

# **As mulheres não são donas de seus corpos: produção de conhecimento e violência obstétrica no Brasil**

FERREIRA, Maíra Soares<sup>1</sup>

OLIVEIRA, Elismênnia Aparecida

## **Resumo:**

Nesse artigo, por meio da discussão teórica e documental, abordamos a construção da intrínseca relação entre a ciência, as formas de produção do conhecimento e a medicina obstétrica, a partir dos altos índices de violência relacionados. Em um primeiro momento, discorreremos sobre a relação entre uma ciência e uma medicina que objetificam e são contrárias aos direitos das mulheres sob seu próprio corpo. Para tanto, perpassaremos os temas interseccionais do sexismo, racismo, maternidade compulsória, violência obstétrica e desigualdade de classes sociais. Em um segundo momento, discorreremos, de modo analítico, sobre os dados da violência obstétrica brasileira aqui entendida como uma atual política pública de assistência ao parto, aborto e nascimento do país. Por fim, em um terceiro momento, apresentaremos algumas de nossas reflexões finais sobre o tema.

## **1. Ciência e Medicina contra as mulheres pobres e de cor: no estado de direitos sociais as mulheres não tem direitos**

“Estendida numa cama estreita, as roupas encharcadas de sangue. Sei que silenciosa nada sou. Desditada, distante, com a boca inchada, vomito algo amarelo, repito palavras sem sentido. Sinto algo arrebatando dentro de mim. Estou imóvel nas margens de uma noite escura.” (Útero sem tumulto, ou banho da purificação. ANZALDUA, Glória).

A violência obstétrica no Brasil é o ponto final de um atendimento de saúde que majoritariamente desconhece e desrespeita a corporalidade das mulheres desde a infância. Das consultas e exames com ginecologistas até o acompanhamento da gestação, momentos de dor e imposição corporal são vivências naturalizadas de uma sociedade que

---

<sup>1</sup> Doutorandas da Faculdade de Ciências Sociais UFG pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Trabalho preparado para apresentação no III Simpósio Nacional sobre Democracia e Desigualdades, Brasília, 11 a 13 de maio de 2016 (GT 1 – Desigualdades de gênero e de raça).

institucionaliza às mulheres a falta de direitos sobre o próprio corpo, e que em muito o objetifica. Este artigo, fruto de uma pesquisa em curso sobre violência obstétrica, é sobre a ausência de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, é sobre o não direito ao próprio corpo em suas raízes e vivências cotidianas a começar pela formação do estado-nação.

A formação dos estados-nação tem sido repensadas, com maior divulgação, desde os estudos culturais e pós-culturais, a partir da homogeneização de identidades correlacionadas a construção de uma cidadania da ausência de direitos humanos a vários grupos sociais. Como apontam Beatriz Stephan (1996) e Castro-Goméz (2005) os estado-nação se fundamentam desde o processo de colonização a partir de uma governabilidade garantida por instituições de ensino, saúde, e segurança pública, que impuseram línguas oficiais, leis, comércios, religiosidades, formas de pensar e afetividades dos colonizadores em contraste de hierarquia maniqueista às dos colonizados. Nas palavras de Beatriz Stephan (1996) durante a colonização a construção do cidadão se deu ao homem-branco-heterossexual-cristão-letrado-com posses, as mulheres e as populações indígenas e negras com menos acesso a língua oficial, a religião oficial, ao letramento oficial ficaram a margem, com menos direitos a participação social.

A relação que a autora traz sobre o letramento é importante por apontar que desde o processo de colonização a produção de conhecimento e o acesso a ela são fundamentais nas hierarquias entre os grupos sociais (MIGNOLO, 2003), não por acaso todas as instituições de ensino, de segurança pública e de estabelecimento e regulação do comércio foram construídas pelos parâmetros dos colonizadores de forma etnocêntrica em suas línguas e leis. Nesse contexto, a produção científica, que nesse momento insurgia, é imposta como saber de maior validade, por critérios de universalidade, neutralidade e busca pela verdade comprovada por métodos empíricos, ao mesmo tempo em que identidades eram construídas e outrificadas e formas de saber eram inferiorizadas. Se construindo como único saber, como Walter Mignolo (2003) aponta, a produção de conhecimento científica nunca saiu de um único paradigma, o europeu branco, sendo questionada de formas internas e externas por movimentos sociais e produções feministas, negras e indígenas que pontuavam a existência de outras epistemologias bem como o apagamento de suas corporalidades e vivências.

Mulheres, negras, indígenas passam a ser pesquisadoras e pesquisadas de forma ampla só durante o século XX, e se por um lado essa participação faz com que ‘mudem a ciência’, tal como afirma Londa Schiebinger (2001), por outro lado a desconstrução de marcadores, metodologias conceitos e teorias sexistas e racistas não estão problematizadas o suficiente nem na ciência nem nas demais áreas sociais de forma que o racismo e o sexismo

institucionais atuem na desproteção de populações negras e indígenas, principalmente mulheres, em todas as áreas sociais e de políticas públicas que por séculos não tiveram sequer a inserção dos marcadores de raça-cor-etnia e gênero em sua construção (MORAES, 2013).

Esse contexto social gerado desde a colonização é importante ainda hoje por apontar a trajetória complexa e contraditória do acesso aos direitos humanos no país. Publicações recentes sobre políticas públicas no Brasil organizados por Jurema Werneck (2013), a pedido da ONG Geledes, e pelo Grupo de Trabalho sobre Racismo de Recife, organizado por Fabiana Moraes (2013), apontam a existência do racismo institucional como o fator de maior peso para a desproteção social brasileira que atinge a maioria da população negra e indígena. Teresa Pires Caldeira (2000) pontua ainda que o acesso aos direitos humanos e proteção social são complexos porque são deslegitimados no país, das práticas cotidianas à produção de conhecimento os direitos humanos estão entre o limbo, ora estão ligados a ‘proteção de bandidos’, ora são regalias de grupos sociais de elite.

Por acarreta nos maiores índices de ausência de bens e serviços á grupos sociais específicos esse sistema precisa ser desconstruído, seja porque sua nomeação e visibilização são recentes, o racismo e o sexismo institucional passam a ser nomeados em políticas públicas a menos de 10 anos, seja porque algumas partes importantes dessa trajetória são ‘omitidas’, dentre elas a importância da produção de conhecimento na construção de narrativas e vivências de inferiorização hierarquizada e vivências de resistência.

A violência obstétrica, parto e aborto, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, serão pensados considerando todos esses apontamentos, desde sua raiz na formação do estado-nação e da cidadania, ou seja, desde o discurso médico autorizado sobre corpos das mulheres na reificação da ausência do direitos das mulheres aos próprios corpos. Seja pela maternidade compulsória, restrições ao aborto seguro e nas violências durante a gestação as mulheres brasileiras tem pouco são violentadas por um saber médico e científico que não considera seus corpos, não foi formulado com pesquisas sobre eles que não tivessem interesses políticos de controle, não os reconhece.

Ao responder a questão de forma positiva sobre se “a exclusão de mulheres, das ciências, teve consequências para o conteúdo da ciência?”, Londa (2000, pg. 205) aponta que existem interesses políticos e econômicos nas escolhas acadêmicas, assim como nas escolhas dos ‘esquecimentos’, sendo a história sobre os estudos da saúde das mulheres, da diferenças corporais entre mulheres e homens fundamentada na diferença pela falta, pela ausência das mulheres em relação aos homens, culminando em teorias sociais, biológicas e médicas, até o

século XIX, sobre mulheres como ‘homens invertidos’, menos desenvolvidos, imperfeitos, receptáculos para reprodução (LAQUEUR, 1994; SCHIEBINGER, 2001).

Além disso, por muitos séculos a não separação entre prazer e reprodução justificava as mulheres como donas de ‘energias de reposição, mais calmas e diferentes dos homens que teriam energia vital’ (LAQUEUR, 1994), gênero e sexo eram pensados a partir de aspectos biológicos sociais em que apenas um ‘sexo exista’, com divisão em duas possibilidades. A diferença entre sexualidade e sistema reprodutor de formas independentes só muda quando interesses sociais e políticos passam a incidir sobre a produção de conhecimento, e sexualidades distintas passam a existir em corpos distintos. Não por acaso, pressupostos biológicos também racializaram a população negra e indígena como inferiores a pessoas brancas a partir de argumentações sobre a diferença que iam desde o tom da pele até a capacidade cognitiva via comparação de tamanhos do cérebro.

A construção da inferiorização por comparação de ‘diferenças’ entre ‘brancos’ e não-brancos’, mulheres e homens é útil para entendermos o quanto a produção científica fundamentada na Europa desde um pensamento etnocêntrico também era sexista desde seus primórdios, ao mesmo tempo em que agia a partir da invisibilização de outras produções com a construção do olhar autorizado, um olhar de homens. Ainda que as mulheres tivessem seus corpos estudados e dissecados para estudo desde o século XVI, tinham nas parteiras redes de apoio sobre saúde, aborto e parto, mas as parteiras não tem publicações sobre saúde da mulher, não eram ‘cientistas reconhecidas’, e com a substituição delas por médicos obstetras, os conhecimentos específicos sobre suas corporalidades foram cada vez menos reconhecidos e as mulheres cada vez mais empurradas para um atendimento mecânico hospitalar que não considerava ou mesmo nomeava seus corpos em produção de prazer, doenças e fluídos (SCHIEBINGER, 2001).

Como as parteiras locais europeias, as parteiras no Brasil, e toda a produção de conhecimento indígena e negra, seja das raizeiras ou pajés, não tem o mesmo peso que o conhecimento da ciência médica chegando a ser proibidos ou ‘só usados’ quando conjuntas a medicina oficial. Mesmo que atualmente o racismo e o sexismo sejam combatidos institucionalmente, estão juntos na fundamentação política, social e econômicas brasileiras de forma que legitimam a violência contra mulheres negras e indígenas pelo discurso de democracia racial em que a hipersexualização e desumanização sejam práticas comuns nas distintas áreas sociais e acarretem na ausência de direitos e maior vulnerabilidade social desses grupos.

Na produção científica e no Brasil o combate aos longos anos da discussão de diferenças sexuais e culturais pela biologia e não pela cultura só foram contestadas de forma ampla a partir do século XX por produções científicas identificadas como de pesquisadoras e pesquisadores terceiro-mundistas negras, indígenas e de mulheres. Essas discussões passam a ser abordadas por vertentes feministas, nas universidades e fora delas, pontuando métodos contraceptivos de mulheres heterossexuais e lésbicas assim como a saúde das mulheres ao longo dos diferentes estágios de suas vidas, mesmo que a mais conhecida seja a luta por anticoncepcionais, como uma demanda que surge no Brasil em meio a lutas por melhores condições trabalho e combate a violência contra a mulher por volta da década de 1960 (PINTO, 2003), e é um tema de extrema importância no país uma vez que a maior parte das ONGs de 1960 até 1980 tem nos direitos sexuais e reprodutivos, na saúde da mulher, a pauta de suas ações.

Atualmente é na intersecção desses marcadores que as críticas mais contundentes tem sido elaboradas desde a produção de conhecimento até as políticas públicas. Nela, os apontamentos principais vão desde a crítica ao pensamento social hegemônico das elites de conhecimento e econômicas, o da democracia racial, até a proposta de uma intersecção que repense gênero, raça e classe social como fundamentais para reconhecer o racismo e o sexismo institucionais e elaborar medidas de combate. Na saúde e para os direitos sexuais e reprodutivos a intersecção tem sido fundamental para visibilizar a violência obstétrica contra mulheres negras e indígenas duas vezes maior que para mulheres brancas, assim como os casos de abortamento inseguros, e falta de acesso a métodos contraceptivos. É nesse contexto de combate e visibilização de violências arraigadas socialmente que debateremos os direitos sexuais e reprodutivos para pensar a construção de modelos da assistência médica, e por fim a resistência e inserção de saberes locais como a saída construída pelas mulheres para fortalecer e criar redes de apoio, reconhecimento e conhecimento sobre seus corpos.

## **2. Modelos de Assistência Médica Hospitalar ao Parto, Aborto e Nascimento no Brasil**

“Um espinho grosso lhe pica a nádega, seu corpo estremece. Se entrega a um sabor de ferro e ao éter. Sonha com uma mulher que urina pus e come a própria merda. Revolve e repito palavras sem sentido. Algo se rompe dentro de mim. Como sujeira um agitado vento me empurra. Me sinto alheia, julgada pelo urubu dentro do meu ventre. A fera noite entra armada com navalhas me encontra tão pertinho, gesticula, me perfura duas, três vezes. Percebo que me arranca as entranhas. Que varre meu útero para o lixo.

Útero sem túbulo.” (Útero sem túbulo, ou banho da purificação. ANZALDUA, Glória).

A reflexão crítica sobre o modelo de assistência ao parto, aborto e nascimento hospitalar – repleto de práticas médicas e farmacológicas que intervêm diretamente sobre o corpo de mulheres e crianças – teve início no Ano Internacional da Criança, em 1979. No final do século XX, em um momento histórico de reivindicações pela evidência empírica da segurança e da efetividade dos procedimentos hospitalares, criou-se um comitê para estudar a morbidade e a mortalidade perinatal e materna no continente Europeu. Este comitê, que contou com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS), alavancou importantes pesquisas sobre a finalidade de tecnologias para desencadear, aumentar, acelerar, regular e monitorar o processo fisiológico do parto.

Como resultado do estudo, encontrou-se uma adoção acrítica de intervenções inapropriadas, desnecessárias e até arriscadas. Foram 40 mil estudos sobre 275 práticas de assistência perinatal; e o resultado final da análise foi copilado em 1989, numa publicação intitulada *A Guide of Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, que passou a ser uma obra de referência entre os defensores da medicina perinatal baseada na evidência. Todo este movimento ficou conhecido como "medicina baseada na evidência científica" e se organizou em grande medida sob a influência do epidemiologista clínico britânico Archie Cochrane (DINIZ, 2001)<sup>2</sup>.

Com base nesses estudos, sobre o parto fisiológico e os altos riscos de uma cesárea sem necessidade, a OMS recomenda, desde 1985<sup>3</sup>, uma taxa de 15% cesáreas/ano. Porém, o modelo de assistência ao parto, aborto e nascimento no Brasil tem apresentado resultados muito aquém, sendo as altas taxas de cesariana, mortalidade materna e perinatal as maiores

---

<sup>2</sup> Esta colaboração internacional dos grupos de pesquisa é também chamada de Iniciativa Cochrane e Biblioteca Cochrane.

<sup>3</sup> Em 1985 – após uma reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) realizada em Fortaleza, Brasil, teve como produto uma série de recomendações de práticas na atenção ao parto, aborto e nascimento baseadas em evidências científicas. Após discutir as evidências, o grupo de trabalho desenvolveu uma classificação das práticas relacionadas à atenção ao parto e aborto, orientando para o que deve e o que não deve ser feito nos processos do parto e abortamento: a. Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; b. Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; c. Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; d. Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado. Estas recomendações representam o rol de boas práticas de atenção ao parto, aborto e nascimento e devem ser adotadas por todos os serviços que atendem à parturição e abortamento. A não adoção de práticas cientificamente comprovadas como benéficas e protetoras para a vida das mulheres e bebês não se justifica, pois significa negligência e iatrogenia no cuidado, colocando em risco desnecessário mulheres e bebês. Em seguida, o documento descreve detalhadamente as quatro categorias de práticas (Manual prático para a implementação da Rede Cegonha, 2011).

evidências destes resultados desfavoráveis. O relatório *Situação Mundial da Infância 2011*, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), mostrou que a taxa de cesárea no Brasil é a maior do mundo, 44%. Já os dados oficiais do Brasil mostram um percentual ainda maior. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as taxas de parto cesáreo do setor de saúde suplementar brasileiro são 84% e no setor público, o Sistema Único de Saúde (SUS), 35%)<sup>4</sup>. A "desnecesária", a cesárea desnecessária, ou seja, que não tem indicação médica, ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê, aumentando em até 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplicando o risco de morte da mulher. A cesárea eletiva é a cirurgia agendada antes da mulher entrar em trabalho de parto, o que significa correr o risco de retirar o bebê do útero prematuramente. Desta forma, paralelamente aos números crescentes da cesárea eletiva, tem-se o aumento de bebês prematuros internados nas UTI's Neonatais, assim como o número de óbitos. Cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados à prematuridade.

Para além desta situação observa-se, na grande maioria dos hospitais brasileiros públicos e privados, um imenso protocolo de intervenções tanto no corpo do bebê ao nascer, quanto no corpo materno em pleno trabalho de parto ou processo abortivo. Tais medidas "protocolares" são, atualmente, entendidas como uma forma de violência institucional denominada Violência Obstétrica (VO). Conforme Marilena Chauí (1985), compreendemos a violência como: "a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência" (CHAUÍ, 1985, p.35).

Desde os anos 1980, Marilena Chauí tem proposto como chave de leitura para a sociedade brasileira as categorias da violência e do autoritarismo. Obviamente, não se trata de considerar os brasileiros como individualmente e naturalmente violentos, mas sim de apontar para as estruturas históricas que ainda (re)produzem uma vida social hierarquizada pelas relações de poder construídas na (e desde a) colonialidade. Como já explicitou Michel Foucault (1984), sujeitos que instituem ações são eles mesmos efeitos instituídos de ações anteriores que fazem parte de uma cadeia de ações que não pode ser entendida como unilinear, previsível etc.

Sobre o conceito Violência Obstétrica (VO):

---

<sup>4</sup>Fonte: Programa de qualificação/Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, 2014. A Pesquisa Nascer no Brasil (2014) encontrou: 35,6% de cesáreas no SUS e 85% no privado.

Entendemos por violência obstétrica toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. El concepto de violencia obstétrica que tiene la ley de Venezuela es 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 (DOC VO, 2012, p.32-33).

Em uma cartilha aos profissionais da saúde – desenvolvida a partir de uma pesquisa realizada pela Faculdade de Medicina da USP – Carmen Diniz (2002) descreve a institucionalização da violência obstétrica brasileira:

Hoje em dia, muitos de nossos procedimentos de rotina estão sendo questionados. A evidência científica mostrou que vários deles, como o enema e a tricotomia, não são necessários nem seguros, além de serem desconfortáveis para muitas mulheres. Outros, como o uso de rotina da episiotomia, da aceleração do parto com ocitócitos e a cesárea eletiva, mostraram-se claramente danosos e devem ser prevenidos. Agora, temos a realidade de que as mulheres reivindicam o seu direito à integridade corporal e à prevenção de procedimentos agressivos quando esses são evitáveis – ou seja, na grande maioria das vezes. Sabemos que frequentemente as intervenções levam a mais intervenções e complicações (a chamada cascata de intervenções), e que as pesquisas provam que o parto normal pode e deve ser feito em ambiente mais acolhedor, como o quarto; em casa de parto ou mesmo no domicílio, e que a paciente acompanhada de pessoas de sua confiança tem um parto muito mais rápido, tranquilo e com menos intervenções. E que é um direito das mulheres escolherem quem elas querem que esteja no parto (DINIZ, 2002, p.5).

Diante do paradoxo entre uma realidade científica já comprovada e uma persistente prática médica hospitalar, já identificada como violência obstétrica, cresce o movimento social *Human Rights in Childbirth*, no Brasil denominado: *Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento*. Este movimento, cujo início se deu nas décadas de 1960 e 1970, teve

forte base nos estudos dos obstetras franceses Frederick Leboyer<sup>5</sup> e Michel Odent<sup>6</sup> - que apresentaram pesquisas em torno da fisiologia do parto enfatizando a importância de uma rede de cuidados sustentada pelo diálogo e respeito -, assim como na luta das feministas em prol dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. No Brasil, desde os anos 1980, organizações como a ReHuNa (Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento) e outras, têm tido um papel fundamental na difusão e consolidação das novas práticas. Compostas fundamentalmente por mulheres e profissionais da área da saúde, estes coletivos vêm propondo reformulações nos serviços de saúde brasileiros voltados à atenção obstétrica e perinatal problematizando não apenas os altos índices de cesáreas, mas também a criminalização do aborto, as altas taxas brasileiras de mortalidade materna e neonatal e os dados alarmantes da violência obstétrica no país.

Com o objetivo de fazer com que as recomendações da OMS se tornem medidas legais, estas organizações visam: a promoção de políticas públicas de assistência humanizada ao parto, aborto e nascimento com ênfase nos direitos das mulheres e das crianças; o mapeamento, denúncia e legislação da violência obstétrica brasileira como crime e a descriminalização do aborto para todas. Para isto, é importante compreender que a interseccionalidade entre os marcadores sociais brasileiros - a exploração de classe, o racismo, o sexismo, a fobia à diversidade sexual - compõem o seguinte retrato da violência obstétrica brasileira: “partos brancos” (84% de cesáreas sem necessidade em hospitais particulares via convênio médico de saúde); “partos de cor” (65% de partos vaginais repletos de insultos e intervenções extremamente violentas) e um índice de mais de 1 milhão de abortamentos induzidos por ano no Brasil, sendo uma das principais causas da elevada taxa de morte materna no país<sup>7</sup>. A taxa aceitável de morte materna pela OMS é de 35 mortes por 100 mil nascimentos. Em 2013, 1.567 mil mulheres morreram ao parir no Brasil. Em, 2014 a

---

<sup>5</sup> Leboyer (1976, 1981) ficou conhecido por sugerir novas práticas na sala de parto, desde os cuidados com as intervenções médicas, como o corte do cordão umbilical, até uma conceituação sobre o ambiente, o contato pele a pele, o banho, a amamentação e a massagem ayurvédica para bebês conhecida por Shantala.

<sup>6</sup> Dentre suas obras mais conhecidas citamos Birth Reborn (1984) e A Cientificação do Amor (2000). O título do primeiro livro mencionado, traduzido para o português “Renascimento do Parto”, é o nome do documentário brasileiro de Eduardo Chavet e Érica de Paula, produção da Chauvet Filmes e Master Brasil, que está nos cinemas desde o mês agosto de 2013.

<sup>7</sup> “Nascer no Brasil não tem sido uma experiência natural nem para pobres nem para ricos. O parto vaginal, mais frequente nos estabelecimentos públicos, quase sempre ocorre com muita dor e excesso de intervenções. Nos estabelecimentos privados, a cesariana, uma cirurgia muitas vezes desnecessária e quase sempre pré-agendada, vem se constituindo em uma opção para minimizar este sofrimento” (Nascer no Brasil. RJ: Caderno de Saúde Pública, 2014, p. 05).

Pesquisa "Nascer no Brasil"<sup>8</sup>, coordenada pela Fiocruz, revelou uma taxa de morte materna de 68,4 mortes por 100 mil nascimentos.

A curetagem pós-abortamento representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde, superada apenas pelos partos normais” (BRASIL, 2005). Mulheres em situação de abortamento espontâneo ou induzido que dão entrada em serviços de saúde de atenção obstétrica e pronto socorro frequentemente encontram dificuldades para conseguir atendimento adequado e humanizado. A dificuldade de acesso a serviços qualificados de saúde pode ser considerada como um fator indireto que contribui com a ocorrência da mortalidade materna (DOC VO, 2012, p. 54)<sup>9</sup>.

Apesar do termo ainda não ser reconhecido pelo sistema jurídico brasileiro, a organização civil define a “violência obstétrica” (VO) como a violência contra a mulher em situação de abortamento, a parturiente e a criança cometida pela equipe profissional do hospital. São atos de violência obstétrica: submeter a mulher em situação de abortamento ou parturição a procedimentos dolorosos, arriscados, desnecessários e humilhantes, como: lavagem intestinal; raspagem de pelos pubianos; mais de um exame de toque (ainda assim quando estritamente necessário); dar hormônios para acelerar a expulsão quando o trabalho está em plena evolução; cortar a vagina sem necessidade; amarrar, empurrar, zombar, humilhar, xingar, recriminar e/ou criminalizar, assediar a mulher; negar comunicação com sua rede (amigos, profissionais de sua confiança e/ou familiares), negar líquidos e alimentos; fazer qualquer procedimento sem explicação e sem permissão<sup>10</sup> etc.

---

<sup>8</sup> Os dados desta confirmam (em âmbito nacional) o panorama descrito em estudos locais, e denunciados pelos movimentos de mulheres e de humanização do parto, a saber: a) há diferenças na assistência ao parto, aborto e nascimento conforme as desigualdades socioeconômicas, raciais e regionais; b) a prática médica não acompanha o conhecimento científico hoje acumulado e conquistado no mundo acadêmico (Nascer no Brasil, 2014, p.14). A pesquisa também evidencia que, em ambos os setores (público e privado) não se garante o direito à informação nem se respeita a autonomia das mulheres, fere-se a integridade corporal e nega-se o direito previsto em lei ao acompanhante, tornando o parto solitário, inseguro e doloroso. No entanto, “os riscos para a mulher podem ser maiores ou menores dependendo do grau de suporte ou opressão a que está sujeita a mulher na sociedade e são uma expressão concreta da desigualdade existente entre os gêneros e das violências estruturais contra a mulher. Em outras palavras, a mortalidade materna indica o grau de desenvolvimento da sociedade” (Nascer no Brasil, 2014, p.11).

<sup>9</sup> Sobre o debate da criminalização e descriminalização do aborto, é importante ressaltar que a OMS considera o aborto inseguro uma das causas de mortalidade materna mais facilmente evitáveis.

<sup>10</sup> “Consentimento informado” significa que a mulher deve ser informada a respeito da possibilidade e/ou necessidade de uma intervenção e que esta só pode ser realizada caso ela concorde, consinta com o procedimento. Conforme o documento, Maternidade Segura - Assistência ao Parto Normal: um Guia Prático (1996) da OMS, o consentimento informado passou a ser considerado um direito humano e uma questão de justiça social, direito este que inclui o direito a serviços de qualidade e informações na gestação, parto e pós parto.

Um vídeo documentário de 2012, intitulado *Violência obstétrica – a voz das brasileiras*<sup>11</sup>, e uma pesquisa de 2010, *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado*, realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC)<sup>9</sup>, apontam para dados alarmantes sobre a violência obstétrica no Brasil: uma em cada quatro mulheres brasileiras que deram a luz em hospitais públicos ou privados relatam algum tipo de agressão durante o parto. A pesquisa foi realizada com 2.365 mulheres distribuídas pelo País, seja de área rural ou urbana. Destas, 25% afirmaram ter sofrido violência durante o parto e a enumeraram como: exames de toque de forma dolorosa; negação de água, comida e remédios para dor; gritos; xingamentos; falta de informação sobre procedimentos realizados; a manobra (proibida) de *kristeller*; o *fórceps* sem necessidade e a episiotomia arriscada para a saúde da mulher. Algumas entrevistadas afirmaram, ainda, que foram amarradas, empurradas e até assediadas sexualmente. Porém, diante da impunidade desta violência não tipificada, da não-nomeação e portanto da falta de (re)conhecimento por parte de toda a sociedade civil, a obstetra Melania Amorim argumenta que estes dados podem chegar a 100%.

Ainda nesta pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo e SESC (2010), foi constatado que 25% das mulheres entrevistadas tiveram gestação interrompida, 22% declaram terem sofrido aborto natural, e 4% admitiram interromper voluntariamente a gestação. 53% das mulheres que declararam ter provocado aborto e procuraram assistência a saúde sofreram algum tipo de violência no atendimento, sendo estas: serem tratadas como suspeitas, questionadas insistentemente se haviam tirado o bebê; não receberam informações sobre os procedimentos realizados; foram acusadas de criminosas, e ameaçadas de serem entregues à polícia; aguardaram horas, não sabendo se seriam internadas ou não; foram internadas, sem receber explicações; foram culpabilizadas, mediante a exposição dos restos fetais seguida da frase “olha só o que você fez!”.

Também em 2012, a organização Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa entregou o dossiê *Violência Obstétrica: Parirás com dor* (DOC VO, 2012) para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência contra a Mulher. Um documento sobre violência obstétrica que reuniu muitas informações na assistência à gestação, ao parto, ao abortamento e ao nascimento, entre elas: a aplicação exagerada de ocitocina para acelerar contrações; subir na barriga para expulsar o feto – manobra de Kristeler; xingamentos, maus tratos, procedimentos dolorosos sem autorização e

---

<sup>11</sup> Texto de Venturi; Bokany; Dias (2010).

impedimento da presença do acompanhante durante o parto. E, ainda a reprodução da norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde, que o profissional de saúde, no atendimento à mulher em abortamento, deve seguir:

- Não cabe objeção de consciência no atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência.
- É dever do(a) médico(a) informar à mulher sobre suas condições e direitos e, em caso que caiba a objeção de consciência, garantir a atenção ao abortamento por outro(a) profissional da instituição ou de outro serviço. Não se pode negar o pronto-atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que violem os direitos humanos das mulheres.
- Diante de abortamento espontâneo ou provocado, o(a) médico(a) ou qualquer profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, pois o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é dever legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento. O não cumprimento da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e ético-profissional contra quem revelou a informação, respondendo por todos os danos causados à mulher.
- Em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de quaisquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento.
- Diante de um caso de abortamento inseguro, adote, do ponto de vista ético, a conduta necessária: “Não fazer juízo de valor e não julgar”, pois o dever de todos os profissionais de saúde é acolher condignamente e envidar esforços para garantir a sobrevivência da mulher e não causar quaisquer transtornos e constrangimentos.
- Deve-se oferecer medicamentos para alívio da dor a todas as mulheres. Aquelas que se apresentem em condições clínicas favoráveis, com úteros pequenos e com pouco conteúdo a ser esvaziado, e satisfatória interação com a equipe de saúde, podem ser tratadas apenas com apoio verbal e anestesia paracervical. Utilizam-se outras drogas associadas quando a mulher necessitar, evitando-se sofrimentos desnecessários. Na maior parte dos procedimentos, é suficiente o uso de analgésicos não narcóticos, com anestesia paracervical e/ou sedação. Algumas mulheres precisam receber

drogas tranquilizantes, como o diazepam ou o midazolam, quando a ansiedade passa a ser componente prejudicial ao atendimento (DOC VO, 2012, p.28-29).

Em suma, a atenção humanizada às mulheres em abortamento pressupõe o respeito a três princípios fundamentais da bioética (ética aplicada à vida). O primeiro é a autonomia, que pressupõe o direito da mulher de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida. O segundo é a beneficência do profissional, ou seja, a obrigação ética de se maximizar o benefício e minimizar o dano (fazer o bem) àquela mulher. Em outras palavras, trata-se de não prejudicar, da não-maleficência, de uma ação que deve sempre causar o menor prejuízo à mulher em situação de abortamento, reduzindo os efeitos adversos e indesejáveis. E o terceiro é o da justiça que, neste caso, implica no dever do profissional de saúde de atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher.

No entanto, apesar da atenção humanizada às mulheres em abortamento ser direito de toda mulher e dever de todo(a) profissional de saúde, o que temos é um cenário de aguda violência obstétrica e demais violência aos direitos das mulheres que é ainda mais acentuado a mulheres negras e pobres. A gravidade do problema revela todo um conjunto de ações violentas e opressoras que sustentam um modelo tecnocrático de assistência ao parto, aborto e nascimento caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas e pela suposta neutralidade dos marcadores sociais como o sexismo, o racismo, a desigualdade de classes sociais, a formação cultural patriarcal, a colonialidade de poder e saber etc.

Em 2014, após um caso de violência obstétrica na cidade de Torres (RS) com Adelir Carmen Lemos de Góes, uma mulher da comunidade cigana que foi retirada de sua casa à força em um camburão da polícia e submetida a uma cirurgia cesariana contra sua vontade por meio de ordem judicial, um grupo de mulheres, com apoio da ONG Artemis<sup>12</sup>, protocolou uma representação no Ministério Público do Estado de São Paulo solicitando a realização de Audiência Pública para discutir o assunto<sup>13</sup>. A audiência aconteceu e se desdobrou em um

---

<sup>12</sup> Missão da ONG Artemis: Fomentar, difundir, apoiar e incentivar a autonomia da mulher em cada etapa de sua vida, compreendendo que esta autonomia só é possível em uma sociedade que preconiza e respeita o direito à integridade física e psicológica, bem como acesso amplo e igualitário ao trabalho, educação, saúde, informação, conhecimento e cultura Site: [www.http://artemis.org.br/](http://artemis.org.br/).

<sup>13</sup> Como já salientamos, a violência obstétrica é identificada em diversas situações, como: durante a gestação, no momento do parto, incluindo trabalho de parto, no pós-parto e no atendimento ao abortamento, natural e induzido. Dessa forma, o ato da Violência Obstétrica (VO) implica todos os procedimentos violentos, discriminatórios, humilhantes e intervencionistas que as mulheres passam na gestação, trabalho de parto, parto, pós-parto e abortamento e que não estão de acordo com os princípios da humanização e da medicina baseada em evidências.

Projeto de Lei 7633 (PL ainda em tramitação) sobre os “Direitos das mulheres durante a gestação, pré-parto, parto, aborto e puerpério”. Esta Lei prevê a assistência humanizada à gestação, ao pré-parto, ao parto, ao abortamento e ao puerpério conforme as recomendações do “Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da Organização Mundial de Saúde”, a “Política Nacional de Humanização” (PNH), as Portarias 569/2000, 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde, e em conformidade com as orientações da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 36/2008.

Em 2015, uma série de violações de direitos humanos podem ser relatadas, dentre elas a violência policial, o debate da minoridade penal e os debates de novas leis no Congresso Nacional que representam uma série de ameaças aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, como: o Estatuto do Nascituro, que propõe criminalizar o aborto em todas as circunstâncias, e o projeto de lei 5.069/13, do presidente da Câmara Eduardo Cunha (PMDB-RJ), que impõe restrições ao aborto às vítimas de estupro.

Apesar da movimentação feminista e dos movimentos de mulheres, assim como dos direitos humanos<sup>14</sup> as propostas seguem sendo aprovadas nas votações do Congresso Nacional na Câmara de Deputados em manobras políticas dos grupos religiosos fundamentalistas deixando a questão ainda mais complicada, já que projetos de lei contra interrupção de gravidez existem no Congresso a mais de 30 anos, só que agora estão sendo votados de forma rápida e sem discussão com áreas da saúde, justiça e movimentos sociais. E se por um lado essa ofensiva fundamentalista tem reificado o racismo e o sexismo institucionais, por outro parte da sociedade civil e movimentos tem apresentando um maior questionamento acerca da distribuição de poder e saber - entremeados com os conflitos de classe, raça/cor, sexo, etnia, sexualidade e gênero - no interior da sociedade brasileira, já que veem a saída a partir de uma mobilização coletiva maior, envolvendo muitas vezes a denuncia do próprio estado brasileiro a instâncias internacionais.

### **3. Corpos inscricunscritos, a sociedade que odeia as mulheres e as saídas de resistência**

---

<sup>14</sup> Grupos feministas e de movimentos sociais dos direitos humanos e Instituições de todo o Brasil, dentre as quais estão a AMB, Anistia Internacional, Marcha Mundial das Mulheres, Ministério da Justiça, Conselho Nacional de Direitos das Mulheres, dentre outros, tem lançado notas, puxado audiências públicas, abaixo assinados e reuniões com deputados e deputadas para tentar barrar as propostas apresentadas, mas não tem conseguido mudanças efetivas durante as votações a não ser denunciar o momento de ataques aos direitos humanos das mulheres.

“Revolvo e repito palavras sem sentido. Dentro de mim alguém se queixa. Sonha com um rosto tisonado, a boca cuspidando sangue, e logo comendo atole de mel e chili. Do oriente uma larga cicatriz racha o céu. A perfura duas vezes, três, sete. Padeço de um mal: a vida, enfermidade recorrente que me purga da morte. Me sangra, me sangra. Derramando um aguaceiro verde a morte pela minha boca. Viro o rosto. Revolvo e repito palavras sem sentido: a vida enema, útero sem túbulo. Dentro de mim algo se arrebenta e um agitado vento empurra os pedaços” (Útero sem túbulo, ou banho de purificação, ANZALDUA, Glória).

Embora o feminicídio seja reconhecido e tornado lei desde 2015, o ódio as mulheres não é responsável apenas por assassinatos, tal como o racismo, o ódio institucional dificulta o acesso a direitos humanos básicos, tal como demonstramos na saúde a partir do atendimento a maternidade, abortamento e parto. A violência obstétrica é um exemplo desse ódio por ser uma realidade para a maior parte das mulheres que estão dentro da obrigatoriedade de ‘engravidar e parir’. Ainda que a gravidez e a maternidade tenham sido uma escolha da mulher, a imposição estatal que impede a laqueadura, antes de 35 anos de idade e dois filhos pelo Sistema Único de Saúde, configura a compulsoriedade materna as mulheres que não a escolheram, que não tiveram acesso a métodos contraceptivos, que foram violentadas, que tiveram uma gravidez não planejada por diversos motivos. Ou seja, mulheres pobres, negras e indígenas estão mais vulneráveis a violência obstétrica pelo racismo institucional que acarreta no maior empobrecimento da população negra e indígena, sendo elas as maiores usuárias do sistema público de saúde, que por sua vez, está nas práticas cotidianas do saber médico pautado na maternidade compulsória e na culpabilização das mulheres por não terem direitos sobre o próprio corpo.

Mapeamos por esses processos que as mulheres no Brasil são o que Teresa Caldeira (2000) nomeia de corpos “incircunstritos”. Muito embora o Brasil seja uma democracia política, com direito à participação, e livre organização, e tenha direitos sociais legitimados, os aspectos civis, igualdade perante a lei, aspectos da cidadania são continuamente violados a depender dos grupos sociais em questão. Se por um lado existe uma cidadania, por outro existe uma cidadania da ausência. Teresa Caldeira (2000) analisa esses processos contraditórios de simultânea expansão e desrespeito aos direitos da cidadania denominando-o por uma “disjunção da democracia brasileira”.

A autora faz uma associação entre a violência, o desrespeito pelos direitos civis e uma concepção de corpo que chama de corpo “incircunscrito”. “Os limites (ou a falta de limites) para a intervenção no corpo do criminoso [caso específico de sua pesquisa] indicam que no Brasil há uma grande tolerância em relação a manipulações do corpo, mesmo que violentas”

(CALDEIRA, 2000, p.343). A associação e argumentação da autora sobre a tolerância à violência e intervenção em alguns corpos e a deslegitimação da justiça e dos direitos civis contribuem com este estudo em torno do corpo das mulheres brasileiras.

Por corpo incircunscrito, entende-se:

O corpo é concebido como um *locus* de punição, justiça e exemplo no Brasil. Ele é concebido pela maioria como o lugar apropriado para que a autoridade se afirme através da infligência da dor. Nos corpos dos dominados – crianças, mulheres, negros, pobres ou supostos criminosos – aqueles em posição de autoridade marcam seu poder procurando, por meio da infligência da dor, purificar as almas de suas vítimas, corrigir seu caráter, melhorar seu comportamento e produzir submissão. Para entender como essas concepções e suas conseqüências podem ser aceitas como naturais na vida cotidiana, não é suficiente simplesmente desvendar as associações de dor e verdade, dor e desenvolvimento moral ou mesmo dor e um certo tipo de autoridade. Essas concepções de punição e castigo estão associadas a outras noções que legitimam intervenções no corpo e à falta de respeito aos direitos individuais. (...) Uma análise completa das maneiras pelas quais o corpo é incircunscrito na sociedade brasileira provavelmente requereria revisitar as relações coloniais e o legado da escravidão e está fora do escopo deste trabalho. Entretanto, gostaria de acrescentar dois exemplos que estão deliberadamente fora do campo da punição e do crime. O primeiro vem da medicina, a princípio um campo no qual as intervenções no corpo são consideradas legítimas. Há, no entanto, várias questões sobre as quais se pode questionar a extensão das intervenções. Uma delas é a reprodução e afeta os corpos das mulheres. O nascimento através de cesária está se tornando mais comum que o parto normal no Brasil (...). (CALDEIRA, 2000, p. 370).

Do parto vaginal nas maternidades públicas<sup>15</sup>, repleto de intervenções para acelerar e agilizar as práticas obstétricas, às cesáreas programadas das maternidades privadas<sup>16</sup> e, ainda, a criminalização do aborto, cabe a pergunta: “quem” coordena essas políticas do corpo? Diante desta pergunta, Michel Foucault (1986) afirma que trata-se de “um conjunto extremamente complexo sobre o qual somos obrigados a perguntar como ele pode ser sutil em sua distribuição, em seus mecanismos, seus controles recíprocos, seus ajustamentos, se

---

<sup>15</sup> Composto, na maior parte das vezes, por mulheres pobres, afro-brasileiras e indígenas – está diretamente relacionado ao alto índice da violência e discriminação étnica, de classe, de gênero e de um (suposto) saber.

<sup>16</sup> Repletas por uma maioria de mulheres brancas da classe média e alta que, por sua vez, parecem viver, com maior frequência, a violência de gênero e de um (suposto) saber.

não há quem tenha pensado o conjunto” (FOUCAULT, 1986, p.151). A partir de seus estudos sobre o funcionamento das instituições de saúde e acerca do discurso médico do século XIX, e também nas análises entre a sexualidade e a repressão, não bastaria olharmos apenas para as mulheres e seus corpos potencialmente “reprodutivos” institucionalizados por meio dos procedimentos protocolares hospitalares, é preciso observar e analisar o conjunto dos indivíduos constituídos por essa sociedade colonial escravocrata – os modos de vida ou as práticas de subjetivação possíveis na trama de uma colonialidade marcada por relações hierárquicas de sexo, gênero, classe, raça, poder e saber.

Neste trilho, questionamos a tolerância nacional diante da manipulação do corpo da mulher - em situação de abortamento ou parturição - há décadas violentado e camuflado por discursos institucionalizados do cuidado médico, da ciência obstétrica e dos valores religiosos. Como sugere a Teresa Caldeira (2000) na citação acima, para entender como tamanho apagamento social, sexual, racial, de gênero e étnico subjaz as diferentes práticas da violência obstétrica e da criminalização do aborto, é preciso destrinchar sobre o quanto as práticas escravocratas ainda são preservadas pelas nossas relações coloniais de poder, ser e saber. Nesta direção, podemos pensar que a criminalização do aborto assim como a violência obstétrica infligida no corpo de uma mulher - seja em situação de parturição ou de abortamento - parece carregar a função social de coibir as possibilidades de empoderamento dos sujeitos mulheres punindo seus corpos com dor, morte e nascimentos “disciplinados”.

Por fim, se ausência de direito ao próprio corpo das mulheres está fundamentada na produção de conhecimento e a partir dela nas leis e votações feitas majoritariamente por homens, o combate não é diferente, conjunto a crítica e ao reconhecimento da violência obstétrica é preciso oficializar conhecimentos coexistentes sobre a saúde da mulher, colocar sob o mesmo status que o saber médico. Em 2015, durante a Marcha das margaridas, uma das pautas requeridas e concedidas foi a institucionalização de parteiras no SUS, as mulheres ribeirinhas e camponesas que fizeram esse requerimento pensavam não só na violência obstétrica, mas na possibilidade de fortalecer práticas e conhecimentos ancestrais sobre parto e maternidade que não estão nos hospitais.

Mas se por um lado as parteiras foram aceitas e em breve políticas de implementação acontecerão, por outro o enfrentamento ao aborto seguro leva a discussão para a melhoria na maternidade compulsória e não na ampliação dos direitos sexuais e reprodutivos. Não estamos falando da permissão e estudo de ervas indígenas e ribeirinhas abortivas, ou de técnicas contraceptivas ampliadas, mas de partos e assistência a maternidade, ou seja, ao que é permitido e imposto a mulheres: gerar e parir. Assim, o ódio institucional as mulheres no

Brasil tem tido guinadas importantes a direitos já conseguidos em um processo em que a ideia radical de que mulheres são gente ainda não é vivenciada pela maior parte das brasileiras que combatem o racismo e o sexismo institucionais. Por esse motivo, a pesquisa continuará considerando as resistências feministas e dos direitos humanos a esses processos na proposta de legitimar novos saberes e visibilizar vivências em que as mulheres não precisam ser violentadas só porque são mulheres.

Por fim, a poesia de Gloria Anzaldúa usada nesse artigo é por inspiração uma denúncia as violências sofridas na sociedade que criminaliza os processos de abortamento, e que não são diferentes das mulheres que passam pelo processo de gestação, sofrendo violências e abusos que terão seu ápice no dia em que mais estarão vulneráveis, o momento do parto. Nesse sentido o parto humanizado, tão comum a mulheres indígenas, é o parto em que suas corporalidades sejam respeitadas, a garantia do mínimo que mantenha suas vidas e saúdes físicas e psíquicas sem culpabilização ou sofrimento.

## Referências

- BRASIL. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2000.
- \_\_\_\_\_. *Manual prático para a implementação da Rede Cegonha*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- \_\_\_\_\_. *Pré natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BUTLER, Judith. *Fundamentos Contingentes: o feminismo e a questão do pós-modernismo*. Cadernos Pagu (11) 1998. pp.11-42.
- CALDEIRA, Teresa Pires do Rio. *Cidade de Muros: crime, segregação e cidadania em São Paulo*. São Paulo: Editora 34/Edusp, 2000.
- CARNEIRO, Rosamaria. O que querem as “mulheres que comem placenta”? Práticas de parto sexualizadas e subjetivantes. Em: MELLO, Luiz; SOUZA, Dalva B. de; NUNES, Jordão H.; SOFIATI, Flávio M. *Questões de sociologia: debates contemporâneos*. Cênone Editorial: Goiânia, 2012, pp. 171-190.
- \_\_\_\_\_. *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado*. Tese (Doutorado) – Ciências Sociais, UNICAMP, Campinas, 2011.
- CASTRO-GÓMEZ, Santiago. Ciências sociais, violência epistêmica e o problema da “invenção do outro”. In: LANDER, Edgardo (Org.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo*

e ciências sociais. Trad.: Julio Cesar Casarin Barroso Silva. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociais – Clacso, 2005. p. 169-186.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. Em: CHAUÍ, M.; CARDOSO, R.; PAOLI, M.C. (Orgs.). *Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. v.4. p.25-62.

DAVIS-FLOYD, Robbie. *Perspectivas antropológicas del parto e yl nacimiento humano*. Buenos Aires: Editorial Creavida, 2009.

DEL PRIORE, M. *Ao Sul do Corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.

DINIZ, Carmen S. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 1997.

\_\_\_\_\_. *Entre a técnica e os Direitos Humanos – limites e possibilidades das propostas de Humanização do Parto*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 2001.

\_\_\_\_\_. *O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto*. Fundação Ford e CREMESP, 2002.

DOC VO. PARTO DO PRINCÍPIO, Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. *Violência Obstétrica: “Parirás com dor”*. São Paulo, 2012.

ENKIN, Murray; KEIRSE, Marc J.N.C.; NEILSON, James; CROWTHER, Caroline; DULEY, Lelia; HODNETT, Elle; HOFMEYR, Justus. *A Guide of Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford University Press, 2000 (3ª edition). 1ª edition, 1989.

FIGO. *Nascer no Brasil*. RJ: Caderno de Saúde Pública, 2014.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

\_\_\_\_\_. *Nascimento da biopolítica*. SP: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. *História da Sexualidade I. Da vontade de saber*. São Paulo: Graal, 2005.

HOFBAUER, Andreas. *Cultura, diferença e (des)igualdade*. Em: Dossiê Diferenças e (Des)Igualdades. n. 1 p. 69-102; Jan.–Jun. 2011

LAQUEUR, Thomas. *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid, Gótica [Colección Feminismos], 1994.

LEBOYER, Frederick. *Shantala: un arte tradicional el masaje de los niños*. Buenos Aires: Hachette, 1976.

\_\_\_\_\_. *Nascer sorrindo*. São Paulo: Ground, 1981.

MIGNOLO, Walter. *Histórias locais / Projetos globais: colonialidade, saberes subalternos e pensamento liminar*. Trad.: Solange Ribeiro de Oliveira. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2003.

MORAES, Fabiana. *No país do racismo institucional: dez anos de ações do GT Racismo no MPPE*. Recife: Procuradoria Geral de Justiça, 2013.

ODENT, Michel. *A cientificação do amor*. São Paulo: Terceira margem, 2000.

\_\_\_\_\_. *Birth Reborn*. New York: Pantheon Books, 1984.

OMS. *Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra, 1996.

PINTO, Céli Regina Jardim. *Uma História do Feminismo no Brasil*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

REVEL, Judith. *Michel Foucault: conceitos essenciais*. Tradução: Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlo Piovesani. São Carlos: Claraluz, 2005.

SCAVONE, Lucila. *Estudos de gênero: uma sociologia feminista?* Em: Estudos Feministas, Florianópolis, 16(1): 173-186, janeiro-abril/2008

\_\_\_\_\_. *Dar e Cuidar da Vida: Feminismos e Ciências Sociais*. São Paulo, Editora UNESP, 2004.

SCHIEBINGER, Londa. *O feminismo mudou a ciência*. Trad.: FIKER, Raul. Bauru, São Paulo: Editora da Universidade do Sagrado Coração, 2001.

SOUZA, Heloisa Regina. *A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo*. Mestrado em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

TORNQUIST, Carmen. Susana. *Parto e Poder: O Movimento pela Humanização do Parto no Brasil*. Tese (Doutorado). PPGAS/UFSC, Florianópolis, 2004.

UNICEF. *Situação Mundial da Infância 2011 (Relatório)*. Fundo das Nações Unidas para a Infância, fevereiro de 2011.

VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R. *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo e SESC, agosto de 2010.

WENECK, Jurema (org.). *Racismo Institucional: uma abordagem conceitual*. Geledez e CEFEMEA (Cord.), Rio de Janeiro: Gelédes, 2013.

### **Registros áudio visuais**

*O Renascimento do Parto*. Direção: Eduardo Chavet e Érica de Paula. Brasil: 2013.

*Violência obstétrica – a voz das brasileira*. Direção: Bianca Zorzam; Ligia M. Sena; Ana Carolina Franzon; Kalu Brum; Armando Rapchan. Brasil: 2012.