

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: CONTROVÉRSIAS EM TORNO DE UM CONCEITO

Mariana Marques Pulhez¹

Resumo

O objetivo deste artigo é discutir as formas pelas quais algumas entidades representativas da classe médica brasileira operam o conceito de *violência obstétrica* e apresentar as controvérsias em torno deste conceito. Pautando-me na proposta teórica de Ilana Löwy, busco refletir sobre como *violência obstétrica* se coloca como um conceito fronteira, cuja imprecisão demonstra a força de seu efeito. Ou seja, são as controvérsias em torno do conceito que fazem com que ele ganhe proeminência nas arenas públicas de debate em torno dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Para isso, analiso alguns pareceres e resoluções de conselhos federal e regionais de medicina, em diálogo com outros eventos etnográficos que persegui no processo de pesquisa. Mostro como o conceito de *violência obstétrica* ganha diferentes contornos na voz das entidades representativas de médicos no Brasil e concluo com a ideia de que o parto se tornou um evento público, em que as controvérsias são não apenas científicas, mas também morais e políticas.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Conflitos profissionais. Hierarquia de saberes. Controvérsias. Conceito fronteira.

Obstetric violence in Brazil: controversies over a concept

Abstract

The purpose of this article is to discuss the ways in which some entities representing the Brazilian medical class operate the concept of obstetric violence and to present the controversies surrounding it. Based on the theoretical proposal of Ilana Löwy, I seek to reflect on how obstetric violence is placed as a boundary concept, whose imprecision demonstrates the strength of its effect. In other words, it is the controversies surrounding the concept, that make it prominent in the public arenas of debate around women's sexual and reproductive rights. For this, I analyze some opinions and resolutions of federal and regional medicine councils in dialogue with other ethnographic events that I pursued in the research process. I show how the concept of obstetric violence acquires different meanings in the voice of entities representing doctors in Brazil and conclude with the idea that childbirth has become a public event, in which controversies are not only scientific but also moral and political.

Keywords: Obstetric violence. Professional disputes. Knowledge hierarchy. Controversy. Boundary concept.

Violencia obstétrica en Brasil: controversias en torno a un concepto

Resumen

El propósito de este artículo es discutir sobre las formas en que algunas entidades representativas de la clase médica brasileña aplican el concepto de violencia

¹ Doutoranda e Mestra em Antropologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). E-mail: m.marquespulhez@gmail.com

obstétrica y como se presentan las controversias en torno a este concepto. Partiendo de la propuesta teórica de Ilana Löwy, intento reflexionar sobre cómo la violencia obstétrica se sitúa como un concepto frontera, cuya imprecisión demuestra la fuerza de su efecto. En otras palabras, son las controversias en torno al concepto las que lo hacen ganar protagonismo en los espacios públicos de debate, en torno a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. De esta forma, analizo algunas opiniones y resoluciones de consejos de medicina federal y regional, en diálogo con otros eventos etnográficos a los que sí seguimiento en mi proceso de investigación. Muestro cómo el concepto de violencia obstétrica cobra distintas matices en voz de las entidades representantes de los médicos en Brasil y concluyo con la idea de que el parto se ha convertido en un evento público, en el que las controversias no son sólo científicas, sino también morales y políticas.

Palabras clave: Violencia obstétrica. Conflictos profesionales. Jerarquía del conocimiento. Controversias. Concepto de frontera.

Introdução

As reflexões que proponho aqui decorrem de uma agenda de pesquisa que tem como objetivo central compreender os processos envolvidos na constituição do conceito de *violência obstétrica*² como um problema social (LENOIR, 1998) – e também científico e jurídico – a ser combatido no Brasil³. Questionamentos sobre práticas tidas como violentas no parto vêm sendo feitos no país pelo menos desde a década de 80 (DINIZ, 2001; CERES, 1981), tendo assistido a uma importante ampliação na década de 90 (RATTNER, 2017; RATTNER et al, 2010). Contudo, é possível afirmar que é a partir dos anos 2000 que tais questionamentos ganharam dimensões políticas e sociais robustas. Alcançaram esferas do debate público e levaram à agenda das lutas pelos direitos sexuais e reprodutivos⁴ o combate a um tipo de violência que agora surge adjetivado e ganha legitimidade enquanto problema a ser enfrentado.

Com base na análise da historiadora da ciência Ilana Löwy (1992) sobre o que ela chama de **conceitos fronteira** (*boundary concepts*) – “conceitos definidos de forma vaga que, precisamente devido à sua imprecisão, são adaptáveis a [diferentes] locais” (LÖWY, 1992, p.374–75, tradução livre), faço um esforço analítico considerando *violência obstétrica* como um tipo de conceito fronteira⁵. Uma característica importante do conceito fronteira é sua plasticidade e robustez concomitantes: ao mesmo tempo em que se adapta a diferentes localidades, mantém uma certa robustez que garante uma identidade em comum nessas localidades. Trata-se de uma imprecisão, uma frouxidão (*loose*) própria deste tipo de conceito, mas é nela que mora a força do seu efeito. Em suma, meu argumento é o de que *violência obstétrica* é um conceito frouxo (*loose concept*), mas é justamente aí que ele ganha força para

² Termos, expressões e declarações de origem êmica serão grafados em itálico, sem aspas. Também estarão em itálico palavras estrangeiras. O uso das aspas segue o padrão ABNT de citações textuais diretas. Além disso, são usadas para indicar problematização, coloquialidade, suspeita ou ironia. No caso de citações de trechos de documentos analisados, por serem considerados declarações de origem êmica, estão entre aspas em respeito às normas ABNT e em itálico. Em negrito, palavras ou expressões que considere importante destacar.

³ Processo nº 2015/09862-0, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

⁴ No Brasil, o debate sobre direitos sexuais e reprodutivos ganhou espaço no início da década de 1980, no contexto das discussões sobre a transição demográfica brasileira e da mobilização, no interior do movimento feminista, pela discussão em torno das questões do aborto e da contracepção, acentuando-se a necessidade de olhar para a mulher para além do planejamento familiar. De lá para cá, muita coisa aconteceu, e um dos debates que começa a ganhar força dentro das discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos nas décadas de 90 e 2000 é o da *humanização do parto e do nascimento*, que hoje se complementa pelo conceito de *violência obstétrica*.

⁵ Importante dizer que a formulação de Ilana Löwy toma por base o trabalho de 1989 de Susan Star e James Griesemer sobre “objetos fronteira”, em que definem quatro tipos de objeto fronteira: repositórios, tipos ideais, limites coincidentes e formas padronizadas. Löwy afirma que o conceito fronteira se insere na categoria “tipo ideal” pela característica vaga e adaptável às circunstâncias locais. Para aprofundamento da discussão, ver o artigo de Star e Griesemer em questão (1989).

adquirir visibilidade não apenas nas arenas públicas de debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos, mas além delas. Neste sentido, o intuito é entender como as diversas conotações de *violência obstétrica* são operadas por diferentes atores envolvidos nas querelas em torno da assistência obstétrica no Brasil, buscando compreender as controvérsias inerentes ao debate.

Controvérsias, segundo Adele Clarke (1990), se dão em arenas de interação, onde vários grupos que se importam com um determinado fenômeno se encontram. Segundo a autora, para o caso das ciências da reprodução, em particular, a ciência confronta a política da mudança moral, em que o próprio fazer científico pode se construir de forma a demonstrar compromissos morais controversos. Nesse sentido, no que diz respeito aos grupos que se encontram nas arenas de interação, podemos dizer que as controvérsias sobre a *violência obstétrica* são compostas por um complexo emaranhado de atores sociais: obstetras, pediatras, médicas/os de família, obstetras, enfermeiras obstétricas, doulas, médicas/os sanitaristas, juristas, entre outras/os profissionais, além de usuárias/os do sistema público e privado de saúde. Mas vão além deles: também encontramos neste emaranhado advogada(o)s, jornalistas, vereadora(e)s, deputada(o)s, senadora(e)s. Em todos os casos, trata-se de pessoas com diferentes perspectivas e áreas disciplinares sobre as questões concernentes à assistência à saúde materna e do bebê, que vêm dialogando e se confrontando ano após ano, impulsionando o debate em torno da *violência obstétrica*, seja para defender que este é um tipo de violência que precisa ser combatido, seja para dizer que ela não existe.

No debate público, usualmente se coloca médicos (no masculino) e enfermeiras obstétricas, obstetras e doulas (no feminino)⁶ em lados opostos de uma batalha em torno do que se entende como melhor para a assistência obstétrica. Contudo, é preciso esclarecer que, embora aparentemente homogêneos enquanto classes profissionais, suas posições individuais são heterogêneas e dentro deste universo encontramos médicos dedicados ao combate à

⁶ É evidente o componente de gênero neste debate, em que médicos são tratados como algozes no masculino, e as outras profissionais, sempre tratadas no feminino, são vistas como aliadas no combate à *violência obstétrica*. Esta oposição generificada abre um debate caro à antropologia, o da clássica oposição entre natureza e cultura: de um lado, temos o grupo feminizado, socialmente associado à natureza e que, portanto, seria tido como menos afeito ao modelo tecnocrático de atendimento ao parto (DAVIS-FLOYD, 1992); e de outro, o grupo masculinizado, socialmente associado à cultura que, nas sociedades euroamericanas (STRATHERN, 2005) corromperia a natureza com o excesso de tecnologia utilizado na assistência obstétrica. As implicações destas associações não serão tratadas neste artigo (para um debate sobre o assunto, ver, por exemplo, Pulhez (2015)). E, buscando manter o efeito que esta oposição generificada tem no campo, opto por manter o gênero masculino na grafia de médicos e o feminino na grafia de enfermeiras, obstetras e doulas.

violência obstétrica e enfermeiras obstétricas, obstetizas e doulas menos preocupadas com esse debate.

Para os fins deste artigo, contudo, dou destaque a posicionamentos de entidades médicas representativas, sobretudo o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ). Não espero, com isso, esgotar as opiniões dos profissionais médicos representados por esses conselhos, mas sim apresentar algumas posições oficiais em torno da *violência obstétrica* no Brasil. O objetivo, portanto, é mostrar como oficialmente o conceito de *violência obstétrica* vem sendo operado, de modo que ele é ora negado, ora redefinido como *violência contra o obstetra*, ou *violência institucional*. Além disso, ele é também tratado como uma “invenção de feministas” (DINIZ, 2017) que queriam destituir o poder médico ao inserir na assistência obstétrica as enfermeiras obstétricas, as obstetizas e as doulas, profissionais consideradas por essas entidades incapazes de atender partos sem supervisão médica.

Para cumprir o objetivo do artigo, apresento brevemente o universo empírico que deu origem a esse texto; logo após, faço uma contextualização das controvérsias mais amplas sobre *violência obstétrica* no Brasil; em seguida, trato da questão sobre quem pode atender partos no país; passo, então, à análise de pareceres e resoluções dos conselhos de medicina, mostrando os embates entre as categorias profissionais; e, por fim, analiso a polêmica em torno do conceito ocorrida em 2019, procurando com isso corroborar meu argumento sobre a importância de se pensar *violência obstétrica* como um conceito fronteira.

Universo empírico e procedimentos metodológicos

O recorte empírico deste artigo é fruto de uma pesquisa de doutorado em vias de conclusão⁷, em que procurei realizar o que venho chamando de **etnografia de um conceito**, isto é, a etnografia do conceito de *violência obstétrica*. Compreende-se a etnografia, aqui, como um instrumento metodológico baseado na consideração de que, para compreender o significado das práticas sociais, é necessário que as análises realizadas partam da observação do modo pelo qual as normas e os valores que caracterizam uma sociedade ou um grupo social são postas em

⁷ Pesquisa iniciada em 2015, com trabalho de campo presencial em eventos públicos sobretudo no ano de 2016 e acompanhamento contínuo, até a atualidade, sobre as notícias, controvérsias e polêmicas em torno da *violência obstétrica*. Conforme formula Mariza Peirano (2014), encontrar início, meio e fim em uma etnografia nem sempre é tarefa simples e evidente.

ação pelos seus agentes.⁸ Nesse sentido, meu intuito foi perseguir o conceito de *violência obstétrica* onde ele era debatido publicamente, observando os modos pelos quais os sujeitos envolvidos nos debates operam os significados atrelados à *violência obstétrica*. Fizeram parte do universo observado audiências públicas, congressos de medicina, congressos militantes e científicos, cursos de formação para advogados no combate à *violência obstétrica*, palestras, seminários, entre outros – tendo a maior parte deles ocorrido em 2016. Os sujeitos de pesquisa envolvidos nos debates são – embora não se esgote aí – enfermeiras obstétricas, obstetritztes, doulas, estudantes de saúde pública ou coletiva, médicos de família, médicos sanitaristas, epidemiologistas, obstetras, ginecologistas, advogadas, gestantes, puérperas e mulheres que já pariram.

Além de perseguir o conceito nos debates públicos, foram realizadas entrevistas com personagens importantes nessa querela, bem como a compilação e análise de textos jurídicos e normativas em torno da questão, como pareceres, resoluções, portarias, leis e projetos de lei. Reportagens de jornais e opiniões emitidas em redes sociais também compuseram o universo que pouco a pouco foi evidenciando as complexas tramas das controvérsias em torno do conceito de *violência obstétrica*.

A chegada aos textos que serão tratados neste artigo se deu a partir tanto através do que foi sendo citado pelas pessoas presentes nos eventos referidos – como foi o caso da Resolução 293/2019 do CREMERJ, que será abordada adiante – quanto através de uma busca nos portais dos conselhos federal e regionais de medicina e de enfermagem utilizando a palavra-chave *violência obstétrica*.⁹ O objetivo era entender o posicionamento oficial destas entidades e, embora outros conselhos regionais também apresentem posicionamentos acerca da problemática, o CREMERJ – como espero deixar claro ao longo do texto – vem sendo um ator central nessas discussões ao se posicionar de forma aguerrida contra o uso do termo *violência obstétrica* e contra algumas políticas de promoção do *parto humanizado*. Por sua vez, posicionamentos do

⁸ Sobre o tema, ver, por exemplo, Clifford Geertz (2008).

⁹ A estratégia metodológica com as fontes documentais, portanto, seguiu dois caminhos: o primeiro deles foi dar atenção aos textos que surgiram nos eventos, nos diálogos e nas mídias, percebendo-os como representações da problemática da *violência obstétrica*, representações estas que devem ser consideradas também fatos sociais (Cf. RABINOW, 1999). A segunda estratégia partiu da hipótese de que o tema da *violência obstétrica* começa a ganhar força no Brasil em torno de 2010: ao fazer a pesquisa nas ferramentas de busca dos conselhos federal e regionais de medicina e de enfermagem pela palavra-chave *violência obstétrica*, tinha como objetivo perceber a incidência do termo nos textos normativos na última década e ampliar a fonte de documentos analisados. Importante dizer que, nas ferramentas de busca, não limitei nenhuma data inicial, deixando vir os resultados da pesquisa mais antigos existentes nos sites, e nada anterior a 2014 foi encontrado.

CFM, instância máxima de representação da classe médica no país também serão abordados aqui.

***Violência obstétrica* no Brasil: contextualização do debate**

O Brasil é o campeão de cesarianas no mundo: esta é uma das frases que mais se escuta em eventos de ativistas da *humanização do parto e do nascimento*¹⁰. De fato, segundo pesquisa divulgada em 2018 no jornal britânico *The Lancet* (BOERMA et al, 2018), o país contava com uma taxa de 56% de cesáreas, sendo, no entanto, o vice-campeão no procedimento, perdendo para a República Dominicana, cuja taxa alcançava os 59%. De todo modo, trata-se de um índice considerado alarmante e apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma *epidemia*, e o que se diz é que esforços não devem ser medidos para combater este *excesso* de cirurgias.

A noção de que índices como o do Brasil caracterizam uma *epidemia*, um *excesso*, se consolida na década de 80, quando a OMS realizou uma conferência em Fortaleza que resultou na divulgação de um documento que se transformaria em guia para as práticas de assistência obstétrica dali em diante: o *Appropriate Technology for Birth* (WHO, 1985)¹¹. Neste primeiro de vários documentos lançados pela OMS sobre o assunto ao longo dos anos surge a recomendação de que os países não devem ultrapassar a taxa de 15% de cesarianas (WHO, 1985). Desde então, este valor vem sendo perseguido por meio de políticas públicas de incentivo ao parto *normal*¹², no entanto, o número de cesarianas continuou crescendo.

O cenário *epidêmico* de cesarianas no Brasil tem sido apontado pelo *movimento pela humanização do parto* como um dos muitos tipos de violência que podem ser cometidos contra a mulher no ciclo gravídico-puerperal. O movimento argumenta que a OMS recomenda que os países não ultrapassem 15% de cesarianas no

¹⁰ O *movimento de humanização do parto* no Brasil tem como bandeira principal a adoção de uma assistência baseada em *evidências científicas*, promovendo um cuidado à gestação, ao parto e ao puerpério a partir do estímulo ao *protagonismo* da mulher nos processos decisórios sobre o ciclo gravídico-puerperal. Trata-se de um movimento em rede, cujos atores se espalham em diversas ONGs e coletivos com visões mais ou menos distintas entre si, mas que de forma geral se baseiam nesta bandeira principal aqui descrita. Para maiores detalhes sobre o movimento, ver Rattner et al, 2010.

¹¹ Para uma história das discussões que precederam esta conferência, ver MARSDEN (1997).

¹² As categorias *normal*, *natural* e *humanizado* circulam no universo obstétrico fluidamente, abrangendo distintos significados. Considerando essa multiplicidade, opto por usar **parto vaginal** quando me referir mais amplamente aos partos realizados via vagina. Assim, pode-se incluir aí aqueles que acontecem em casa, nos hospitais, em casas de parto, desassistidos, nas filas dos hospitais, em trânsito, ou seja, todo parto que não seja uma cirurgia cesariana. As outras denominações sempre estão imbuídas de múltiplos sentidos e serão usadas quando se fizerem necessárias.

total de partos, portanto, pode ser que no Brasil boa parte das cirurgias que ultrapassam esse percentual esteja sendo realizada *sem necessidade*, ou *sem real indicação clínica*. Se aproximadamente 70% das mulheres iniciam a gestação desejando um parto normal (NASCER NO BRASIL, 2014) e mais de 50% delas termina numa cesariana, isto pode significar que o desejo de grande parte delas não está sendo respeitado. Nesse sentido, argumenta-se que há violação do direito de as mulheres decidirem sobre o próprio corpo, ferindo sua *autonomia* no parto.¹³

Além disso, o movimento argumenta que muitas dessas mulheres estão mudando de ideia sobre o parto durante o pré-natal, o que poderia indicar uma conduta duvidosa por parte dos profissionais de saúde. Sugere-se que muitos profissionais atuam de maneira a convencê-las de que os partos vaginais são *mais arriscados*, que *alargam a vagina*, causam incontinência urinária, *arruinam o playground do marido*, entre outras coisas, justificando que a cesariana seria um procedimento mais seguro¹⁴.

Com efeito, uma das frases repetidas várias vezes pela militância é *Chega de parto violento pra vender cesárea*, frase atribuída a Simone Diniz, professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), acadêmica e ativista do combate a esse tipo de violência. Segundo ela, o Brasil vende um modelo de assistência obstétrica que faria as mulheres terem medo do parto vaginal. Partos em que as mulheres escutam frases como *na hora de fazer não gritou, na hora de fazer não doeu*. Partos em que o *normal* é a adoção de uma série de *intervenções desnecessárias*, como a manobra de Kristeller¹⁵, a aplicação rotineira da ocitocina sintética¹⁶, a episiotomia¹⁷, a tricotomia¹⁸, o enema, o jejum de água e comida, a amniotomia¹⁹, os exames de toque²⁰ feitos repetidamente, a aplicação de anestesia quando não desejada ou a sua negação quando requisitada, entre outros. O movimento argumenta que esses são procedimentos sem

¹³ A noção de *autonomia* mobilizada dentro do contexto do *movimento pela humanização do parto* é, tal qual a de *violência obstétrica*, imbuída de diversos sentidos. Não há espaço, neste artigo, para esta discussão.

¹⁴ Os termos em itálico desta última frase são parte do vocabulário de profissionais de saúde acusados de promover o medo do parto vaginal.

¹⁵ Manobra que consiste na pressão do fundo uterino para acelerar a expulsão do bebê e encurtar o trabalho de parto.

¹⁶ A ocitocina é o hormônio responsável pelas contrações uterinas que, segundo vários relatos, quando administrada em sua forma sintética, produz dores muito fortes.

¹⁷ Corte no períneo realizado sob a justificativa de facilitar a saída do bebê e acelerar o trabalho de parto.

¹⁸ Raspagem dos pelos pubianos.

¹⁹ Rompimento artificial da bolsa de líquido amniótico, realizado para induzir o trabalho de parto.

²⁰ Exame realizado para medir a dilatação do colo uterino ou a posição da cabeça do bebê.

fundamento no que há de *mais avançado* na chamada *medicina baseada em evidências científicas (MBE)*.

Gritar com as parturientes, humilhá-las, tratá-las com desrespeito, além do *excesso de intervenções* – aí inclusa a realização *desenfreada* de cesarianas –, têm sido atos considerados *violência obstétrica* no Brasil²¹. Com efeito, denúncias de abusos cometidos contra gestantes, parturientes e puérperas vêm acontecendo pelo menos desde a década de 80 – conforme a própria formulação do documento da OMS na Conferência de Fortaleza atesta –, com ampliação do debate ao longo das décadas de 90 e 2000. Mas pode-se dizer que é na década de 2010 que o debate ganha mais força, sobretudo após a publicação de uma pesquisa da Fundação Perseu Abramo, em parceria com o SESC, que divulgou um dado importante para o debate: uma a cada quatro mulheres brasileiras diz ter sofrido algum tipo de violência no parto (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO e SESC, 2010). Ainda que esta pesquisa não mencione o termo *violência obstétrica* especificamente, sua divulgação impulsionou as discussões sobre o assunto no Brasil, apresentando à sociedade um número que antes não se conhecia. Neste sentido, as expressões *25%* ou *1/4* passaram a fazer parte do discurso defensor dos direitos das parturientes. Com isso, o termo *violência obstétrica*, que surgiu documentado pela primeira vez numa lei venezuelana sobre violência contra as mulheres (VENEZUELA, 2013), invadiu as arenas de embate em torno dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil.

É no que tem se chamado de *medicalização do parto*²² que grande parte das acusações de *violência obstétrica* se centram. Isto é, são as *intervenções* consideradas *desnecessárias* e as *cesarianas sem indicação clínica* as protagonistas dos atos de *violência obstétrica* cometidos contra as gestantes e parturientes, mesmo que – não podemos negar – casos de gritos, xingamentos, tapas, empurrões e humilhações sejam também denunciados no debate público.

É aqui, nos procedimentos, que moram as maiores controvérsias. As entidades médicas reconhecem que existem *casos raros* de profissionais que tratam mal suas pacientes, mas são bastantes

²¹ Sobre isso, ver, por exemplo, D'Oliveira et al (2002), Diniz et al (2018).

²² A noção de medicalização vem sendo debatida há várias décadas pela sociologia. Uma das definições possíveis é de Peter Conrad (2005), segundo o qual a medicalização se dá pela definição de um problema social em termos médicos, transformando-o em uma doença ou distúrbio ou usando uma intervenção médica para tratar esse problema. Discutir os diversos sentidos de medicalização encontrados em campo não faz parte do escopo deste texto, mas cabe observar que há uma tendência preponderante a associar menos medicalização a abordagens mais “naturais” do parto e do nascimento, o que possibilita um extenso debate sobre natureza e cultura, tão caro à antropologia e tão presente no contexto da *humanização*.

resistentes à ideia de que os procedimentos médicos em si possam ser violentos. Atribuem isto a *modismos* perpetuados por pessoas *não capacitadas* na arte de partejar e alertam, por exemplo, para os riscos aos quais as gestantes estariam sendo submetidas ao se decidirem por um parto domiciliar planejado. Argumentam que o parto seria um evento de *alta complexidade*, sujeito a *imprevistos* cuja rápida resolução só seria possível em contexto hospitalar. No que diz respeito aos partos em hospital, criticam a apresentação de planos de parto denominados *irresponsáveis*, que buscariam *restringir a autonomia* do médico e *criminalizariam* procedimentos muitas vezes *necessários*. Criticam, também, a presença de doulas que *não sabem seu lugar* e que *interferem* no trabalho do médico, sendo elas pessoas que *não têm capacitação* para atender partos.

Mas quem pode atender partos no Brasil? De uma maneira rápida, poderíamos dizer que os profissionais capacitados para atender partos vaginais são os médicos obstetras, as enfermeiras obstétricas e as obstetizas. Doulas não estão aptas a atender partos. Elas são pessoas sem experiência e formação técnica na área de saúde, que provêm suporte emocional e físico às mulheres gestantes, parturientes e puérperas. São classificadas, desde 2009, como uma ocupação na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)²³, sendo exigido como mínimo de formação o nível médio.

Quanto às enfermeiras obstétricas, às obstetizas e aos médicos obstetras, possuem formações distintas. Enquanto as primeiras e as segundas estão aptas a atender partos vaginais *sem distócia*²⁴, partos distócicos e cesarianas são de competência apenas dos médicos obstetras. É ponto pacífico entre todos esses profissionais que os últimos tipos de parto são de responsabilidade apenas dos obstetras. O que gera polêmica, contudo, é se partos vaginais *sem intercorrências* podem ser atendidos apenas por enfermeiras obstétricas e/ou obstetizas.

A polêmica está presente em diversos âmbitos: em pareceres redigidos pelo CFM, em resoluções promulgadas pelos conselhos federal e regionais de medicina e de enfermagem, nas portarias que regulamentam o exercício da obstetrícia no país. São documentos que refletem posicionamentos divergentes das classes profissionais e que revelam disputas que podem ser compreendidas na chave do que Brigitte Jordan (1992) chamou de *authoritative knowledge*, que aqui chamarei de conhecimento autoritativo,

²³ CBO 3221-35. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>. Acesso em julho de 2020.

²⁴ Distócias são quaisquer complicações que podem comprometer o bom andamento do parto. Para uma definição mais detalhada, ver FEBRASGO (2017).

conforme a bibliografia brasileira vem usando.²⁵ Segundo Jordan, este tipo de conhecimento é aquele possuído não necessariamente por aqueles que detêm autoridade, mas sim por aqueles que de algum modo conseguiram fazer com que seu conhecimento fosse legitimado como aquele que importa (*that counts*) em determinado contexto e que ganha aparência de naturalidade, como se não tivesse sido construído socialmente. Este seria o caso, segundo ela, do conhecimento estabelecido na medicina obstétrica, a qual, através de seus atores, tende a não reconhecer outros conhecimentos como legítimos, tais como aqueles das enfermeiras obstétricas, das obstetrizes e das doulas.

O que é interessante de ver no contexto de denúncias²⁶ de *violência obstétrica* é justamente a contestação do poder-saber detido majoritariamente pela classe médica, trazendo à cena os saberes mobilizados por outros profissionais de saúde, como as enfermeiras obstétricas e as obstetrizes. Além disso, surge no debate a relevância dos conhecimentos próprios de doulas e usuárias do sistema de saúde no momento do parto, configurando uma busca pela horizontalidade dos saberes.

Como haveria de se esperar, essa contestação não é recebida sem resistência e são algumas reações de médicos e suas entidades representativas que procuro explorar na próxima seção.

***Violência obstétrica* sob o ponto de vista das entidades de classes profissionais**

Num parecer do CFM (2014) sobre uma consulta acerca dos Centros de Parto Normal (CPN), a médica pediatra que solicita um posicionamento do conselho afirma:

*Sou médica pediatra e trabalho como plantonista numa maternidade municipal em Londrina-Pr. Há 20 anos. Nesta maternidade temos obstetras, pediatras e anestesistas 24 horas. Agora a Prefeitura está implantando o Projeto Cegonha do Ministério da Saúde e para que venha a verba é necessário que seja construída, anexa ao prédio da maternidade (até 200m), uma casa de parto, sendo que esta será de responsabilidade de enfermeiras. Só que nós como plantonistas da maternidade em anexo teremos que dar suporte para essa casa de parto. **Ou seja, quando complicar,***

²⁵ Cf. FLEISCHER (2011).

²⁶ As denúncias aqui referidas podem ser tanto no âmbito da justiça privada, quanto no da justiça pública, através de Ações Cíveis Públicas abertas por Ministérios Públicos Estaduais. Além disso, considero como denúncias todo e qualquer tipo de publicização do debate na mídia sobre casos de *violência obstétrica*.

vão despejar essas pacientes para a maternidade! Outro absurdo: retrocesso total, nessa casa de parto o bebê não terá assistência do pediatra! (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014. Grifos meus)

O texto da pediatra acima parece demonstrar uma clara preocupação com os casos de partos que podem apresentar complicações e que, por isso, serão *despejados* na maternidade onde os médicos obstetras e pediatras serão os responsáveis por atendê-los. Na perspectiva da médica e, também, do parecer, existem riscos quando partos são atendidos exclusivamente por enfermeiras obstétricas e obstetrizes. Os CPNs (ou Casas de Parto), foram regulamentados em 1999 (BRASIL, 1999a; BRASIL, 1999b) e foram definidos como unidades de saúde onde se presta “atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias” (BRASIL, 1999b). Em 2009 (BRASIL, 2009), 2011 (BRASIL, 2011)²⁷ e 2015 (BRASIL, 2015) o Ministério da Saúde alterou a regulamentação dos CPNs. No entanto, a sua definição permaneceu muito semelhante à original, referindo-se aos locais no quais os *partos sem distócia* podem ser atendidos por uma equipe composta por enfermeiras obstétricas, obstetrizes e técnicos em enfermagem, sem a necessária presença de médicos obstetras, pediatras, anestesistas e neonatologistas.²⁸

A não obrigatoriedade da presença de um médico nos CPNs é questionada no parecer do CFM. Para o relator, “*a falta de estrutura adequada, de recursos humanos e de uma unidade de referência próxima podem representar riscos imensuráveis à população atendida nesses locais*”. E acrescenta que o CFM redigiu a Resolução 2056 em 2013 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013) na qual estabelece que “*os partos normais, em gestantes de risco habitual, realizados por parteiras e enfermeiras obstétricas, em maternidades ou Centros de Parto devem ser supervisionados por médicos nos termos do artigo 22 parágrafos 10 e 20 desta resolução*”. No artigo 22, por sua vez, lê-se: “*é vedado ao médico delegar a outro profissional ato privativo de médico, mesmo quando integrante de equipe multiprofissional*”.

Munido destes textos normativos, o relator conclui que apesar das recomendações do Ministério da Saúde sobre a atuação exclusiva

²⁷ Portaria 1459/2011. A Rede Cegonha foi criada durante o primeiro mandato da Presidenta Dilma Rousseff e se constitui como “uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011, Art. 1º).

²⁸ Centros de Parto Normal ou Casas de Parto podem ser dentro do hospital (intra-hospitalares), fora dele (extra-hospitalares) ou ao lado (peri-hospitalares). Em todos os tipos, segundo a legislação vigente, não é necessária a presença de um médico, sendo de responsabilidade de enfermeiras obstétricas ou obstetrizes o atendimento aos partos vaginais.

de enfermeiras obstétricas e obstetizas em CPNs, é preciso exigir para o funcionamento destas Casas de Parto

a supervisão do médico obstetra, a proximidade (até 200 metros) de hospital com toda a infraestrutura médica e técnica para o atendimento de intercorrências com a paciente e/ou o recém-nascido, e ainda a imediata avaliação deste pelo pediatra plantonista do hospital de suporte, mesmo nos casos em que não ocorra qualquer intercorrência. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014. Grifos meus)

O que é possível observar neste parecer é um embate representado pelos textos normativos entre as recomendações do Ministério da Saúde e o CFM. Se, por um lado, o Ministério da Saúde estimula que partos de *risco habitual* sejam atendidos por enfermeiras obstétricas e obstetizas, redigindo portarias que regulamentam a atividade, por outro, parte da classe médica luta contra tais recomendações a partir da promulgação de resoluções, tais como a citada no parecer.

Ao menos desde o final da década de 90, o estímulo do Ministério da Saúde à não necessidade de médicos durante o atendimento obstétrico esteve em conformidade com recomendações da OMS sobre o papel da parteria (*midwifery*) para a melhoria na assistência ao parto (WHO, 2001; 2004; 2006), graças sobretudo à formação de cunho *menos intervencionista* de obstetizas e enfermeiras obstétricas²⁹, o que, por sua vez, contribuiria para uma menor *medicalização* dos processos reprodutivos. Contudo, uma parte da classe médica parece não se sentir representada quando se trata das discussões acerca da *humanização do parto e do nascimento*, chegando a afirmar que foram apartadas do debate pelo Ministério da Saúde, conforme se lê em outro parecer publicado pelo CFM em 2018:

*Os movimentos sociais e feministas, apoiados em publicação da OMS de 1996, e em outras surgidas após este período, organizaram protocolos de atenção ao parto voltados para a chamada “atenção humanizada ao parto”, com foco principal na assistência provida pela enfermeira obstétrica e a doula. **As evidências científicas encontradas passaram a ser chamadas de “boas práticas”, o que, por si só, discrimina as práticas que não estejam de acordo com estas.** É importante salientar que o Ministério da Saúde vem dando total apoio a estes movimentos, em especial nas últimas duas décadas, e **estabelecendo políticas públicas sem ouvir as entidades***

²⁹ Sobre a formação destas profissionais, ver RIESCO e TSUNECIRO (2002).

médicas, que foram completamente afastadas deste cenário.
(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018, p. 3-4. Grifos meus.)

O parecer acima foi publicado em resposta a uma consulta do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRM-DF) sobre a proliferação de leis sobre *violência obstétrica* nos últimos anos. Trata-se de um texto interessante para pensar os modos como parte da classe médica vem entendendo o debate sobre *violência obstétrica* e que evidencia a sensação de apartamento destas discussões, conforme o trecho em destaque. Para o conselheiro-relator deste parecer, o médico Ademair Carlos Augusto, o termo *violência obstétrica* é inadequado e deveria receber outra designação, posto que a *verdadeira violência é institucional*, dada a ausência de condições adequadas para o atendimento, como a falta de leitos e de insumos; e dado que a *violência* contra a gestante não é cometida apenas por obstetras, mas também por outros profissionais de saúde e "*outros personagens envolvidos no atendimento à mulher*" (p.11).

Na apreciação do conselheiro-relator, a valorização do trabalho das enfermeiras obstétricas e doulas não deveria acontecer em detrimento do trabalho dos médicos, que vêm sendo, segundo ele, exclusivamente responsabilizados pelas "*mazelas da ineficiência do acesso à saúde*" (p.11). Isto seria fruto de "*movimentos político-ideológicos*" que vêm "*influenciando negativamente na harmonia das equipes profissionais*" (p.11), uma vez que os obstetras observam sua participação diminuída e questionada através de uma série de regras e protocolos do Ministério da Saúde. Neste sentido, afirma:

O CFM repudia os atos que reduzem a participação dos médicos obstetras na integralidade do atendimento à gestante, assim como na demonização progressiva a que esta especialidade está sendo exposta, em especial pela responsabilização dos graves indicadores de mortalidade e morbidade na área materno-infantil. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018, p. 12. Grifos meus)

No que parece ser uma tentativa de demonstrar que o aumento da morbimortalidade materna não é de responsabilidade dos médicos, o obstetra Raphael Câmara Medeiros Parente, conselheiro do CREMERJ, afirmou em artigo no jornal *O Globo* (PARENTE, 2018) que o aumento da mortalidade materna na cidade do Rio de Janeiro tem relação direta com a retirada de obstetras do atendimento do pré-natal e do parto. Segundo ele, entre os anos de 2015 e 2017, naquela cidade, "*as consultas realizadas por obstetras caíram de um patamar já muito baixo, de 15%, para apenas 4%. Ou seja, em cada cem consultas de pré-natal da rede*

municipal de saúde, apenas quatro são feitas por obstetras³⁰, sendo metade realizadas por enfermeiras e o restante por médicos generalistas. E continua: "Além do pré-natal, os partos feitos por obstetras na rede municipal caem ano a ano, o que coincide com o aumento da mortalidade materna. Os partos por enfermeiros subiram de menos de 18,7%, em 2015, para 23,3% em 2017".

Parente compreende a ausência do obstetra na assistência à gravidez e ao parto como fator determinante para a piora na qualidade do atendimento obstétrico. Para ele, existiria uma superioridade no conhecimento do obstetra que deve ser respeitado enquanto aquele que detém o conhecimento legítimo, que é o melhor para a saúde do binômio mãe-bebê, que vai garantir às gestantes, parturientes e nascituros a melhor assistência possível.

É nesse sentido que Parente e o CREMERJ vêm se colocando veementemente contra certas políticas que podem ser lidas como estimuladoras da *humanização do parto* e como combatentes da *violência obstétrica* nos sentidos dados pelo *movimento pela humanização do parto*³⁰. Em 2012, o CREMERJ pediu a cassação do CRM do médico Jorge Kuhn, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), por este ter defendido, em rede nacional de televisão, o parto domiciliar. No mesmo ano, o Conselho também redigiu resolução proibindo os médicos do estado do Rio de Janeiro de prestarem assistência a partos domiciliares (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2012), que foi, mais tarde, revogada pela Justiça (BRASIL, 2014). E, em janeiro de 2019, publicou nova resolução dificultando, para as gestantes, a realização de planos de parto (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2019b).

Planos de parto são documentos elaborados pelas gestantes, preferencialmente em diálogo com o profissional de saúde que realiza o pré-natal, em que elas enumeram uma série de preferências, desejos e expectativas para o momento do parto. Para Raphael Parente, o grande problema deles são as *imposições* quanto aos procedimentos a serem adotados durante o trabalho de parto. Neste sentido, enquanto integrante da Grupo de Trabalho

³⁰ Cabe esclarecer que os próprios sentidos dados ao conceito de *humanização* também são polissêmicos, como já apontava Simone Diniz em sua tese de doutorado (2001). Dizer que Parente e o CREMERJ se colocam contra as políticas de *humanização* não é o mesmo que dizer que eles são a favor de que se cometa *violência* contra as mulheres no parto, mas sim que os sentidos dados por eles à *humanização* também são diferentes daqueles preconizados por diversas políticas públicas colocadas em prática nas últimas décadas.

em Saúde Materno-Infantil do CREMERJ, elaborou a Resolução nº 293/2019, que diz:

Art. 1º É vedado ao médico aderir e/ou subscrever documentos que restrinjam ou impeçam sua atuação profissional, em especial nos casos de potencial desfecho desfavorável materno e/ou fetal.

Art. 2º A vedação contida no art. 1º não abrange as demais medidas sugeridas pela paciente no que se refere à ambiência, autorização para participação como espectador do parto, dentre outras que não se relacionem com a prática do ato médico. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2019)

Diversas respostas foram produzidas a essa Resolução, por exemplo uma recomendação da Defensoria Pública da União e do Ministério Público Federal (MPF)³¹ para que houvesse a sua revogação ou então um parecer do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN-RJ) contestando a proibição de médicos de assinarem um plano de parto.

(...) devemos falar sobre o PLANO DE PARTO como algo que é um direito da mulher, muitas das vezes uma comunicação simples baseada nas evidências científicas e apenas confirmando a sua autonomia. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO, 2019)

No entanto, para o autor da Resolução do CREMERJ, o plano de parto não deve ser um documento que aborde os procedimentos médicos, algo que podemos interpretar que o COREN-RJ prevê ao mencionar o termo *evidências científicas*. Em uma palestra proferida em 29 de março de 2019, no Seminário Parto e Aborto³², Parente afirmou que não se trata de restringir às gestantes o direito de escolher o acompanhante, por exemplo, mas de limitar escolhas em torno de procedimentos médicos (ou atos médicos) que seriam por vezes necessários durante o trabalho de parto. Para ele, haveria um desconhecimento por parte daqueles que redigem os planos de parto sobre a necessidade dos procedimentos e exigir que alguns não sejam feitos feriria a *autonomia médica*. Segundo o obstetra, vêm crescendo

Modismos na obstetrícia que são deletérios à boa prática médica e que colocam em risco a gestante e o concepto, além de interferirem de forma perigosa no Ato Médico. A situação se tornou tão grave

³¹ Disponível em <http://www.mpf.mp.br/rj/sala-de-imprensa/docs/pr-rj/recomendacao%20cremerj.PDF>. Acesso em 21 de jun. de 2020.

³² Organizado pelo CREMERJ, o seminário contou com a participação de representantes de entidades médicas e deputados e deputadas estaduais e federais responsáveis pela elaboração de projetos de lei relativos ao assunto.

*que, atualmente, quem muitas vezes decide os procedimentos a serem tomados pelos obstetras **são pessoas sem preparo para decisões que envolvem vida e morte.*** (PARENTE, 2019. Grifos meus.)

Sob seu ponto de vista, são os médicos os detentores do conhecimento válido, e outros profissionais não poderiam querer se sobrepor. Sobre isso, disse exaltado em sua palestra:

Vocês vão me desculpar, mas quem vai falar pra mim o que tá certo e o que tá errado não é a doula! Quem vai falar pra mim o que tá certo e tá errado é o obstetra! Eu não vou discutir ato médico de vida ou morte com quem não é obstetra! Não vou! (Palestra de Raphael Câmara Medeiros Parente no evento Parto e Aborto. Rio de Janeiro, 2019)

A referência à doula na fala acima provavelmente diz respeito ao fato de que esta é considerada uma personagem importante na divulgação de informações para as gestantes e, além disso, porque acompanham o trabalho de parto, acabariam interferindo em assuntos técnicos que não são de sua alçada. O artigo de Herculano et al (2018) chama a atenção para as tensões entre os diferentes profissionais de saúde e as doulas na assistência obstétrica. Segundo as autoras, as orientações passadas pelas doulas às gestantes “vão de encontro à predominante biomedicina intervencionista, o que transforma o trabalho de parto num cenário de disputa entre modelos de assistência” (p.703). Assim, na pirâmide hierárquica de saberes, as doulas ocupariam a base, uma vez que o saber/fazer da doula seria visto como subjetivo, intuitivo e não técnico. Por isso, aos olhos de outros profissionais, a sua presença seria substituível e até mesmo dispensável.

Percebo, ao ouvir falas de médicos no meu campo e ao ler relatos em artigos científicos como o citado acima, que o conhecimento não técnico das doulas quanto aos processos reprodutivos é visto como menor, o que deslegitima as informações que elas passam às gestantes sobre o parto, materializadas nos planos de parto. Em uma mesa redonda a que assisti em 2016, num congresso de Ginecologia e Obstetrícia, um médico que compunha a mesa, respondendo à minha interpelação sobre o que os palestrantes achavam do papel das enfermeiras obstétricas na atuação na assistência obstétrica, afirmou que as doulas *precisam entender o seu lugar* e que existe uma *hierarquia técnica que deve ser respeitada. Quem manda no parto é o médico* – finalizou, irritado.

Ainda que eu não tivesse mencionado a figura da doula na minha pergunta, as respostas acabaram caminhando nesse sentido, que

na época interpretei como uma confusão por parte daqueles médicos e médicas sobre o que faz a doula e o que faz a enfermeira obstétrica. Confusão ou não, o que de todo modo ficou evidente nesse momento foi um claro posicionamento sobre o conhecimento detido por médicos no que diz respeito à assistência obstétrica, tanto em relação às enfermeiras quanto em relação às doulas, posicionamento evidenciado na fala: *quem manda no parto é o médico*.

O conhecimento não técnico das doulas, portanto, se opõe ao conhecimento técnico de obstetras – assim como o de enfermeiras que, segundo Herculano et al (2018), também entram em conflito com as doulas –, e seria a ausência do “verdadeiro” conhecimento um dos fatores responsáveis pela *demonização* dos procedimentos médicos, o que geraria malefícios à saúde da gestante e do bebê.

Assim, no tocante à chamada *violência obstétrica*, este é um termo que, de acordo com alguns documentos oficiais das entidades médicas, deveria ser abolido, pois ele seria uma clara perseguição aos obstetras, uma vez que se entende que isso os estigmatiza e transforma os cuidados médicos em atos de *violência*. Dizer que a realização de cesarianas ou que a adoção de determinados tipos de procedimento no parto constitui *violência obstétrica* é compreendido por parte dos médicos como uma forma de apartamento dos obstetras de um cuidado que lhes pertenceria hierarquicamente. O termo teria sido criação de movimentos sociais e feministas de “cunho ideológico”, que apoiariam um trabalho entendido como menos qualificado para o atendimento ao parto. Tratar-se-ia, assim, de um *lobby* das enfermeiras obstétricas, obstetras e doulas para reservarem a si um nicho de mercado, em detrimento de um atendimento “verdadeiramente” seguro e de qualidade. Conforme a fala de uma médica no evento Parto e Aborto numa mesa intitulada Violência contra o obstetra:

Quando eu relaciono a violência aos procedimentos, eu relaciono a violência com os obstetras, e eu tô dizendo que o médico é violento. Eu tô afastando o médico da assistência e muita gente tem interesse nisso e a gente tem que tomar cuidado. (Palestra Violência contra o obstetra no Seminário Parto e Aborto do CREMERJ. Rio de Janeiro, 2019).

Para ela, a sociedade brasileira está enfrentando um processo de *demonização dos procedimentos médicos*, uma *desvalorização do papel dos médicos*, um *assédio para cumprir metas inatingíveis* – numa clara referência à taxa de 15% de cesarianas preconizada

pela OMS³³. Além disso, para o caso de transferências por complicações, são os obstetras sempre considerados os *responsáveis por desfechos desfavoráveis*. Eles estariam na *linha de frente* assumindo aquilo que seria, sob esse ponto de vista, fruto de uma *violência institucional*, e não *obstétrica: falta de insumos, falta de profissionais, remuneração ruim, falta de leitos*, entre outros. Nesse sentido, todos sofreriam *violência institucional*: profissionais de saúde e gestantes.

A partir da análise dos documentos citados e do que foi observado ao longo do trabalho de campo em eventos públicos, pude perceber que, para uma parcela da classe médica, a utilização do termo *violência obstétrica* seria por si só uma *agressão* ao obstetra, ou uma *violência contra o obstetra*. Por estas razões, para esta parcela de médicos, o termo deveria ser abolido.

Esta demanda dos médicos foi atendida pelo Ministério da Saúde no primeiro semestre de 2019, culminando num despacho em 3 de maio daquele ano, que condenava o uso do termo *violência obstétrica*. Segundo o documento,

O posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo 'violência obstétrica' tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério. (BRASIL, 2019b)

Pautando-se na definição oficial da OMS do termo *violência*³⁴, afirma-se no despacho que o ato de *violência* tem necessariamente um caráter de intencionalidade, o que não se aplicaria ao caso do atendimento obstétrico, pois *“acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano”* (BRASIL, 2019d). Isto posto, o termo *violência obstétrica* seria impróprio, não agregaria valor e *“estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada”*.

O despacho do Ministério da Saúde surpreendeu toda a comunidade envolvida nas discussões sobre o assunto. Notas de ONGs foram divulgadas condenando a decisão (NASCER DIREITO,

³³ Em 2015, a Agência Nacional de Saúde (ANS) publicou a Resolução nº 368/2015 obrigando os planos de saúde a divulgarem a taxa de cesarianas dos médicos conveniados. Esta foi uma resposta dada a uma Ação Civil Pública aberta em 2010 pelo Ministério Público Federal (Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100), que teve como uma de suas demandas ações para a redução da taxa de cesarianas no sistema privado de saúde.

³⁴ “Uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (WHO apud BRASIL, 2019b).

2019). A OAB Mulher do Rio de Janeiro publicou nota oficial repudiando o veto (GAUDIO, 2019). O Conselho Nacional dos Direitos Humanos expediu recomendação ao Ministério da Saúde para desconsiderar o despacho (BRASIL, 2019a). Uma série de reportagens foi escrita condenando a decisão e questionando as razões pelas quais o Ministério teria adotado esta postura (CANCIAN, 2019; BRANDALISE, 2019; LARA, 2019), já que até então ele teria sido parceiro nas políticas de *humanização do parto* e no combate à *violência obstétrica*.

O MPF, por sua vez, recomendou que o Ministério da Saúde atue no combate à *violência obstétrica*, em vez de proibir o uso do termo (BRASIL, 2019c). Também o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2019) endossou a Recomendação do MPF e se posicionou contrário ao despacho.

Por outro lado, o CREMERJ publicou uma nota de apoio ao despacho do Ministério da Saúde, em que cita a posição do conselheiro Raphael Câmara Medeiros Parente:

Há anos lutamos para que o termo “violência obstétrica” deixe de ser usado, pois abre brechas contra o obstetra, o demonizando e o colocando como culpado, sendo que, na verdade, ele é vítima junto com a gestante. O que existe na verdade é uma violência institucional por meio de maternidades sem condições e muitas como verdadeiras masmorras medievais Brasil afora, sem obstetras, pré-natal sem médicos, falta de segurança, salários péssimos e isso quando se recebe sem tomar calote, vínculos precários sem concurso. Tudo isso são fatores que atingem as gestantes e também aos médicos. É contra isso que as pacientes devem lutar e não contra nós, médicos atizados por pessoas de viés ideológico antimedicina. É uma luta do atual Cremerj resolver este problema. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2019b)

Em declaração à Folha de São Paulo, em reportagem sobre o assunto (CANCIAN, 2019), conselheiro Ademar Carlos Augusto, autor do parecer nº 32/2018 citado anteriormente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018), afirmou que a definição de *violência obstétrica* tem um *viés ideológico* e esta discussão teria vindo importada de países com *viés socialista*, como a Argentina e a Venezuela. Revela-se, aqui, uma associação entre a luta pelo fim da *violência obstétrica* com bandeiras *socialistas* ou *de esquerda*, associação esta que não é tão simples assim.³⁵

³⁵ Um exemplo rápido sobre isso é um projeto de lei do deputado Marco Feliciano, político abertamente adepto da ala considerada conservadora do congresso, que propõe a transformação da *violência obstétrica* em crime de constrangimento ilegal. PL 2589/2015, disponível em

Mais tarde, o despacho foi revisto pelo Ministério da Saúde por meio de um ofício em resposta à Recomendação do MPF, em que se reconhece

o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas, assim como demonstrado nos estudos científicos e produções acadêmicas que versam sobre o tema. (BRASIL, 2019d)³⁶

Os casos acima relatados mostram que negar o uso do termo *violência obstétrica*, ou afirmar que o que existe na realidade é *violência contra o obstetra*, ou então *violência institucional*, é parte constitutiva das controvérsias que procuram definir *violência obstétrica*. Além disso, o próprio debate científico em torno das práticas obstétricas – que como todo debate científico também é político, porque parte de um saber situado (HARAWAY, 1995) –, ora considerando um procedimento *desnecessário* e, por isso, *violento*, ora considerando um procedimento *necessário* e, por isso, *não violento*, constitui o caráter frouxo e fronteiro do conceito de *violência obstétrica*.

Mas essa frouxidão própria dos conceitos fronteira (LÖWY, 1992) é que gera a força de seu efeito. Ou seja, mesmo que seja difícil encontrar uma precisão na conotação do termo, são os debates em busca desta precisão que fortalecem os efeitos gerados pelo conceito. Isto significa dizer que, para o caso de *violência obstétrica*, quanto mais polêmico o conceito se torna, mais se fala sobre ele, e mais fortes são os efeitos nas políticas de direitos sexuais e reprodutivos para as mulheres.

Considerações Finais

O objetivo deste artigo foi apresentar algumas das controvérsias em torno do conceito de *violência obstétrica*, mostrando de que modo podemos pensá-lo como um conceito fronteira, cuja frouxidão é capaz de gerar a força de seu efeito. O fato de pessoas ligadas ao *movimento de humanização do parto* terem, ao longo de vários anos, conseguido levar as discussões sobre a assistência obstétrica

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1618070>. Acesso em 21 de jun. de 2020.

³⁶ No entanto, o ofício não menciona o termo *violência obstétrica* nenhuma vez, o que foi interpretado por alguns grupos ativistas com desconfiança.

às arenas públicas de debate, denunciando práticas consideradas violentas, gerou efeitos de resistência dentro das estruturas do poder médico. Isto, por sua vez, fez com o conceito de *violência obstétrica* começasse a ser debatido, discutido, redefinido, negado ou rejeitado, denotando o seu caráter fronteiro, nos termos de Ilana Löwy (1992).

O que propus neste artigo foi mostrar de que modo esse caráter fronteiro se apresenta quando o conceito é operado por parte da classe médica. Assim, o que foi possível observar é que a caracterização de procedimentos da medicina como violentos parece ser o que causa a maior revolta entre os médicos, já que se trata de um conhecimento adquirido para a promoção do cuidado da saúde materno-infantil. Para uma parte dos médicos, a associação de práticas de cuidado à *violência* é fruto de movimentos sociais e feministas que pautam a discussão sobre obstetrícia com base em *ideologia*, defendendo a assistência obstétrica por pessoas consideradas pouco ou nada qualificadas para a tarefa, como seriam as enfermeiras e as doulas. Sob este ponto de vista, a “invenção” do termo *violência obstétrica* só serviria para difamar a imagem dos médicos e exaltar a de outros profissionais, colocando em risco a qualidade de atendimento e a saúde da gestante e do bebê, qualidade esta que adviria sobretudo do conhecimento autoritativo (JORDAN, 1992) da medicina.

Podemos dizer, neste sentido, que o parto vem se tornando um cenário de disputas entre modelos de assistência (HERCULANO *et al*, 2018). Mais do que isso, é nesse cenário que estão colocadas em evidência as controvérsias científicas – que são ao mesmo tempo morais e políticas – (CLARKE, 1990), que giram em torno da assistência obstétrica. Parir, mais que um evento do âmbito privado e familiar, tornou-se um evento político em torno do qual diversos atores estão mobilizados.

Nesta arena de controvérsias encontramos médicos obstetras, enfermeiras obstétricas, obstetrizes e doulas disputando espaço na assistência não apenas como mera reserva de mercado, mas também como espaço de legitimação de seus saberes. O saber médico, envolto pela capa da autoridade indelével, torna-se questionável e disputável, assistindo a suas estruturas serem abaladas por saberes considerados menores.

Parir, mais que um evento da saúde, transforma-se também em um espaço de querelas jurídicas e legislativas, representadas nesse texto pelos pareceres e resoluções dos conselhos de medicina, que

citam abundantemente leis, políticas públicas e afins, as quais se fazem no debate entre sociedade civil e Estado.

É em um cenário de disputas que as discussões sobre o parto se transformam em discussões sobre *violência obstétrica*, as quais reverberam em debates mais amplos sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Enquanto um conceito fronteira, um conceito impreciso, mas ao mesmo tempo robusto, *violência obstétrica* evidencia as controvérsias de ordem moral e política que se encerram neste debate.

Lista de Siglas

ANS	Agência Nacional de Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN-RJ	Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro
CPN	Centro de Parto Normal
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
CRM-DF	Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MPF	Ministério Público Federal
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde

Referências Bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. *Resolução 368*, de 6 de janeiro de 2015.

Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>. Acesso em 14 jul. 2020.

BOERMA, T. et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, v. 392, n.10155, pp. 1341–1348, 2018. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30322584>. Acesso em 22 mai. 2019.

DOI:10.1016/s0140-6736(18)31928-7

BRANDALISE, Camila. Ministério da Saúde extingue termo *violência obstétrica*; entidades repudiam. *Violência contra a mulher. Universa. Uol*. 6 de maio de

Violência obstétrica no Brasil: controvérsias em torno de um conceito

2019. Disponível em:

<https://universa.uol.com.br/noticias/redacao/2019/05/06/governo-extingue-termo-violencia-obstetrica-entidades-criticam.htm>. Acesso em 22 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 888*, de 12 de julho de 1999 (a). Disponível em:

http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P888_99obst.doc. Acesso em 21 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 985*, de 5 de agosto de 1999 (b). Disponível em:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria_985_1999_cpn.pdf. Acesso em 21 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2048, de 3 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html. Acesso em 22 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. *Portaria nº 1459*, de 24 de junho de 2011. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 21 mai. 2019.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 2ª Região, 2ª Vara Federal. Processo n. 0041307-42.2012.4.02.5101. Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro e Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Juiz Federal Mauro Luis Rocha Lopes. *Sentença*, 2 de setembro de 2014. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/documentos/140569879/processo-n-0041307-4220124025101-da-2a-vara-federal-do-trf-2>. Acesso em 22 de mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. *Portaria nº 11*, de 7 de janeiro de 2015. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acesso em 21 de mai. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Recomendação ao Ministro da Saúde sobre políticas públicas em relação à *violência obstétrica*.

Recomendação nº 5, de 9 de maio de 2019 (a). Leonardo Penafiel Pinho.

Disponível em: https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/copy_of_Recomendacon5ViolnciaObsttrica.pdf. Acesso em 22 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Despacho DAPES/SAS/MS*. 3 de maio de 2019 (b). Disponível em:

https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=3a1a0ad9a9529cf66ec09da0eaa100f43e3a71dadcb400a0033aeade6e480607ee223e8f2f

Violência obstétrica no Brasil: controvérsias em torno de um conceito

b1395ed3ce25c6062032968378cd9f7a37a4dc6dfb5a3ca708709d&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em 22 mai. 2019.

BRASIL. Ministério Público Federal. *Recomendação nº 29*, de 7 de maio de 2019 (c). Ana Carolina Previtalli Nascimento. Disponível em: http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf/. Acesso em 22 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Ofício Nº296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS*. 7 de junho de 2019 (d). Disponível em <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>. Acesso em 11 jul. 2020.

CANCIAN, Natália. Ministério da Saúde veta uso do termo '*violência obstétrica*'. *Folha de São Paulo*, 7 de maio de 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/05/ministerio-da-saude-veta-uso-do-termo-violencia-obstetrica.shtml>. Acesso em 22 mai. 2019.

CERES, Grupo. *Espelho de Vênus*. Identidade Social e Sexual da Mulher. Rio de Janeiro. Brasiliense, 1981.

CLARKE, Adele. Controversy and the Development of Reproductive Sciences. *Social Problems*, v.37, n.1, pp. 18-37, 1990. DOI: 10.2307/800792

CONRAD, Peter. The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 46, pp. 3-14, 2005.
<<https://doi.org/10.1177%2F002214650504600102>>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. A expressão "*violência obstétrica*" é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética. *Parecer CFM nº 32*, de 23 de outubro de 2018. Relator: Ademar Carlos Augusto. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/32>. Acesso em 21 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Trata também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil, inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos. *Resolução nº 2056*, de 20 de setembro de 2013. Relator: Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2056>. Acesso em 21 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Os Centros de Parto Normal são regidos pelas Portarias n.ºs 888/99 e 985/99, instituídas pelo Ministério da Saúde, mas deverão obedecer a Resolução CFM nº 2.056/13. *Parecer CFM nº 7*, de 30 de maio de 2014. Relator: José Fernando Maia Vinagre. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2014/7_2014.pdf. Acesso em 16 mai 2019.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Dispõe sobre a proibição da participação do médico em partos domiciliares. *Resolução nº 265*, de 13 de julho de 2012. Disponível em: <http://direitomedico.blogspot.com/2012/07/resolucao-cremerj-n-2652012-proibe.html>. Acesso em 21 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno-fetal. *Resolução nº 293*, de 23 de janeiro de 2019 (a). Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1390>. Acesso em 21 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *MS se posiciona contra o termo violência obstétrica. Nota de apoio*. 7 de maio de 2019 (b). Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/informes/exibe/4270>. Acesso em 22 mai. 2019.

DAVIS FLOYD, Robbie. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press, 1992. 382 p.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 2001.

DINIZ, Carmen Simone et al. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reproductive Health Matters*, v. 1, p. 1-17, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502019>. Acesso em 31 jan. 2021.

DINIZ, Débora. *Violência obstétrica: Ela existe ou é mais uma 'invenção de feministas'?* 23 de fevereiro de 2017. *Geledés*. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/violencia-obstetrica-ela-existe-ou-e-mais-uma-invencao-de-feministas/> Acesso em 22 mai. 2019.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas et al. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, v.359, pp. 1681-1685, 2002. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6). Acesso em 31 jan. 2021.

FEBRASGO. Notícias: Distócias. 16 ago. 2017. Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/pt/noticias/item/184-distocias>. Acesso em 21 mai. 2019.

FLEISCHER, Soraya Resende. 2011. *Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial em Melgaço, Pará*. Belém: Paka-Tatu, Edunisc. 351 p.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. Pesquisa de opinião pública. 2010. Disponível em: www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf. Acesso em: 02 jul. 2013.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GAUDIO, Marisa. OAB Mulher repudia veto do Ministério da Saúde ao termo "violência obstétrica". Nota Oficial. *OABRJ Digital*. 8 de maio de 2019. Disponível

Violência obstétrica no Brasil: controvérsias em torno de um conceito

em: <http://www.oabrp.org.br/noticia/116148-oab-mulher-repudia-veto-do-ministerio-da-saude-ao-termo-violencia-obstetrica>. Acesso em 22 mai. 2019.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, n. 5, p. 7-41, 1995.

HERCULANO, Thuany Bento et al. Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 702-713, Set. 2018. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000300702&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811813>

LARA, Bruna de. Ministério da Saúde quer fingir que não existe *violência obstétrica*. Esses relatos provam o contrário. The Intercept Brasil. 8 de maio de 2019. Disponível em: <https://theintercept.com/2019/05/07/ministerio-da-saude-quer-fingir-que-nao-existe-violencia-obstetrica-esses-relatos-provam-o-contrario/>. Acesso em 22 de maio de 2019.

LENOIR, Remi. "Objeto sociológico e problema social", in CHAMPAGNE, Patrick; LENOIR, Remi; MERLLIÉ, Dominique. *Iniciação à prática sociológica*, Petrópolis: Vozes, 1998, pp. 59-106.

LÖWY, Ilana. The Strength of Loose Concepts — Boundary Concepts, Federative Experimental Strategies and Disciplinary Growth: The Case of Immunology. *Science History*, v.30, n.4, pp.371-96, 1992

MARSDEN, Wagner. Confessions of a dissident. In: SARGENT, C. & DAVIS-FLOYD, R. *Childbirth and Authoritative Knowledge*, Oakland: University of California Press, pp. 366-393, 1997.

NASCER DIREITO. *Nota de Repúdio Institucional ao despacho do Ministério da Saúde*. Disponível em: <http://nascerdireito.com.br/?p=374>. Acesso em 22 mai. 2019.

NASCER NO BRASIL. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento [Sumário Executivo]. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30, Sup:S5-S7, 2014.

PARENTE, Raphael C. M. *Exposição de motivos da Resolução CREMERJ nº 293/2019*. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1390>. Acesso em 18 mai. 2019.

PARENTE, Raphael C. M. Partos de alto risco: morte de gestantes está ligada à retirada de obstetras das consultas de pré-natal e dos partos. *O Globo: opinião*. 18 de março de 2018. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/opiniao/partos-de-alto-risco-22494587>. Acesso em 17 mai 2019.

PEIRANO, Mariza. Etnografia não é método. *Horizontes Antropológicos*, n. 42, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832014000200015>. Acesso em 31 jan. 2021.

PULHEZ, Mariana Marques. *Mulheres Mamíferas: práticas da maternidade ativa*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas, 2015.

RABINOW, Paul. "Representações são fatos sociais". In: RABINOW, Paul. *Antropologia da Razão: Ensaio de Paul Rabinow*. João Guilherme Biehl (org.). Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

Violência obstétrica no Brasil: controvérsias em torno de um conceito

RATTNER, Daphne et al. ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 4, p. 215–228, 2010. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/849>. Acesso em 31 mai. 2017.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 595–602, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 mai. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011>.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetras e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades?. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v.10, n.2, p.449–459, Jul. 2002. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200014>.

STAR, Susan L., GRIESEMER, James R. Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907–39. *Social Studies of Science*, v.19, n.3, pp. 387–420,1989.

STRATHERN, Marylin. *Kinship, Law and the Unexpected: Relatives Are Always a Surprise*. Cambridge : Cambridge University Press, 2005.

VENEZUELA. GACETA OFICIAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, 2007. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2019.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Making Pregnancy Safer. *Strengthening midwifery toolkit: developing a midwifery curriculum for safe motherhood*. Geneva, 2006.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Reproductive Health and Research. *Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant*. Geneva, 2004.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Safe motherhood needs assessment: guidelines*. Geneva, 2001. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/rht_msm_96_18/en/>. Acesso em: 17 maio 2019.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate Technology for Birth. *The Lancet*, 8452– ii, pp. 436–7, 1985.