

# POR UMA "CULTURA DA PAZ NAS MATERNIDADES": DISPUTAS ENTRE A LEGITIMAÇÃO E A SUPRESSÃO DO TERMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.<sup>1</sup>

ARIENE ALMEIDA GOMES – UFRRJ

Resumo: Em 2019, o Ministério da Saúde proibiu o uso da expressão violência obstétrica em seus documentos e ações, e desde então vem reiterando seu posicionamento contrário ao uso, buscando promover uma "cultura da paz nas maternidades" (Ministério da Saúde, 2022). Em contrapartida, o termo é cada vez mais abordado em discussões em mídias sociais por mulheres, ativistas da humanização do parto e profissionais da área da saúde. Considerando isso, neste trabalho apresento observações a respeito de disputas e tensões no campo obstétrico em torno do debate –ou da recusa do mesmo por determinados setores – sobre violência obstétrica. A metodologia utilizada tem como referência o uso de pesquisa bibliográfica; pesquisa documental; e de pesquisa netnográfica, analisando-se mídias sociais de adeptos do movimento pelo parto humanizado, e apresentando-se matérias jornalísticas com a cobertura do cenário obstétrico brasileiro. Os discursos apresentados por categorias profissionais e adeptos da humanização do parto mobilizam noções de corpo; natureza e cultura; tradição e ciência; e critérios de classificação de pessoas, hierarquias e assimetrias de poder, como relações raciais e de classe social. Esses discursos apontam diferentes modos de pensar a gestação, o parto e a maternidade, assim como os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, estruturando o modelo de assistência obstétrica brasileira e o problema da violência obstétrica.

Palavras-chave: violência obstétrica; parto humanizado; direitos sexuais e reprodutivos

A área da atenção obstétrica brasileira, como parte do campo médico, é formada por um cenário de disputas entre categorias profissionais, práticas e conhecimentos em saúde e modelos de assistência. Um “campo de batalha” no qual se disputa a legitimidade para agir em nome da saúde e ocupar uma posição social de poder e prestígio (BARBOSA et al., 2018) (HERCULANO et al., 2018). O debate em torno do problema da violência obstétrica tem ganhado grande visibilidade e, desse modo, revelado facetas das tensões e rivalidades existentes no campo médico e na sua relação com a sociedade. Os médicos tentam assegurar a incontestabilidade de sua tradicional legitimidade para tratar e curar, e de decidir sobre os corpos e a saúde das mulheres. Pretende-se, inclusive, que se mantenha uma posição de prestígio que os coloque acima e os diferencie dos demais profissionais de saúde e de suas pacientes na hierarquia social e no campo médico. A forma como as mulheres tem reagido – de modo organizado ou não – a esse problema, também revela como novos atores se inserem nesse campo de disputa pautando novas

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado na 33ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 28 de agosto a 03 de setembro de 2022.

práticas e saberes em saúde e o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. A inserção de outros profissionais de saúde na assistência obstétrica, como as doulas, também tem sido observada como algo que acirra os ânimos no ambiente hospitalar e, mais precisamente, na cena de parto (BARBOSA *et al.*, 2018). Logo, a partir dessas tensões, coloca-se em cheque concepções sobre a figura do médico; ideais de gravidez, parto e maternidade; além de modos de tratar e curar cristalizados na assistência obstétrica. Como será visto ao longo desse artigo, a interessante escolha pelo uso do termo “cultura da paz” na cartilha da gestante expressa como, de fato, existe um “campo de batalha” nas maternidades brasileiras, uma “guerra” em curso, e o fim dessa “guerra”, segundo a cartilha, dependerá da postura adequada e da colaboração das pacientes.

Diferentes pesquisas expõem que as mulheres brasileiras estão sendo expostas a uma rotina de desrespeito, abuso e maus-tratos ao procurarem atendimento médico durante a gravidez, parto, pós-parto e/ou em situação de abortamento, e apontam para a existência de um contexto crítico de violência de gênero. Uma pesquisa de opinião realizada pela Fundação Perseu Abramo<sup>2</sup> e divulgada em 2010, revelou que 25% das mulheres que tiveram partos normais nas redes pública e privada relataram terem sofrido maus-tratos durante o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto. Em 2014, a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, informou, por exemplo, sobre o alto índice de cirurgias cesarianas realizadas, uma inadequação as recomendações da OMS; e a realização de partos vaginais extremamente medicalizados e dolorosos. A referida pesquisa apresentou à seguinte conclusão:

[...] as mulheres brasileiras e seus bebês de qualquer grupo social estão sendo desnecessariamente expostos ao risco de efeitos adversos no parto e no nascimento. As de mais elevado nível social sofrem maior número de intervenções obstétricas, em especial a operação cesariana, e dão à luz a um grande número de bebês com menos de 39 semanas, perdendo assim as vantagens advindas da sua situação social. As mais pobres, atendidas no setor público, estão submetidas a partos extremamente medicalizados, dolorosos, e demonstram menor satisfação com a atenção recebida. Têm piores indicadores perinatais e de condições de saúde em geral, indicando a baixa efetividade do modelo de atenção obstétrica e neonatal predominante nos serviços públicos e privados do país. (Sumário Executivo Temático da Pesquisa Nascer no Brasil-LEAL e GAMA, 2014, p.7)

---

<sup>2</sup> Pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”, realizada pela Fundação Perseu Abramo, e divulgada em 2010.

Como exposto pela pesquisa, o modelo hegemônico de assistência obstétrica brasileira, estruturado por graus de medicalização e biomedicalização aliadas à estratificação social corroboram para a grave situação do cuidado e atenção a gravidez e ao parto, marcada por diferentes tipos de violência obstétrica. O que revela a necessidade de interferências nesse sistema para que se resguarde a integridade das mulheres e seus bebês.

A discriminação racial é um aspecto da violência obstétrica que se soma a violência de gênero (MARQUES, 2020). A partir do recorte de raça/cor na análise dos dados apresentados pela pesquisa “Nascer no Brasil”, observou-se que mulheres negras possuem piores indicadores perinatais e de qualidade de assistência médica ao ciclo gravídico puerperal. Em comparação a mulheres brancas, mulheres pretas e pardas tiveram, por exemplo, menor número de intervenções médicas necessárias; menor aplicação e oferta de analgesia; e maior chance de não ter o direito a acompanhante respeitado. Esses dados demonstram que noções culturais racistas que permeiam a sociedade brasileira também baseiam a prática médica. Noções culturais que consideram mulheres negras como pessoas “fortes”, mais resistentes a dor e “melhores parideiras” (LEAL et al, 2017) vêm sendo perpetuadas desde o desenvolvimento da obstetrícia e ginecologia, no qual estudantes e profissionais de medicina buscavam fazer seu treinamento e realizar experimentos ao atenderem mulheres negras e escravas (RODHEN, 2000) (MOTT, 2002). Movimentos sociais consideram esse aspecto da violência obstétrica como racismo obstétrico, que é definido como um tipo de violência obstétrica que atinge a mulheres negras baseado em estereótipos raciais, e é promovido por uma discriminação no atendimento médico que ameaça a saúde e vida de mulheres negras e seus bebês (DAVIS, 2018). Profissionais de saúde associados ao movimento pela humanização, como as doulas, tem defendido que é importante que se faça a dupla caracterização da violência – violência obstétrica e racismo obstétrico – quando casos que se enquadram nessa descrição acontecerem.

A violência obstétrica pode ser caracterizada como negligência médica e abusos cometidos contra às mulheres por meio de violência verbal, física, emocional e/ou sexual durante a prestação de atendimento médico na gravidez, parto, pós-parto e/ou em situação de abortamento. Também são considerados violência obstétrica procedimentos médicos que não sejam mais respaldados por evidências científicas, como, por exemplo, a episiotomia (corte da musculatura perineal para a facilitar a passagem do bebê); a raspagem dos pelos pubianos, chamada tricotomia; e a manobra de Kristeller (técnica de

pressão externa sobre o útero para acelerar o parto). Esses procedimentos fazem parte de críticas feitas pelo movimento de humanização do parto e do rol de práticas não recomendadas pela OMS.

A mobilização social tem sido essencial para a caracterização dessa violência. Considera-se que a elaboração, discussão e popularização do termo violência obstétrica no debate público e no meio acadêmico brasileiro teve grande influência dos dados divulgados na já citada pesquisa da Fundação Perseu Abramo. Os resultados apresentados por essa pesquisa repercutiram de forma expressiva no espaço virtual. Adeptas e ativistas do movimento pela humanização do parto impulsionaram e ampliaram o debate em mídias sociais, como blogs, grupos e páginas da rede social Facebook destinadas a abordar temas como gravidez, maternidade e a defesa de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (PULHEZ, 2013) (SENA, TESSER, 2017). Outro ponto relevante, anterior a pesquisa, foi o reconhecimento e a tipificação em lei da “violência obstétrica” na Venezuela, em 2007. Provavelmente esse evento pode ter despertado a discussão do tema no Brasil, principalmente, em espaços virtuais (PULHEZ, 2013). A partir desse cenário, a discussão foi se fortalecendo no Brasil em espaços virtuais e físicos, e o que antes era denominado “violência institucional em maternidades” ou “violência no parto”, começou a ser chamado de “violência obstétrica” (SENA, TESSER, 2017), demonstrando a intenção de formar uma unidade com as reivindicações em outros países da América Latina. Portanto, a expressão violência obstétrica foi forjada em países da América Latina para especificar violência contra a mulher na assistência à gestação, parto, pós-parto e ao aborto (DINIZ *et al.*, 2015), e é característica da luta nessa região do globo. A OMS, por sua vez, tem preferência pelo uso de termos como “abuso, desrespeito e maus tratos” durante o parto em instituições de saúde para referir-se ao que no Brasil se classifica como violência obstétrica (OMS, 2014).

A mobilização de diversos setores da sociedade, inclusive, de profissionais da área da saúde em torno da tipificação, discussão e combate à violência obstétrica não impediu que essa modalidade de violência contra a mulher avançasse e se mostrasse persistente. Um dos fatores que contribuem com a violência obstétrica, de acordo com Diniz *et al* (2015), é a tradicional formação dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, a organização dos serviços de saúde. De modo geral, na formação acadêmica e na categoria profissional existe uma forte resistência a mudança, e prevalece o entendimento de que atualmente algumas práticas baseadas em estudos científicos são “ponto de vista”,

questões de ideologia ou mesmo de modismo. Alguns grupos da classe médica mais conservadores se sentem ofendidos quando são convidados a reverem sua conduta profissional, e consideram-se injustiçados pela acusação de estar causando danos a mulheres, pela acusação de estar praticando violência (GOMES, 2021).

Como uma demonstração da insatisfação e da recusa da classe médica em aderir ao debate, em 2019, o Ministério da Saúde registrou um despacho<sup>3</sup> versando sobre a proibição do uso da expressão violência obstétrica em documentos, orientações, políticas e diretrizes de saúde no Brasil (MARQUES, 2020). De acordo com a informação veiculada no despacho, o uso da expressão violência obstétrica é considerado inadequado e deve ser interrompido, pois entende-se que nenhum médico age intencionalmente para provocar qualquer tipo de dano ou violência a suas pacientes. Por conseguinte, em uma postura crítica, o Ministério Público Federal recomendou a continuação do uso do termo pelo Ministério da Saúde, e entendeu o despacho como uma forma de censura ao debate e exposição das demandas de movimentos sociais (MARQUES, 2020). A recomendação foi acatada em parte<sup>4</sup>, pois a pasta governamental manteve-se firme na decisão de não usar esse termo em suas diretrizes e políticas públicas, facultando as mulheres, ativistas e movimentos sociais a usarem a expressão (GOMES, 2021). Dessa forma, o Ministério da Saúde assume a sua posição contrária a caracterização do termo violência obstétrica e demonstra que suas ações pautarão a não legitimação do termo socialmente e, principalmente, no campo médico. A não aderir a agenda de discussão e combate à violência obstétrica, mesmo facultando as mulheres e aos movimentos sociais que o façam, o setor governamental colabora para que o problema se agrave, afastando-se das demandas dos movimentos sociais e da potência da colaboração com suas ações. Também fica explícito que procurará se opor a qualquer associação a ideais semelhantes ou que apoiem preceitos da humanização da assistência obstétrica que eles entendam que possam prejudicar a imagem e a autoridade da classe médica.

Alguns estudos apontam que a formação acadêmica na área da saúde oferecida pelos cursos de graduação está desatualizada, não se mostrando de acordo com as melhores e mais recentes evidências científicas (DINIZ *et al*, 2015). Nesse sentido, o que

---

<sup>3</sup> Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml> Acesso em: 19/06/2020.

<sup>4</sup> Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/561395-debatedoras-cobram-uso-do-termo-violencia-obstetrica-pelo-ministerio-da-saude/> Acesso em: 19/06/2020.

prevalece na formação é a experiência adquirida com o treinamento da prática médica no cotidiano dos atendimentos, no qual sobressaem procedimentos obsoletos e baseados em padrões socioculturais e estereótipos de gênero. Assim, privilegia-se a tradição em detrimento da evidência científica., e com isso estimula-se a violação de direitos fundamentais e sexuais e reprodutivos das mulheres, estabelecendo-a como protocolo, procedimento de rotina pertencente ao guia da prática médica (GOMES, 2021).

O treinamento de residentes é um dos segmentos desse laboratório de medicina violenta que opera a partir de critérios de classificação de pessoas e de distinção de procedimentos considerando o valor social ou o estado de vulnerabilidade social das mulheres que recorrem ao cuidado médico (DINIZ *et al*, 2015). Quanto maior o grau de vulnerabilidade social no qual a paciente se encontra, maior a chance de ser oferecido a ela um tratamento desrespeitoso ou negligência. Como observado pela OMS (2014, p.1): “(...) as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível socioeconômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos”. Os residentes aprendem seu ofício a partir de um treinamento para lidar com um problema médico, seja esse problema médico uma doença, gravidez, parto ou qualquer intercorrência associada a elas. Durante o treinamento o residente ocupa um papel central e, muitas vezes, realiza procedimentos sem o consentimento das pacientes. As pacientes acabam sendo definidas como espectadoras, sendo tratadas como objetos de estudo, meros corpos cobaias. Dessa maneira, aprende-se não só a lidar com um problema médico, mas a entender que existe uma distância entre paciente e médico, e que a mesma deve ser mantida para que a técnica seja realizada de maneira adequada e se obtenha o resultado esperado. Como afirma Le Breton (2011), a relação que seria entre médico e paciente passa a ser entre médico e doença.

### **A caderneta da gestante 2022: um manual para a manutenção da “cultura da paz”**

A nova edição da Caderneta da Gestante foi apresentada pelo Ministério da Saúde no dia 04 de maio de 2022. A produção desse material e as orientações contidas nele são uma ótima representação da postura assumida pelo Ministério da Saúde no atual governo, principalmente no que se refere ao tema violência obstétrica. Foi sinalizado que a recusa ao uso do termo e a discussão sobre esse problema com setores médicos, ativistas e demais setores da sociedade permanecerá. A 6ª edição dessa caderneta possui 48 páginas,

um número menor do que as versões anteriores como, por exemplo, a edição do ano de 2018 – que possui 56 páginas –. Diferente das outras edições, apresenta-se um design com ilustrações em tonalidades das cores verde, amarelo e azul que lembram as cores da bandeira brasileira. A escolha por essas cores, as cores nacionais<sup>5</sup>, evidencia o teor patriótico e a valorização de uma estética que represente a identidade brasileira.

O texto de introdução ao material afirma que a mulher poderá contar com cuidados humanizados durante a gravidez, parto e pós-parto na RAMI (Rede de Atenção Materna Infantil), novo programa instituído para substituir a Rede Cegonha que estava em vigor desde 2011. Assim, sugere-se que as mudanças no modelo de atenção brasileira serão bem mais profundas, adequando-se a política de saúde que a pasta governamental defende. Adiciona-se a cartilha a noção de que os serviços de saúde são confiáveis, são “uma rede de proteção” segura para que a paciente possa se sentir à vontade para denunciar situações de violência física, psicológica ou sexual que esteja vivendo. Ao advertir sobre denúncias de violência e fazerem essa menção a rede de proteção, busca-se introduzir a ideia de que os serviços e os profissionais apoiam as mulheres, e desejam e podem protegê-las.

Ao tratar da descoberta e das fases da gravidez reafirma-se a todo instante que a gestante pode encontrar apoio nos profissionais de saúde que a estão acompanhando. A assistência médica é apresentada como um elemento chave para auxiliar a gestante na superação de medos e inseguranças durante a gravidez. A gestação é reforçada como uma experiência que pode ser positiva e prazerosa, dependendo do preparo emocional e físico apropriado. Para o preparo físico, por exemplo, recomenda-se manter uma alimentação saudável com o consumo de verduras, legumes e frutas; fazer o planejamento e preparo das refeições; e evitar o consumo de alimentos processados e ultraprocessados. Uma recomendação médica correta sobre alimentação, no entanto, difícil de ser seguida pela maioria das mulheres em um país de alta de preços, desemprego e fome<sup>6</sup>.

É feita uma abordagem de pré-natal que também priorize outros atores e componentes que podem influenciar na saúde em um nível mais amplo da gestante e do bebê. Há uma seção dedicada a tratar sobre o pré-natal do parceiro: discorre-se sobre a

---

<sup>5</sup> As cores verde e amarela foram instituídas como cores nacionais pela Lei no. 5700 de setembro de 1971. Para mais, ver: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/15700.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15700.htm)

<sup>6</sup> Disponível em: <<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2022/06/29/numero-de-pessoas-em-situacao-de-pobreza-no-brasil-bate-recorde-mostra-pesquisa.ghtml>>

importância de o homem estar preparado para desempenhar a paternidade da melhor maneira possível, aproveitando esta oportunidade para estar atento a sua saúde em aspectos físicos, emocionais e sociais. Adverte-se à manutenção de uma sexualidade responsável, na qual a mulher tenha sua vontade respeitada sobre ter ou não relações sexuais durante a gravidez; em que se faça o uso de preservativos durante a gravidez e a amamentação; e na qual a gestante e sua parceria sexual estejam em dia com exames que diagnostiquem ISTs. Para um planejamento familiar eficaz, recomenda-se que a puérpera e seu parceiro escolham de forma conjunta um método contraceptivo que se adeque a sua realidade e ao tipo de relação que possuem. É destacada a importância do envolvimento do genitor do bebê e/ou do parceiro ou parceira sexual da gestante durante as etapas da gravidez e na tomada de decisões a respeito da saúde da gestante e do bebê. Incentiva-se o fortalecimento das relações familiares a partir de um modelo de paternidade ativa.

Sobre a estruturação do acompanhamento de pré-natal disponibilizado pelo SUS, é mencionado que as consultas de gestantes de baixo risco são feitas por equipe multiprofissional. No entanto, ao longo da cartilha é usada a expressão “profissionais de saúde”, e pouco se menciona sobre as especializações médicas desses profissionais. Não há uma abordagem mais completa sobre a possibilidade e os benefícios do atendimento feito por uma equipe multiprofissional composta, por exemplo, por fisioterapeutas, educadoras perinatais, psicólogos, nutricionistas, enfermeiras obstetras e doulas. Assim, projeta-se a centralidade da atenção obstétrica na figura do médico obstetra.

Ao adentrar mais precisamente o tema da “cultura da paz nas maternidades”, o texto pontua sobre as tensões e dilemas que fazem parte do cotidiano do ambiente hospitalar e que podem desestabilizá-lo. Segundo a cartilha, a buscarem atendimento em unidades de saúde durante a gravidez ou parto, as mulheres estão com uma grande carga emocional devido ao momento “especial” que estão vivendo, além das dores e desconforto que podem levar a perda de consciência ou de julgamento adequado. Os médicos, por sua vez, também precisam lidar com o estresse e a responsabilidade de proverem o atendimento de qualidade que as gestantes e seus bebês necessitam. Assim, acredita-se que não cabe somente aos profissionais de saúde, mas também, as pacientes e seus acompanhantes a responsabilidade para que o ambiente hospitalar seja um ambiente agradável e respeitoso:

Dessa forma, é preciso que todos os envolvidos, sendo estes usuários, acompanhantes e profissionais, reflitam e entendam a complexidade desse



cenário e, acima de tudo, respeitem uns aos outros. O SUS acredita que fomentando a cultura da paz e da união nas maternidades, todos só tenham a ganhar! (Caderneta da Gestante, p.32, 2022)

Todos devem colaborar e fazer a sua parte para que se tenha um ambiente de “paz”. A partir da cartilha, o Ministério da Saúde parece argumentar que situações que são chamadas de violência obstétrica são um “mal-entendido”, são frutos do cenário complexo que se forma na cena de parto ou na prestação de assistência obstétrica. Nesse sentido, passa-se a mensagem de que as pacientes que se entendem apenas como potenciais vítimas precisam perceber que, na verdade, são agentes que executam ações que podem provocar ou favorecer o desequilíbrio no ambiente hospitalar. Ao entender a dimensão da precarização, as usuárias devem colaborar não se colocando como um fator para o agravamento desse contexto. Dessa forma, segundo a cartilha, respeitar a autonomia e a autoridade do médico na tomada de decisões e execução de procedimentos seria uma forma de colaborar para a não perturbação da “paz” e da “união” na maternidade.

Essas orientações buscam assegurar que cada ator execute sua respectiva função adequadamente na cena de parto: o profissional de saúde, representado pelo médico obstetra, deve ocupar um papel central, fazendo o que for necessário para preservar a saúde da gestante e do bebê; a paciente deve ocupar um papel coadjuvante, submetendo-se ao que for pedido e confiando na competência do médico para um desfecho favorável a todos. Com o profissional de saúde ocupando esse papel de autoridade máxima no ambiente hospitalar, a cartilha defende que o mesmo pode julgar necessário que se faça inclusive procedimentos que não são mais respaldados pela literatura científica e não são recomendados pela OMS, como a episiotomia, que atualmente é considerada um tipo de mutilação genital. Apesar disso, segundo informado, o médico fará procedimentos como esse quando julgar necessário e visando eliminar riscos à saúde.

De acordo com a reportagem do jornal O Globo<sup>7</sup>, Raphael Câmara, secretário de Atenção à Saúde Primária do Ministério da Saúde, reiterou durante o lançamento da cartilha que a tomada de decisão sobre a execução de procedimentos como a episiotomia é de única atribuição do médico: “Tem algumas coisas que dependendo da situação e em

---

<sup>7</sup> Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/medicina/noticia/2022/05/recem-lancada-pelo-ministerio-da-saude-nova-cartilha-para-gestantes-e-condenada-por-medicos-entenda.ghtml>

casos excepcionais podem e devem ser feitas e quem define isso é o médico, não são leigos, militantes, ativistas, como por exemplo (...) episiotomia e manobra de Kristeller”. A partir dessa fala do secretário, o Ministério da Saúde reforça sua posição em favor de setores médicos conservadores e contrária às críticas e demandas de grupos de movimentos sociais, mesmo que esses grupos tenham ampla participação de profissionais de saúde e críticas respaldadas por evidências científicas. Nessa mesma reportagem é informado que políticos, especialistas e ativistas teceram críticas a caderneta, condenando a divulgação de orientações que não possuem embasamento científico. A ginecologista e obstetra Marianne Pinotti declarou em entrevista que a literatura médica há anos não endossa a uso da manobra de Kristeller, de modo que essa técnica “foi abolida e não pode estar em nenhum protocolo”. A partir disso, questiona-se qual seria a fundamentação dos protocolos defendidos pela cartilha e pelos funcionários da pasta ministerial. Nesse ponto, evidencia-se que, na verdade, os protocolos defendidos pela pasta privilegiam uma prática médica tradicional, antiquada, à atualização da assistência obstétrica brasileira com base em evidências científicas e a revisão de procedimentos, funções e hierarquia entre a equipe profissional e as pacientes.

Ao longo do documento procura-se produzir a imagem de que as orientações e protocolos seguem uma linha de conformidade aos ideais de humanização da assistência obstétrica, como era característico dos documentos produzidos pelo Ministério da Saúde em gestões anteriores. A cartilha informa, por exemplo, que a paciente pode se alimentar, beber água e se movimentar livremente durante o trabalho de parto contando com a ajuda de seu acompanhante. Também são sugeridas algumas posições que facilitam o parto vaginal. Essas são ações positivas que podem contribuir para o melhor desenvolvimento do parto e que seriam formas de a paciente desempenhar seu papel da maneira adequada aos protocolos. Dessa maneira, há uma seleção de noções de humanização da saúde que podem ser aderidas sem que haja interferência do papel da gestante nas ações dos profissionais de saúde.

A caderneta alerta para a existência de uma cultura que tenta amedrontar as mulheres em relação ao parto. A primeira dica transmitida para se lidar com esses medos é confiar nos profissionais de saúde. Em seguida, é informado que a gestante deve receber orientação adequada durante o pré-natal e discutir com os profissionais de saúde sobre os cuidados e escolhas possíveis e os riscos existentes, para que então possa tomar decisões de forma autônoma e responsável. Porém, não é feita nenhuma menção sobre a

possibilidade de a gestante formular seu plano de parto<sup>8</sup>, que é uma ferramenta indicada a ela para o seu bem-estar e exercício de autonomia durante o parto, bem como de prevenção à violência obstétrica. Ainda que o documento declare que preza pela autonomia e escolha informada da paciente, outras informações divulgadas pelo mesmo, que não possuem embasamento científico, atentam contra a integridade da gestante e de seu bebê, podendo causar danos à saúde de ambos.

Ao tratar de planejamento familiar a cartilha recomenda de forma equivocada a amamentação em livre demanda como uma espécie de método contraceptivo, o que foi duramente criticado por especialistas:

(...) o texto defende que a amamentação durante os seis primeiros meses de vida do bebê oferece “uma proteção contra uma nova gravidez”, apesar de admitir que “não é plena”. Isso porque, em teoria, durante o aleitamento, a mulher produz o hormônio prolactina, que impede a ovulação. Mas a eficácia não é tão simples assim. — Tem um índice de falha muito grande. Porque ele tem regras muito rígidas para um bom índice de eficácia, como a não retomada do período menstrual. Só que a primeira ovulação depois da chegada do bebê não é precedida pelo período menstrual, então muitas vezes as mulheres acham que não estão ovulando, mas estão. Por isso, especialmente quando falamos de saúde pública, de uma população heterogênea, o método não é confiável. Então é um retrocesso que isso apareça dentro de um Caderneta da Gestante — explica Bianca. (Trecho da matéria jornalística do jornal O Globo, 12/05/22)<sup>9</sup>

A promoção de informação dúbia e desatualizada sobre amamentação e contracepção expressa o perfil desatualizado e incompetente assumido pela pasta na formulação de propostas e diretrizes que deveriam buscar atender adequadamente a população. De fato, a irresponsabilidade das ações do ministério da saúde atende a um projeto de poder que conta com o apoio de setores médicos conservadores e se utiliza de divulgação de informações falsas para que se instaure, dentre outras questões, um ideal de medicina, de maternidade e de família que satisfaça aos interesses do governo.

Mesmo que se saliente que a gestante pode e deve tomar decisões para conseguir o bom parto que se deseja, reforça-se durante todo tempo que o médico é uma figura confiável, competente, que não deve ser contestada, parecendo-me que a melhor opção para a gestante é ceder de forma voluntária sua tutela ao mesmo. A falta de menção a

---

<sup>8</sup> Plano de parto é um documento elaborado pela gestante em diálogo com a equipe médica. Nele são registrados os desejos da gestante a respeito dos procedimentos a serem realizados pela assistência médica e hospitalar durante o seu trabalho de parto, parto e nos cuidados com o recém-nascido no pós-parto imediato.

<sup>9</sup> Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/medicina/noticia/2022/05/recebe-lancada-pelo-ministerio-da-saude-nova-cartilha-para-gestantes-e-condenada-por-medicos-entenda.ghtml>

termos como plano de parto e violência obstétrica, e a profissionais como doulas, corroboram essa percepção e demonstram insensibilidade as demandas das mulheres e de movimentos sociais. Deixa-se evidente o rompimento com esses movimentos que tinham suas ideias bem recebidas pelo ministério da saúde (TORNQUIST, 2002), pelo menos até o início do atual governo. Durante o evento de lançamento da cartilha, o secretário Raphael Câmara assumiu a recusa do setor governamental ao uso do termo violência obstétrica, entendendo que o uso desse termo em nada contribui para melhorias na assistência obstétrica: “Vamos parar de ficar usando termos que não levam a nada, como violência obstétrica, que só provoca e desagregação, coloca a culpa no profissional único, o que não tem o menor sentido”. Segundo a fala do secretário, pode-se entender que o uso do termo violência obstétrica seria uma das variáveis que perturbaria a “cultura da paz e da união nas maternidades”. A recusa ao uso do termo ou mesmo do debate sobre o problema da violência obstétrica demonstra o caráter autoritário assumido pela atual gestão do Ministério da Saúde. As atualizações feitas na 6ª edição do documento foram consideradas ultrapassadas, anticientíficas e incentivadoras à violência obstétrica:

Foram muitas mudanças significativas. As recomendações em relação à episiotomia e às cesarianas sem indicação clínica foram reescritas e banalizadas. A orientação para realização de pesquisa para anemia falciforme foi abolida, desconsiderando essa condição comum na população negra. Todo o novo texto do documento, que tem como função informar as gestantes durante o pré-natal, perdeu sua característica principal que é a fundamentação em evidências científicas com foco nas boas práticas obstétricas — afirma a médica obstetra Ana Fialho, do Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda, um centro de referência do parto humanizado no Rio, e membro da Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras. Para Bianca Balassiano, consultora internacional de lactação e especialista em saúde materno-infantil, a nova cartilha é um retrocesso em relação à versão anterior e endossa práticas violentas que estão sendo combatidas. — É um retrocesso absurdo, naturaliza violência obstétrica e recomenda procedimentos que sabemos que estão obsoletos, que não são respaldados nem pela OMS. A naturalização da episiotomia, por exemplo, que não tem nenhuma evidência científica, e a manobra de kristeller, que é super violenta, são pontos que a gente vem lutando contra. É muito importante que essa cartilha seja revista — afirma Bianca. (Trecho da matéria jornalística do jornal O Globo, 12/05/2022)<sup>10</sup>

Enquanto especialistas e organizações como o Cofen (Conselho Federal de Enfermagem) são favoráveis ao recolhimento da caderneta e sua reelaboração, o Ministério da Saúde

---

<sup>10</sup> Disponível em: < <https://oglobo.globo.com/saude/medicina/noticia/2022/05/rece-m-lancada-pelo-ministerio-da-saude-nova-cartilha-para-gestantes-e-condenada-por-medicos-entenda.ghtml> >

afirma <sup>11</sup>que o modelo de atenção obstétrica no SUS está sendo reestruturado e a nova cartilha é uma das ações desse processo de reestruturação que atendem a uma atualização do conteúdo técnico divulgado em edições anteriores.

### **O outro lado do front: estratégias de resistência e combate à violência obstétrica**

Enquanto o setor governamental procura invalidar a legitimação do termo violência obstétrica, o debate sobre essa temática segue cada vez mais crescente e fervoroso em diversos veículos midiáticos. Em matérias jornalísticas não há qualquer inibição sobre o uso da expressão e se faz uma cobertura robusta com relatos de violência em diversas partes do país; críticas e opiniões de especialistas; e informações sobre os direitos das gestantes durante o parto. Nas mídias sociais – terreno fortemente ocupado por grupos de ativistas e profissionais da humanização do parto – sites, blogs, canais no Youtube e páginas em redes sociais como o Instagram são dedicadas a expandir a compreensão sobre a violência obstétrica e dar voz a mulheres que desejam contar suas experiências e discutir propostas para o enfrentamento a esse tipo de violência<sup>12</sup>. No Instagram, a *hashtag* #violenciaobstetrica já foi citada em mais de 50 mil publicações.

Os perfis que se dedicam a abordar a referida temática possuem um público formado, em sua maioria, por mulheres. Algumas postagens usam ilustrações e memes para informar de maneira objetiva e descontraída, convidando suas seguidoras a exporem suas opiniões e a se sentirem confortáveis para compartilharem casos de maus tratos e negligência que tenham sofrido. Procura-se divulgar canais de ouvidorias ou outras formas de se denunciar violência obstétrica, além de se ensinar maneiras de se proteger de situações e profissionais que podem oferecer algum risco ou danos à saúde das pacientes.

Quantas vezes você já ouviu dizer que um referido médico é humanizado, mas quando foi ouvir os relatos, sacou que era golpe? Eu já ouvi muitas histórias, muitas mesmo. Então eu resolvi trazer algumas dicas para te ajudar a escapar do golpe do humanizado fake: - Toque vaginal na gestação: não precisa. A não ser uma situação de emergência, com sangramento ou algo do tipo. Fora isso, toque vaginal na gestação é conduta fora da humanização. - Não espera mais que 40 semanas: a gestação pode durar até 42 semanas. 40 semanas é só uma previsão. Um atendimento humanizado acompanha e monitora essa mulher e,

---

<sup>11</sup> Resposta do Ministério da Saúde ao jornal O Globo. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/medicina/noticia/2022/05/recem-lancada-pelo-ministerio-da-saude-nova-cartilha-para-gestantes-e-condenada-por-medicos-entenda.ghtml> . Informações divulgadas pelo Ministério da Saúde na ocasião do lançamento da Caderneta da Gestante. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/ministerio-da-saude-apresenta-nova-edicao-da-caderneta-da-gestante>

<sup>12</sup> Esses dados correspondem ao mês de junho de 2022.

precisando, pode até indicar a indução do parto, mas não necessariamente com 40 semanas. - Faz analgesia em todas as mulheres: sim, temos obstetras que acham que parto humanizado é aliviar a dor de todas as mulheres por via farmacológica. Alegam que a mulher não quer sentir dor. Atendimento humanizado não é anestesiá-la a todas, mas oferecer e respeitar as escolhas dessa mulher. - A mulher demora para dilatar e aí já vem o discurso: seu bebê está sofrendo, você está sem dilatação. E lá vai a mulher pra cesárea por "falta de dilatação". - Interna a mulher antes do TP: o trabalho de parto ativo, quando as contrações são eficazes e de fato trabalham para a descida do bebê e sua saída, só começa quando a mulher já tem 5 cm de dilatação. Internar antes disso é causar ansiedade e nervosismo à toa na mulher, o que pode atrapalhar a evolução do TP. - Não conversa sobre plano de parto: não gosta de discutir condutas nem gosta do plano de parto, porque acha que PP é moda e que quem sabe o que tem que acontecer no parto é ele. Não gosta de tomar decisões compartilhadas. Esses são alguns pontos. Se você faz pré-natal e já está pescando um cesarista, corre! Lembrando que informação é essencial para que você faça a sua melhor escolha. E somente você pode fazer isso, pois a educação é de dentro pra fora. E você? Qual a conduta que fez você desconfiar do golpe? colaborativo com @violenciaobstetrica\_ruth ( Postagem da página Parir sem violência, Instagram, 11/06/22)<sup>13</sup>

Ao fornecerem essas dicas, assume-se que existe uma perda de confiança na figura do médico. Instrui-se as mulheres a sempre estarem atentas, devendo ocupar uma postura vigilante frente aos profissionais que prestam assistência obstétrica. E, nesse sentido, um escudo que a paciente deve usar para exercer essa postura vigilante é a informação baseada em evidências científicas ou nos ideais do movimento pela humanização do parto. Dessa forma, também se promove a ideia de que a melhor assistência obstétrica é aquela que se adequa aos parâmetros do movimento de humanização. É preciso salientar que esses perfis de rede social costumam ser administrados por educadoras perinatais, doulas e ativistas da humanização do parto. Dessa forma, preconiza-se em seus discursos um modelo de assistência obstétrica pautado pela Medicina Baseada em Evidências (MBE) que valorize a inserção de equipe multidisciplinar e de outros saberes e práticas em saúde, como as PICs (Práticas integrativas e complementares)<sup>14</sup>. Esse modelo de cuidado em saúde é entendido por aqueles que o preconizam como um importante instrumento de enfrentamento a violência obstétrica, pois visa considerar a pluralidade das demandas e dos contextos culturais e socioeconômicos em que as mulheres que acessam os serviços de saúde estão inseridas. Busca-se promover uma noção de cuidado em saúde que se adequa às necessidades das mulheres.

---

<sup>13</sup> Disponível em: < <https://www.instagram.com/p/CerYAIQOds/> >

<sup>14</sup> PICs são práticas terapêuticas que reúnem e valorizam diversas técnicas e conhecimentos da Medicina Tradicional e da Medicina Alternativa e Complementar (SILVA et al, 2016).

O que você vivenciou no seu parto é importante. Ainda que a sociedade não reconheça. Ainda que seus familiares não entendam. Ainda que o médico negue. Ainda que a justiça demore a ser feita. A sua experiência importa. Você importa! Se você vivenciou uma violência obstétrica, sinta-se abraçada. Se deseja denunciar, confira o passo a passo na legenda. (Texto ilustrado no post da página Parir sem violência, Instagram, 14/02/22)<sup>15</sup>

Se estabelece uma rede virtual de apoio e acolhimento as vítimas que muitas vezes tem suas denúncias invalidadas. De fato, o próprio ato de compartilhar relatos de casos de violência obstétrica é entendido como uma ferramenta de combate e conscientização sobre a mesma. A rede de apoio virtual pode ofertar a solidariedade que essas vítimas não encontram no espaço físico, entre familiares e amigos. Além de que essas mulheres encontrem acolhimento e se reconheçam como vítimas, intenta-se que elas aprendam que são portadoras de direitos que resguardam sua integridade. O exercício pleno e a garantia a esses direitos, no entanto, dependerão do esforço dessas mulheres. Incentiva-se, assim, que as mulheres exerçam uma conduta combativa na luta por justiça, não apenas em virtude de seu benefício próprio, mas sim de toda a coletividade.

O lançamento da nova edição da Caderneta da Gestante também suscitou reações nas redes sociais. As habituais publicações informativas de diversos perfis deram lugar a manifestações de críticas ao conteúdo do material produzido pelo Ministério da Saúde:

Não dá! Não podemos aceitar uma cartilha de gestante que retira a opção de plano de parto, afirma que a episiotomia é necessária em casos de sofrimento fetal e que a amamentação protege de nova gestação. O SUS está à beira de um desmonte! Ainda tem a fala do diretor responsável pela Atenção Primária do Ministério da Saúde Raphael Câmara que continua prestando um desserviço ao afirmar que a manobra de Kristeller é uma “suave” pressão no útero da mulher. Precisamos nos mobilizar! Vamos subir a #foraraphaelcâmara e #retrocessoonus Comente com as hashtags e compartilhe com o máximo de pessoas, além dos stories! Nosso coletivo já se movimenta também para a realização de uma denúncia junto ao MPF. Isso não pode acontecer! É muito retrocesso em pouco tempo. Podemos contar contigo? (Post da página Nascer Direito, Instagram, 06/05/22)<sup>16</sup>

Mais vez a postura combativa é acionada pelas ativistas numa convocação as seguidoras e usuárias dos serviços de saúde a não aceitação aos protocolos instituídos pelo setor governamental. Nessa publicação, destaca-se a menção ao “retrocesso em pouco tempo”. A atual gestão da pasta da saúde tem sido caracterizada como um inimigo do

---

<sup>15</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CZ9tP6gOum0/>

<sup>16</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CdOsDDrPi0o/>

enfrentamento à violência obstétrica, uma vez que busca destruir conquistas dos movimentos sociais e silenciar o debate do tema, o que contribui para normalização da violência.

### **Considerações finais**

No contexto mais amplo do problema da violência obstétrica no Brasil, observa-se que a prática médica, que menospreza a evidencia científica em favor da tradição, considera o valor social das pacientes operando a partir das “hierarquias reprodutivas”. As “hierarquias reprodutivas” são uma classificação estruturada por elementos de aceitação social – como raça, classe, geração/idade e parceria sexual – que determina e legitima quais sujeitos são mais ou menos adequados a reprodução e a exercerem a maternidade (MATTAR; DINIZ, 2012), e, conseqüentemente, serem dignas de receberem cuidado em saúde minimamente respeitoso e de qualidade. Entretanto, a pesquisa “Nascer no Brasil” evidenciou que, mesmo as mulheres ajustadas a um determinado padrão – brancas, heterossexuais, de alto poder aquisitivo – estão sujeitas a algum tipo de violência obstétrica, como a tutela por parte do médico que as submete a procedimentos obsoletos e a excessivo e prejudicial uso de tecnologia sob a justificativa de estar prestando o melhor atendimento médico possível ou livrá-la de algum risco (GOMES, 2021).

O profissional médico é revestido de uma autoridade e legitimação social conferida a ele por ser detentor de um saber e técnica científica (LE BRETON, 2011). Assim, na posição de especialista, ele não espera que suas ações sejam contestadas. Essa relação assimétrica de poder entre médico e paciente se intensifica considerando-se que a estrutura social reconhece a prática machista de inferiorização das mulheres e de submissão a variadas formas de violência (MARQUES, 2020). As pacientes por sua vez, se encontram destituídas de saberes e práticas femininas de saúde, do conhecimento a respeito dos processos de gravidez e parturição. Além disso, segundo Zanardo *et al* (2017), fatores como classe social, raça, etnia e nível de escolaridade interferem no modo como as pacientes percebem o tratamento dado a elas e, por conseguinte, no entendimento de um procedimento médico como adequado ou como violência obstétrica. É nesse contexto que ativistas e profissionais da humanização se inserem em espaços físicos e virtuais empenhando-se em estimular o debate sobre violência obstétrica e informar sobre



saberes, práticas e cuidados em saúde sobre o ciclo gravídico-puerperal baseados pelos ideais da humanização do parto.

O modelo hegemônico de atenção a gravidez e ao parto no Brasil tem como padrão uma intensa medicalização e biomedicalização. A Biomedicina, como uma “ciência das doenças” contrária à “arte de curar”, possui uma racionalidade que promove um consumo excessivo de tecnociência para produção de diagnósticos e tratamentos; farmacologização excessiva; e a intensificação da distância entre médico e paciente, passando pela objetividade em detrimento da subjetividade de ambos, para que se estabeleça o que se entende como medicina moderna. Estabelece-se como mais adequado ou de fato um “tratamento médico” o uso de procedimentos cirúrgicos e de medicamentos, rechaçando-se outras formas de terapia, como as PICs utilizadas por doulas. Outras formas de terapia possibilitariam o compartilhamento do controle da prática terapêutica com a paciente, ou mesmo, com outros profissionais de saúde (CAMARGO JR., 2005). Em contraponto a esse ideal de medicina moderna, o movimento de humanização do parto em suas diferentes propostas valoriza o equilíbrio e a interação entre práticas e saberes populares de tratamento/cura e a Medicina Baseada em Evidências, propondo uma espécie de ecologia de saberes de Boaventura de Souza Santos (2007). Dessa forma, a organização de coletivos de mulheres mães e de ativistas em prol da humanização do parto representa alternativas de combate às múltiplas facetas da violência obstétrica que estruturam a prática médica, como o controle e a “desumanização” dos corpos das mulheres e a promoção de racismo institucional (GOMES, 2021).

O texto da caderneta concentra concepções da biomedicina mesclando-as a noções que formam os ideais do parto humanizado. Somando-se a isso, o estilo de escrita e de linguagem usados buscam reproduzir o ideário do instinto materno e promover a gravidez como uma experiência transformadora e maravilhosa, mesmo que envolva em medos e riscos, mas que será recompensada, ao fim, com o nascimento do bebê e a formação de uma nova família. Incentiva-se um ideal de família, com o pai do bebê ou companheiro (a) da gestante assumindo um papel participativo durante as fases da gestação, das consultas de pré-natal e auxiliando a gestante durante o trabalho de parto, puerpério e amamentação. Algumas informações recomendadas na cartilha expressam que há apoio à humanização da assistência até certo ponto. O limite está na manutenção da centralidade na figura do médico obstetra. Assim, o protagonismo da mulher na gravidez e na cena de parto e os benefícios de se ter uma equipe multiprofissional não são tomados como fatores

que melhoram a qualidade do atendimento prestado e da experiência de parto, enfraquecendo o combate à violência obstétrica.

O campo de batalha nunca antes esteve tão visível. A inserção de novos agentes no campo, como doulas e ativistas, ou as próprias gestantes exigindo seu protagonismo na gestação e na cena de parto e pondo em cheque a autoridade médica, expôs que não só o campo médico está em disputa, como também o direito de operar sobre o corpo da mulher e decidir sobre sua saúde. O excessivo controle médico do corpo grávido e fetal a partir da biomedicina pode ser visto como parte integrante do que Rabinow (1999) chama de mapeamento de riscos na prevenção moderna, a vigilância, dentre outros pontos, da ocorrência de prováveis comportamentos desviantes em determinados grupos. No caso da assistência obstétrica, acredito que as mulheres e a maneira como exercem sua sexualidade e direitos reprodutivos são o alvo de vigilância e disciplinarização (GOMES, 2021).

A caderneta seria o ápice da instauração do velho modo de pensar a assistência obstétrica no Brasil, em via de encerrar as disputas no campo e de restaurar o poder inquestionável do profissional médico. Nesse modo tradicional, promove-se a figura do médico obstetra como dotado do saber inquestionável sobre a paciente, sobre o corpo que gera e pare: ninguém saberá agir melhor do que ele, portanto é preciso deixá-lo trabalhar em paz. As ações da pasta ministerial apontam que se acredita que a verdadeira violência ou perturbação da paz se dá pela falta de ordem e está na criminalização e na crítica da prática médica. Assim, movimentos sociais, como coletivos de profissionais e ativistas contra a violência obstétrica são vistos como uma ameaça à manutenção da ordem, portanto, entende-se que é preciso silenciá-los, censurá-los. Produzir orientações e documentos como a cartilha e determinar que não se deve falar de violência obstétrica é uma espécie demonstração de poder e uso da força institucional. Nesse sentido, o setor governamental propõe que as usuárias dos serviços de saúde cedam ao que lhe está sendo imposto, a fim de que a “batalha” cesse e, enfim, prevaleça “a paz e a união”. A “cultura da paz”, portanto, dependerá da colaboração feminina e de sua subordinação ao cuidado médico e suas prescrições.

### **Referências bibliográficas**

BARBOSA, Murillo Bruno Braz; HERCULANO, Thuany Bento; BRILHANTE, Marita de Almeida Assis; SAMPAIO, Juliana. Doulas como dispositivos para humanização do parto

hospitalar: do voluntariado à mercantilização. *Saúde debate*. Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 420-429, abr./jun. 2018.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. v. 15, n. suppl, pp. 177-201, 2005.

DAVIS, Dána-Ain. *Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing*. *Medical Anthropology*, v.38, n.7, p.560-573. Out., 2018.

DINIZ, Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *J. Hum. Growth Dev.*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado*. Pesquisa de opinião; 2010.

GOMES, Ariene Almeida. *Interpretações, práticas e disputas a respeito do parto e nascimento: uma análise sobre a cultura da humanização do parto em mídias sociais*. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

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

LE BRETON, David. *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis: Vozes, 2011

LEAL, M. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. v.33, n. suppl 1, 2017.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. (Coord.). *Sumário executivo temático da pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 06/01/2019.

MARQUES, SB. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. v.9, n.1, p. 97-119, jan./mar. 2020.

MATTAR, L.D.; DINIZ, C.S.G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO*. v.16, n.40, p.107-19, jan./mar. 2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Caderneta da gestante*. 6ª edição – versão eletrônica. Brasília – DF. 2022

MOTT, Maria Lúcia. *Assistência ao parto: do domicílio ao hospital - 1830-1960*. Projeto História. São Paulo, v.25, jul./dez. 2002.

OMS - Organização Mundial da Saúde. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: OMS; 2014.

PULHEZ, MM. A violência obstétrica e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. In: *Anais do 10o Seminário Internacional Fazendo Gênero*; 2013; Florianópolis, SC. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.

RABINOW, Paul. Artificialidade e iluminismo: da sociobiologia à biossocialidade. Cortando os laços: fragmentação e dignidade na modernidade tardia. In: *Antropologia da razão: ensaios de Paul Rabinow*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1999.

ROHDEN, Fabíola. Uma Ciência da Diferença: Sexo, Contracepção e Natalidade na Medicina da Mulher. 2000. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social - Museu Nacional - Universidade Federal do Rio de Janeiro.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estudos CEBRAP*. n.79, p.71-94, 2007

SENA, L.M.; TESSER, C.D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface (Botucatu)*. v.21, n.60, p.209-220, 2017.

SILVA, Raimunda Magalhaes da; JORGE, Herla Maria Furtado; MATSUE, Regina Yoshie; JUNIOR, Antonio Rodrigues Ferreira; BARROS, Nelson Filice de. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). *Saúde Soc*. São Paulo, v.25, n.1, p.108-120, 2016.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: Natureza e Maternidade no Ideário da Humanização do Parto. *Estudos Feministas*, v.10, n.2, p. 483-492, 2002.

### **Sites e páginas acessadas**

@nascerdireito. “A nova caderneta das gestantes coloca as mulheres em risco”. Instagram, 06/05/2022. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CdOsDDrPi0o/> Acesso em: 06/05/22

@parirsemviolencia. “Pareço humanizado, mas...” Instagram, 11/06/2022. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CerYAIQOdo/> . Acesso em: 14/06/22

@parirsemviolencia. “O que você vivenciou no seu parto é importante”. Instagram, 14/02/2022. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CZ9tP6gOum0/> Acesso em: 14/06/22

BRASIL. Lei Federal nº 5700 de 1 setembro de 1971. Dispõe sobre a forma e a apresentação dos Símbolos Nacionais, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/15700.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15700.htm) . Acesso em: agosto/2022.

DOMINGUES, Filipe. Ministério diz que termo 'violência obstétrica' é 'inadequado' e deixará de ser usado pelo governo. G1 – Portal de notícias da Globo, 07 de maio de 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-161saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml>. Acesso em: 19/06/2020.

GLOBO.COM. Número de pessoas em situação de pobreza no Brasil bate recorde, mostra pesquisa. G1-Portal de notícias da Globo, 29 de junho de 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2022/06/29/numero-de-pessoas-em-situacao-de-pobreza-no-brasil-bate-recorde-mostra-pesquisa.ghtml> Acesso em: julho/2022

GOV.br. Ministério da Saúde apresenta nova edição da Caderneta da Gestante. Notícias, 04 de maio de 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/ministerio-da-saude-apresenta-nova-edicao-da-caderneta-da-gestante>. Acesso em: 10/05/2022.

HAJE, Lara. Debatedoras cobram uso do termo violência obstétrica pelo Ministério da Saúde. Agência Câmara de Notícias, 02 de junho de 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/561395-debatedoras-cobram-uso-do-termo-violencia-obstetrica-pelo-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 19/06/2020.

YONESHIGUE, Bernardo e GONÇALVES, Marina. Médicos condenam novo documento do Ministério da Saúde para gestantes. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, 12 de maio de 2022. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/medicina/noticia/2022/05/recebe-lancada-pelo-ministerio-da-saude-nova-cartilha-para-gestantes-e-condenada-por-medicos-entenda.ghtml> Acesso em: 13/05/2022.