

Planejando rotas de fuga: uma autoetnografia dos desafios da humanização do parto no ambiente hospitalar em Maceió – AL

Débora Allebrandt¹

Resumo

No Brasil estima-se que 98% dos nascimentos ocorrem em ambiente hospitalar. Embora o movimento de humanização do parto tenha ganhado terreno na assistência ao parto domiciliar, o cenário é distinto quando falamos do parto hospitalar, pois é justamente no ambiente hospitalar que são produzidas as alarmantes taxas de cesarianas (80% no setor privado e 35% no setor público) e altos índices de intervenção. Este artigo busca, a partir de uma reflexão autoetnográfica, situar o cenário de atendimento ao parto hospitalar em Maceió – AL. O planejamento do parto, do pré-natal, contato com obstetras, enfermeiras e doulas até seu desfecho serão aproximados com a construção de uma rota de fuga num cenário hostil. A autoetnografia desafia aspectos formais do modo como construímos nosso lugar de fala como pesquisadoras e permite explorar a partir de uma vivência pessoal a emoção e da catarse como parte intrínseca à pesquisa social. Não silenciar a violência é tomado aqui como uma ferramenta para pensar alguns dos desafios da adesão às boas práticas e elaboração de uma crítica transformadora da assistência ao parto.

Palavras-chave

violência obstétrica; parto; autoetnografia; humanização do parto.

Abstract

In Brazil, it is estimated that 98% of the childbirths take place in a hospital environment. Even though the movement of childbirth humanization has gained ground in the home birth assistance, the setting is different when we talk about hospital births, since the hospital environment is where the alarming c-section rates (80% in the private sector and 35% in the public sector) and high rates of interventions take place. This article seeks, from a autoethnographic reflection, situate the setting in hospital birth assistance in Maceió – Alagoas. The childbirth planning, pre-natal exams, contact with obstetricians, nurses and doulas up to the end will be compared to the construction of an escape route in a hostile environment. The autoethnography challenges formal aspects of how we elaborate our standpoint as researchers and allows us to explore the emotion from a personal experience and the catharsis as an intrinsic part of the social research. Not

¹ Doutora em Antropologia Social pela Université de Montréal. E-mail: debora.allebrandt@gmail.com.

silencing violence is used here as tool to think some of the challenges of adhering to good practices and the elaboration of a transforming criticism in childbirth assistance.

Keywords

obstetric violence; childbirth; autoethnography, childbirth humanization.

Introdução

O corpo feminino, visto como um obstáculo a ser ultrapassado para o parto, era visto pela medicina no século XIX como potencialmente perigoso e patológico (ROHDEN, 2001; MARTIN, 1991; SCULLY; BART, 1973; OAKLEY, 1986). Nesse mesmo momento de consolidação do saber médico e obstétrico como campo científico, em guerra contra o charlatanismo, foi relegada às mulheres uma condição passiva, alvo dos controles médicos, familiares. É reflexo desse movimento de ascensão de uma cientificidade de controle do corpo das mulheres que reverbera até hoje a naturalização com que alguns profissionais de saúde têm o direito de acessar livremente o corpo das mulheres, muitas vezes sem o seu consentimento para práticas² que são caracterizadas como “vagina-escola” por Diniz *et al.* (2016). Além disso, o nascimento e a consolidação da obstetrícia passam por uma centralidade do controle médico e minimizam a participação da mulher, que culminou também com sua saída paulatina dos cuidados para com o parto e o nascimento (REID, 2012; FLEISCHER, 2007; OWENS, 2017).

As práticas baseadas em evidências fundamentam os princípios de humanização do parto e do nascimento (BALDISSEROTTO, THEME FILHA, GAMA, 2016). Conhecidas como “boas práticas”, existe, no entanto, uma série de controvérsias que dificultam a aplicação dessas diretrizes no cotidiano da assistência. Segundo Tempesta e França (2021, p. 270-271),

No que se refere à gestação e parto, vários médicos “dissidentes”, enfermeiras obstétricas e doulas passaram a replicar nas redes sociais dados atualizados providos pela MBE, obtidos na Plataforma Cochrane, para fundamentar denúncias de que grande parte dos procedimentos de rotina utilizados nos hospitais carece de fundamento científico, sendo que vários deles não apenas não

² A autora destaca a utilização do corpo de mulheres, especialmente das pretas e pobres, para o treinamento de episiotomia para corte e sutura, exames de toque vaginais repetidos; descolamentos de membranas; manobras de Kristeller, entre outros (DINIZ *et al.*, 2016).

trazem qualquer benefício para a mulher ou o feto como podem inclusive trazer malefícios mais ou menos graves para ambos.

Embora o movimento de humanização do parto tenha ganhado terreno na assistência ao parto domiciliar, o cenário é distinto quando falamos do parto hospitalar, que no Brasil corresponde a 98% dos nascimentos. É justamente no ambiente hospitalar que são produzidas as alarmantes taxas de cesarianas (80% no setor privado e 35% no setor público) e altos índices de intervenção (que vão desde a utilização de ocitocina, episiotomia, litotomia, entre outras).

A partir de uma narrativa autoetnográfica, este artigo busca sistematizar as reflexões que conduziram à elaboração de um projeto mais amplo, que tem como foco a formação interprofissional e a divulgação científica de estudos sobre saúde da mulher e direitos reprodutivos³. Neste texto, tenho como objetivo situar o cenário de atendimento ao parto hospitalar em Maceió – AL, elencando algumas das dificuldades, anseios e expectativas no planejamento do parto, do nascimento e seu desfecho. Essas experiências são trazidas a partir de uma vivência pessoal de violência obstétrica(VO). Acredito que essa narrativa, embora possua elementos biográficos, reverbere o que venho caracterizando como um “cenário hostil” e possa oferecer ferramentas para se pensar alguns dos desafios da adesão às boas práticas e elaboração de uma crítica da formação (inter)profissional da assistência ao parto.

Gostaria de abordar o *continuum* de silenciamentos e a dificuldade de falar sobre a violência obstétrica no contexto pessoal e profissional. Neste sentido, o recurso à autoetnografia permite também explorar o modo como antropólogos têm pensado a emoção e a dor dos outros em suas etnografias e como se aproximam das dores e vivências de seus pares. Deste modo, inicio este artigo me situando como pesquisadora e contextualizando as pesquisas antropológicas nesse campo que me precederam e inspiraram.

Do silêncio e a busca por caminhos

Eu sou uma mulher branca, cis e heterossexual, professora universitária, feminista e pesquisadora do campo dos Estudos Sociais da Ciência e da Tecnologia. Realizei uma série de pesquisas na interface entre família e ciência,

³ Projeto Desafios e estratégias de educação permanente na Saúde Materno-Infantil em Alagoas. Agradeço a parceria de todas as pesquisadoras desse projeto e especialmente as professoras Nádia Meinerz e Telma Low Junqueira pela inspiração desde os primeiros rascunhos. Para mais informações, ver: <https://linktr.ee/mandacaru.ufal>.

investigando a reprodução assistida e seus desdobramentos para as relações gênero. Eu sou mãe de Olívia.

Durante meu período de licença maternidade, eu me reuni com minha colega Nádia Meinerz para pensarmos um modo de contribuirmos com uma audiência pública que havia sido convocada pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) na cidade de Maceió sobre violência obstétrica. Participamos desse evento como pesquisadoras. Lembro de sentir uma expectativa da minha equipe de parto para que eu compartilhasse a minha experiência recente. Durante o evento, enquanto reencontrava, bastante emocionada, pela primeira vez a enfermeira obstetra que acompanhou o final do meu parto, fui questionada se usaria a camiseta que o grupo havia criado com frases comumente associadas à violência obstétrica como “Na hora de fazer você gostou!” estampadas nas costas da camiseta. Eu respondi que estava usando a camiseta do meu grupo de pesquisa. Ela não aparecia porque carregava minha filha num sling. Eu estava reafirmando meu desejo de contribuir como pesquisadora para a transformação desse cenário que me afetava de maneiras que eu ainda desconhecia. A separação entre a pesquisadora e a mãe, do mesmo modo que o sling amarrava minha filha ao meu corpo e cobria a minha camiseta, jamais seria efetivada. No entanto, quero pautar o desconforto que senti ao ser pressionada para compartilhar e utilizar a camiseta das “militantes”. Esse desconforto se tornaria mais palpável quando ainda processando que lugar era esse de uma pesquisadora que conheceu no corpo o seu tema deve ocupar quando apresentei pela primeira vez uma autoetnografia em uma reunião de antropologia, um ano depois desta primeira cena.

Nesse evento virtual em que muitos trabalhos versavam sobre o tema da violência obstétrica, vi minha fala ser evocada múltiplas vezes como “mais um exemplo”, reforçando os argumentos lançados pelas minhas colegas, e outras vezes, via a reflexão que eu havia produzido ser descartada ao ser associada “somente” a um “relato de parto”.

Entre essas duas experiências, uma outra faz parte da costura da reflexão que apresento aqui. Seis meses depois do parto eu comecei a retomar as atividades acadêmicas e participei de um congresso de antropologia que ocorria na minha universidade de formação. Esse evento casou com a viagem de visita de apresentação de minha filha à nossa família que reside em outro estado. Era a primeira vez que encontrava amigos, parentes e colegas depois do nascimento dela.

Quando perguntada sobre como tinha sido o parto por duas colegas, iniciamos uma conversa sobre violência obstétrica que iniciou nos corredores

do evento e foi até o café. Nesse café, eu me senti constrangida ao perceber que várias pessoas que estavam ao nosso redor na fila se viravam para me identificar. Era como se apontassem o dedo me procurando com os olhos, dizendo “é aquela a mulher que sofreu violência obstétrica”⁴. Neste momento, uma colega com quem conversava me consulta e aproveita para me apresentar a uma pesquisadora que desenvolvia um trabalho sobre o assunto e falamos sobre agendarmos uma entrevista.

Eu fiquei intrigada com esse constrangimento e busquei contribuir logo após o evento com esta pesquisa, e por uma série de encadeamentos me tornei interlocutora de outras duas pesquisas diferentes sobre o tema da violência obstétrica e atendimento ao parto. Dessa combinação de constrangimento e desejo de produzir uma narrativa sobre o meu parto, fui instigada por Hellen Christina da Silva Araújo (2020), que produzia uma autoetnografia das suas vivências de racismo e pressão estética no interior e Alagoas. A partir do seu trabalho e leituras que compartilhávamos, decidi partilhar um pouco mais da minha experiência no formato de uma autoetnografia. Eu sentia que, em parte, o fato de eu ter uma vivência tão forte e tão recente não me autorizava a falar enquanto pesquisadora sobre esse tema. Seria essa mais uma face dos silenciamentos e da violência que é resultado da violência obstétrica?

Fazer recurso da autoetnografia para refletir sobre minha experiência de parto e violência obstétrica me inquietava inicialmente por saber que o tipo de violência que eu sofri é também marcado pelos elementos que compõem a minha identidade e foram explorados no primeiro parágrafo desta seção. A violência obstétrica noticiada na grande mídia e vivida cotidianamente pelas mulheres que buscam assistência ao parto reproduz hierarquias reprodutivas permeadas por lógicas racistas, classistas e misóginas da nossa sociedade (LEAL *et al.*, 2017, DAVIS, 2019). A essas mulheres a desassistência e violência vêm nos xingamentos; na desatenção; nas condutas e práticas mutiladoras e desatualizadas; na ausência de orientações, etc. (DINIZ *et.al.*, 2015)⁵. Para mim, a violência veio através da perseguição, do desrespeito aos meus desejos e plano de parto e na consolidação de uma espécie de “punição exemplar”, para que minha ousadia não viesse a se repetir. Embora esta não seja a experiência

⁴ Alguns meses depois, em outro evento, em uma outra cidade, uma pessoa se aproximou de mim para falar que havia ouvido meu relato num café e me dizer que achava o tema muito importante. Este pequeno encontro confirmou minhas suspeitas de que eu havia sido exotizada pelos meus colegas como um potencial objeto de pesquisa que é avistado de longe (in)oportunamente nos aproximamos dele.

⁵ Para Williamson (2021), o racismo obstétrico se aproxima de iatrogênese – ele é um fenômeno estrutural.

da maioria das mulheres, suas nuances reverberam o modo como mulheres que buscam um atendimento humanizado são atendidas (HIRSH, 2015; REZENDE, 2015) e como, num contexto de disputa de modelos de atenção, parturientes podem se tornar alvos fáceis para reafirmação de poderes e hierarquias. Neste sentido, me identifico com a afirmação de Ellis:

Como cientistas sociais, não saberemos se as experiências íntimas dos outros são semelhantes ou diferentes até oferecermos nossas próprias histórias e prestarmos atenção em como os outros respondem, assim como fazemos no dia a dia da vida. A “verdade” desta história reside na forma como é contada e na possibilidade de que haja outros no mundo que ressoam com esta experiência. Provavelmente, minha história é única o suficiente para fornecer comparações, mas universal o suficiente para evocar a identificação. (ELLIS, 2021, p.23).

A autoetnografia, embora não seja uma técnica recente de pesquisa, tem sido utilizada como uma ferramenta de pesquisa que permite explorar campos e temas que ainda temos dificuldades de pesquisar (VERSIANI, 2005; ELLIS, 2021; ELLIS; BOCHNER, 1999). Segundo Gama (2020, p.189), a autoetnografia nega a separação entre racionalidade e emoção, entre dados e análise, entre mim e o outro. Embora possa ser muitas vezes tachada e desqualificada como uma reflexão subjetiva, autoetnografias trazendo as vivências dos autores com doenças crônicas e raras; racismo; processos migratórios; maternidade e violência obstétrica, para citar alguns exemplos, traçam paralelos e reverberam experiências compartilhadas. Gama também destaca que um dos elementos que mais enriquecem as autoetnografias é “a subversão desta forma normativa que, ao camuflar o acesso a subjetividades, impõe um padrão de produção de conhecimento bastante específico, fruto do Iluminismo.” (GAMA, 2020 p.189)

A utilização da autoetnografia como uma narrativa, conceito ou método de pesquisa permite experimentarmos diferentes composições e estilos de escrita. Com essa possibilidade de experimentar com a escrita, apresento aqui uma narrativa que utiliza outros escritos sobre esse evento. São pequenas reflexões, outros trabalhos e registros pessoais que serão utilizados como dobras reflexivas de momentos distintos desse mesmo processo de análise e compreensão do evento parto e sua assistência. Através dessas passagens, noto mudanças no meu entendimento do que foi o parto e os sentidos dados a essas experiências. Escolho não datar essas passagens para não produzir uma narrativa hierarquizada e/ou temporal das minhas vivências, valorizando, assim, as várias camadas que fazem parte dessa experiência.

Nas tentativas de escrever sobre meu parto, me dei conta de que não se trata apenas de uma narrativa pessoal, mas de uma articulação de uma experiência em meio a um cenário de silenciamentos que muitas vezes (re)produzem violências. Todas as vezes que escrevi, encontrei bloqueios e inseguranças. De certo modo, escrever “academicamente” sobre essa experiência faz reverberar medos: o medo de partilhar demais ou de menos; de não ser levada a sério; de ser mal interpretada; o medo de me tornar “apenas” ou “mais uma” vítima da violência obstétrica. As pressões da maternidade, da academia, da militância e de um compromisso social de mudança estão cravadas nas entrelinhas deste texto. Nos próximos parágrafos irei descrever o plano e o parto. O contraste desses eventos busca chamar atenção para a responsabilização que é colocada sobre as mulheres que procuram um parto humanizado na busca de informação e profissionais que possam apoiar e assegurar suas escolhas.

A escrita de si: um plano e um parto

Quando eu soube em maio de 2018 que estava grávida eu senti a maior alegria da minha vida. Não conseguia parar de sorrir. Finalmente! Logo em seguida veio o medo... Medo de uma perda gestacional. Medo de quem pesquisa reprodução assistida e de quem sabe que engravidar não é tão fácil quanto parece. Depois me dei conta que o bebê nasceria em dezembro/janeiro. Aí veio o medo de ser desassistida, de ser engabelada por um cesarista. Festas, férias, final de ano... sabe como é? Veio também a realização que o bebê seria capricorniano e isso dá medo também! Durante toda a gestação eu me preparei, pesquisei e tentei me certificar de que eu seria bem assistida durante o parto. Agora o que me dói é que depois de tudo o que eu fiz, de toda a rede que eu construí, ainda que eu tenha sido muito protegida, eu fui desassistida.

Na reflexão acima foi a primeira vez em que eu me permiti utilizar a palavra desassistência para entender todo o meu processo de parto. Reconhecer essa desassistência foi extremamente doloroso, porque durante todo o planejamento do parto busquei garantir que eu seria bem assistida, me cercando dos melhores profissionais e arcando com os altos custos de uma assistência privada.

Parte da preocupação que eu tinha com a desassistência na hora do parto me acompanhava com a narrativa de parto de minha mãe e avó. Minha mãe me pariu em 1982 no interior do estado do Rio Grande do Sul. Em um parto hospitalar induzido, ela foi intimidada por uma parteira que dizia saber “tudo sobre a sua vida”, se referindo ao fato de minha mãe ser solteira. Por essa mesma razão, ela foi impedida de circular pela maternidade, foi imobilizada na

sua cama, e quando foi “assistida”, recebeu uma episiotomia e pontos sem anestesia. Quando retornou ao hospital no pós-parto por conta da dor que sentia nesse corte, apenas colocaram uma gaze no local e a mandaram para casa, dizendo que o ponto estava aberto e não havia nada mais a fazer.

Minha avó pariu seus três filhos em casa, apenas na companhia de sua mãe e de uma vizinha que era parteira tradicional. Ela narrava a ausência de profissionais de saúde especializados como uma desassistência, já que não podiam pagar por esses serviços. Ela trazia de forma muito vívida suas memórias do desespero, da dor e da falta de empatia das mulheres que a assistiam.

Quando engravidei, já conhecia parte do universo da humanização do parto pela literatura antropológica do tema e também por ter algumas amigas que haviam experimentado diversas facetas desse processo⁶. Para além desse universo de referência de humanização, me acompanhavam e se multiplicavam na gravidez inúmeras narrativas. Das amigas das amigas, de mães, colegas e conhecidas. Das mulheres que pariram antes de mim, que partilhavam suas vivências no mundo das rodas de parto de que participávamos toda semana. Parte desse aprendizado focava em passar lições para que a “nova” gestante não sofresse os mesmos problemas experimentados pelas outras (REZENDE, 2019).

“Doutor Fulaninho é lobo em pele de cordeiro!”. “Sicrano se diz humanizado mas só faz cesária.”. “Sabe a fulana? A bolsa rompeu e ele foi pra cesária, nem um exame sequer ele fez. Poderia ter induzido...”. “Dr. Fulano disse que fazia normal. Chegou na hora e disse que ia viajar. Se ela quisesse, tirava o bebê antes para garantir”. Essas e muitas outras frases me informavam que o cenário de atendimento ao parto em Maceió era hostil. Não se tratava de elaborar ou planejar um parto. Eram rotas de fuga. Planos de guerra. Mas só me dei conta disso muito tempo depois do parto. Ouvi também muitos comentários que enfatizavam o que não se deve dizer a uma gestante. Há silêncios que reverberam o medo e a insegurança de certas práticas. Perdas gestacionais, near miss materno; morte súbita e complicações de qualquer tipo são temas muito pouco falados.

Assim que confirmei que eu estava grávida, entrei em contato com uma enfermeira obstétrica, referência de um grupo de atendimento ao parto da cidade, pedindo recomendações de médicos obstetras. Ela me recomendou três

⁶ Uma com um parto planejado em casa, outra com um parto hospitalar, mas acompanhada desde casa pela equipe de enfermeiras obstetras e outra que pariu em uma casa de parto referência no país.

médicos⁷. Um que estava em licença por 6 meses; outro que atendia exclusivamente a um novo programa de parto de um convênio e outra que estaria viajando na data do meu parto. Sem poder contar com essa indicação, procurei o obstetra de uma das minhas amigas, que não estava nesta lista curta de obstetras recomendados.

Sendo a escolha pelo acompanhamento ao parto hospitalar, não atendemos com o plantonista, mas somente junto a obstetras de nossa indicação, que comungam da mesma filosofia do nosso trabalho. (Trecho do *e-mail* padrão recebido após a contato com uma das equipes de enfermeiras obstetras da cidade).

Iniciei o pré-natal com esse profissional. Ao mesmo tempo, eu e meu companheiro, frequentávamos semanalmente as rodas de parto que aconteciam na cidade e fizemos um curso que, entre outras coisas, oferecia um modelo de plano de parto. Conversamos com as equipes de enfermeiras obstetras da cidade. Acabei optando por uma que parecia mais “articulada” com os profissionais e hospitais, mas essa equipe não trabalhava com o obstetra que estava me acompanhando. Havia um clima de desconfiança, e isso pesava ainda que as razões pelas quais não quisessem partear ao lado deste médico não viessem à tona.

Quando a enfermeira chegou nos levou para conhecer a sala de PPP que estava trancada. Por que essa sala estava trancada? Lembro dos elogios que recebemos por ter ido conhecer aquela sala. Lembro do meu cansaço... Não queria ver aquele lugar e nenhum outro. Mas fiz meu trabalho de casa. Fui uma boa paciente. Conheci as maternidades e suas salas de parto. Terminei meu plano de parto. Levei comigo em três vias. Ninguém leu. Ninguém nem olhou. Nenhuma pessoa sequer lembrou que naquela pasta onde estavam os exames da minha gestação inteira estava o meu plano de parto em três vias, com todos os desfechos e detalhes estudados. O engraçado é que às vezes ainda acho que eu não fiz a minha parte.

Quando iniciaram o acompanhamento da minha gestação com 32 semanas, fui convidada a consultar com a obstetra que me havia sido referida como uma das profissionais humanizadas da cidade. Ao afirmar que ela não estaria na cidade na época do meu parto, rapidamente entraram em contato e

⁷ Havíamos levantado na época seis indicações de obstetras que atuavam no cenário da humanização na cidade. Entre eles estavam os três profissionais recomendados. Descartamos os outros dois por terem atendido pessoas próximas e realizado cesarianas sem indicação e fora do trabalho de parto.

confirmaram que ela havia mudado os planos por conta de outra gestante e estaria na cidade.

Nesse cenário, procurei essa profissional. Agradava-me muito a ideia de ser assistida por uma profissional mulher no mundo masculinizado da obstetrícia. Já havia lido seu relato de parto e como sua segunda gestação havia mudado seu entendimento sobre a profissão e revisto suas condutas. Na consulta pré-natal, ela me conquistou ao dizer os procedimentos que **não** fazia, tais como episiotomia e dizer claramente que não agendava cesarianas, apenas fazia essa cirurgia quando eram necessárias.

Enquanto esperávamos pela enfermeira no corredor, via uma mulher ser trazida do centro cirúrgico para o quarto na enfermaria. Lembro que senti um frio na barriga. Um medo de voltar para o quarto sem meu bebê, medo de ter que passar por uma cirurgia. A porta que dava para o centro cirúrgico era logo ali. Lembrava um frigorífico. Era de metal, abria com um som metalizado que ecoava pelo corredor e abafava as vozes sempre presentes e fortes daqueles que trabalhavam ali. A luz era amarelada e fraca, embora o sol fosse forte lá fora. Eu não queria ser aquela mulher que voltava para o quarto. Eu tive medo daquela experiência. A gravidez é algo tão lindo e tão aterrador.

Com a gravidez chegando ao termo no final do ano, me deparei com clínicas fechadas, exames cancelados e uma dificuldade imensa de seguir a rotina de exames e consultas semanais devido à chegada das festas de final de ano. Exames agendados há meses foram cancelados sem nenhum aviso. Laboratórios não cumpriam mais o prazo dos resultados, e as poucas clínicas que faziam exames de ultrassonografia abertas estavam lotadas. A intermediação dessa obstetra para que ultrassonografias e cardiotocografias fossem realizadas foi fundamental.

Em meio a esses exames de rotina, aprendi que havia uma redução na quantidade de líquido amniótico – uma condição conhecida como oligoidramnio. Dependendo da quantidade de líquido e de como o exame fosse medido, haveria a recomendação de uma indução, e se fosse confirmada a insuficiência de líquido, a realização de uma cesariana de emergência. Depois dessa primeira sinalização, iniciei um protocolo de hidratação que consistia em ingerir cinco litros de água por dia. Quando refiz os exames três dias depois, meus níveis haviam se normalizado para o período gestacional. No entanto, esse “susto” marcou o final da gestação.

Os exames cada vez mais próximos precisavam ser feitos com profissionais de confiança: “Não são todos os ultrassonografistas que irão medir as bolsas de líquido para calcular corretamente o valor”, dizia minha obstetra. Minha

equipe de enfermeiras obstetras antecipou a consulta que previa cuidados com o bebê e tivemos uma longa conversa sobre indução e cesariana. Minha doula organizou uma fogueira para que a gente queimasse nossos medos, compartilhou suas experiências de parto e banhou meus pés como se pudesse lavar as preocupações. Sentia-me preparada, informada e confiante para os possíveis desfechos.

No finalzinho da gravidez estava acompanhando cuidadosamente a pressão arterial. Ela estava subindo, e a gente estava acompanhando. Eu tenho enxaqueca desde os 11 anos. Durante a gravidez tive muito pouco, duas vezes. No dia 04 para o dia 05, eu tive. Não consegui dormir por conta da dor. No domingo a dor ia e voltava. No final da tarde a pressão estava alta, e a minha obstetra me pediu pra ir ao hospital fazer os exames pra descartar pré-eclâmpsia. Toda vez que ia a um hospital/clínica, minha médica solicitava o nome do plantonista e tentava conversar com ele. Quando cheguei, ela passou meu caso para o plantonista que me recebeu e me tranquilizou. Meus sinais estavam melhores, minha pressão não estava tão alta, mas eu ainda sentia enxaqueca. Ela coletou os exames de sangue de rotina e me medicou. No novo plantão, verificaram novamente os meus sinais, e minha pressão tinha tido um pico de 18/9. Rapidamente o novo médico se aproxima de mim no quarto e diz que iria interromper a gestação. Eu respondi rapidamente: “eu acho que não. Vou conversar com a minha médica.” E aí começou o assédio. Ele se recusava a atender as ligações que ela fazia para o hospital e não atendia o celular. Ela só conseguiu falar com ele quando meu companheiro passou seu telefone conectado com nossa obstetra para ele. Enquanto meu companheiro ponderava as nossas alternativas com a nossa obstetra, o médico plantonista me chamava para sua sala de exame. Ali ele tentou me convencer de que estava colocando a minha vida e a da minha filha em risco se eu continuasse com a gestação. Ele pediu que eu tirasse a minha calcinha para fazer um exame de toque e eu recusei. Depois disso, ficou ainda mais hostil. Eu fui colocada em uma dieta de líquidos, não podia me alimentar e tinha fome. Estava cansada e queria dormir. Nossa obstetra nos orientou sobre um medicamento específico para regular a pressão que geralmente é utilizado intraparto – o médico disse que minha pressão não estava alta o suficiente para isso. Nesse cenário, decidimos sair desse hospital. Conversei pelo telefone com a minha médica. Ela estava cuidando do filho, e seu colega se recusava a cuidar de mim. Com a promessa de que no hospital universitário eu seria cuidada, assinamos um termo de alta sem consulta do médico e iniciamos a nossa “fuga”. Eu não sabia que ali começava também a nossa perseguição. Na saída, assinei um termo e pegamos meus exames. Sem sinais de pré-eclâmpsia. Comi cuscuz com ovo trazido pela minha doula e brownie. Cheguei ao HU sem enxaqueca e com a pressão 12/8, mas precisei ser internada. Por quê? Eu queria saber, não entendia bem... Porque a oscilação da pressão era um risco nas 39/40 semanas.

Quando retomo essa experiência, me lembro da sensação de vitória que tinha ao sair do hospital. “Vivas! Escapamos de um cesarista!”. Mas como

escapar uma máquina institucional que autoriza e reproduz um modelo tecnocrático e uma série de micro e macroviolências? (COELHO, 2010). Eu vivi a peregrinação entre hospitais para buscar atendimento “adequado”. A grande maioria das gestantes que vivem a peregrinação institucional o fazem porque não são aceitas nesses serviços pela lotação dos hospitais e avaliação do início do trabalho de parto (BITTENCOURT *et al.*, 2014).

Ao ser internada novamente, mesmo estando bem, fui submetida a uma gestão dos riscos da gravidez. Quando ainda estava no hospital e não havia me dado conta de que estava encurralada, me perguntava sobre a ineficácia daquele cuidado. Eu aferia com mais frequência a minha pressão em casa. Com todos os meus privilégios de classe e raça, eu sabia que estaria mais descansada e tranquila em casa, mas estava no hospital, numa cama emperrada, vizinha de um corredor barulhento e mosquitos por todo lado⁸.

Minha opção, ou falta dela, era continuar aguardando o início do parto ou iniciar o parto através da indução. Eu chorei no corredor enquanto a obstetra de plantão me dizia que essa era a minha melhor opção. Chorei quando minha médica me ligou para reforçar a necessidade dessa indução. Eu disse a ela que eu tinha medo de estar muito cansada para o parto. Eu não havia dormido nada nas últimas noites e sentia uma ressaca da enxaqueca.

Havia uma expectativa de que, se eu iniciasse a indução na segunda-feira à tarde, estaria parindo na terça-feira, quando minha obstetra estaria de plantão. Nesse momento eu não tinha tido condições de entender que essa internação também tinha me privado do atendimento de minha obstetra. Somente na terça-feira, depois de muitos exames de toque de rotina, meu parto se iniciou. Minha obstetra estava por lá e havia chegado uma mulher no período expulsivo.

Eu estava caminhando no corredor com Felipe quando vimos Eulália sair da sala de PPP e gritar para as enfermeiras do posto. “Está nascendo! Chama o pediatra!”. A gente se olhou, se sorriu. Até que enfim aquele lugar parecia ter seu fim. Bebês

⁸ É claro que a existência de uma cama emperrada é melhor do que parir em uma maca, corredor ou mesmo no chão. Estou ciente das inúmeras desigualdades e iniquidades da atenção à saúde no país que foi escancarada na dificuldade de atenção às gestantes e parturientes durante a pandemia (CARDOSO *et al.*, 2021; DUARTE *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2020). Falar sobre esses barulhos e pequenos incômodos parece fútil, mas acredito que eles ilustrem como muitas vezes a instituição hospital está disposta para servir seus operadores e não suas usuárias – neste caso específico, gestantes de alto risco. Nos cinco dias em que fiquei internada nesse hospital, apenas dois profissionais, ao mexerem no meu corpo para condutas diversas (aferição de sinais, ausculta ou exames de toque), disseram seus nomes e a que vieram.

nasciam ali. Nesses dias que passamos nessa enfermaria, tanta espera... e tão pouca ação. Agora vai! Um bebê vai nascer!

Antes de acabar o plantão, minha obstetra veio conversar conosco. O pessoal do plantão seguinte “não era muito adepto do parto humanizado”. Ficávamos em contato, acompanhando. Foi uma noite longa. De dores fortes. Eu e minha doula incomodando o quarto lotado e a ausência completa de assistência institucional. Ninguém veio ver como estava o meu TP. Pelo aplicativo de mensagens WhatsApp, minha doula se comunicava com a restante da equipe. Em determinado momento ela buscou um residente para me avaliar. A primeira coisa que ele quis fazer foi mais um exame de toque. Minha doula sugeriu que ele acompanhasse as contrações. Ele aceitou. Não me lembro do resto da interação. Lembro apenas que um tempo depois pude ir para a sala de PPP. Lá ficamos sozinhas por um tempo. Era uma sala grande, com janelas com vidros pintados que não permitia que vissemos o lado de fora. Ela tinha dois leitos específicos para o PPP. Alguns balões de pilates, barras fixas na parede. Armários e uma mesa com computador. Há também um berço com aquecedor e uma série de equipamentos como uma grande luz de centros cirúrgicos. O meio da sala é livre e amplo.

A primeira interação com a médica do novo plantão foi tensa. Essa médica ficou um tempo no computador e, ainda sentada na mesa, dava as ordens para que eu me virasse para ela me examinar. Era como se o tempo de ela caminhar até onde eu estava e conversar gentilmente comigo fosse escasso demais para ser dispensado no primeiro atendimento do seu dia. Eu não me movi. Ela então grita para que eu me vire dizendo que tem um “longo plantão” começando e a enfermaria está lotada. Minha acompanhante pergunta se ela não pode fazer o exame no final da sua ronda, explicando que eu estava finalmente descansando. Ela diz que não. Eu me viro e ela faz o exame de toque e a ausculta do bebê. Mais tarde há um grande “entra e sai” nessa sala. Algumas pessoas buscando materiais aleatórios, outras poucas buscavam auxiliar o TP.

Depois de um tempo, consegui me concentrar com a ajuda da minha equipe e não me lembro das horas passando. Em meio às ondas de contração, lembro das portas da sala se abrindo abruptamente e a luz do corredor invadindo a penumbra. Eu estava de cócoras saindo de uma grande contração quando vejo um homem gritar meu nome completo e se aproximar de mim.

Ele dizia que era amigo de Dr. Fulaninho, que estava muito preocupado comigo. No dia seguinte achava que essa intrusão havia sido um sonho ruim.

Esse sujeito não estava usando as roupas hospitalares, o que contribuiu para minha dificuldade em entender o que estava acontecendo.

Esse homem que invadiu minha sala de parto era o médico obstetra de plantão. Ele sabia qual era meu nome, pois o médico do outro hospital havia divulgado meus dados entre seus “colegas” que tentavam descobrir meu “paradeiro”. O documento que assinei na saída do outro hospital não aplacou o desejo de controle desses profissionais sobre meu corpo e meu parto.

Esse profissional, iniciando seu plantão me intimidando, inseriu uma dúvida incontornável no desenvolvimento do meu TP. Alguém estava muito preocupado comigo. Havia alguma coisa errada.

Eu tive medo.

Lembro das portas se abrindo e da luz invadindo minha sala de parto.

Depois daquilo o caos, o medo, a dor, a dúvida.

Será que estava tudo bem?

Há quanto tempo eu estava ali?

Por que minha filha não nascia?

Banho quente, balão, rebozo.

É tudo um sonho.

Eu vou acordar

Por que ela não nasce?

Por que tem tanta gente falando pelas minhas costas?

Por que tanta dor?

Eu não vou aguentar mais.

E se eu desmaiar na próxima contração?

Eu vou desmaiar.

Eu não aguento mais.

Será que estava tudo bem?

Há quanto tempo eu estava ali?

Por que minha filha não nascia?

Banho quente, balão, rebozo.

É tudo um sonho.

Eu vou acordar

Por que ela não nasce?

Por que tem tanta gente falando pelas minhas costas?

Por que tanta dor?

Eu não vou aguentar mais.

E se eu desmaiar na próxima contração?

Eu vou desmaiar.

Eu não aguento mais.

Eu não aguento mais.

Eu não aguento mais.

Eu quero analgesia.

- Não dá pra te dar anestesia. Só cesariana.

Mensurando o sofrimento

Eu estava tentando dormir naquele quarto barulhento. Ouvia o rapaz da frente com sua voz ecoando pelo quarto e tentava me concentrar no mantra que tocava no meu celular embaixo do travesseiro. Ouvi vozes mais distantes e alguém dizendo “Pocou, pocou a bolsa!”. E me viro e olho discretamente para o leito do canto esquerdo. A parturiente se levanta rápido da cama e diz um pouco assustada: “Agora sim que eu vou sofrer!”. Ninguém a contrariou.

Nas rodas de conversa sobre o parto, uma preocupação recorrente é a dor do parto. Numa dessas conversas, uma das doulas que guiava a roda compartilhou que poucas pessoas entendiam a diferença entre dor e sofrimento. Ela afirmava com plenitude que nos seus dois partos domiciliares não sofreu. Apenas sentiu dor. Quando, ainda no hospital, minha colega de quarto se dava conta de que a bolsa havia rompido, imaginava que as contrações iriam se intensificar e que “sofreria” mais. Conversando com uma vizinha de quarto no hospital, ela me dizia que havia “sofrido pouco”, pois as contrações mais fortes haviam durado poucas horas⁹. Na fila da vacinação no postinho de saúde, as novas mães comparavam seu sofrimento em horas de TP e diziam se tinham sofrido mais ou menos. Se dor e sofrimento são tão diferentes, por que são utilizados com tanta frequência como sinônimos? Além disso, por que se mede sofrimento em horas?

Logo depois do parto, comecei a calcular as horas que havia durado todo o TP. Quantos dias, quantas horas; quantas horas de TP ativo eram contas feitas e refeitas para me assegurar de que eu havia chegado ao meu limite. Uma mensagem da minha doula dizia: “Nasceu uma mãe, com uma bravura e uma entrega tamanha que jamais será medida em horas”. Mas eu calculava e recalculava o tempo e me consolava saber que havia sido “longo”; que eu havia “aguentado” o máximo. Eu questionava ter passado por uma cesariana sem necessidade. Ter passado tantas horas em trabalho de parto me legitimava em alguma medida, mas também me deslegitimava em outras. A perversidade desse cálculo passou a me incomodar. Afinal, quantas horas são suficientes? Quem decide o quanto é o suficiente?

Com o tempo, a mensurabilidade da dor do parto em horas se tornou um processo que eu compreendia. As horas de TP, o tempo de internação, o número de plantões e plantonistas eram medidas aferíveis, calculáveis e faziam

⁹D’Orsi *et al.* (2014) abordam como desigualdades sociais irão impactar os entendimentos múltiplos em relação à satisfação com o atendimento recebido, que pela naturalização do caráter intervencionista associa a essas práticas o bom atendimento.

sentido para as pessoas que queriam entender o que havia acontecido. A medida e os impactos do sofrimento da desassistência e da violência são muito abstratos e subjetivos.

Quando li o trecho que antecede esse subtítulo em um congresso, recebi comentários que diziam que o que eu havia sentido era a chamada “hora da covardia”. Nunca gostei desse termo, muitas vezes esse é o momento em que as mulheres conseguem admitir que chegaram ao seu limite, mas têm seu desejo desrespeitado inclusive retoricamente, já que serão salvas pelo seus companheiros que não as deixam desistir. É preciso questionar que tipo de assistência ao parto oferecemos para que coragem e covardia sejam valores em questão.

Na sala, à noite, meu sogro que gosta de atuar como um guru espiritual me perguntou como havia sido o parto. Eu respirei fundo pensando em onde começar e ele me adicionou mais uma pergunta: foi muito traumático? Eu disse: foi. Ele logo se virou dizendo “então não vamos falar disso. É muito bonito nascer!”.

A ausência de empatia com meu sofrimento me fez questionar o modo como lidamos com as emoções do outro e como a criação dessa alteridade nos coloca enquanto pesquisadoras em um lugar confortável. Acreditei que falar do que sente o outro sem que ele esteja presente para se ver rotulado ou minimizado, sem ter a chance de reagir, é muito diferente de fazer isso diante dos nossos interlocutores ou quando o autor/interlocutor está na sua frente. No entanto, meus pares estavam ignorando os meus sentimentos e como seus comentários e simplificações repercutiam em mim como pesquisadora e como mulher.

Revisitei várias entrevistas e situações em que pessoas compartilharam comigo seu sofrimento. Será que consegui escutar e produzir uma narrativa digna do que essas pessoas estavam sentindo e compartilhando comigo? Tive mais perguntas e dúvidas sobre a abordagem e passagens que deveria enfatizar ou omitir no texto quando escrevo sobre mim do que sobre outrem. Na minha experiência como professora e pesquisadora, sempre busquei fazer a pergunta de como se sentiriam meus interlocutores ao lerem o que escrevia sobre eles. Ser fidedigno e respeitar a imagem e integridade dos nossos interlocutores não é o mesmo que problematizar a exposição e a estigmatização quando se fala de temas tabus, traumas e violência em primeira pessoa¹⁰.

¹⁰ Por essas e outras razões a devolução dos dados obtidos na pesquisa é tão importante para nossa disciplina. Trabalhos como os de Fleischer (2017) e de Knauth e Meinerz (2015) são centrais para avaliarmos e implementarmos novas práticas.

Em uma das entrevistas que concedi lembro de relatar que meses depois do parto eu sentia tanto medo dos profissionais da saúde que haviam me atendido que não conseguia tomar a decisão de me mudar para uma casa porque nela me sentia mais vulnerável a ataques, intimidações ou retaliações que esses profissionais poderiam dirigir a mim. A pesquisadora, um pouco perplexa com essa revelação me pergunta se esses médicos são “tão poderosos assim”. Eu respondo que não. Claro que não. Esse medo “irracional” é só mais uma das marcas dessa violação... dessa perseguição.

O trabalho de Surrallés (2002, 2009) revisita algumas das principais correntes e críticas a respeito da abordagem antropológica das emoções¹¹ e sua construção como categoria analítica. Ao conduzir sua análise para o exemplo da afetividade entre os Candoshi, um povo ameríndio da Alta-Amazônia, o autor destaca que o estudo da emoção deve passar em primeiro lugar pelas compreensões indígenas locais sobre a fisiologia e significados do sentir. Também inspirada por esse autor, Regitano (2019) irá tecer uma análise sobre o medo do parto e da cesariana entre as Mehinako. A autora consegue dialogar com as situações de medo trazidas pelas suas interlocutoras sem taxá-las e permitindo que elas tomem o lugar de uma expressão cultural que é sentida também no corpo da autora, que reviveu sua própria experiência de parto e gestação. Trabalhos e reflexões como as de Regitano indicam caminhos para uma abordagem da emoção mais simétrica e respeitosa.

Ao mesmo tempo que sentia uma espécie de insulamento acadêmico, via esse isolamento se propagar quando lia os relatos de parto¹² nas redes sociais e nos grupos de mães de que participava. Quase todos falavam de planos de parto que foram um sucesso. Irritava-me a repetição acrítica daqueles três verbos: “entregar; confiar; aceitar”. Todas as vezes que lia elogios às parturientes que haviam conseguido um parto vaginal e parabenizavam sua “entrega”, me sentia mal, embora tenham usado esse adjetivo para me descrever. Parecia-me muito contraditório confiar, entregar e aceitar em um contexto em que aprendemos a desconfiar das condutas e dos profissionais; falar em se entregar quando precisamos assumir e reforçar nossas escolhas e planos individuais a cada dia; e esperar que haja aceitação quando resistir às

¹¹ Há uma prolixa literatura sobre o tema e interseção entre antropologia e emoções que não poderá ser aprofundada neste artigo. Para referências clássicas, ver Lutz e Abu-Lughod (1990), entre outros. Para abordagens aprofundadas, ver Coelho (2010) e a apresentação, bem como o conjunto de trabalhos do dossiê organizado por Vítora e Coelho (2019).

¹² Trabalhos como os de Carson (2017) e Rezende (2019) que analisam os modelos narrativos de parto me ajudaram a não me sentir isolada e compreender algumas ferramentas para expressar e analisar as emoções.

pressões institucionais que ditam como e quando deve ocorrer um parto é incontornável. Como entregar, confiar e aceitar quando estamos partejando em um cenário hostil e precisamos estar atentas e preparadas para acionar não um plano de parto, mas uma rota de fuga?

Além disso, as histórias de sucesso que reforçavam a coragem e a resistência de alguns indivíduos pareciam invisibilizar e diminuir a minha experiência de todas as pessoas que “dão com os burros n’água”. Não havia espaço para o sofrimento, e esse processo foi muito solitário, tanto do ponto de vista subjetivo como ético e político. No plano pessoal, ao evitar comparações e procurar entender o meu parto como uma experiência única, busquei ter mais compaixão comigo e com as minhas vivências. Apesar disso, quando falo das pesquisas que realizo sobre o tema e quando falo do meu parto, ouço perguntas e insinuações sobre o meu “limiar de dor”. Afinal, o que isso tem a ver com a violência obstétrica?

As múltiplas faces da violência obstétrica

No dia 03 de maio de 2019, o Ministério da Saúde (MS) publicou um despacho no qual retoma a definição de “violência obstétrica”¹³ da Organização Mundial da Saúde (OMS) para, em seguida, colocá-la em desuso. Segundo o MS, a definição da OMS tem como ponto central para a existência da VO a intencionalidade. Segundo Sena e Tesser (2017, p. 211), no contexto brasileiro:

A violência obstétrica é expressa desde: a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. Também o uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários frente às evidências científicas, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas, pode ser considerado como práticas violentas.

¹³ Diniz, Salgado, Arezzo *et al.* (2015) sistematizam as origens do termo; suas definições no Brasil e no mundo e impactos para a saúde da mulher. Já Quattocchi (2020) irá destacar, a partir da comparação de experiências da América Latina, que a VO é uma violência estrutural, multicausal e multidimensional; é uma violência de gênero; é uma violação dos direitos humanos e da saúde reprodutiva; se volta para o exercício de um poder e marcas de hierarquia; é institucional e laboral; compreende todo o processo reprodutivo e se estende também ao bebê. Para uma análise da resistência ao termo, ver Katz *et al.* (2020). Para uma análise do ativismo de mães na luta contra a VO, ver Rocha (2021).

No despacho, o Ministério da Saúde afirma:

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

Esforços institucionais são empreendidos por este Ministério da Saúde com a implementação de uma série de programas e políticas em saúde, entre os quais, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, entre outros, na busca de qualificar a atenção ao parto e nascimento, necessitando fortalecer parcerias em um processo multidisciplinar. Nessa perspectiva, têm-se intensificado esforços de aproximação com a academia, conselhos de especialidades e sociedades científicas para discussões ampliadas.

Pelos motivos explicitados, ressalta-se que a expressão “violência obstétrica” **não agrega valor** e, portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada. Ratifica-se, assim, o compromisso de as normativas deste Ministério pautarem-se nessa orientação. (BRASIL, 2019, grifo meu)

Menos de uma semana depois, no dia 9 de maio, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou uma nota em que oferece seu “apoio integral” ao despacho do MS. Neste documento, argumentam que o uso do termo violência obstétrica é “inadequado, pejorativo e estimula conflitos entre pacientes e médicos nos serviços de saúde”¹⁴. Ainda acrescentam:

A adoção desse termo conturba a relação médico-paciente; quebra o princípio da harmonia nas equipes multiprofissionais; não promove qualquer mudança significativa no quadro de desproteção às gestantes; e transfere de modo inconsequente sobre os médicos a responsabilidade por todas as mazelas da saúde (pública ou privada), como se fossem culpados pelos graves indicadores de mortalidade e de morbidade maternos e infantis.

Nessa passagem, é importante notar que o CFM afirma que a utilização do termo violência obstétrica não promove mudança significativa no quadro de **desproteção às gestantes**. Cabe aqui perguntar como se pretende promover proteção às gestantes quando sequer se permite nomear um dos fatores associados às persistentes altas taxas de mortalidade materna (FRANCISCO, LACERDA, RODRIGUES, 2021; TAKEMOTO, 2020).

¹⁴ Tempesta e França (2021) retomam os posicionamentos de oposição do CFM em relação à utilização do termo violência obstétrica e apontam o Parecer CFM nº 32/2018 como um dos marcos dessa política.

No dia 29 de maio de 2019, ocorreu a audiência pública sobre violência obstétrica na sede da OAB-AL¹⁵. Nessa ocasião, as autoridades¹⁶ que compuseram a mesa de abertura eram majoritariamente homens, e o representante do Conselho Regional de Medicina (CRM) reforçou o posicionamento do CFM para abolir a utilização do termo. Sem surpresa, essas autoridades não ficaram até o final da audiência para ouvir as denúncias trazidas pela sociedade civil. Nessa tarde aprendi que em Alagoas não havia até o momento da audiência sequer uma denúncia de violência obstétrica recebida pelo CRM. Durante essa audiência, ouvi na voz de uma das pessoas que partilhou casos de violência obstétrica como o médico que me perseguiu e intimidou contava a sua versão da minha história para assustar gestantes que buscavam o parto vaginal.

A convergência dos documentos oficiais que sem nenhuma responsabilização ou crítica decidiam pela inadequação e pelo “não-agregar valor” da expressão violência obstétrica me marcaram profundamente. Senti-me silenciada, apagada, desmerecida, abandonada à própria sorte por instituições que deveriam, no mínimo, reconhecer a existência da violência obstétrica e punir aqueles que as reproduzem. Esses documentos são armas que estão produzindo violência de gênero e fazendo com que as vítimas da violência obstétrica sintam, desta vez por meio de instituições superiores, a violação de seus direitos.

Em uma resposta ao Ministério Público que foi acionado por ativistas, o MS se pronunciou através de um ofício elencando todas as suas ações para mitigar atendimentos inadequados e abusivos desde a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (2004), passando pela criação da Rede Cegonha (2011) e Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2017) para dizer:

[...] reconhece o direito legítimo das mulheres em usar o termo [violência obstétrica] 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. (BRASIL, 2019b, p.3).

¹⁵ <https://www.oab-al.org.br/2019/05/relatos-emocionantes-marcam-audiencia-publica-que-debateu-a-violencia-obstetrica-na-oab-al/>

¹⁶ Representante da Rede Cegonha, da SOALGO (Sociedade Alagoana de Ginecologia e Obstetra), do CRM-AL (Conselho Regional de Medicina de Alagoas), da SEMUDH (Secretaria Estadual da Mulher e Direitos Humanos), ADOAL (Associação de Doulas do Estado de Alagoas), CDDM (Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Mulher), ABENFO (Associação Brasileira de Enfermeira Obstétrica e Obstetizes), Bancada feminina da Assembleia Legislativa do Estado, Comissão de Saúde e Direito Médico, Comissão de Direitos Humanos, Comissão de Estudos Constitucionais, dentre outros.

Sem utilizar sequer uma vez o termo no texto de cinco páginas, o MS, afirma que a expressão utilizada nos documento e ações oficiais, definida pela OMS, é “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”. O nome é violência obstétrica, e ela é uma violência baseada em gênero.

Reflexões finais

Escrever sobre a violência obstétrica em primeira pessoa é um ato político. É uma manifestação para que essa experiência não seja privatizada, é tomar esse sofrimento como mobilizador (PULHEZ, 2013). Meu objetivo neste artigo foi produzir um espaço de reflexão que possa contribuir com mudanças substantivas no modo como nos aproximamos desse tema. Gostaria de retomar que tensões que me levaram à escrita de uma autoetnografia foram produto de múltiplos silenciamentos que me fizeram questionar meu lugar como pesquisadora do tema, minimizaram e tentaram sobrescrever meu sofrimento.

Eu tive muita dificuldade de admitir que eu havia sido desassistida no meu parto. Sofri violência como minha mãe havia sofrido por ser solteira. Sofri como minha avó sofreu por ser pobre e viver no interior. Segundo Rezende (2019), narrativas de parto são a história das coisas que não se pode controlar. A qualidade da minha assistência¹⁷ era um elemento que eu acreditava ter garantido ao me cercar por profissionais experientes e atualizadas. Não podia prever os encontros funestos para além dos domínios da atenção que recebia dessas mulheres e os caminhos tortuosos a que as rotas de fuga levavam. Ingenualmente, eu não compreendia que minha equipe jamais poderia cobrir todos os plantões. Nunca se tratou sobre garantir a “minha” assistência, mas sobre garantir os direitos de todas as mulheres. Como fazê-lo se, ao adentrarmos serviços públicos e privados de saúde, não há garantias de que essas instituições sejam representadas por profissionais capacitados, que partilhem dos mesmos compromissos éticos e sigam as diretrizes e políticas nacionais de assistência ao parto?

Muitas vezes percorri a rota do “se”. Se tivesse ficado em casa; se tivesse ido mais cedo ao hospital. Talvez não teria encontrado com Dr. Fulaninho e Dr. Sicrano. Mas eu, como a maioria das gestantes, preciso acessar hospitais e serviços de referência para acompanhar a minha gestação, e todas as diretrizes

¹⁷ Como garantir a qualidade da assistência se os profissionais não partilham dos mesmos compromissos éticos e não seguem as diretrizes e políticas nacionais de assistência ao parto?

e ações do MS implementadas desde 2004 ainda não são capazes de desencorajar comportamentos misóginos e machistas que levaram a minha perseguição interinstitucional e violência obstétrica.

Profissionais como esses podem não ser a maioria. Mas eles são a ponta de um iceberg que conta em sua base com profissionais desatualizados e incapazes de trabalhar em equipes multiprofissionais; com uma rede de atenção à saúde desarticulada; com desigualdades no atendimento e sua qualidade; com a lógica de superioridade do saber/controlado dos médicos; com o não enfrentamento e punição dos abusos, violências e práticas inadequadas e; com silenciamento e apagamento da violência obstétrica como uma violência baseada em gênero.

Havia ainda um efeito ricochete mais imprevisível e duradouro: a violência perpetrada pelo estado ao tornar inominável a violência obstétrica. Tornar-se mãe em um hospital é um ato público (CARSON, 2017). E se esse é um ato público, ele também é político. Todas as vezes que uma mulher não é ouvida quando está parindo; quando minimizamos a sua dor e não oferecemos condições para que faça escolhas; quando ocultamos o termo violência obstétrica dos textos públicos como se isso fosse capaz de apagar o que essas mulheres sofreram; quando fazemos vista grossa às violações de direitos, estamos implementando uma política que reforça desigualdades e iniquidades de gênero. Essa política é violenta. O nome disso é violência obstétrica.

Referências

- ARAÚJO, Hellen Christina da Silva. (2020). *Um deboche autoetnográfico*: uma análise sobre redes de transição capilar em viçosa-AL. Universidade Federal de Alagoas. 97 f.
- BALDISSEROTTO, Marcia Leonardi; THEME FILHA, Mariza Miranda; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. (2016). Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: The "birth in Brazil" national research study, 2011/2012. *Reproductive Health*, v. 13, n. Suppl 3. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12978-016-0233-x>>.
- BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo *et al.* (2014). Estrutura das maternidades: Aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. SUPPL1, p. 208-219.
- BRASIL. (2019a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Despacho DAPES/SAS/MS*. Brasília: MS, 3 maio. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35b

- eb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_ace
sso_externo=0. Acesso em: 20 jan. 2022
- (2019b). Ministério da Saúde. Secretaria de
atenção à saúde. Departamento de Ações
Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral
de Ciclos da Vida. *Coordenação de Saúde das
Mulheres*. Ofício nº
296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS.
Brasília: MS, 7 jun. Disponível em
[http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-
imprensa/docs/oficio-ms](http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms). Acesso em: 20 jan.
2022
- CARDOSO, P. C. *et al.*
(2021). A saúde materno-infantil no contexto da
pandemia de COVID-19: evidências,
recomendações e desafios. *Revista Brasileira
de ...*, v. 21, p. 221–228. Disponível em:
<[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-
38292021000100213&script=sci_arttext&tlng
=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292021000100213&script=sci_arttext&tlng=pt)>.
- CARNEIRO, Rosamaria.
(2021). Cartas para mim ou sobre mim? Notas
autoetnográficas de um puerpério não
silenciado. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, n.
37, p. e21306.a.
- CARNEIRO, Rosamaria.
(2015). *Cenas de Parto e Políticas do corpo*. Rio
de Janeiro: Editora da Fiocruz.
- CARSON, Anna *et al.*
(2017). A narrative analysis of the birth stories of
early-age mothers. *Sociology of Health and
Illness*, v. 39, n. 6, p. 816–831.
- COELHO, Maria Claudia.
(2010). Narrativas Da Violência: a dimensão
micropolítica das emoções. *Mana: Estudos de
Antropologia Social*, v. 16, n. 2, p. 265–285.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.
(2019). *Nota à Imprensa e à população*. Brasília:
CFM, 9 de maio. Disponível em:
[https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-apoia-
ms-em-decisao-sobre-o-termo-violencia-
obstetrica/](https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-apoia-ms-em-decisao-sobre-o-termo-violencia-obstetrica/). Acesso em: 20 jan. 2022.
- DAVIS, Dána Ain.
(2019). Obstetric Racism: The Racial Politics of
Pregnancy, Labor, and Birthing. *Medical
Anthropology: Cross Cultural Studies in Health
and Illness*, v. 38, n. 7, p. 560–573. Disponível
em:
<[https://doi.org/10.1080/01459740.2018.15
49389](https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389)>.
- DAVIS-FLOYD, Robbie.
(2001). The technocratic, humanistic, and
holistic paradigms of childbirth. *International
Journal of Gynecology and Obstetrics*,
75(SUPPL. 1), 5–23. Disponível em:
[https://doi.org/10.1016/S0020-
7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- D’ORSI, Eleonora *et al.*
(2014). Social inequalities and women’s
satisfaction with childbirth care in Brazil: a
national hospital-based survey. *Cadernos de
saúde pública*, v. 30, p. S1–S15.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo *et al.*
(2016). A vagina-escola: Seminário
interdisciplinar sobre violência contra a mulher
no ensino das profissões de saúde. *Interface:
Communication, Health, Education*, v. 20, n.
56, p. 253–259.
- DUARTE, Elena Maria da Silva *et al.*
(2020). Maternal mortality and social
vulnerability in a northeast state in Brazil: A
spatial-temporal approach. *Revista Brasileira
de Saude Materno Infantil*, v. 20, n. 2, p. 575–
586.
- ELLIS, Carolyn.
(2021). “Há sobreviventes”: contando uma
história de morte súbita. *Sexualidad, Salud y
Sociedad. Revista Latinoamericana*, n. 37, p.
e21301.
- ELLIS, Carolyn; BOCHNER, Arthur P.
(1999). Bringing emotion and personal narrative
into medical social science. *Health*, v. 3, n. 2,
p. 229–237.

- FLEISCHER, Soraya Resende.
(2006). Então, minha filha, vamos se afomentar? Puxação, parteiras e reprodução em Melgaço, Pará. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, p. 889–898.
- FLEISCHER, Soraya Resende.
(2007). *Parteiras, buchudas e aperreios*. Uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará. [tese]. Porto Alegre (RS): Departamento de Antropologia Social/Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; LACERDA, Lucas; RODRIGUES, Agatha S.
(2021). Obstetric observatory Brazil-covid-19: 1031 maternal deaths because of covid-19 and the unequal access to health care services. *Clinics*, v. 76, n. Figure 1, p. 1–4.
- GAMA, Fabiene.
(2020). A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla. Autoethnography as a creative method: experimentations with multiple sclerosis. *Anuário Antropológico*, n. II, p. 188–208.
- HIRSCH, Olivia Nogueira.
(2015). O parto “natural” e “humanizado”: um estudo comparativo entre mulheres de camadas populares e médias no Rio de Janeiro. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, v. 15, n. 2, p. 229–249.
- KATZ, Leila *et al.*
(2020). Quem tem medo da violência obstétrica? *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, v. 20, n. 2, p. 627–631.
- KNAUTH, Daniela Riva; MEINERZ, Nádia Elisa.
(2015). Reflexões acerca da devolução dos dados na pesquisa antropológica sobre saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 9, p. 2659–2666. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902659&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>
- LEAL, Maria do Carmo *et al.*
(2017). A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00078816.
- LUTZ, Catherine; ABU-LUGHOD, Lila.
(1990). *Language and the Politics of Emotion*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MARTIN, Emily.
(1991). The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, v. 16, n. 3, p. 485–501. Disponível em: <<http://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/494680>>.
- MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo.
(2012). Hierarquias reprodutivas: Maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface: Communication, Health, Education*.
- OAKLEY, Ann.
(1986). *The Captured Womb*. A history of the Medical Care of Pregnant Women. Oxford and New York: Wiley-Blackwell.
- OWENS, Deirdre Cooper.
(2017). The Birth of American gynecology. In: OWENS, DEIRDRE COOPER (Org.). *Medical Bondage: Race, gender and the origins of American Gynecology*. Athens: University Georgia Press, p. 712.
- PULHEZ, Mariana Marques.
(2013). “Parem a violência obstétrica!” *RBSE - Revista Brasileira de Sociologia das Emoções*, v. 12, n. 35, p. 544–564.
- QUATTOCCHI, Patrizia.
(2020). Epílogo. In: Quattocchi, Patrizia & Magnone, Natalia (Orgs.). *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Buenos Aires: Edunla Cooperativa.

- REGITANO, Aline.
(2019). *"Cuida direitinho": Cuidado e corporalidade entre o povo Mehinako*. Universidade Estadual de Campinas. 172f.
- REID, Alice.
(2012). *Birth attendants and midwifery practice in early twentieth-century Derbyshire*. Social History of Medicine, diferentes categorias de midwives; bona fide vão continuar existindo. escolhas aspecto financeiro, v. 25, n. 2, p. 380–399.
- REZENDE, Claudia Barcellos.
(2019). *Histórias de superação: parto, experiência e emoção*. Success stories: birth, experience and emotion. p. 203–225.
- REZENDE, Claudia Barcellos.
(2015). O parto em contexto: Narrativas da gravidez entre gestantes no Rio de Janeiro. Civitas - Revista de Ciências Sociais, v. 15, n. 2, p. 214.
- ROCHA, Bruna Fani Duarte Da.
(2021). *"Mães na luta contra violência obstétrica": a dor do parto transformada em movimento*. Universidade Federal de Santa Maria. Dissertação de Mestrado.
- ROHDEN, Fabíola.
(2001). *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ.
- SANTOS, Debora de Souza *et al*.
(2020). Disproportionate Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Among Pregnant and Postpartum Black Women in Brazil Through Structural Racism Lens. *Clinical Infectious Diseases*, 71(11), 2068–2069.
<https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1066>.
- SCULLY, Diana; BART, Pauline.
(1973). A Funny Thing Happened on the Way to the Orifice : Women in Gynecology Textbooks. *American Journal of Sociology*, v. 78, n. 4, p. 1045–1050.
- SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale.
(2017). Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: Relato de duas experiências. *Interface: Communication, Health, Education*, v. 21, n. 60, p. 209–220.
- SURRALLÉS, Alexandre.
(2009). De La Intensidad O Los Derechos Del Cuerpo. La Afectividad Como Objeto Y Como Método on Intensity or Rights of the Body. *Affectivity As Object and Method*. n. 1, p. 29–44.
- SURRALLÉS, Alexandre.
(2002). *Peut-on étudier les émotions des autres? La culture*. De l'universel au particulier. Auxerre: Editions Sciences humaines.
- TAKEMOTO, Maira L. S. *et al*.
(2020). Maternal mortality and COVID-19. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, v. 0, n. 0, p. 1–7. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1786056>>.
- TEMPESTA, Giovana Acacia; FRANÇA, Ruhana Luciano De.
(2021). Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. *Horizontes Antropológicos*, v. 27, n. 61, p. 257–290.
- TORNQUIST, Carmen Susana.
(2004). *Parto e Poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese de Doutorado, p. 376. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/86639/207876.pdf?sequence=1>>
- VERSIANI, Daniela Beccaccia.
(2002). *Autoetnografia: uma alternativa conceitual*. Letras de Hoje, 37(4), 57–72.
- VÍCTORA, Ceres; COELHO, Maria Claudia.
(2019). A antropologia das emoções: conceitos e perspectivas teóricas em revisão. *Horizontes Antropológicos*, v. 25, n. 54, p. 7–21.

WILLIAMSON, K. Eliza.
(2021). The iatrogenesis of obstetric racism in
Brazil: beyond the body, beyond the clinic.
Anthropology and Medicine, v. 28, n. 2, p.
172–187. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1080/13648470.2021.1932416>>.

Recebido em
março de 2022

Aprovado em
setembro de 2022