth and negatively impact her childbirth experience.*

mães que tiveram parto vaginal sofreram episiotomia ⁷. Já uma pesquisa publicada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo com o SESC revelou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto. As agressões mais comuns, segundo o estudo, são gritos, técnicas dolorosas sem consentimento da mulher ou sem informá-la, falta de analgesia e negligência ⁸.

Mesmo sendo um problema atual, a violência obstétrica não é um fenômeno tão recente, apesar da criação relativamente nova do termo. Sua prática remonta ao século XIX, quando se concretizou o processo de hospitalização do parto (VIEIRA, 2015). Segundo Elisabeth Meloni Vieira, o desenvolvimento da tecnologia no século XVIII propiciou um avanço na medicina, fundamental no processo de medicalização do corpo feminino. Foi criada a disciplina de obstetrícia nas escolas médicas, no final do século XVIII e início do XIX. A partir desse momento, começou a ser retirada das parteiras a responsabilidade pelo nascimento e foi sendo, pouco a pouco, delegado aos médicos “o papel de partejar, propondo e efetivando a hospitalização do parto e a criação de maternidades, instituições hospitalares exclusivas para tal fim” (VIEIRA, 2015, p. 47).

Até então, os hospitais eram destinados à população mais pobre, inclusive a escravizada. As unidades existentes atuavam como locais de salvação das almas e como uma “instituição de assistência, como também de separação e exclusão” (FOUCAULT, 2015, p. 59). As mulheres das demais classes sociais tinham seus filhos em casa e o nascimento era realizado por parteiras, que trabalhavam com conhecimentos adquiridos pela tradição e pela experiência (VIEIRA, 2015).

De acordo com Vieira, as grávidas pobres que davam à luz em hospitais corriam riscos maiores do que fora das unidades, já que os locais eram insalubres e os profissionais ainda não tinham muita experiência prática com a obstetrícia, ao contrário das parteiras. Além disso, outros fatores influenciavam a escolha das mulheres na hora de não usar os hospitais, como “a moralidade da época e os perigos das artes obstétricas rudimentares de então” (VIEIRA, 2015, p. 55).

⁷ Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_943835885.pdf>. Acesso em: 30 set 2019.

⁸ Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>>. Acesso em: 27 out 2019.

Com o desenvolvimento de métodos de assepsia e de novos equipamentos e técnicas, os profissionais de saúde conseguiram reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil, a partir do combate a infecções (VIEIRA, 2015). Esse fato levou às mães aos hospitais e iniciou um movimento cíclico: quanto mais mulheres grávidas as unidades recebiam, mais os médicos podiam aperfeiçoar suas técnicas e experiências em obstetria e melhorar o atendimento. Mais do que um local de cura, o hospital se transformou em um local de aprendizado médico e a tecnologia hospitalar tornou os indivíduos “objetos de saber e alvos de intervenção da medicina” (FOUCAULT, 2015, p. 64).

Esse processo se reflete hoje, por exemplo, na taxa de partos feitos dentro de hospitais no Brasil, que é de 98% do total de nascimentos, segundo dados do Ministério da Saúde. A cada três partos, dois são realizados em uma unidade hospitalar privada e um em uma unidade pública (MS, 2017).

No entanto, além da redução da mortalidade materna provocada pela hospitalização do parto, outros interesses também estiveram por trás desse processo. Segundo Michel Foucault (2015), o desenvolvimento da medicina moderna propiciou o controle da população pelo corpo: surgiu na Alemanha a ciência de Estado, pela qual o mesmo pôde assegurar seu funcionamento; na França moderna, a medicina teve um papel urbanizador, com a introdução da noção de salubridade, usada como justificativa para o remodelamento das cidades; e na Inglaterra, o operário se tornou alvo da medicina social, para garantir que as classes mais ricas não fossem vítimas de epidemias.

Portanto, percebe-se que o estabelecimento da medicina como atribuição do Estado permitiu que se pudesse “fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos” (FOUCAULT, 2015, p.52).

Em relação ao corpo feminino, a medicalização e hospitalização foi usada no controle demográfico e social das populações por meio da reprodução. Dessa forma, o corpo feminino foi sendo reduzido, pouco a pouco, a sua função biológica reprodutiva, muitas vezes vista como patológica (VIEIRA, 2015).

Segundo Vieira, características como feminilidade e o instinto maternal passaram a ser vistos na medicina como partes da chamada “natureza feminina”. Ao mesmo tempo, muitos médicos que estudavam o corpo feminino no século XIX acreditavam que essa

condição deixaria as mulheres mais vulneráveis à loucura e à “degeneração”, relacionando a capacidade reprodutiva com uma espécie de doença moral.

Transformado em um processo patológico e de controle social, o parto foi desnaturalizado e se tornou um evento cirúrgico. Essa situação favoreceu o excesso de intervenções na prática obstétrica.

A segunda metade do século XIX foi fundamental para o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas em obstetrícia, tendo sido inúmeras as técnicas para ampliação da bacia pélvica, entre elas a sinfisiotomia. Além disso, outras técnicas violentas, como a embriotomia, apareciam como técnicas alternativas de uma obstetrícia rudimentar e cruenta (VIEIRA, 2015, p. 52).

O hospital passou a ser o lugar próprio da tecnologia e da modernidade, o que vem sendo traduzido, muitas vezes, em um excesso de intervenções. Essa cultura tecnocrática é ensinada já nas universidades aos futuros médicos e faz com que muitas gestantes, suas famílias e os próprios profissionais acreditem que quanto maior for o número de intervenções, mais seguro será o parto (TESSER et al, 2011).

2.1. Brasil e o excesso de intervenções

É preciso ressaltar que o avanço na área da obstetrícia proporcionado por técnicas mais modernas trouxe muitos benefícios às grávidas, principalmente àquelas com gestação de alto risco. O combate à infecção puerperal e à hemorragia pós-parto, como já mencionado, e a redução da dor, com práticas de analgesia, foram medidas importantes nesse sentido.

Outra mudança foi o aumento na segurança e, conseqüentemente, no número de partos realizados por cirurgias cesarianas. Até o século XIX, esse procedimento era considerado de alto risco, ou ainda, uma “sentença de morte”, como analisou Edward Shorter: “De 80 cesarianas na Grã-Bretanha antes de 1858, somente 29% das mulheres sobreviveram. De 120 realizadas nos Estados Unidos entre 1852 e 1880, 58% das mães morreram” (SHORTER, 2017, p.161, tradução da autora) ⁹.

Além disso, o aumento da assistência às mulheres grávidas, com avanços nos cuidados pré-natal e aos recém-nascidos, foi importante para a redução das taxas de

⁹ No original: *Of 80 caesareans in Britain before 1858, only 29 percent of the women survived. Of 120 performed in the United States between 1852 and 1880, 58 percent of the mothers died.*

mortalidade perinatal – de fetos e recém-nascidos (TESSER et al, 2015). As mulheres com pouco ou nenhum acesso a esses cuidados, em geral aquelas mais pobres que vivem em áreas remotas, ainda são as principais vítimas de mortalidade materna ¹⁰.

No Brasil, as taxas relativas a esse tipo de óbito foram reduzidas em 52% de 1990 a 2010. Porém, as principais causas da morte de mães no país continuam sendo problemas evitáveis a partir de uma assistência adequada: hipertensão, hemorragias, infecção puerperal, abortos e doenças circulatórias complicadas pela gravidez, parto ou puerpério (período logo após o nascimento do bebê, quando as mães estão se recuperando física e psicologicamente das mudanças ocorridas na gestação) ¹¹.

Se, por um lado, quando as taxas de cesáreas de uma população são menores do que 10%, a mortalidade materna e neonatal diminui conforme esse índice aumenta, taxas maiores não estariam associadas à redução dessas mortes, de acordo com uma pesquisa da OMS. A organização recomenda que esse índice se mantenha entre 10% a 15% em cada país (OMS, 2015). O excesso de partos por cesariana, observado em muitos países, pode inclusive representar um risco à saúde de mulheres grávidas, aumentando as chances de necessidade de transfusão de sangue e até mesmo de morte, de acordo com uma pesquisa encomendada pela organização (SOUZA et al, 2010).

Um estudo publicado em 2018 pela revista científica *The Lancet* analisou as taxas de 169 países, concluindo que, em 2015, a região com os maiores índices de cesarianas no mundo era a América Latina e Caribe e a área com os menores índices era o oeste e centro da África. A pesquisa também revelou que o Brasil era o segundo país com maior taxa de cesarianas realizadas nacionalmente – 56% – atrás apenas da República Dominicana – 59,3% (BOERMA et al, 2018, p.1343).

Segundos os dados mais recentes do Ministério da Saúde, em 2015 e 2016, o índice de cirurgias se manteve em 55,5% no país, o que significa que mais da metade das brasileiras tiveram seus filhos por uma cesariana. No sistema público de saúde, no entanto,

¹⁰ Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820>. Acesso em: 28 jul 2019.

¹¹ Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43--1--pag-1-a-7---Mortalidade-Materna.pdf>>. Acesso em: 28 jul 2019.

a situação se inverteu: 59,8% dos partos foram vaginais e 40,2% foram cesarianas ¹², uma taxa ainda alta em relação à recomendada pela OMS.

Outra pesquisa revelou que esses índices não condizem com os desejos das mulheres: em 2012, cerca de 66% das mães brasileiras entrevistadas afirmaram que sua preferência inicial era passar por um parto vaginal. Apesar disso, 51,5% delas tiveram seus filhos por uma cirurgia cesariana, tendo 65,7% desses nascimentos ocorrido sem trabalho de parto. Nas unidades públicas, 53% das mulheres que deram à luz ao primeiro filho o fizeram por via vaginal, contra 9% das que tiveram seus filhos em unidades privadas. No caso de mães que já tinham passado por outro parto, 58,1% deram à luz naquele ano por partos vaginais em unidades públicas, enquanto 15% o fizeram em unidades privadas (DOMINGUES et al, 2014).

Além da cultura de medicalização dos partos, razões econômicas e estruturais também podem explicar esses números. Como é possível perceber pelos resultados das pesquisas mencionadas, a maior parte das cesarianas no Brasil é feita em unidades de saúde particulares. Esse fato pode estar relacionado ao maior custo dessas cirurgias, tanto para os hospitais, quanto para as gestantes, em relação a um parto vaginal. Dessa forma, esse tipo de prática se torna um bem de consumo, mais acessível às instituições de saúde privadas e às mulheres por elas atendidas.

No sistema público de saúde, a realização de partos vaginais diminuiria o custo do governo, responsável pela assistência nessas unidades, que sofrem, em grande parte, com a falta de insumos, profissionais e equipamentos. Os resultados de uma pesquisa que pretendeu calcular o impacto orçamentário dos dois tipos de parto mostrou que, em 2016, o total gasto no serviço público de saúde brasileiro com assistência ao parto e nascimento para gestantes de risco habitual – considerado normal – foi de US\$ 707,5 milhões. Os pesquisadores usaram esse valor como referência para calcular a economia, caso esses partos fossem realizados por via vaginal durante cinco anos. O resultado foi uma redução de US\$ 76,5 milhões ao ano, ou seja, mais de US\$ 400 milhões no total (ENTRINGER et al, 2018).

¹² Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45286-sus-cuida-da-mulher-em-todas-as-fases-da-vida>>. Acesso em: 30 set 2019.

Já os profissionais que trabalham no sistema privado de saúde ganham com o pagamento por cirurgias cesarianas, além de utilizarem mais medicamentos, como a anestesia, o que é revertido para as indústrias farmacêuticas, como ilustra Foucault: “A indústria farmacêutica é sustentada pelo financiamento coletivo da saúde e da doença, por mediação das instituições de seguro social que obtêm fundos das pessoas que devem obrigatoriamente se proteger contra as doenças” (FOUCAULT, 2010, p. 191). Além disso, um trabalho de parto pode demorar muitas horas até o nascimento do bebê, o que pode representar um inconveniente na agenda de médicos e de suas equipes.

Ao avaliar esse fator econômico, deve ser levado em conta que conveniência, facilidade de agendamento e rapidez no procedimento carregam em si desdobramentos econômicos: menos tempo de trabalho no mesmo procedimento (parto) por mesmo pagamento, significa maior remuneração. Menos tempo gasto com o parto significa diminuição da perda de outras atividades remuneradas (consultas, cirurgias, etc.), que assim podem ocorrer sem suspensão temporária de ganhos, adiamentos de consultas e transtornos de agendamento (TESSER et al, 2011, p. 6).

Por outro lado, a pesquisa que investigou as preferências das mães em relação aos tipos de parto revelou que o desejo inicial por cesarianas é maior entre as mulheres assistidas pelo sistema privado de saúde, o que também pode ajudar a explicar a proporção de cirurgias feitas em unidades particulares. No sistema privado, 36,1% das mães que tiveram seu primeiro parto preferiam tê-lo por cesariana, contra 15,4% das assistidas pelo sistema público. Já nas mulheres com experiência de parto anterior, 58,8% das pacientes de unidades privadas tinham preferência pela cirurgia, contra 29,2% das pacientes de unidades públicas (DOMINGUES et al, 2014).

Além disso, o estudo também mostrou que a maior proporção de cirurgias cesarianas (71,9%) foi realizada em mulheres que tinham tido alguma intercorrência durante a gravidez, ou seja, a ocorrência de um evento inesperado na gestação. Nesses casos, a realização das cirurgias pode ser relacionada também com o intuito de aumentar a segurança da gestante e do bebê em partos com riscos maiores (DOMINGUES et al, 2014).

2.2. Movimentos sociais e políticas públicas

Alguns grupos de pessoas, entre elas profissionais médicos dissidentes, começaram a fazer críticas aos números de intervenções médicas e práticas inadequadas (como

negligência e abusos psicológicos) na assistência a mulheres grávidas, já nos anos 1950. Na década de 1980, a união desses grupos consolidou a formação do que hoje se conhece por movimentos pela humanização do parto (DINIZ, 2005).

No Brasil, foi em 1993 que surgiu a ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento, uma das primeiras organizações da sociedade civil no país que passaram a lutar por mudanças no atendimento às gestantes e seus bebês. A ReHuNa atua até os dias de hoje e seus objetivos resumem pelo que lutam os grupos pela humanização do parto e nascimento em todo o mundo:

[O movimento de humanização da assistência ao parto e nascimento] pretende diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado ao processo de gravidez/ parto/ nascimento/ amamentação baseado na compreensão do processo natural e fisiológico. A ReHuNa apóia, promove e reivindica a prática do atendimento humanizado ao parto/ nascimento em todas as suas etapas, a partir do protagonismo da mulher, da unidade MãeBebê e da medicina baseada em evidências científicas ¹³.

A pressão feita por esses movimentos incentivou a criação de leis no país relativas aos momentos do trabalho de parto e do nascimento. Em 2000, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema de saúde pública brasileiro, com os objetivos de reduzir as taxas de mortalidade materna e perinatal, ampliar a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto e período neonatal, além de melhorar ações de atenção às mulheres grávidas ¹⁴. Com fins similares e com foco também no planejamento familiar, foi implantado em 2011 o programa Rede Cegonha, que atende 5.488 municípios brasileiros e é responsável por ações como a formação e capacitação de enfermeiras obstétricas, além da distribuição gratuita de métodos contraceptivos ¹⁵.

Já em 2005, serviços de saúde públicos e privados passaram a ser obrigados a permitir a presença com as gestantes de um acompanhante escolhido por ela durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, o que ajudaria a prevenir abusos, além de permitir que o nascimento fosse compartilhado com uma pessoa próxima à mulher

¹³ Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>>. Acesso em: 14 out 2019.

¹⁴ Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/SPN_PHPN.php>. Acesso em: 14 out 2019.

¹⁵ Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/rede-cegonha>>. Acesso em: 14 out 2019.

¹⁶. Três anos depois, o Ministério da Saúde regulamentou a vigilância de óbitos maternos, para investigar as causas dessas mortes e das de mulheres em idade fértil ¹⁷.

Outra demanda dos movimentos de humanização é a regularização da atuação de doulas nos serviços de saúde. Em sua maioria mulheres, elas são responsáveis por ajudar a mulher durante toda a gravidez, dando apoio emocional antes, durante e depois do parto, incentivando a busca por informações sobre o processo de gestação e nascimento e acompanhando o nascimento dos bebês, o que ajudaria a garantir o respeito às escolhas da mulher e a prevenir que elas sofram abusos ¹⁸.

O Brasil não tem uma lei específica que verse sobre a atuação de doulas nacionalmente, apesar de um projeto de lei sobre o assunto ter sido apresentado em 2017. Atualmente, o documento aguarda deliberação da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados ¹⁹. Por outro lado, alguns estados e municípios – como os estados do Rio de Janeiro ²⁰ e de Goiás ²¹ e o município de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul ²² – aprovaram normas próprias regularizando a atividade de doulas e obrigando unidades de saúde públicas e privadas a permitir a atuação desses profissionais durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Em geral, a presença fica garantida mesmo que a doula não tenha vínculo com a unidade e mesmo que haja um acompanhante no quarto ou sala de parto.

A relação entre médicos e doulas, no entanto, pode ser conflituosa. Muitos obstetras questionam os conhecimentos dessas profissionais, por não serem formadas em Medicina, e o modelo de assistência por elas proposto, que é, em geral, menos intervencionista (HERCULANO et al, 2018).

Um exemplo dessa tensão a nível institucional aconteceu no Rio de Janeiro. O Conselho Regional de Medicina do Estado, o Cremerj, emitiu em março de 2019, um

¹⁶ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 14 out 2019.

¹⁷ Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html>. Acesso em: 14 out 2019.

¹⁸ Disponível em: <<https://doulasrj.com.br/o-que-e-uma-doula/>>. Acesso em: 14 out 2019.

¹⁹ Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2148936>>. Acesso em: 14 out 2019.

²⁰ Disponível em: <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/f25edae7e64db53b032564fe005262ef/f6a4bdfe5bb46c4383257fd4005a506c?OpenDocument&Highlight=0,doula>>. Acesso em: 14 out 2019.

²¹ Disponível em: <http://www.gabinetcivil.go.gov.br/pagina_leis.php?id=22623>. Acesso em: 14 out 2019.

²² Disponível em: <<https://caxias.rs.gov.br/noticias/2018/05/prefeito-daniel-guerra-sanciona-lei-que-permite-a-presenca-de-doulas-durante-o-pre-natal-e-o-parto>>. Acesso em: 14 out 2019.

parecer no qual orientava os médicos a impedir a entrada do acompanhante ou da doula escolhidos pela gestante, caso considerassem que esses poderiam interferir na atuação desses profissionais ou representar uma ameaça à saúde da mãe e do bebê ²³.

Em contrapartida, o Ministério da Saúde já havia publicado, em 2001, um trabalho no qual apontou alguns benefícios da atuação de doulas, demonstrados por pesquisas internacionais, e incentivou sua presença durante o trabalho de parto. Entre os benefícios citados na publicação estão a redução do número de casos de depressão pós-parto e da duração do trabalho de parto. Outras consequências apontadas são a diminuição do uso de medicamentos para dor e do número de cesarianas realizadas (MS, 2001). Nessa época, a ocupação ainda não era formalmente reconhecida, o que só veio a acontecer em 2013 ²⁴.

A relação entre obstetras, enfermeiros obstétricos e obstetras também enfrenta obstáculos. No Brasil, por exemplo, em 1999, foram criados os Centros de Parto Normal (CPN), mais conhecidos como “casas de parto”. Esses locais surgiram para “atender à urgente necessidade de redução dos óbitos maternos por causas evitáveis, compatibilizada com a universalização de garantia do acesso ao parto em serviços de saúde e a expansão dessa cobertura” (BITENCOURT; BARROSO-KRAUSE, 2004, p. 22).

Os centros vão ao encontro das ideias de ativistas pela humanização que criticam o que alegam ser uma transformação dos partos em eventos cirúrgicos. Nesse sentido, as casas de parto são construídas para remeter a moradias, e não a hospitais. No entanto, se localizam perto de unidades hospitalares, para que eventuais emergências possam ser solucionadas. Nas casas, as mulheres são atendidas por profissionais de enfermagem, com foco na liberdade da gestante e no parto por via vaginal. A não participação de médicos obstetras nos nascimentos que ocorrem nesses locais também gera conflitos relativos ao papel dos enfermeiros e sobre como devem, ou não, proceder frente a complicações na gestação e no parto (BITENCOURT; BARROSO-KRAUSE, 2004).

A regulamentação da atuação das chamadas *midwives* encontrou igualmente resistência da classe médica. A nomenclatura – derivada das expressões do inglês antigo “*mid*”, que significava “com”, e “*wif*”, que significava “mulher” – era dada às parteiras tradicionais, que realizavam os nascimentos antes do século XIX (KOBIRIN, 1966).

²³ Disponível em: <<https://www.cremerj.org.br/resolucoes/exibe/pareceres/1063>>. Acesso em: 14 out 2019.

²⁴ Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>>. Acesso em: 2 nov 2019.

Atualmente, no entanto, as *midwives* são profissionais formadas em cursos destinados especificamente a essa prática. A atuação das *midwives* em outros países pode ser comparada à das obstetrizes no Brasil.

Ainda em 1902, a Inglaterra regulamentou a atuação das parteiras com a criação do *Central Midwives Board* (Conselho Central de Midwives, tradução da autora), que também ficou responsável por garantir o treinamento das profissionais. Atualmente, essas funções são exercidas pelo *Nursing and Midwifery Council* (Conselho de Enfermagem e Midwifery, tradução da autora) ²⁵. O mesmo aconteceu na Alemanha, onde as *midwives* passaram a receber um forte treinamento de instituições do governo (KOBIN, 1966).

No Brasil, a formação das parteiras teve início nas Faculdades de Medicina, em 1832. O título de obstetriz só começou a ser utilizado em 1922. Com o surgimento de escolas de enfermagem no país a partir de 1890, o ensino desses profissionais e das obstetrizes foi sendo unificado. Mais tarde, a atuação de enfermeiras obstétricas e obstetrizes foi definida como duas ocupações distintas pela Confederação Internacional de Obstetrizes e pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002). Atualmente, porém, a única instituição do Brasil que oferece o curso de graduação independente de Obstetrícia é a Universidade de São Paulo (USP) ²⁶.

A regulamentação não se deu rapidamente, nem sem conflitos. Nos Estados Unidos, por exemplo, o estado de Massachusetts chegou a proibir a prática, enquanto alguns grupos no país pediam pela sua abolição gradual. As críticas à atuação das parteiras vinham principalmente de parte da classe médica, que defendia que o desenvolvimento da obstetrícia liderado pelos médicos traria benefícios mais duradouros para as mães americanas (KOBIN, 1966).

Segundo Frances E. Kobrin, esse argumento vinha do fato de que esses profissionais tinham uma percepção diferente daquela compartilhada pela maioria das parteiras sobre a experiência do parto. Ele afirma que “[os obstetras] argumentaram diversas vezes que

²⁵ Disponível em: <<https://navigator.health.org.uk/content/central-council-nursing-and-midwifery-and-health-visiting>>. Acesso em: 24 out 2019.

²⁶ Disponível em: <<https://www5.usp.br/26660/graduacao-em-obstetricia-forma-para-uma-visao-ampla-da-saude-da-mulher/>>. Acesso em: 24 out 2019.

gravidezes e parturição normais são exceções e que considerá-las condições fisiológicas normais era uma falácia” (KOBWIN, 1966, p. 353, tradução da autora)²⁷.

Segundo diversos autores, essa visão patológica do parto, como já mencionado, perdurou até os dias de hoje, em muitos países, assim como as críticas ao trabalho de enfermeiras obstetras e *midwives*. Uma pesquisa realizada em 1999 em maternidades públicas de alto e baixo risco do Rio de Janeiro, por exemplo, concluiu que a maioria dos médicos obstetras defendiam partos mais intervencionistas, ao contrário das enfermeiras das salas de parto,²⁸ o que causava conflitos entre as duas classes profissionais.

A partir de entrevistas realizadas com os profissionais das maternidades, os autores do trabalho afirmam que “os obstetras [...] questionam os benefícios de práticas inovadoras propostas pelas enfermeiras, qualificando-as como ‘modismos’ ou ineficientes” (ANGULO-TUESTA et al, 2003, p. 1432). Algumas dessas práticas seriam procedimentos validados pela OMS, como a ingestão de líquidos pela gestante, o parto em posição verticalizada e, até mesmo, a presença do acompanhante na sala de parto. Essas condutas, consideradas de menor complexidade, são as principais causadoras das tensões nas maternidades de alto risco (ANGULO-TUESTA et al, 2003).

Em geral, os obstetras entrevistados valorizaram o trabalho em equipe e a confiança nos colegas. Entretanto, nas maternidades de baixo risco, onde as enfermeiras estão aptas a realizar os partos, os médicos mostraram dúvidas em relação à capacidade técnica dessas profissionais e alegaram que a ampliação da atuação das mesmas na assistência poderia “colocar em risco a saúde da gestante e/ou do feto” (ANGULO-TUESTA et al, 2003, p. 1430).

Segundo o estudo, as noções de hierarquia criam conflitos entre enfermeiros e médicos. As enfermeiras entrevistadas pela pesquisa nas maternidades relataram que os médicos exerciam uma relação de autoridade, não uma cooperação horizontal, se apropriando do processo de nascimento para afirmar seus conhecimentos técnicos: “Para algumas delas [enfermeiras], este momento é grandemente valorizado pelos obstetras, pois podem demonstrar experiência e capacidade técnica para realizar manobras”

²⁷ No original: “[the obstetricians] argued again and again that normal pregnancy and parturition are exceptions and that to consider them to be normal physiologic condition was a fallacy”.

²⁸ Na pesquisa, foram entrevistados 21 enfermeiros, 20 mulheres. Por isso, os autores adotaram “enfermeiras” para se referir ao conjunto dos mesmos, o que foi seguido neste trabalho.

(ANGULO-TUESTA et al, 2003, p. 1433). Elas analisaram ainda que “os conflitos refletem o questionamento dos obstetras sobre aspectos importantes do trabalho em equipe: poder, hierarquia, autonomia técnica e responsabilidades na sala de parto” (ANGULO-TUESTA et al, 2003, p. 1433).

3. Violência, discurso e poder

A questão do poder é bastante relevante quando se fala em violência, termo definido pela OMS como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p. 5).

De acordo com essa definição, em uma relação de violência há o uso de força ou de poder contra o outro ou contra si mesmo, podendo não só gerar danos físicos, como psicológicos. Diversos tipos de atos podem ser classificados como violência com base na definição da organização, cujo uso da palavra “poder”, segundo a própria OMS, “amplia a natureza de um ato violento e expande o entendimento convencional de violência de modo a incluir aqueles atos que resultam de uma relação de poder, inclusive ameaças e intimidações” (OMS, 2002, p. 5). Dessa forma, pode-se pensar os abusos obstétricos como atos de violência, dentro da definição apresentada, que reconhece, segundo a organização, a “necessidade de incluir a violência que não resulta necessariamente em lesões ou morte, mas que, contudo, oprime as pessoas, as famílias, as comunidades e os sistemas de assistência à saúde no mundo todo” (OMS, 2002, p. 5).

No entanto, ainda é comum, em muitas sociedades, incluindo a brasileira, a associação entre violência e atos físicos praticados de forma criminosa. Por causa dessa noção, o uso da expressão “violência obstétrica” tem sido rejeitado por grande parte da classe médica, que acredita que “o termo direciona uma certa hostilidade contra esta categoria profissional, e que pode contribuir para desfazer todas as conquistas e avanços técnicos, incorporados pela assistência médica, em virtude de uma hipotética autonomia da mulher na parturição” (OLIVEIRA; PENNA, 2017, p. 7).

Como já discutido, algumas práticas que são consideradas violência obstétrica são muitas vezes ensinadas já nas faculdades e fazem parte da cultura médica. Por isso, muitos profissionais as consideram verdadeiramente boas para a saúde da mulher e do bebê. “Isso pode ser uma questão moral, uma questão do que se vê como sendo de fato o melhor para mãe e bebê – visão construída histórica e culturalmente” (PULHEZ, 2013, p. 9). Nesse sentido, as próprias recomendações de entidades de saúde, como a OMS, poderiam ser

consideradas como construções de um grupo específico de pesquisadores e profissionais e do que esses indivíduos consideram, ou não, como práticas respeitadas e seguras.

Assim, a intencionalidade do ato violento é uma das principais questões que causam discordância em relação ao uso da expressão “violência obstétrica”. A própria OMS, por exemplo, não faz uso do termo e se refere às práticas mencionadas como “abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” (OMS, 2014). De acordo com a organização, a questão é complexa, pois mesmo que haja a intenção do uso da força em uma situação, não significa que haja a intenção de causar danos (OMS, 2002).

Com uma justificativa semelhante e atendendo a pedidos de parte da classe médica, o Ministério da Saúde no Brasil emitiu em maio de 2019 um despacho no qual afirmava que a pasta estava colocando em prática estratégias para abolir o uso da expressão “violência obstétrica”, considerada “inadequada”, por acreditar-se “que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano”²⁹. A decisão seguiu um parecer do Conselho Federal de Medicina, que, em 2018, classificou o uso da expressão como “uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetria”³⁰.

Em oposição a essa visão, Mariana Marques Pulhez explica que a violência contra mulheres existiria justamente a partir do momento em que as mesmas se sentissem violentadas, o que criaria uma espécie de trauma. “Cria-se um ressentimento, um trauma, uma vontade de falar. Mas a vocalização dessas dores choca, pois ainda não se entende esses atos como algo violento, que possa traumatizar, que possa causar dor” (PULHEZ, 2013, p. 9).

Após pressão da mídia, de entidades como a OAB, o Conselho Nacional dos Direitos Humanos³¹ e o Ministério Público Federal³², e de parte da sociedade, o Ministério da Saúde reconheceu em um ofício “o direito legítimo das mulheres em usar o termo que

²⁹ Disponível em: <https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0>. Acesso em 24 out 2019.

³⁰ Disponível em: <<http://old.cremerj.org.br/downloads/835.PDF>>. Acesso em: 24 out 2019.

³¹ Disponível em <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/recomendacao-n-5-de-9-de-maio-de-2019-149878165>>. Acesso em: 24 out 2019.

³² Disponível em <<http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-recomenda-ao-ministerio-da-saude-que-atue-contra-a-violencia-obstetrica-em-vez-de-proibir-o-uso-do-termo>>. Acesso em: 24 out 2019.

melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento”³³.

O embate em torno do uso institucional do termo exemplifica a disputa pelo discurso sobre o tema, que integra um sistema de poder. Como afirma Foucault, “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar” (FOUCAULT, 1996, p. 10). Segundo Pierre Bourdieu, é por meio da enunciação que se concretiza o poder simbólico, responsável pela construção da realidade e por “transformar a visão do mundo e, deste modo, a ação sobre o mundo, portanto o mundo” (BOURDIEU, 1989, p. 14).

Nesse contexto, segundo o autor, a luta pelo monopólio da nomeação de conceitos e práticas também se insere na disputa pela produção do senso comum. Dessa forma, a transformação de um discurso em lei ou documento oficial, por exemplo, desestimula que ele seja contrariado na prática, por se tratar de uma nomeação oficial. Esse ato, afirma Bourdieu, é um “ato de imposição simbólica que tem a seu favor toda a força do coletivo, do consenso, do senso comum, porque ela é operada por um mandatário do Estado, detentor do monopólio da violência simbólica legítima” (BOURDIEU, 1989, p. 146).

Foucault ressalta ainda que a relação entre Estado e o sistema de saúde de uma sociedade está inserida no que chama de somatocracia, “regime em que uma das finalidades da intervenção estatal é o cuidado do corpo, a saúde corporal, a relação entre as doenças e a saúde, etc” (FOUCAULT, 2010, p. 171). Nesse contexto, a ciência tem papel importante no estabelecimento dos discursos de verdade e a medicina passa a ter funções normalizadoras e autoritárias (FOUCAULT, 2010). Ou seja, os discursos médicos passam a ser mais importantes e válidos do que os outros e também menos passíveis de contestação.

Essa importância pode ser percebida nos discursos de médicos que atestam essa autoridade sobre outros profissionais, como as doulas e enfermeiros obstétricos, por causa dos conhecimentos adquiridos pelos cursos de Medicina. Já no século XVI, médicos europeus questionavam os conhecimentos das parteiras, que não recebiam formação, na época (VIEIRA, 2015). Atualmente, segundo a pesquisa em maternidades no Rio de

³³ Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/06/10/ministerio-da-saude-reconhece-legitimidade-do-uso-do-termo-violencia-obstetrica.ghtml>>. Acesso em: 24 out 2019.

Janeiro apresentada anteriormente, na relação com enfermeiras “os obstetras consideram que devido à experiência e formação técnica, eles possuem ‘autoridade’ para estabelecer os critérios da atenção e o respeito à posição ‘hierárquica’” (ANGULO-TUESTA et al, 2003).

Ao mesmo tempo, a aura de verdade dada ao discurso médico faz com que ele também seja utilizado pelos movimentos de humanização, no sentido contrário. Esses grupos vêm lutando para incorporar no movimento descobertas da chamada Medicina Baseada em Evidências – “integração da melhor evidência científica com a experiência clínica e os desejos individuais do paciente” (CLARK; CLARK, 2010, p. 416). Com isso, visam dar legitimação científica às propostas de humanização da assistência (ZANARDO, 2017). Essa validação diz respeito “à preocupação do movimento em ser considerado como ‘alternativo’ e para que essa concepção de humanização deixe de ser subalterna e possa ser legitimada enquanto paradigma que sustente um modelo de prática a ser preconizada” (ZANARDO, 2017, p. 4).

3.1. Violência obstétrica como violência contra a mulher

Outros movimentos também vêm lutando contra a violência obstétrica, além dos grupos pela humanização do nascimento. É o caso de movimentos feministas e de luta pelos direitos das mulheres. Não é de hoje que a condição biológica de mulheres cisgênero, especialmente a capacidade de ter filhos, vem ajudando a definir seu papel social em muitas sociedades, incluindo a brasileira.

Na primeira metade do século XX, Simone de Beauvoir alertou para a construção social do que era ser mulher e homem, com sua famosa frase “Ninguém nasce mulher: torna-se mulher” (BEAUVOIR, 1967, p. 9). Para a autora, o corpo não é suficiente para determinar um papel social e esse “só tem realidade vivida enquanto assumido pela consciência através das ações e no seio de uma sociedade” (BEAUVOIR, 1970, p. 57). A relação cultural que passou a existir em muitas sociedades, então, foi de hierarquia entre pessoas do sexo masculino e do sexo feminino, onde as últimas são consideradas “O outro” em relação às primeiras, os “Sujeitos”. Assim, a mulher não é considerada um ser autônomo e as características do feminino são construídas por algo exterior ao corpo (BEAUVOIR, 1970).

Beauvoir ressalta que o fato de poderem ser mães fez com que mulheres fossem consideradas o Outro, mesmo em grupos primitivos agrícolas, nos quais o trabalho braçal era também confiado a ela. “Tanta força inspira aos homens um respeito misturado de terror e que se reflete no culto. Nela é que se resume toda a Natureza estranha” (BEAUVOIR, 1970, p. 89).

Em outras sociedades, a gravidez e o nascimento dos bebês foram vistos como eventos místicos, sobrenaturais, e a maternidade passou a definir o papel social na divisão do trabalho com o homem. A mulher deveria ficar no lar e cuidar dos filhos. A ideia de uma natureza feminina, já explicitada, não só ajudou a definir um papel social para a mulher, mas também para o seu corpo e sexualidade. “Por ter de ser a natureza feminina essencialmente maternal e reprodutiva, a sexualidade feminina só poderia estar relacionada a essas qualificações. Surge então a imagem da mulher ‘degenerada’ e da mãe ‘desnaturada’ por referência aos desvios da norma” (VIEIRA, 2015, p. 38). Segundo Vieira, práticas como o aborto, a esterilização voluntária e a masturbação também passam a ser consideradas desvios de norma e, conseqüentemente, são combatidas.

Essa diferença entre o papel de homens e mulheres é a base que constitui as sociedades patriarcais, formadas, justamente, pelo poder do homem, o patriarca, chefe da família, sobre a mulher e os filhos em todas as esferas, dentro de um contexto heterossexual e cisgênero. No entanto, a origem do patriarcalismo não foi completamente definida e alguns autores divergem sobre ela. Beauvoir, por exemplo, narra a teoria de Friedrich Engels sobre o momento no qual a sociedade patriarcal teria tido início, para, depois, criticá-la.

Segundo Engels, na Idade da Pedra, a divisão sexual do trabalho teria se dado em torno da força física: enquanto o homem era responsável pelos trabalhos considerados brutos, como caça e pesca, a mulher ficava responsável pelo trabalho doméstico e pela criação dos filhos. Nessa época, entretanto, a relação seria ainda de certa igualdade, já que a mulher fazia trabalhos produtivos importantes para a vida econômica, como a tecelagem.

Com a descoberta de materiais como o cobre e o ferro, a necessidade do trabalho na agricultura foi aumentando, o que teria levado à escravização de outros homens e ao nascimento da propriedade privada como a conhecemos hoje (ENGELS apud BEAUVOIR, 1970). “Senhor dos escravos e da terra, o homem torna-se também proprietário da mulher.

[...] É o aparecimento da família patriarcal baseada na propriedade privada. Nessa família a mulher é oprimida” (BEAUVOIR, 1970, p. 74).

Para Beauvoir, contudo, o surgimento da propriedade privada, assim como o sexo biológico, não é suficiente para explicar a dominação do homem sobre a mulher. Para isso, é necessário, segundo a autora, entender a ambição e o desejo de soberania presente nos indivíduos, que determina sua forma de agir. A autora afirma que “quando duas categorias humanas se acham em presença, cada uma delas quer impor à outra sua soberania. [...] Se uma das duas é privilegiada, ela domina a outra e tudo faz para mantê-la na opressão” (BEAUVOIR, 1970, p. 81).

Sabe-se que a relação do patriarca com os homens e mulheres escravizados era diferente em muitos níveis da relação com suas próprias esposas. Mesmo assim, outros autores também acreditam que a mulher tenha sido uma das primeiras propriedades privadas do homem. É o caso da jornalista Susan Brownmiller.

Contudo, para a americana, o estupro é o princípio do processo de sujeição da mulher (BROWNMILLER apud LARA, 2017). Segundo Bruna de Lara, para Brownmiller, “o medo feminino de uma ‘temporada aberta de estupros’ explicaria a subjugação da mulher e a sua dependência em relação ao homem: para evitar ser atacada por diversos agressores, ela se submetia à proteção de um único homem” (BROWNMILLER apud LARA, 2017, p. 18).

Nas sociedades patriarcais, a ideia de posse sobre a mulher e seu corpo é um dos elementos que leva à violência contra ela em suas diferentes formas. Para Engels, o próprio direito de matá-la é visto pelo homem como uma prerrogativa adquirida para garantir a fidelidade da mulher e a paternidade dos filhos (ENGELS, 1984).

Como explicam Guita Grin Debert e Maria Filomena Gregori, movimentos feministas vêm lutando para dar visibilidade a todos os tipos de violência contra a mulher. Apesar da mobilização desses grupos, a violência doméstica ainda é a forma de agressão à mulher em maior evidência na sociedade brasileira.

[O espancamento de esposas e companheiras] são essas as expressões que mobilizam maior indignação e por isso, apesar das ênfases dos militantes de não reduzir os problemas à dimensão familiar, a violência doméstica aparece como uma expressão englobadora das mazelas da sociedade brasileira e passa a ser confundida e usada como sinônimo da violência

contra a mulher, da violência contra a criança ou ainda da violência contra o idoso (DEBERT; GREGORI, 2008, p. 170).

No que tange à violência obstétrica, por exemplo, essa dimensão é mais difícil de ser observada, por estar inserida também em um contexto médico, no qual o corpo feminino foi transformado em objeto da medicina, por médicos e mesmo por médicas. A perpetuação dessa violência por profissionais mulheres pode ser analisada por meio do conceito de violência simbólica de Bourdieu:

A violência simbólica se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante (e, portanto, à dominação) quando ele não dispõe, para pensá-la e para se pensar, ou melhor, para pensar sua relação com ele, mais que de instrumentos de conhecimento que ambos têm em comum e que, não sendo mais que a forma incorporada da relação de dominação, fazem esta relação ser vista como natural (BOURDIEU, 2012, p. 47).

O mesmo acontece no caso das próprias mães. Muitas só reconhecem a experiência como violência depois de algum tempo ou se sentem culpadas pelos abusos. Esse sentimento de culpa chegou a ser demonstrado por algumas das vítimas entrevistadas para este trabalho.

Há ainda outra característica das sociedades patriarcais presente nas relações de assistência entre profissionais de saúde e mulheres grávidas: os modelos de feminilidade e masculinidade construídos. Em contextos patriarcais, a mulher é frequentemente considerada mais sensível que o homem. Assim, espera-se que os indivíduos masculinos ajam de forma menos emocional, enquanto as mulheres demonstrem mais afeto.

Seguindo esse padrão, parte das relações médico-parturiente se baseia em um modelo “científico/masculino”, no qual os profissionais privilegiam a racionalidade e a frieza em suas ações, comportamentos considerados mais “científicos” (LOCICERO apud ANGULO-TUESTA et al, 2003). A busca pela legitimidade científica faz com que essa conduta seja adotada tanto por homens, como por profissionais mulheres, dentro do cenário de violência simbólica explicitado. Do outro lado, as gestantes sofrem com a ansiedade gerada “pelo desafeto, abandono e incompreensão de parte dos obstetras” (ANGULO-TUESTA et al, 2003, p. 1428).

Por outro lado, Heleieth Saffioti ressalva que há lacunas nessa violência simbólica e que, portanto, “nem todo o conhecimento é determinado pelas lentes do gênero. Graças a

isto, mulheres podem oferecer resistência ao processo de exploração-dominação que sobre elas se abate e milhões delas têm procedido desta forma” (SAFFIOTI, 2001, p. 119).

Essa resistência se consolidou nas diversas vertentes do movimento feminista, com ações que aconteceram já antes da chamada primeira onda, que se estendeu até o início do século XX. Nessa época, as mulheres trouxeram para o debate a igualdade de direitos civis entre homens e mulheres (BITTENCOURT, 2015).

Atualmente, grupos do movimento feminista que lutam contra a violência obstétrica costumam definir a pauta como uma defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Essas prerrogativas incluem o direito à escolha sobre o número de filhos e o momento de tê-los, o direito ao prazer sexual sem discriminação, o direito ao controle sobre o próprio corpo e ao acesso à informação e aos meios para o exercício saudável e seguro da reprodução e sexualidade, entre outros.

Esses direitos foram elencados como parte dos direitos humanos pela Organização das Nações Unidas na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994, ação que contou, inclusive, com a participação de organizações não-governamentais (ONGs) feministas e de movimentos de mulheres no Brasil. No relatório do encontro, também foram listadas recomendações para a igualdade dos sexos, equidade e empoderamento da mulher, metas necessárias, de acordo com o documento, para o desenvolvimento sustentável (ONU, 1994).

Entretanto, direitos sexuais e reprodutivos ainda são termos em disputa. Segundo Pulhez, eles são usados em diferentes contextos com diferentes objetivos. Assim, as políticas públicas baseadas nas noções de direitos sexuais e reprodutivos, por exemplo, também passam a ser formuladas de formas diferentes, de maneira específica para cada camada social que faz uso dessas categorias (PULHEZ, 2013). No caso de movimentos feministas e dos movimentos pela humanização do parto, o uso dos conceitos de humanidade visa a dar voz a um segmento da população historicamente silenciado: as mulheres.

Em suma, o que está em jogo na denúncia da “violência obstétrica” é parte de um movimento que busca o reconhecimento social de uma violência através da alteração da visão de mundo sobre aquilo que é constitutivo de um parto. Ele poderia ser feito à escolha da mulher, do modo como ela se sente à vontade, com quem ela se sente confortável. E ao dizer que elas poderiam fazer o parto sozinhas, não só estariam

questionando o que se entende por esse evento, como estariam reivindicando o direito sobre seus corpos (PULHEZ, 2013, p. 9).

A atuação de movimentos femininos conseguiu algumas conquistas no Brasil no combate à violência contra a mulher. Debert e Gregori ressaltam que a política de atendimento a mulheres que sofriam violência por militantes feministas nos anos 1980 foi essencial para a definição de violência contra a mulher no Brasil e a consequente criação de leis específicas contra esses atos. “O movimento feminista tornou pública uma abordagem sobre conflitos e violência na relação entre homens e mulheres como resultante de uma estrutura de dominação” (DEBERT; GREGORI, 2008, p. 168). Segundo as autoras, essa interpretação só foi incluída nas práticas judiciais contra crimes em 2006, com a promulgação da chamada Lei Maria da Penha, para combater a violência doméstica contra a mulher.

Mais recentemente, já no âmbito da violência obstétrica, a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e a Associação de Doulas do estado fizeram uma parceria para conscientizar os moradores do estado sobre o problema. Foi criado em setembro de 2019 um canal de denúncias específico para as mulheres que sofreram violência obstétrica³⁴. No Brasil, não há uma lei nacional que trate especificamente desse assunto. Apenas alguns estados, como Santa Catarina³⁵, sancionaram leis que definiram certas práticas como violência obstétrica, enquadradas como ofensas verbais e físicas. Como esse tipo de violência não é considerado crime, as denúncias podem ser feitas também no Ligue 180 (Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência), que até 2018 registrava igualmente denúncias de violência obstétrica como violência física. As vítimas podem ainda fazer denúncias em ONGs, no Ministério Público, nas ouvidorias das unidades de saúde, nos conselhos de Medicina e no telefone 136 (Disque Saúde), porém sem canais específicos para a violência obstétrica.

É preciso ressaltar ainda a atuação de feministas negras. Além de sofrerem com a sujeição de gênero da sociedade patriarcal, as mulheres negras também são discriminadas por racismo, sendo duplamente subordinadas (RIBEIRO, 2017). Djamila Ribeiro analisou, por exemplo, os dados relativos aos salários de homens brancos, mulheres brancas, homens

³⁴ Disponível em: <<http://www.defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/9388-DPRJ-lanca-cartilha-e-canal-de-denuncias-sobre-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 25 out 2019.

³⁵ Disponível em <http://leis.ale.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html>. Acesso em: 15 nov 2019.

negros e mulheres negras no Brasil que mostram que mulheres brancas ganham 30% menos do que homens brancos. No entanto, ressalta, “homens negros ganham menos do que mulheres brancas e mulheres negras ganham menos do que todos” (RIBEIRO, 2017, p. 23).

Ribeiro também analisou informações reveladas por uma pesquisa do Ministério do Trabalho e Previdência Social com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). O estudo de 2016 mostrou que 39,6% das mulheres negras estão inseridas em relações precárias de trabalho. Essa camada é seguida pelos homens negros (31,6%), mulheres brancas (26,9%) e homens brancos (20,6%). A pesquisa revelou ainda que “mulheres negras eram o maior contingente de pessoas desempregadas e no trabalho doméstico” (IPEA apud RIBEIRO, 2017, p. 24).

Os dados mostram um dos aspectos da diferenciação entre mulheres brancas e negras no país, que levou à criação de movimentos feministas voltados à luta pelos direitos de mulheres negras. Segundo a Defensoria Pública do Rio de Janeiro, elas também estão expostas a chances quase três vezes maiores de morrerem durante o pré-parto, o parto e o pós-parto no estado. Os casos acontecem principalmente nas regiões periféricas do município, como Madureira, Bangu e Santa Cruz ³⁶.

A influência de fatores socioeconômicos nos abusos sofridos por mulheres grávidas não é exclusividade do Rio de Janeiro. As desigualdades que marcam o país impactam na assistência de mulheres mais pobres e com menor acesso à educação. Essas têm menos acesso a informação e a métodos contraceptivos, o que pode levar a gestações não planejadas, especialmente durante a juventude ³⁷. As jovens menores de 20 anos correm riscos ainda maiores de complicações durante a gravidez e o parto, enquanto seus bebês sofrem com chances maiores de morte perinatal. As taxas de aborto inseguro entre mulheres jovens também são altas, devido a gestações não desejadas (OMS, 2009).

À época da hospitalização do parto e do discurso médico de higiene social, os profissionais justificavam a diferença de tratamento de gestantes ricas e pobres, negras e brancas, com base na “natureza” de seus corpos (VIEIRA, 2015). De acordo com o

³⁶ Disponível em: <<http://www.defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/6192-Risco-de-mortalidade-materna-e-2-7-vezes-maior-para-mulheres-negras>>. Acesso em: 25 out 2019.

³⁷ Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/negar-direitos-sexuais-e-reprodutivos-prejudica-progresso-socioeconomico-dos-paises-diz-relatorio/>>. Acesso em: 25 out 2019.

discurso predominante no período, as mulheres de classes mais altas estariam menos suscetíveis à própria natureza do corpo feminino, por viverem uma vida mais “civilizada” e, conseqüentemente, mais vulneráveis às dores do parto. Já no caso das mulheres de classes mais baixas, o parto seria “mais rápido e, apesar de doloroso, o choque nervoso encontra um organismo que não se deixa abater” (VIEIRA, 2015, p. 37).

O mesmo pensamento persiste em alguns profissionais, nos dias de hoje. Um estudo realizado no município do Rio de Janeiro e publicado em 2005 concluiu que, enquanto 21,8% das mulheres grávidas pretas entrevistadas não tinham recebido anestesia no parto, o índice caía para 16,4% entre as mães pardas e para 13,5% entre as brancas (LEAL et al, 2005).

Além disso, mulheres negras no Brasil sofrem com a maior chance de não terem respeitado o direito ao acompanhante durante o pré-parto e o parto: 33,8% das mulheres pretas brasileiras não têm a companhia de um acompanhante durante nenhum momento da hospitalização, contra 23,7% de mulheres brancas que têm esse direito negado (LEAL et al, 2017). De acordo com o estudo que revelou as diferenças de cor na assistência ao parto, gestantes pretas e pardas também “se concentram mais nas regiões Norte e Nordeste, assim como nas com pagamento público do parto, nas adolescentes, nas menos escolarizadas, nas pertencentes às classes econômicas D e E, e nas com três ou mais partos anteriores” (LEAL et al, 2017, p. 5). Esse fato explica ainda porque mulheres negras recebem menos orientações durante o pré-natal do que as brancas (LEAL et al, 2017).

4. O papel do jornalismo contra o poder – e a favor dele

Se a violência simbólica é tanto exercida, quanto sofrida pelos indivíduos, ela também perpassa os meios de comunicação e a atuação dos profissionais de propaganda, jornalismo, design, entre outros. O processo de comunicação propriamente dito é, segundo Bourdieu, o meio pelo qual essa violência é praticada, sendo reproduzida por agentes específicos e instituições históricas, como a família, a Igreja e o Estado (BOURDIEU, 2012). Assim, o discurso jornalístico também tem o poder de reproduzir a violência simbólica.

Por outro lado, de acordo com Nelson Traquina, foi por meio da sua função social, defendida por muitos autores e profissionais, que o jornalismo se consolidou no século XIX. Até então, os jornais eram instrumentos de propaganda e luta política, mas, nesse período, passaram a ser vistos como negócios que poderiam dar lucro. Seu objetivo se transformou no oferecimento à população das notícias, informações teoricamente objetivas e imparciais (TRAQUINA, 2005).

No início do século, a ligação entre jornalismo e propaganda política ainda era forte, o que gerava críticas principalmente de governantes da época, que ao mesmo tempo temiam e desprezavam os jornalistas. Assim, a imprensa só conseguiu se legitimar com a ajuda da teoria democrática, ao ser transformada e defendida por certos grupos como o “Quarto Poder”. Além do Executivo, do Legislativo e do Judiciário, as populações passariam a ter o jornalismo (TRAQUINA, 2005).

Nessa dinâmica, a imprensa atuaria como elo entre a opinião pública (termo utilizado pela primeira vez em 1744, criado em meio às filosofias liberais dos séculos XVII e XVIII e às teorias democráticas do XIX) e as instituições do governo (BOYCE apud TRAQUINA, 2005). Ela forneceria as informações para que a população pudesse tomar decisões frente às autoridades e atuaria com dupla função:

Os jornais eram vistos como um meio de exprimir as queixas e injustiças individuais e como uma forma de assegurar a proteção contra a tirania insensível. Portanto a legitimidade jornalística está na teoria democrática e, segundo os seus teóricos, assenta claramente numa postura de desconfiança (em relação ao poder) e numa cultura claramente adversarial entre jornalismo e poder (TRAQUINA, 2005, p. 47).

Contudo, para a teoria interacionista do jornalismo, a necessidade de ordenar o trabalho jornalístico em função da imprevisibilidade espaço-temporal das notícias levou os jornalistas a reforçarem relações de poder vigentes e a se apoiarem em fontes oficiais, provenientes de instituições legitimadas. Dessa forma, “os movimentos sociais com poucos recursos têm dificuldades em ver os seus acontecimentos transformados em notícias” (TRAQUINA, 2005, p. 198).

Além disso, os próprios critérios de noticiabilidade usados pelos jornalistas para definir o que é ou não notícia pressupõem um consenso de normalidade social. “Ao dar destaque ao desvio, ao bizarro e ao pouco comum, os jornalistas apoiam implicitamente as normas e os valores da sociedade” (GITLIN apud TRAQUINA, 2005).

Assim, o fato do tema da violência obstétrica ter sido, por muito tempo, ignorado ou inferiorizado pela imprensa pode ser considerado como uma legitimação da prática. Em outras palavras, essa situação pode ser vista como uma perpetuação da violência simbólica contra as mulheres, reforçada também pelo jornalismo. As agressões não foram vistas como um desvio que vale ser noticiado, mas como algo comum na sociedade. O debate ganhou mais força na mídia brasileira com o surgimento da internet e a ascensão das redes sociais.

As novas tecnologias permitiram que leitores, ouvintes e espectadores dos meios de massa – os receptores da mensagem – passassem a ser considerados também emissores (COGO; BRIGNOL, 2011). Em consequência, o caráter recíproco de emissão de informações entre público e imprensa se fortaleceu.

Essa dinâmica favoreceu o uso da internet por movimentos sociais. Ela passa a ser um espaço de resistência às grandes empresas de mídia, onde todos podem falar e ser ouvidos em qualquer parte do mundo com acesso à rede. Segundo Manuel Castells, “os movimentos culturais [...] formam-se em torno de sistemas de comunicação – essencialmente a Internet e a mídia – porque é principalmente através deles que conseguem alcançar aqueles capazes de aderir a seus valores e, a partir daí, atingir a consciência da sociedade como todo” (CASTELLS, 2003, p. 116).

Ainda assim, o tema da violência obstétrica não ganha grande destaque no jornalismo no Brasil, mesmo naquele feito na internet, a não ser por grandes reportagens pontuais ou

por polêmicas envolvendo instituições oficiais. Foi o caso da decisão do Ministério da Saúde de abolir o termo “violência obstétrica”, como já comentado. A medida foi tomada em 3 de maio de 2019 e mudou, por algum tempo, a dinâmica da imprensa ao tratar do tema.

Uma busca pela expressão “violência obstétrica” feita nos sites de duas das maiores rádios de notícias no Rio de Janeiro, BandNews FM ³⁸ e CBN ³⁹ (que também têm programação transmitida em São Paulo, maior cidade do país), mostrou que eles registravam, respectivamente, 6 e 12 notícias sobre o assunto, até o dia 7 de novembro de 2019. Nos sites, ficam cadastradas as matérias transmitidas no ar.

No site da CBN, criado em 2012, o primeiro registro é de 2013. As apresentadoras de um dos programas da rede receberam no estúdio os responsáveis pelo documentário “O Renascimento do Parto”, de Eduardo Chauvet. No título da notícia, não há a palavra “violência”: “O Renascimento do Parto: um filme para sacudir o país da cesariana” ⁴⁰.

Em julho de 2015, foi produzida a série de quatro reportagens “Gestantes em Risco” sobre o assunto, porém também sem o uso da expressão nas manchetes. As matérias se chamaram “Brasil tem mortalidade materna acima do recomendado pela ONU ⁴¹”, “Uma em cada quatro mulheres sofre desrespeito durante o parto no Brasil” ⁴², “Brasil teve mais de três mil leitos de obstetrícia extintos em três anos” ⁴³ e “Brasil vive 'epidemia' de cesáreas, que respondem a 85% dos partos na rede privada” ⁴⁴. Em outubro do mesmo ano,

³⁸ BANDNEWS FM. Disponível em: <<http://www.bandnewsfm.com.br/>>. Acesso em: 11 set 2019.

³⁹ CBN. Disponível em: <<http://cbn.globoradio.globo.com/>>. Acesso em: 11 set 2019.

⁴⁰ Disponível em: <<http://colunas.cbn.globoradio.globo.com/platb/caminhosalternativos/2013/08/10/o-renascimento-do-parto-um-filme-para-sacudir-o-pais-da-cesariana>>. Acesso em: 11 set 2019.

⁴¹ Disponível em: <<http://cbn.globoradio.globo.com/series/gestantes-em-risco/2015/07/06/BRASIL-TEM-MORTALIDADE-MATERNA-ACIMA-DO-RECOMENDADO-PELA-ONU.htm>>. Acesso em: 11 set 2019.

⁴² Disponível em: <<http://cbn.globoradio.globo.com/series/gestantes-em-risco/2015/07/07/UMA-EM-CADA-QUATRO-MULHERES-SOFRE-DESRESPEITO-DURANTE-O-PARTO-NO-BRASIL.htm>>. Acesso em: 11 set 2019.

⁴³ Disponível em: <<http://cbn.globoradio.globo.com/series/gestantes-em-risco/2015/07/08/BRASIL-TEVE-MAIS-DE-TRES-MIL-LEITOS-DE-OBSTETRICIA-EXTINTOS-EM-TRES-ANOS.htm>>. Acesso em: 11 set 2019.

⁴⁴ Disponível em: <<http://cbn.globoradio.globo.com/series/gestantes-em-risco/2015/07/09/BRASIL-VIVE-EPIDEMIA-DE-CESAREAS-QUE-RESPONDEM-A-85-DOS-PARTOS-NA-REDE-PRIVADA.htm?v=classica>>. Acesso em: 11 set 2019.

a rádio utilizou o termo para uma notícia factual: “Médico de hospital municipal do Rio é afastado após acusações de violência obstétrica”⁴⁵.

Também foram registradas outras duas entrevistas: “Violência obstétrica ocorre principalmente com mulheres mais pobres, diz especialista”⁴⁶, de 2017, e “Parto Humanizado”⁴⁷, de 2018; uma fala de comentarista que discute sobre a reportagem de uma revista, cadastrada com o título “‘Ponto do marido’ é uma forma de violência obstétrica”⁴⁸; duas matérias que contabilizam o número de denúncias relativas à essa violência – “Inquérito do MPF em SP já recebeu 53 denúncias relacionadas à violência obstétrica”⁴⁹, de 2016, e “Número de denúncias de violência obstétrica já é dez vezes maior esse ano”⁵⁰, de 2019; além de uma matéria factual de junho de 2019 sobre a decisão do Ministério da Saúde, com a manchete “Conselho Nacional dos Direitos Humanos pede que seja revista decisão de abolir termo 'violência obstétrica'”⁵¹.

Já no site da BandNews FM, na rede desde 2009, todos os registros foram feitos após a decisão polêmica da pasta. Um deles, em maio, apresenta Inês de Castro falando sobre o assunto em seu quadro “Dentro do Espelho”: “Inês de Castro fala sobre a violência obstétrica e o Ministério da Saúde”⁵². Os outros cinco fazem parte de uma série feita entre os dias 10 e 14 de junho sobre o tema. Os títulos dos áudios são “Violência obstétrica não está na lista de prioridades das políticas públicas de saúde”⁵³, “Mulheres que recebem orientações adequadas durante o pré-natal costumam ter um parto melhor”⁵⁴, “Não há no

⁴⁵ Disponível em: <<http://cbn.globoradio.globo.com/rio-de-janeiro/2015/10/31/MEDICO-DE-HOSPITAL-MUNICIPAL-DO-RIO-E-AFASTADO-APOS-ACUSACOES-DE-VIOLENCIA-OBSTETRI.htm>>. Acesso em: 11 set 2019.

⁴⁶ Disponível em: <<http://cbn.globoradio.globo.com/media/audio/57911/violencia-obstetrica-ocorre-principalmente-com-mul.htm>>. Acesso em: 11 set 2019.

⁴⁷ Disponível em: <<http://cbn.globoradio.globo.com/media/audio/235779/parto-humanizado.htm>>. Acesso em: 11 set 2019.

⁴⁸ Disponível em: <<http://cbn.globoradio.globo.com/media/audio/112421/ponto-do-marido-e-uma-forma-de-violencia-obstetric.htm>>. Acesso em: 11 set 2019.

⁴⁹ Disponível em: <<http://cbn.globoradio.globo.com/media/audio/46807/inquerito-do-mpf-em-sp-ja-recebeu-53-denuncias-rel.htm>>. Acesso em: 11 set 2019.

⁵⁰ Disponível em: <<http://cbn.globoradio.globo.com/media/audio/260878/numero-de-denuncias-de-violencia-obstetrica-ja-e-d.htm>>. Acesso em: 11 set 2019.

⁵¹ Disponível em: <<http://cbn.globoradio.globo.com/media/audio/262572/conselho-nacional-dos-direitos-humanos-recomenda-q.htm>>. Acesso em: 11 set 2019.

⁵² Disponível em: <<http://www.bandnewsfm.com.br/podcast/09-05-2019-ines-de-castro-fala-sobre-a-violencia-obstetrica-e-o-ministerio-da-saude/>>. Acesso em: 11 set 2019.

⁵³ Disponível em: <<http://www.bandnewsfm.com.br/2019/06/10/violencia-obstetrica-nao-esta-na-lista-de-prioridades-das-politicas-publicas-de-saude-do-pais/>>. Acesso em: 11 set 2019.

⁵⁴ Disponível em: <<http://www.bandnewsfm.com.br/2019/06/11/mulheres-que-recebem-orientacoes-adequadas-durante-o-pre-natal-costumam-ter-um-parto-melhor/>>. Acesso em: 11 set 2019.

Brasil lei específica para situações de violência contra mulheres gestantes”⁵⁵, “O excesso de cesáreas eletivas no Brasil”⁵⁶ e “A busca por um parto mais seguro e humanizado”⁵⁷.

Esse pequeno levantamento ilustra a pouca recorrência do tema no radiojornalismo, a não ser quando usado para debater medidas propostas pelo governo. A isso poderia-se associar alguns fatores, como o surgimento de pautas relativas à pressão de movimentos sociais e a disputa de discurso com as autoridades, o que pode ser encaixado na já comentada função do jornalismo de vigilância e proteção da população contra o Estado.

4.1. A reportagem

Com o intuito de contar de forma mais aprofundada as histórias das vítimas de violência obstétrica e de retratar os diversos discursos presentes na sociedade brasileira sobre o tema, foi produzida uma grande reportagem em áudio, com duração de 20 minutos, que integra este trabalho. A narração foi feita pela autora desta pesquisa e gravada em uma ilha de edição com isolamento acústico.

O meio sonoro foi escolhido como forma de produção, pois a autora acredita que o uso de recursos de áudio permite realizar uma abordagem mais dinâmica do tema, na qual diferentes personagens podem ser melhor apresentados ao longo da reportagem. Ao mesmo tempo, confere um caráter mais pessoal, permitindo a quem escuta distinguir o tom de voz dos entrevistados e interpretar seus silêncios. Essa situação aproxima ouvintes e personagens em torno de um tema delicado como a violência obstétrica. Como afirma Luana Viana,

para contextualizar e prender a atenção do ouvinte, alguns recursos do meio são utilizados na produção: os efeitos sonoros, música, silêncio e a voz humana. Esses elementos, ao serem combinados, permitem que o repórter insira na reportagem um toque pessoal que “não deve ser tomado como regra, e sim como exemplo das possibilidades do meio rádio de levar o público sensorialmente, no imaginário, a ver o testemunhado pelo repórter” (FERRARETTO apud VIANA, 2017, p. 176).

⁵⁵ Disponível em: <<http://www.bandnewsfm.com.br/2019/06/12/nao-ha-no-brasil-lei-especifica-para-situacoes-de-violencia-contramulheres-gestantes/>>. Acesso em: 11 set 2019.

⁵⁶ Disponível em: <<http://www.bandnewsfm.com.br/2019/06/13/13-06-19-o-excesso-de-cesareas-eletivas-no-brasil/>>. Acesso em: 11 set 2019.

⁵⁷ Disponível em: <<http://www.bandnewsfm.com.br/2019/06/14/a-busca-por-um-parto-mais-seguro-e-humanizado/>>. Acesso em: 11 set 2019.

Além disso, a recente popularização no Brasil de *podcasts* – arquivos de áudio sobre temas variados publicados na internet em um perfil, periodicamente, que permitem aos ouvintes fazer uma espécie de assinatura gratuita do conteúdo (JUNIOR, 2017) – abre caminho para a disseminação do uso de plataformas de *streaming* de áudio, como o *SoundCloud* e o *Spotify*, não só para a reprodução de música, mas de conteúdos jornalísticos. O *streaming* é uma “forma de armazenamento e distribuição de dados multimídia na nuvem, substituindo o uso de memória física” (GOMES et al, 2015, p. 2). Dessa forma, as plataformas de *streaming* permitem que os áudios possam ser ouvidos, em muitos casos de forma gratuita, sem que seja necessário o *download* daquele arquivo, mas apenas o acesso à internet.

Essa forma de mídia segue a tendência de transformação do radiojornalismo, na qual “o rádio deixa de ser transmitido apenas pelo dial e conquista novos espaços, como os celulares [...] e os smartphones – através dos aplicativos” (VIANA, 2017, p. 178). Assim, esse formato amplia as possibilidades de transmissão, fazendo com que o ouvinte consuma a reportagem no local e hora que preferir.

Dessa forma, foi criado um perfil em uma plataforma popular de áudios na internet, o *SoundCloud*, onde a reportagem foi publicada. Ela pode ser acessada pelo link <https://soundcloud.com/gabriela-morgado-772972375/as-vozes-da-violencia-obstetrica/s-P95UB>. O *SoundCloud* permite ainda que a reportagem possa ser ouvida sem a realização de um cadastro na plataforma, além de apresentar a possibilidade de compartilhamento nas redes sociais e de *download* nos dispositivos. Essas funções aumentam o número de formas diferentes para o consumo do conteúdo, o estimulando.

Para a produção da reportagem, foram realizadas entrevistas com quatro mulheres vítimas de violência obstétrica em diferentes períodos, circunstâncias e cidades brasileiras. São elas Alessandra Caprara, de 38 anos, Marina Fraga, de 40, Fernanda de Oliveira, de 36, e Liliane Gomes, de 27, que atualmente também atua como doula. Todas essas mulheres procuraram a autora para dar seus depoimentos, ao saberem da produção da reportagem, após o telefone ter sido disponibilizado por um contato em comum.

Também foi entrevistada a obstetra e presidente da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa Daphne Rattner, para falar sobre os movimentos de humanização da assistência no Brasil. A autora ouviu também outro obstetra, que é conselheiro no

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj) e no Conselho Federal de Medicina (CFM), o Dr. Raphael Câmara, para esclarecer a posição das entidades em relação ao tema, que é divergente, em sua maior parte, das apresentadas pelo movimento de humanização.

Outros profissionais também foram entrevistados para ampliar a discussão do assunto. Entre eles, Matilde Alonso, subcoordenadora de Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Rio de Janeiro. Esse núcleo da Defensoria foi responsável pela parceria com a Associação de Doulas do estado na criação de um canal específico para denúncias de violência obstétrica dentro do órgão.

A advogada Renata Vilhena, da área do Direito à Saúde, deu seu depoimento sobre questões jurídicas relativas ao tema. A ginecologista e obstetra do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, Halana Faria, também foi entrevistada e falou sobre a relação do movimento feminista com o tema. Esses dois contatos foram obtidos por meio do banco de fontes femininas montado pela plataforma Celina, do Jornal *O Globo* ⁵⁸.

As conversas foram gravadas por um *smartphone* Samsung Galaxy Win 2 ou recebidas em áudios gravados pelos entrevistados pelo aplicativo WhatsApp. A reportagem foi editada pela autora deste trabalho em um notebook Dell Inspiron 5557, a partir do programa Audacity. Devido à dificuldade de combinar as agendas das pessoas entrevistadas com a da autora, as conversas foram feitas por ligações de telefone celular. Nesse sentido, foram seguidas as recomendações de Stela Guedes Caputo para entrevistas por telefone, encontradas no livro *Sobre entrevistas: teoria, prática e experiências*. As conversas também foram baseadas no que Caputo chama de construção ativa da entrevista, por meio da qual o jornalista reage ativamente às informações que surgem durante uma conversa com uma fonte, construindo novos questionamentos. Caputo ressalta que uma entrevista deve ser um diálogo e não “apenas uma técnica eficiente para obter respostas pré-pautadas por um questionário” (CAPUTO, 2006, p. 20).

Também foi publicada na internet a transcrição da reportagem, no site de leitura e publicação de textos online *Medium*. No texto, foram feitas pequenas alterações para adaptar a linguagem para a forma escrita. Ele pode ser acessado no endereço <https://medium.com/@gabriela.mdias/violenciaobstetrica-afb2f85adfbf>.

⁵⁸ Disponível em: <<https://infograficos.oglobo.globo.com/celina/fontes.html>>. Acesso em: 19 nov 2019.

A publicação do texto foi feita a pedido de algumas das mulheres entrevistadas para este trabalho. Em mais de uma conversa, foi mencionada a importância de se divulgar o tema e a reportagem da maneira mais abrangente possível. Assim, além do formato em áudio digital, também foi disponibilizado o formato escrito da reportagem, que permite uma leitura mais rápida pelo público.

5. Considerações Finais

Durante a realização deste trabalho, pôde-se perceber que a violência obstétrica ainda é pouco comentada na mídia brasileira, especialmente na radiofônica. Também foi possível notar que, conseqüentemente, algumas vítimas dessas práticas buscam ampliar o debate e divulgar informações sobre o tema para mais pessoas.

É nesse contexto que o jornalismo pode exercer seu papel social, levantando um debate mais aprofundado sobre o assunto, com a participação de diferentes atores. Na reportagem produzida, procurou-se dar espaço às falas das vítimas, da classe médica e de integrantes de movimentos sociais, fazendo-se uso do poder que o jornalismo tem de ajudar a romper com discursos normativos nas sociedades.

O conceito de “violência obstétrica” ainda é alvo de uma disputa por diversos setores da população. Apesar de não ser reconhecida por alguns grupos, essa violência é denunciada por mães, por movimentos de humanização e movimentos feministas, que lutam para que atos desrespeitosos na assistência ao pré-parto e ao nascimento sejam vistos como violência e, dessa forma, combatidos como tal.

No Brasil, essa violência se traduz, principalmente, em ofensas, negligência, falta de informação às gestantes e em um excesso de intervenções médicas em seus corpos, que tem como consequência a prática indiscriminada de episiotomia e de cirurgias cesarianas em unidades de saúde brasileiras. Essas práticas ocorrem dentro de um contexto de medicalização do corpo da mulher e do parto, que passou a ser visto como um processo patológico, e não natural.

No entanto, o uso de certos procedimentos pode ser necessário para garantir a segurança da mãe e do bebê durante um parto. Por isso, é defendido por uma parte da classe médica, posição perpetuada pelas faculdades de Medicina. Esse grupo luta pela autoridade e autonomia dos obstetras na assistência ao parto, como únicos detentores do saber necessário para realizá-lo e garantir a segurança das mães e seus bebês. Além disso, órgãos de Medicina criticam o uso do termo “violência obstétrica”, que indicaria intencionalidade por parte dos profissionais.

É preciso olhar para esses discursos como formas de reivindicação de poder, dentro de um contexto histórico de violência simbólica exercida por instituições e pelos meios de comunicação de massa. Como foi apresentado neste trabalho, a hospitalização dos partos

diminuiu as taxas de mortalidade materna e neonatal e deu mais segurança às grávidas que passariam por cirurgias cesarianas. Ao mesmo tempo, as mulheres foram historicamente submetidas a tratamentos inferiores, principalmente as negras e pobres, e que os movimentos feministas tiveram, e ainda têm, que lutar pela participação delas na política e na tomada de decisões sobre assuntos importantes. Entre eles, aqueles relativos ao próprio corpo. Foi mostrado ainda que, além do excesso de intervenções desnecessárias, muitas gestantes sofrem com abusos psicológicos, o que não poderia ser justificado pela cultura da medicalização.

O Estado também se insere na disputa, na medida em que é o principal agente de controle da saúde e, conseqüentemente, dos corpos dos indivíduos de uma população. Cada governo é responsável por assegurar os direitos e deveres dos cidadãos em sociedades democráticas. Ao mesmo tempo, cada governante tem seus próprios interesses, ideológicos e de governabilidade. Nesse sentido, essas autoridades têm o poder de legitimá-los oficialmente por meio da criação de leis.

Já as vozes das vítimas foram, em sua maioria, por muito tempo silenciadas. Por causa da violência simbólica, as agressões só passam a ser percebidas por muitas delas depois de certo tempo, ou mesmo nunca são reconhecidas como tal. Em outras, cria-se um trauma e a vontade de vocalizar o discurso e tê-lo validado pela sociedade.

Dessa forma, como sugestões para estudos futuros, seria interessante analisar a ocorrência de violência obstétrica em contextos específicos. Um deles é a investigação de mudanças na realização dos partos de índias, especialmente em áreas remotas do Brasil, onde não há acesso rápido à hospitalização. A violência obstétrica contra adolescentes e mulheres jovens grávidas também deve ser aprofundada, já que esses grupos são os mais afetados por gestações indesejadas. Dessa maneira, seria importante pesquisar como a idade e a vontade ou não de ser mãe influenciam na assistência ao nascimento. Um outro aspecto pouco explorado em pesquisas acadêmicas é a gravidez e a assistência a homens transexuais que desejam engravidar. Assim, também seria relevante analisar o acesso aos meios necessários para essa gravidez e as dificuldades encontradas na relação entre homens transexuais e profissionais de saúde.

6. Referências bibliográficas

ANGULO-TUESTA, Antonia; GIFFIN, Karen; GAMA, Andréa de Sousa; D'ORSI, Eleonora; BARBOSA, Gisele Peixoto. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.19, n.5, set/out, p.1425-1436, 2003.

BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo sexo: fatos e mitos**. Tradução: Sérgio Milliet. Difusão Européia do Livro, São Paulo, 1970.

_____. Infância. In: **O Segundo sexo: a experiência vivida**. Tradução: Sérgio Milliet. Difusão Européia do Livro, São Paulo, p. 9-65, 1967.

BITENCOURT, Fábio; BARROSO-KRAUSE, Cláudia. Centros de parto normal: componentes arquitetônicos de conforto e desconforto. In: CONGRESSO NACIONAL DA ABDEH - SEMINÁRIO DE ENGENHARIA CLÍNICA. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH - IV Seminário de Engenharia Clínica, p. 21-26, 2004.

BOATIN, Adeline Adwoa; SCHLOTHEUBER, Anne; BETRAN, Ana Pilar; MOLLER, Ann-Beth; BARROS, Aluisio J D; BOERMA, Ties Boerma; TORLONI, Maria Regina; VICTORA, Cesar G Victora; HOSSEINPOOR, Ahmad Reza. Within country inequalities in caesarean section rates: observational study of 72 low and middle income countries. In: **BMJ**, p. 1-14 , 2018.

BOERMA, Prof Ties; RONSMANS, Carine; MELESSE, Dessalegn Y; BARROS, Prof Aluisio J. D.; BARROS, Fernando C.; JUAN, Prof Liang; MOLLER, Ann-Beth; SAY, Lale; HOSSEINPOOR, Ahmad Reza; YI, Mu; NETO, Dácio de Lyra Rabello; TEMMERMAN, Prof Marleen. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. In: **The Lancet**, vol. 392, p. 1341-1348, 2018.

BOURDIEU, Pierre. Sobre o poder simbólico. In: **O poder simbólico**. Tradução: Fernando Tomaz. Bertrand Brasil, p. 7-16, 1989.

_____. Espaço social e gênese das classes. In: **O poder simbólico**. Tradução: Fernando Tomaz. Bertrand Brasil, p. 133-161, 1989.

_____. Uma imagem ampliada. In: **A dominação masculina**. Tradução: Maria Helena Kühner. Bertrand Brasil, Rio de Janeiro, p. 15-67, 2012.

BITTENCOURT, Naiara Andreoli. Movimentos Feministas. In: **InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais**. Brasília, vol. 1, n. 1, p. 198-210, janeiro-junho 2015.

CAPUTO, Stela Guedes. **Sobre entrevistas: teoria, prática e experiências**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

CASTELLS, Manuel. A política da Internet I: redes de computadores, sociedade civil e o Estado. In: **A Galáxia da Internet: Reflexões sobre a Internet, os negócios e a sociedade**. Tradução: Maria Luiza X. de A. Borges. Revisão técnica: Paulo Vaz; ECO/UFRJ. Zahar, p.113-143, 2003.

CLARK, Otávio; CLARK, Luciana. Medicina Baseada em Evidências. In: JÚNIOR, Archimedes Nardoza; FILHO, Miguel Zerati; DOS REIS, Rodolfo Borges (org.). **Urologia Fundamental**. São Paulo, Planmark, p. 415-420, 2010.

COGO, Denise; BRIGNOL, Liliâne Dutra. Redes sociais e os estudos de recepção na internet. In: **MATRIZES**, ano 4, n. 2, jan./jun. 2011, São Paulo, p. 75-92, 2011.

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. **Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais**. Monografia (Graduação em Direito). Brasília, UnB, 2015.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; DIAS, Marcos Augusto Bastos; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; TORRES, Jacqueline Alves; D'ORSI, Eleonora; PEREIRA, Ana Paula Esteves; SCHILITZ, Arthur Orlando Correa; LEAL, Maria do Carmo. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, vol.30, p.S101-S116, 2014.

ENGELS, Friedrich. A família. In: **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, p. 28-91, 1984.

ENTRINGER, Aline Piovezan; PINTO, Márcia; DIAS, Marcos Augusto Bastos; GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**, p. 1-15, 2018.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: **Microfísica do Poder**. Tradução e organização: Roberto Machado. Paz e Terra, p. 47-57, 2015. Disponível em: <https://www.nodo50.org/insurgentes/biblioteca/A_Microfisica_do_Poder_-_Michel_Foucault.pdf>. Acesso em: 30 set 2019.

_____. O nascimento do hospital. In: **Microfísica do Poder**. Tradução e organização: Roberto Machado. Paz e Terra, p. 58-65, 2015. Disponível em: <https://www.nodo50.org/insurgentes/biblioteca/A_Microfisica_do_Poder_-_Michel_Foucault.pdf>. Acesso em: 30 set 2019.

_____. Crise da medicina ou crise da antimedicina. In: **verve**, n. 18, p. 167-194, 2010.

_____. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**. Tradução: Laura Fraga de Almeida Sampaio. Edições Loyola, São Paulo, 1996.

GOMES, Carolina; FRANÇA, Rosiane; BARROS, Taís; RIOS, Riverson. Spotify: streaming e as novas formas de consumo na era digital. In: XVII CONGRESSO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO NORDESTE – NATAL – RN. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, p. 1-11, 2015.

HERCULANO, Thuany Bento; SAMPAIO, Juliana; BRILHANTE, Marita de Almeida Assis, BARBOSA, Murillo Bruno Braz. Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos. In: **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 702-713, Set. 2018.

JUNIOR, Alvaro Bufarah. Podcast: possibilidades de uso nas emissoras de rádio noticiosas. In: 40º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO – CURITIBA - PR. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, p. 1-15, 2017.

KOBRIN, Frances E. The American Midwife Controversy: A Crisis of Professionalization. In: **Bulletin of the History of Medicine**, vol. 40, n. 4, jul/ago/1966, p. 350-363, 1966.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; PEREIRA, Ana Paula Esteves; PACHECO, Vanessa Eufrauzino; CARMO, Cleber Nascimento do; SANTOS, Ricardo Ventura. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, 2017.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. In: **Revista de Saúde Pública**, vol.39, n.1, p.100-107, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: 26 jul 2019.

_____. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 14 out 2019.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. In: **Texto & Contexto Enfermagem**, vol.26, n.2, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: plataforma de Cairo**. 1994. Disponível em <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em 25 out 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=E82665AEA6178A023FAC8D603E032E35?sequence=3>. Acesso em: 30 set 2019.

_____. **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto**. 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf?sequence=12>. Acesso em: 19 out 2019.

_____. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 19 out 2019.

_____. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=0CB8BE3F16970EE052B55BC52F4EC4B8?sequence=3>. Acesso em: 26 jul 2019.

_____. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. 2002. Disponível em: <<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>>. Acesso em: 24 out 2019.

_____. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã.** 2009. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf?ua=1>. Acesso em: 25 out 2019.

PULHEZ, Mariana Marques. A “violência obstétrica” e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 10. Anais Eletrônicos, Florianópolis, p. 1-12, 2013.

RIBEIRO, Djamila. Mulher negra: o outro do outro. In: **O que é lugar de fala?**. Belo Horizonte (MG): Letramento, p. 20-29, 2017.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetizas e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades?. In: **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 449-459, Jul 2002.

SAFFIOTI, Heleieth I.B.. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. In: **Cadernos. Pagu**, Campinas, n. 16, p. 115-136, 2001.

SHORTER, Edward. The Rise of the Birth Experience. In: **Women’s Bodies: A Social History of Women’s Encounter with Health, Ill-Health and Medicine**. Londres e Nova York, Routledge, p. 139-176, 2017.

SOUZA, J.; GÜLMEZOGLU, A.; LUMBIGANON, P.; LAOPAIBOON, M.; CARROLI, G.; FAWOLE, B.; RUYAN, P.; WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. In: **BMC Med**, vol. 8, n. 71, 2010.

TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; RIGON, Tomaz; BAVARESCO, Gabriela Zanella. Os médicos e o excesso de cesárias no Brasil In: **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.2, n.1, p. 04-12, 2011.

TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; DINIZ, Simone Grilo. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. In: **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.

TRAQUINA, Nelson. **Teorias do Jornalismo: porque as notícias são como são**. Florianópolis: Insular, 2. ed, 2005.

VIANA, Luana. Discutindo a reportagem radiofônica expandida: o áudio como fio condutor da narrativa”. In: HOMSSI, Aline; RUGGIERI, Ana Luísa; BARBOZA, Dayana; CAMARGO, Fernanda; REIS, Flávio (org.). **Tempos de rupturas: críticas dos processos comunicacionais**. Mariana: UFOP, 2017, v. 1, p. 172-189.