

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS CHAPECÓ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS LINGUÍSTICOS  
CURSO DE MESTRADO EM ESTUDOS LINGUÍSTICOS**

**CAROLINA AITA FLORES**

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO DISCURSIVIDADE A SER COMBATIDA**

**CHAPECÓ**

**2022**

**CAROLINA AITA FLORES**

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO DISCURSIVIDADE A SER COMBATIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Estudos Linguísticos, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de Mestre em Estudos Linguísticos

Orientador: Prof. Dr. Eric Duarte Ferreira

**CHAPECÓ**  
**2022**

### **Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS**

Flores, Carolina Aita

Violência obstétrica como discursividade a ser combatida / Carolina Aita Flores. -- 2022.  
187 f.

Orientador: Doutor Eric Duarte Ferreira

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Programa de Pós-Graduação em Estudos Linguísticos, Chapecó, SC, 2022.

1. Análise de discurso. 2. Violência obstétrica. 3. Biopoder. 4. Saber médico. 5. Guerra cultural. I. Ferreira, Eric Duarte, orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

**CAROLINA AITA FLORES**

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO DISCURSIVIDADE A SER COMBATIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Estudos Linguísticos da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Estudos Linguísticos.

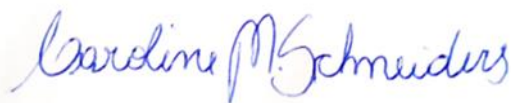
Esta dissertação foi defendida e aprovada pela banca em: 18/08/2022.

**BANCA EXAMINADORA**



---

Prof. Dr. Eric Duarte Ferreira – UFFS  
Orientador



---

Prof. Dra. Caroline Mallmann Schneiders – UFFS  
Avaliadora



---

Prof. Dra. Jane Araujo Russo – UERJ  
Avaliadora



---

Prof. Dr. Valdir Prigol – UFFS  
Suplente

Ao meu filho Lucas:  
quando você nasceu, eu renasci

## AGRADECIMENTOS

O desejo de cursar o mestrado me acompanha desde que concluí a graduação em Psicologia há quase catorze anos. A instauração da UFFS em Chapecó fez com que eu flertasse com os programas de pós-graduação oferecidos por um bom tempo, até que decidi me aventurar em uma área inteiramente nova: os estudos da linguagem. Por isso, começo agradecendo à UFFS, por oportunizar a realização de um sonho há muito adiado. Sou grata ao PPGEL e aos professores por me acolherem na área e me auxiliarem a dar os primeiros passos no terreno dos estudos linguísticos.

Agradeço aos membros da banca de qualificação e defesa pela leitura de meu trabalho, por dividirem seu tempo e seus conhecimentos comigo por meio de sugestões tão enriquecedoras que me permitiram chegar à versão da dissertação que entrego hoje. Professora Caroline, você acompanhou essa dissertação quando ela ainda estava em seus primórdios e sou grata por todas as suas contribuições desde o início, na disciplina de Seminário em Pesquisa. Professora Jane, me sinto lisonjeada com sua participação. Sua fala no momento da qualificação foi inspiradora para mim e influenciou meus planos acadêmicos. Espero que nossos caminhos possam continuar entrelaçados e estou animada com o que nos aguarda...

Agradeço ao professor Valdir Prigol por se dispor a participar das bancas de qualificação e defesa como membro suplente. Sinto saudades das aulas de Discurso e Leitura, que ampliaram meu entendimento sobre a relação do leitor com o texto e me deram fôlego para ousar na “escritura” das minhas ideias. Essa disciplina rendeu a publicação de um artigo juntos sobre um tema que jamais imaginei escrever, além de um capítulo de livro que também estava completamente fora de minha zona de conforto. Obrigada pelos encorajamentos para seguir em frente como escritora e pela parceria frutífera!

Professor Eric, sem você esta dissertação não existiria. Você, sem me conhecer, apostou em mim e me deu a chance de entrar em contato com a Análise de Discurso e me encantar por ela. Obrigada pelas indicações de leituras, pelas orientações sempre objetivas, organizadas e encorajadoras, pelas leituras exigentes e atentas do meu texto e por todo o conhecimento que dividiu comigo nesses quase dois anos. Além de tudo isso, obrigada pelo momento em que saiu de seu lugar de orientador e se posicionou como meu amigo, me estimulando a refletir sobre o que eu

queria a respeito do futuro e da carreira. Esse momento e as reflexões suscitadas por ele foram cruciais para os próximos passos que irei dar.

Agradeço ao querido João Lajus, por sua sensibilidade como pessoa, como médico e como músico. Em especial, agradeço à sua composição “Desgoverno”, que é mais uma demonstração da sua coragem frente ao cenário político em que nos encontramos. Com nosso “Brasil à deriva”, sua canção me embala enquanto escrevo essas linhas e espero que você esteja certo e que estejamos perto “do fim da tirania obsessiva” ...

Sou extremamente grata ao meu psicólogo Maurício Eugênio Maliska, que aliás, navega com maestria pelas águas da Análise de Discurso. Você me ouviu, me acolheu e me encorajou de uma maneira que transformou como enxergo a mim e ao mundo ao meu redor. Nos momentos de insegurança acadêmica, você me fortaleceu. O mestrado e, em especial, a escrita da dissertação, foi um momento de grande deleite para mim. Ir para o meu consultório e passar a tarde inteira escrevendo era o oásis da minha semana e você me ajudou a ver o quanto isso era especial e peculiar.

Gostaria de agradecer, também, à minha família. Ao meu pai, por ser tão amoroso e presente em minha vida. A convivência contigo e nossa visão política oposta me faz entrar em contato com meu próprio pensamento polarizado e me ajuda a lembrar que somos muito mais do que uma única característica pode nos definir. Sou extremamente grata à minha mãe, que foi quem despertou em mim o gosto pela leitura e sempre me apoiou nos estudos. A minha crença nas mulheres e no meu próprio potencial está muito atrelada à lembrança de uma cena que flagrei diversas vezes ao longo da minha infância e adolescência: você, sentada em sua cama, rodeada de livros por todos os lados, fazendo anotações e estudando qualquer que fosse o assunto que lhe exigisse ou cativasse a atenção naquele momento. Eu reproduzo (ou tento) essa cena sempre que vou estudar e me orgulho disso.

Meu filho Lucas, você chegou de surpresa em minha vida e mudou tudo. É porque você existe que eu estou aqui hoje. Nosso primeiro encontro, único à sua maneira, foi o prenúncio do que estava por vir em minha vida acadêmica. Você veio quando estava pronto e isso conforta meu coração. Você foi recebido com muito amor e isso também me acalma. As outras circunstâncias da sua chegada é que me consternaram e me guiaram a estudar o que apresento hoje nesta dissertação.

Meu amor, Vitor, você sempre diz que eu sou luz em sua vida, mas você é que faz tudo ao meu redor brilhar. Você traz o que há de melhor na natureza para mim. É

o seu olhar que ilumina o caminho por onde eu passo. Você é a terra firme por onde eu ando e me sinto segura, é o solo fértil que nos deu o mais lindo fruto de amor. Você é o fogo que aquece o meu coração nos dias frios de desesperança que, às vezes, nos assolam. Me perco nas ondas do seu cabelo, você é petricor, é um mundo de sensações gostosas. Você é ar, aquela brisa que refresca no verão, é o meu fôlego para os dias cansados. Te amo, te sinto, te respiro, te admiro, te quero.



Nessa sociedade disciplinar, sustentada pelos discursos do patriarcado, se somos “convidadas” à sujeição, a resistência é a única opção possível. (MALTA *et al.*, 2021, p. 86)

## RESUMO

Em 2019, o Ministério da Saúde emitiu um despacho em que recomendava a abolição da expressão “violência obstétrica” de seus documentos oficiais, alegando não haver consenso quanto ao seu significado e que a expressão não teria valor. Este posicionamento, que estava embasado em pedidos de instituições médicas, como o Conselho Federal de Medicina, segue na contramão de iniciativas nacionais e internacionais de reconhecimento da violência obstétrica. O corpo da mulher é o *locus* onde se materializa a violência obstétrica. O corpo feminino sempre foi alvo de interesse da medicina e, desde sua dessacralização com o advento da medicina moderna e da anatomopatologia, pode-se explorá-lo em nome da ciência. A medicina se reveste do discurso da ciência para prescrever o que é melhor para a mulher, desde a gestação até a parturição. O médico, em nosso olhar, lembra aspectos do soberano, exercendo seu poder sobre os corpos através de estratégias de regulação e controle de corpos individuais, bem como de gerenciamento do ser humano enquanto espécie. O gesto de interdição da palavra, por parte do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, constitui o objeto discursivo deste trabalho. Nossos objetivos são: apresentar elementos que poderiam compor uma genealogia da obstetrícia para compreender como a vontade de saber/poder permitiu a consolidação da obstetrícia como especialidade em um contexto histórico que culminou com uma nova forma de poder: o biopoder; investigar a compreensão de Foucault a respeito das relações entre discurso e ordem, a partir das quais ele pensa sobre procedimentos de exclusão ligados ao campo do saber e elabora a noção de “interdição” do/no discurso; analisar como é formulado o gesto de interdição da palavra, por parte do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, e de que modo essa formulação aponta para as relações entre discurso, poder, saber médico e governamentalidade. Nosso referencial teórico-metodológico está embasado na perspectiva foucaultiana, entrelaçada com autores da Análise de Discurso franco-brasileira. Em nossas análises, percebemos um alinhamento ideológico entre a medicina tradicional hegemônica, representada pelo Conselho Federal de Medicina e a retórica bolsonarista, representada pela gestão atual do Ministério da Saúde. Identificamos uma formação discursiva anticientificista, por parte do Conselho Federal de Medicina que também se associa ao discurso negacionista bolsonarista. Em nossa opinião, o gesto de abolição da expressão “violência obstétrica” se deu como uma tentativa de silenciamento das discussões sobre o assunto, posto que a assistência obstétrica brasileira está inserida em um contexto mais amplo de guerra cultural. Nesse sentido, a violência obstétrica foi eleita, tanto pelos representantes da medicina hegemônica, quanto pelo Ministério da Saúde, como a inimiga a ser abatida. Na insuficiência do silenciamento por aniquilação linguística, postulamos que a atribuição do rótulo “histeria” à temática da violência obstétrica e às suas porta-vozes foi outra tentativa de desqualificação do debate sobre o assunto.

Palavras-chave: Análise de Discurso. Violência Obstétrica. Biopoder. Saber Médico.

## ABSTRACT

In 2019, the Ministry of Health issued an order in which it recommended the abolition of the expression “obstetric violence” from its official documents, claiming that there was no consensus as to its meaning and that the expression would have no value. This position, which was based on requests from medical institutions, such as the Federal Council of Medicine, goes against national and international initiatives to recognize obstetric violence. The woman's body is the *locus* where obstetric violence materializes. The female body has always been a target of interest in medicine and, since its desacralization with the advent of modern medicine and anatomopathology, it can be explored in the name of science. Medicine uses the discourse of science to prescribe what is best for women, from pregnancy to parturition. The doctor, in our view, remembers aspects of the sovereign, exercising his power over bodies through strategies of regulation and control of individual bodies, as well as the management of the human being as a species. The gesture of interdiction of the word, by the Ministry of Health and the Federal Council of Medicine, constitutes the discursive object of this work. Our objectives are: to present elements that could compose a genealogy of obstetrics to understand how the will to know/power allowed the consolidation of obstetrics as a specialty in a historical context that culminated in a new form of power: biopower; to investigate Foucault's understanding of the relations between discourse and order, from which he thinks about exclusion procedures linked to the field of knowledge and elaborates the notion of “interdiction” off/in discourse; to analyze how the gesture of interdiction of the word is formulated by the Ministry of Health and the Federal Council of Medicine, and how this formulation points to the relations between discourse, power, medical knowledge and governmentality. Our theoretical-methodological framework follows the Foucauldian approach connected with authors of the French-Brazilian Discourse Analysis. In our analyses, we perceive an ideological alignment between the hegemonic traditional medicine, represented by the Federal Council of Medicine and the Bolsonarist rhetoric, represented by the current management of the Ministry of Health. We identified an anti-science discursive formation, on the part of the Federal Council of Medicine, which is also associated with the Bolsonarist negationist discourse. In our opinion, the gesture of abolishing the expression “obstetric violence” took place as an attempt to silence discussions on the subject, since Brazilian obstetric care is inserted in a broader context of cultural war. In this sense, obstetric violence was elected, both by the representatives of hegemonic medicine and by the Ministry of Health, as the enemy to be slaughtered. In the absence of silencing by linguistic annihilation, we postulate that the attribution of the label “hysteria” to the theme of obstetric violence and its spokespersons was another attempt to disqualify the debate on the subject.

Keywords: Discourse Analysis. Obstetric Violence. Biopower. Medical Knowledge.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Análise de Discurso
CFM	Conselho Federal de Medicina
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PL	Projeto de Lei
SD	Sequência Discursiva
VO	Violência Obstétrica

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
	<b>PARTE I - O OLHAR QUE PERCORRE O CORPO</b>	
<b>2</b>	<b>A MULHER, A MEDICINA E A OBSTETRÍCIA.....</b>	<b>23</b>
2.1	O INTERESSE PELO CORPO DA MULHER, O NASCIMENTO DA CLÍNICA E OS PRIMÓRDIOS DA OBSTETRÍCIA .....	23
2.2	NASCE A MEDICINA MODERNA, NASCE A OBSTETRÍCIA .....	29
<b>3</b>	<b>A MEDICINA, O BIOPODER E O CONTROLE DOS CORPOS FEMININOS.....</b>	<b>35</b>
3.1	SEXUALIDADE E PODER: SERIA O MÉDICO O NOVO SOBERANO?..	35
3.2	DO BIOPODER À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA – A DOR COMO PUNIÇÃO .....	41
3.2.1	O sexismo do útero .....	42
3.2.2	O controle do corpo feminino na contemporaneidade.....	43
3.2.3	A dor como punição .....	47
<b>4</b>	<b>VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O “NASCIMENTO” DE UMA EXPRESSÃO 54</b>	
4.1	O CONTEXTO DE SURGIMENTO DA EXPRESSÃO “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA” .....	54
4.2	CARACTERIZAÇÃO E PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA..	57
4.3	A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ÂMBITO LEGISLATIVO .....	60
	<b>PARTE II - O OLHAR QUE PERCORRE O CORPUS</b>	
<b>5</b>	<b>O DISCURSO É AQUILO PELO QUE SE LUTA: REFLEXÕES SOBRE A INTERDIÇÃO DA PALAVRA .....</b>	<b>70</b>
5.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DA INTERDIÇÃO.....	71
5.2	AS RELAÇÕES ENTRE DISCURSO E ORDEM: A INTERDIÇÃO DO/NO DISCURSO .....	74
5.3	“O DISCURSO É UMA VIOLÊNCIA QUE FAZEMOS ÀS COISAS”: ANÁLISES DAS SEQUÊNCIAS DISCURSIVAS .....	76
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>124</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>136</b>

<b>ANEXO A – Parecer CFM Nº 32/2018 .....</b>	<b>155</b>
<b>ANEXO B – Despacho SEI nº 9087621 .....</b>	<b>168</b>
<b>ANEXO C – Recomendação Nº 29/2019 .....</b>	<b>170</b>
<b>ANEXO D – Ofício Nº 296/2019 .....</b>	<b>180</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A maioria das mulheres luta em duas frentes – uma pelo tópico em questão, qualquer que seja, e outra simplesmente pelo direito de falar, de ter ideias, de ser reconhecida como alguém que está de posse de fatos e de verdades, que tem valor, que é um ser humano (SOLNIT, 2017, p. 22).

Esta pesquisa dedica-se à temática da violência obstétrica (VO), não somente como uma forma de violência contra a mulher, mas também enquanto discursividade. Inicialmente, situo o meu lugar de fala como pesquisadora, que já investigou a VO em outro contexto e, além disso, como psicóloga clínica e mulher que deu à luz. Reconheço que estou em um local privilegiado de mulher branca, de classe média, acadêmica e profissional liberal. A experiência de nascimento de meu único filho, há quase cinco anos, despertou em mim o desejo de pesquisar a VO por sentir que essa forma de violência se materializou nessa ocasião. A medicina, de algum modo, sempre esteve presente em minha vida, pois meus pais, irmão e marido são médicos. Quando conheci a análise de discurso (AD), me dei conta de que poderia entrelaçar o interesse em continuar pesquisando a VO com o estudo do discurso médico e das relações de poder que permeiam os discursos. É deste lugar de fala que teço minhas considerações.

Longe de me almejar uma escrita militante, apesar de concordar com Zoppi Fontana (2021) sobre a importância de legitimar lugares de enunciação e espaços de circulação para esse tipo de manifestação feminina, procurei ter o cuidado de me manter em uma objetividade corporificada<sup>1</sup>, que se despe da pretensa neutralidade científica, mas que se assenta em uma discussão teórica que permite a construção de um dispositivo analítico adequado à investigação do fenômeno que se propõe a estudar. É a partir dessa objetividade posicionada, que situa seu lugar de fala e admite as parcialidades do olhar, associada à perspectiva foucaultiana de compreensão dos discursos, que produzimos algumas reflexões sobre nosso objeto de pesquisa, apresentado a seguir.

---

<sup>1</sup> O conceito de “objetividade corporificada” foi proposto por Donna Haraway, em sua epistemologia feminista, e sugere uma emancipação da objetividade científica, para além da neutralidade científica. Tivemos acesso a esse conceito por meio da leitura da dissertação de Singoalla M.L.P. de Oliveira, de 2019, que versava sobre uma genealogia da violência obstétrica (disponível na lista de referências).

Em 03 de maio de 2019, o Ministério da Saúde (MS) produziu um despacho em que recomendava a abolição da expressão “violência obstétrica”, alegando não haver consenso quanto ao seu significado, exigindo haver intencionalidade para que um ato seja reconhecido como violência obstétrica e firmando que “o posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo ‘violência obstétrica’ tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério” (BRASIL, 2019a, não paginado).

Essa conduta do Ministério da Saúde, ao sugerir a abolição em documentos oficiais de um termo consagrado internacionalmente, causou repercussão na mídia e em diversas entidades, que se posicionaram emitindo notas de apoio ou de repúdio à decisão ministerial (BULHÕES; CAMPOS; BARBOSA, 2020). Em nota ao jornal *Folha de São Paulo*, o Ministério da Saúde procurou esclarecer sua posição e alegou estar embasado em pedidos de instituições médicas e ter seguido orientações destas instituições (CANCIAN, 2019).

Um dos documentos que embasou o despacho foi um parecer produzido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) no ano de 2018, em resposta a uma consulta jurídica realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal a respeito da “proliferação de leis sobre violência obstétrica”. No referido parecer, a expressão é considerada “uma agressão contra a medicina e a especialidade de ginecologia e obstetrícia” (CFM, 2018, p. 1). O CFM declarou, ainda, que a expressão “tem produzido grande indignação entre os obstetras, pois seu uso tem se voltado em desfavor da nossa especialidade, impregnada de uma agressividade que beira a histeria, e responsabilizando somente os médicos” (CFM, 2018, p. 2).

O gesto de interdição da palavra constitui para nós um objeto de investigação. Para compreendermos as condições de produção que culminaram com a materialização da interdição de uma expressão linguística, por um órgão de classe médica e um ministério do governo federal, é preciso voltar no tempo e lembrar que o corpo da mulher tem sido alvo de interesse desde os primórdios da humanidade. Das pinturas do Renascimento, que enalteciam a nudez e as virtudes femininas, ao olhar cirúrgico do anatomista, que explorava o corpo com seu bisturi em busca da “verdadeira natureza feminina”, a mulher, com seu poder de gerar a vida, sempre foi detentora de um corpo que guardava mistérios e, portanto, precisava ser dominado – sua sexualidade precisava ser regulada.

Foucault (2019a) fala sobre os processos de regulação da sexualidade, cada



um com seus dispositivos específicos de saber e poder, que passaram a ser exercidos com maior ênfase a partir do século XVIII. Com a regulação do corpo feminino e a consolidação da obstetrícia como especialidade, a parteira saiu de cena e deu lugar ao cirurgião-obstetra, o ambiente doméstico foi substituído pela esterilidade hospitalar, os rituais passados de geração a geração cederam espaço para uma cascata de intervenções. De evento natural, familiar e fisiológico, o parto se transformou em acontecimento médico. Aos poucos, a mulher passou a ser vista como frágil, dependente da tecnologia e do saber médico. Com o nascimento da medicina moderna, nasceu também a obstetrícia.

Relacionada à transformação na medicina, a partir do século XVII, nas sociedades ocidentais, ocorre uma transformação nos mecanismos de poder. Foucault (2010, p. 201) percebe o que chamou de “a assunção da vida pelo poder” ou “uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico”. Para esclarecer essa transformação no poder, o autor se vale da teoria clássica da soberania. O soberano (derivado do pai de família romano, que podia dispor da vida de seus filhos e de seus escravos) possuía um direito assimétrico sobre a vida de seus súditos: em caso de ameaça à vida, poderia exercer seu direito de causar a morte ou de deixar viver (FOUCAULT, 2019a).

No momento em que o poder se deslocou e assumiu a função de gerir a vida, entretanto, a máxima se transformou: “o velho direito de *causar* a morte ou *deixar* viver foi substituído por um poder de *causar* a vida ou *devolver* à morte” (FOUCAULT, 2019a, p. 149, grifos no original). Esse poder sobre a vida desenvolveu-se através de duas vias principais: a visão do *corpo como máquina*, formulada pelas disciplinas anátomo-políticas do corpo humano; e a visão do *corpo da espécie humana*, que se reproduz e deve ser submetida a controles reguladores por meio de uma *biopolítica* da população (FOUCAULT, 2019a).

De acordo com Foucault (2019a, p. 150), “a velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano é agora, cuidadosamente recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida”. Inaugura-se uma nova era do poder, não mais do poder soberano, mas do *biopoder*. Se a figura do soberano fica para trás, na Idade Clássica, e o controle sobre a morte dá lugar ao poder decisório sobre a vida, quem exerce esse poder na Modernidade? Há um “novo” soberano? De acordo com o filósofo italiano Agamben (2007), o poder soberano de decisão sobre a vida (ou sobre seu valor) se desloca e entra em simbiose com os juristas, cientistas, médicos,

peritos, entre outros “especialistas”.

Para compreender o poder assumido pelo médico, em especial no controle da reprodução dos corpos, é interessante pensar de forma genealógica, tendo em vista que a “a análise genealógica delinea como práticas e instituições contemporâneas surgiram de específicos conflitos, lutas, alianças e exercícios de poder” (GARLAND, 2014, p. 83). A genealogia não se trata de uma busca por origens, mas por proveniência, envolve empreender uma “história do presente”, por mais paradoxal que isso possa parecer (GARLAND, 2014).

Desse modo, “o objetivo da genealogia é traçar as lutas, os deslocamentos e os processos de redefinições a partir dos quais emergiram práticas contemporâneas, e mostrar as condições históricas de existência das quais dependem as práticas atuais” (GARLAND, 2014, p. 84). Através da perspectiva genealógica, pensamos que será possível compreender aspectos da consolidação da obstetrícia enquanto especialidade, bem como reconhecer práticas atuais de violência e suas tentativas de silenciamento ou interdição. Afinal, Foucault (2019b) entende a atualidade como constituída a partir de lutas e relações de poder, reconhecendo seus efeitos sobre o corpo – “superfície de inscrição dos acontecimentos” – e a genealogia como “ponto de articulação do corpo com a história”, devendo “mostrar o corpo inteiramente marcado pela história e a história arruinando o corpo”.

Nesse contexto da biopolítica moderna, “há uma violência sem precedentes à qual a vida está exposta” (RIBEIRO; FERLA, 2016, p. 301). A violência que estudamos nesta dissertação é a VO. Guiados pela forma de investigação da genealogia, também procuraremos compreender as possíveis relações entre o exercício do biopoder e a materialização da VO. Apesar de a nomenclatura “violência obstétrica” ser relativamente recente, ela se refere a uma vivência feminina antiga, um sofrimento que acompanha as mulheres em diferentes momentos históricos (DINIZ *et al.*, 2015; MARTINS *et. al.*, 2019).

A expressão “violência obstétrica” foi cunhada pelo médico Rogelio Pérez D’Gregorio, na Venezuela, no início dos anos 2000. O país, com o intuito de dar visibilidade a essa forma de violência e tratá-la como um problema social, político e público (GASPERIN; DA SILVA; PONTES, 2019), foi o primeiro a promulgar uma lei orgânica sobre essa forma de manifestação da violência, descrevendo-a como “a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde” (VENEZUELA, 2007, p. 9).

O passo dado pela Venezuela foi pioneiro e refletiu a importância de reconhecer que as mulheres têm sido submetidas a condutas violentas durante a assistência ao parto. A Venezuela serviu como exemplo para outras nações que sancionaram suas próprias leis federais, como é o caso da Argentina (ARGENTINA, 2009). No Brasil, o fenômeno começou a ganhar maior atenção por volta das décadas de 1980 e 1990, quando organizações feministas e movimentos sociais destacaram o assunto (SENA; TESSER, 2017) e, a partir da segunda década do século XXI, a VO tornou-se foco de exposições artísticas, documentários, postagens em redes sociais, artigos científicos, ações no judiciário e no Ministério Público (DINIZ *et al.*, 2015).

Apesar da prolífica publicação acadêmica e científica nacional e internacional sobre o assunto, vários estudos sobre VO levantam a questão de uma falta de caracterização “unânime” sobre o que se considera VO. Essa forma de violência ainda é tida, por alguns pesquisadores, como um fenômeno invisível, que carece de um reconhecimento claro. Isso chama nossa atenção, pois enquanto alguns estudos reivindicam a necessidade de descrição da VO, outros oferecem uma caracterização detalhada do que pode ser considerado violência na assistência perinatal<sup>2</sup>.

A VO também é reconhecida através de outras denominações, como violência de gênero no parto; crueldade no parto; abuso, desrespeito e maus-tratos no parto; assistência desumanizada etc. A ausência de uma descrição singular sobre a VO pode dificultar seu reconhecimento e sua identificação. Retomando o exemplo da Venezuela, cabe destacar que há várias iniciativas de fiscalização e controle da VO em andamento em nosso país. Santa Catarina foi o primeiro estado a propor e sancionar uma lei com medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a VO. Desde então, outros estados vêm criando e aprovando legislações sobre o tema. Em nível nacional, há anos, tramitam alguns projetos de lei que visam dar visibilidade à VO, caracterizá-la e punir os responsáveis. Porém, ainda não há uma legislação federal em vigor nesse sentido.

Num país de maioria cristã, Wermuth, Gomes e Nielsson (2016) refletem sobre como o sofrimento no parto é atribuído à maldição do pecado original: o sexo é provocador de culpa e o parto, com suas dores, funciona como uma espécie de castigo para punir a mulher pelo prazer da concepção. Entretanto, de acordo com a jornalista Paula Guimarães (2019, não paginado), o “parirás com dor” ao qual Eva foi condenada

---

<sup>2</sup> O período perinatal compreende os eventos que antecedem e sucedem o nascimento de um bebê.

é atualizado nos dias de hoje para “não basta sofrer, é preciso sofrer em silêncio, ou pelo menos não causar incômodo aos profissionais da assistência ao parto”.

Na matéria “*Parirás com dor e em silêncio: o descaso do Ministério da Saúde com as violências no parto*”, Guimarães (2019) discute o que entende como uma “desqualificação do termo violência obstétrica” por parte do Ministério da Saúde. A jornalista se refere ao despacho produzido pelo órgão, que juntamente com o parecer do CFM, está no cerne de nosso olhar analítico. É importante lembrar que, por se tratar de uma análise discursiva, nossas considerações refletirão o movimento pendular entre teoria e análise, ao longo do texto (PETRI; DIAS, 2013).

Nossa pesquisa se propõe a conduzir uma análise discursiva da interdição da expressão “violência obstétrica”, por parte do MS e do CFM. Como objetivos específicos almejamos apresentar elementos que poderiam compor uma genealogia da obstetrícia para compreender como a vontade de saber/poder permitiu a consolidação da obstetrícia como especialidade em um contexto histórico que culminou com uma nova forma de poder: o biopoder; investigar a compreensão de Foucault a respeito das relações entre discurso e ordem, a partir das quais ele pensa sobre procedimentos de exclusão ligados ao campo do saber e elabora a noção de “interdição” do/no discurso; analisar como é formulado o gesto de interdição da palavra, por parte do MS e do CFM, e de que modo essa formulação aponta para as relações entre discurso, poder, saber médico e governamentalidade.

A princípio, havíamos selecionado para análise os seguintes documentos: o Parecer Nº 32, de 23 de outubro de 2018, do Conselho Federal de Medicina (Anexo A); o Despacho SEI nº 9087621, do Ministério da Saúde (Anexo B); a Recomendação do Ministério Público Federal (Anexo C) ao Ministério da Saúde; e o Ofício Nº 296/2019, produzido pelo Ministério da Saúde em resposta à recomendação do Ministério Público Federal (Anexo D). Contudo, à medida que líamos os materiais para construção do *corpus* e extração das sequências discursivas (SDs), optamos por não utilizar trechos do ofício, posto que o documento se constituía, em boa parte, de uma lista de programas ministeriais destinados à saúde da mulher. Ainda assim, pinçamos alguns aspectos que consideramos relevantes no ofício e os incluímos em nossa discussão. Nosso recorte temporal se situa entre 23 de outubro de 2018 e 7 de junho de 2019, período em que transcorreram os eventos selecionados para o *corpus*.

É importante reconhecer que “o discurso, como objeto, deve ser pensado em sua especificidade” e, por esse motivo, o trabalho do analista não deve reduzir o

discurso a uma análise da língua, mas sim “levar em conta a materialidade discursiva como objeto próprio, isto é, produzir a seu respeito propostas teóricas” (COURTINE, 2014, p. 31). Seguindo as indicações metodológicas indicadas por Courtine (2014), selecionamos um conjunto de sequências discursivas para compor o *corpus*, que pode auxiliar a compreensão das condições de produção que levaram ao gesto de interdição da expressão “violência obstétrica”. A definição das condições de produção de um discurso funciona como um filtro que extrai sequências discursivas consonantes ao campo discursivo selecionado (COURTINE, 2014).

Reforçando nossa escolha metodológica, Orlandi (2020, p. 61) comenta que “a melhor maneira de atender à questão da constituição do *corpus* é construir montagens discursivas que obedecem a critérios que decorrem de princípios teóricos da análise de discurso, face aos objetivos da análise”. A autora também destaca que a própria seleção do *corpus* já é um trabalho analítico, que após bem delimitado, permite que se retomem conceitos e noções entrelaçando, teoria, retorno ao *corpus* e análise, ao longo de todo percurso analítico.

Voltando ao fenômeno da VO, é importante salientar que, muitas vezes, essa forma de violência é banalizada e percebida como “parte do protocolo” (WOLFF; WALDOW, 2008; AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; PALHARINI, 2017). As frases “Na hora de fazer você não gritou, né?” e “Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo” são as mais ouvidas por mulheres no contexto do atendimento ao parto (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010). Essas enunciações ilustram como o quadro da VO no Brasil vem sendo pintado de modo caricatural. Nesse sentido, acreditamos ser importante promover uma mudança de olhar sobre a VO.

O professor de literatura João Cezar de Castro Rocha, em seu livro *Guerra cultural e retórica do ódio: crônicas de um Brasil pós-político*, propõe uma nova forma de compreensão do bolsonarismo: “uma mudança radical de atitude: a passagem da caricatura à caracterização” (CASTRO ROCHA, 2021, p. 23). Em nossa opinião, essa postura também pode ser enriquecedora no que diz respeito à compreensão da VO, para que deixe de ser vista de maneira caricatural e possa ser identificada de forma clara, facilitando seu reconhecimento por parte das vítimas e, também, dos profissionais da assistência ao parto.

Como nosso objeto de investigação se trata de um acontecimento transcorrido no primeiro ano do governo Bolsonaro, é preciso entendê-lo em sua relação com a exterioridade, com o tecido histórico e o espaço lógico no qual esse discurso pode

emergir (FOUCAULT, 2020a). Nas primeiras leituras dos materiais que compõem o *corpus*, alguns enunciados prenderam nossa atenção, como “movimentos sociais e feministas”, “bases ideológicas” e “histeria” (CFM, 2018). Expressões como estas nos fizeram pensar que o discurso analisado se insere em um processo discursivo mais amplo de guerra cultural.

De acordo com Castro Rocha (2021, p. 107), “guerra cultural é o grito de guerra bolsonarista [...] verdadeiro eixo do projeto autoritário de poder encabeçado por Jair Messias Bolsonaro”. A definição de “guerra cultural” adotada por alguns pesquisadores da área é a descrita por Rhys H. Williams<sup>3</sup>. De acordo com essa noção, a polarização evidente na política norte-americana contemporânea não está mais atrelada à classe econômica, raça, gênero, região geográfica ou qualquer outra variável que divida a população. Em vez disso, defende-se que, dos anos 1960 para cá, tenha ocorrido um realinhamento de questões controversas e que agora o corpo político esteja dividido por um conflito cultural em que valores, códigos morais e estilos de vida são os principais pontos de confronto. Questões como aborto, homossexualidade, uso de drogas, multiculturalismo e religião estão entre os principais mantenedores do conflito cultural (ENCYCLOPEDIA.COM, 2019). Tendo isso em mente, relacionaremos a discussão sobre as condições de produção da interdição da VO ao contexto da guerra cultural bolsonarista e às ponderações foucaultianas sobre governamentalidade, saber e poder médico.

Gostaríamos de destacar, ainda, que “todo discurso é parte de um processo discursivo mais amplo que recortamos e a forma do recorte determina o modo da análise e o dispositivo teórico da interpretação que construímos” (ORLANDI, 2020, p. 62). Nosso objeto de investigação já foi analisado em outros estudos discursivos<sup>4</sup> e, mesmo assim, ele não se esgota, permanece aberto para outros questionamentos, olhares e dispositivos analíticos. Além disso, motivados pela perspectiva de Courtine (2014, p. 31), nós também “desejamos que a descrição do quadro teórico da pesquisa e dos procedimentos que ele organiza seja suficientemente explícita para abrir um conjunto de questões, expondo-se da maneira mais amplamente possível à crítica”.

---

<sup>3</sup> Esta definição foi adotada pelo pesquisador brasileiro Roberto Leher, conhecido por estudar a guerra cultural, em LEHER, 2020 e LEHER, 2021 e encontra-se disponível no site: <https://www.encyclopedia.com/religion/legal-and-political-magazines/culture-wars>.

<sup>4</sup> Como em: NUNES; ESTEVÃO, 2019; BULHÕES; CAMPOS, BARBOSA, 2020; KATZ et al., 2020.

Nosso referencial teórico-metodológico está embasado na perspectiva foucaultiana sobre discurso, biopoder, saber médico e governamentalidade, entrelaçada com autores da Análise de Discurso franco-brasileira. Esta dissertação está inserida na linha de pesquisa Práticas Discursivas e Subjetividades, do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Estudos Linguísticos da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* Chapecó, e faz parte do projeto guarda-chuva *O último Foucault: ética, Cristianismo e neoliberalismo*, coordenado pelo Professor Doutor Eric Duarte Ferreira.

Este trabalho está organizado em duas seções. A primeira seção – *O olhar que percorre o corpo* – é composta por três capítulos e contextualiza teoricamente o que será analisado em termos da materialidade dos discursos do *corpus*. O capítulo inicial situa o leitor quanto ao interesse da medicina pelo corpo da mulher e sobre o nascimento da obstetrícia, enquanto especialidade. O segundo capítulo trata das relações entre sexualidade e poder, refletindo sobre a consolidação do biopoder. Esse capítulo também menciona a teoria do sexismo de útero, discute práticas atuais de controle do corpo feminino e formula uma reflexão sobre a dor da VO como uma forma contemporânea de punição à sexualidade feminina. Já o quarto capítulo faz referência ao contexto de “nascimento” da expressão VO, caracteriza práticas consideradas violentas na assistência obstétrica, fornece informações sobre a prevalência de VO no Brasil e apresenta um panorama da VO no âmbito legislativo nacional.

A segunda seção do trabalho – *O olhar que percorre o corpus* – é formada pelo capítulo final desta dissertação, que procura articular o dispositivo teórico ao analítico. O capítulo começa com uma contextualização do problema de pesquisa, elaborando uma cronologia dos eventos relacionados ao *corpus*. Seguimos discutindo as relações entre discurso e ordem, a partir de Foucault e, então, chegamos à análise das sequências discursivas extraídas do *corpus*.

## 2 A MULHER, A MEDICINA E A OBSTETRÍCIA

Mas os homens que explicam tudo para mim continuam presumindo que eu sou, numa espécie de metáfora uterina obscena, um recipiente vazio pronto para ser preenchido com a sabedoria e o conhecimento deles. Um freudiano diria saber o que é que eles têm e eu não; mas a inteligência não se localiza no meio das pernas... (SOLNIT, 2017, p. 21).

Esta dissertação versa sobre uma forma de violência que acontece no contexto perinatal. Por esse motivo, além de abordarmos como surgiu a expressão “violência obstétrica”, pensamos ser importante realizar também uma retrospectiva sobre o surgimento da Obstetrícia enquanto *especialidade*. Para tanto, voltaremos um pouco no tempo para contextualizar como se deu o nascimento desta área de atuação.

### 2.1 O INTERESSE PELO CORPO DA MULHER, O NASCIMENTO DA CLÍNICA E OS PRIMÓRDIOS DA OBSTETRÍCIA

Antes do surgimento da obstetrícia, o parto era um momento essencialmente feminino, um ritual entre mulheres. A assistência à mulher e ao recém-nascido era prestada por parteiras experientes, em um contexto domiciliar, na presença de pessoas conhecidas da parturiente. O parto era entendido como um evento fisiológico e natural, em que a mulher era a protagonista. Porém, essa realidade foi aos poucos se transformando (OLIVEIRA; PENNA, 2017; ZANARDO *et al.*, 2017; WERMUTH; GOMES; NIELSSON, 2016).

O interesse pelo corpo feminino vem sendo retratado desde o Renascimento, época em que a arte expunha o corpo nu feminino aos olhares de quem tinha acesso a essa forma de expressão cultural. A nudez ilustrada nas obras renascentistas visava enaltecer a beleza feminina, a harmonia das formas, a sensualidade e as virtudes da mulher. Os esquemas mentais envolvendo as obras articulavam o realismo com o pudor e a moralidade. Em outras áreas além da arte, o corpo feminino passava a ser gradualmente transformado num “território sujeito à exploração visual” (MARTINS, 2005, p. 646).



No século XVIII, na Europa, outra forma de representar o corpo feminino começava a ser replicada: os primeiros tratados de anatomia obstétrica. Com eles aparecia um novo conjunto de valores sobre a feminilidade, pois as imagens do corpo feminino ilustradas nesses livros não tinham mais a intenção de inspirar virtudes ou estimular a imaginação erótica, mas sim provocar um “efeito do real”. Os tratados almejavam retratar de forma objetiva o método de observação e o conhecimento que lhe deram origem, explorando do que se tratava a “*natureza feminina*, expressão muito usada para se referir à verdade incontornável sobre o destino e a definição social das mulheres” (MARTINS, 2005, p. 646, grifo nosso). O corpo passava a ser caracterizado pela sua diferença. Essa perspectiva biologizante inaugurava um discurso naturalista, que se utilizava da diferença entre os sexos para definir os papéis da mulher na sociedade. A natureza era a prova: à mulher cabia a esfera doméstica e a maternidade (FREITAS, 2008).

As diferenças anatômicas entre homens e mulheres serviriam também para explicar diferenças de características morais e psicológicas, transformando o destino dado pelo sexo em algo natural e sem escapatória (ROHDEN, 2001). Antes da instauração do modelo de dois sexos no século XVIII, o corpo feminino era entendido como uma versão inferior do corpo masculino segundo o modelo do sexo único. Nessa concepção, os órgãos femininos eram considerados versões internas dos órgãos masculinos. A vagina seria um “pênis interno”, o útero corresponderia ao escroto, os lábios seriam o prepúcio e os ovários seriam os correlatos dos testículos. A linguagem denunciava a marca dessa visão, posto que não existiam palavras específicas para os órgãos femininos, sendo que para “ovário” se utilizava a mesma palavra que para “testículo”, por exemplo (LAQUEUR, 2001).

No século XVIII, com o modelo da divergência biológica, também começava a se delinear uma nova relação entre o sujeito que observa e o corpo que é observado, estabelecida dentro dos laboratórios de anatomopatologia e veiculada nos primeiros tratados de obstetrícia (MARTINS, 2005). Essa mudança é discutida em profundidade por Foucault em *O nascimento da clínica*, publicado originalmente em 1963. Na obra, o autor se dedica a compreender como surgiu a medicina moderna e aponta que a relação entre o visível e o invisível “mudou de estrutura e fez aparecer sob o olhar e na linguagem o que se encontrava aquém e além de seu domínio” (FOUCAULT,

2020b, p. XI<sup>5</sup>), estabelecendo uma nova relação entre as palavras e as coisas, entre o que era visto e o que era dito.

Entre os principais pontos destacados por Foucault a respeito do que possibilitou o nascimento da clínica médica está o que o autor chamou de “soberania do olhar”, posto que o olhar médico passava a ser percebido como instrumento principal para a objetividade científica. Os avanços na área da anatomia patológica, por meio de autópsias e dissecação de cadáveres, permitiram que esse novo olhar penetrasse no corpo, reduzindo a distância entre o sujeito cognoscente e o objeto do conhecimento, encontrando o que havia por trás da superfície visível. Foucault também aponta o paradoxo do “invisível visível”, em que o visível se referia às novas técnicas de exame clínico (uso do estetoscópio, percussão do tórax, autópsia) e a invisibilidade envolvia o corpo vivo que deveria se tornar transparente ao olhar médico (FOUCAULT, 2020b).

De acordo com Foucault (2020b) e Machado (2006), uma ruptura alavancou o surgimento da medicina moderna. Esta ruptura estaria atrelada a uma conjuntura de eventos que culminaram com o nascimento da clínica, como: a reorganização das instituições hospitalares; as novas definições do doente e das doenças; uma nova relação entre a assistência à doença e o saber sobre as patologias; uma transformação na linguagem, forjando uma nova relação entre o visível e o enunciável, fazendo um uso inédito do discurso científico; o entendimento do cadáver como espaço discursivo, pela anatomia patológica; e, finalmente, a integração da morte à experiência médica.

Essas transformações na medicina do século XVIII, que tornaram científicas práticas antes envoltas em misticismo, como as autópsias, possibilitaram a exploração do corpo de mulheres que morreram nos últimos meses de gravidez, com a finalidade de estudar as transformações anatômicas e fisiológicas ocorridas no útero. Um dos tratados mais famosos de anatomia obstétrica, publicado em 1774, de autoria do cirurgião escocês William Hunter, se valia da combinação entre a prática cirúrgica, a anatomia e o método de autópsia para apresentar ilustrações ultrarrealistas de corpos femininos com o ventre dissecado, revelando o útero grávido. Esse efeito do real tinha a intenção de fazer com que o leitor-observador se sentisse junto com Hunter em seu laboratório, para que visse o que o anatomista viu (MARTINS, 2005).

---

<sup>5</sup> No prefácio do livro, as páginas são representadas em numerais romanos.

Para dar uma dimensão da experiência que Hunter almejava provocar no leitor, trazemos a imagem a seguir, presente em seu tratado:

Figura 1 – Anatomia do útero gravídico



Fonte: Hunter (1774 *apud* MARTINS, 2005)

Essa ilustração é comentada por Martins (2005, p. 648):

O objetivo da imagem é destacar o detalhe do útero que suprime o corpo ou que se transforma no todo, num efeito metonímico. Para alcançar esse objetivo a imagem mostra o método seguido pelo cirurgião: o desvelamento das camadas do corpo. Em primeiro lugar as roupas foram retiradas, estando presentes na imagem para reforçar o realismo e ilustrar o procedimento. Em seguida, o cirurgião desvela os tecidos, um a um, até chegar ao útero. Com cuidado e ordem foi afastando cada estrutura, da pele até os tecidos internos. Por fim, talvez um acréscimo do desenhista, um pequeno livro aberto está voltado para a genitália, cobrindo-a parcialmente, pois o observador vê os pelos pubianos que teimosamente estão a lembrar a sexualidade feminina.

Martins (2005, p. 648) argumenta que “não existe olhar puro, inocente ou totalmente objetivo” e, portanto, a maneira escolhida por Hunter para representar o útero grávido obedecia a um desejo do autor de revelar o novo, o desconhecido, propondo modelos “inovadores” de explicação sobre o corpo da mulher, porém ainda embebidos de valores conservadores sobre a feminilidade. Apesar de visarem se desvencilhar de explicações místicas sobre o parto e partirem de métodos objetivos

de observação, cirurgiões como Hunter perpetuavam a discussão de que a natureza explicaria as diferenças entre homens e mulheres:

Como só as mulheres engravidavam e davam à luz, os cirurgiões parteiros e os anatomistas ressignificaram essa capacidade reprodutiva à luz do debate filosófico a respeito da natureza humana. Conduziram de tal forma suas investigações sobre o corpo feminino que ao cabo não se tinha apenas o conhecimento dos fenômenos estudados, mas a verdade sobre o sexo feminino, a sua diferença e a inquestionável lei natural que transformava a mulher num corpo prolífico (MARTINS, 2005, p. 649).

Outros aspectos interessantes, associados ao feminino e à sexualidade, são apontados por Foucault (2019a) em sua investigação sobre a *História da Sexualidade*, publicada originalmente em 1976. Na obra, o autor descreve quatro mecanismos estratégicos de regulação/dominação da sexualidade, cada um com seus dispositivos específicos de saber e poder, que passaram a ser exercidos com ênfase também no século XVIII. Abordaremos dois desses mecanismos, relevantes para a temática apresentada nesta seção: a *histerização do corpo da mulher* e a *socialização das condutas de procriação*.

O primeiro mecanismo, a *histerização do corpo da mulher*, diz respeito a um processo tríplice de dominação da sexualidade feminina: 1) primeiramente, o corpo feminino foi submetido a uma análise, que o qualificou e desqualificou, por ser visto como um corpo saturado de sexualidade; 2) o corpo da mulher foi integrado ao campo das práticas médicas, sob o pretexto das patologias que lhe seriam intrínsecas; 3) o corpo feminino foi submetido ao corpo social (que deveria regular sua fecundidade), ao espaço familiar (que ela deveria fazer funcionar) e à vida das crianças (pelas quais ela seria responsável de modo biológico e moral, durante toda a sua fase de educação) (FOUCAULT, 2019a).

A segunda estratégia de dominação da sexualidade se trata da *socialização das condutas de procriação*. Esse mecanismo teria relação com as diferentes formas de regulação social da fecundidade dos casais: 1) a socialização econômica seria exercida através de medidas sociais ou fiscais, que freassem a fecundidade; 2) a socialização política, pela qual os casais seriam responsabilizados pelo corpo social por limitar ou reforçar a população; 3) a socialização médica, que atribuía valor patogênico às práticas de controle de nascimentos (FOUCAULT, 2019a).

Retornando à explanação sobre o exercício da medicina e o nascimento da clínica, na segunda metade do século XVIII os médicos passaram gradualmente a

adotar uma nova atitude, uma atitude política, preocupada com questões de saúde pública, como as epidemias. Nessa época, a medicina se referia mais à saúde do que à normalidade, estando centrada em qualidades de vigor, flexibilidade e fluidez que seriam comprometidas pela doença. A prática médica ditava regulamentos sobre o “bem-viver” das pessoas, indicando cuidados dietéticos e regras de vida o que deveriam ser seguidas para a preservação da saúde. Essas prescrições heterogêneas aos poucos iam sendo incorporadas a um novo saber que iria dominar o século XIX: a higiene (FOUCAULT, 2020b; MARTINS, 2005) – retomaremos esse assunto mais adiante.

De acordo com Foucault (2019b), o hospital como recurso terapêutico e “máquina de curar” é uma invenção do final do século XVIII. Antes dessa época, o hospital era uma instituição em que se depositavam os pobres, um lugar de separação e exclusão. O pobre, como portador de doença e de possível contágio, era considerado perigoso e precisava ser recolhido pelo hospital, tanto para receber assistência e alimentação, quanto para proteger a saúde da população geral. O hospital tinha a conotação de “morredouro”, um espaço de transição entre a vida e a morte, sendo conduzido por pessoas de caridade, religiosas ou leigas, cuja função era assegurar ao doente (e a si mesmas) a salvação eterna. O exercício médico ainda não prevalecia nos hospitais:

Quanto à prática médica, nada havia, no que a constituía e lhe servia de justificação científica, que a predestinasse a ser uma medicina hospitalar. [...] A experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico. [...] As séries hospital e medicina permaneceram, portanto, independentes até meados do século XVIII (FOUCAULT, 2019b, p. 175-176).

Em *O nascimento da clínica*, Foucault (2020b, p. 74) também aborda o que chamou de *A lição dos hospitais* e explica que, no contexto revolucionário francês do final do século XVIII, uma nova disposição dos objetos de saber ia se consolidando, “um domínio no qual a verdade se ensina por si mesma e da mesma maneira ao olhar do observador experimentado e do aprendiz ainda ingênuo”. O hospital começava a ser visto em seu potencial pedagógico, como uma escola para a formação de médicos, um local de encontro entre o ensino e o campo concreto da experiência. Instaurava-se, assim,

um discurso cujas regras eram inteiramente novas: ele devia se ordenar em função de um olhar que não se contenta mais em constatar, mas que descobre. Nesse recurso apressado à clínica, uma outra clínica nascia: aquela que, dentro em pouco, seria a do século XIX (FOUCAULT, 2019, p. 74).

A reorganização do conhecimento científico nas primeiras décadas do século XIX fazia com que o corpo se transformasse “num cenário material e visível, num novo território cujas verdades eram acessíveis ao olhar atento do médico e do cientista, que passaram a lançar um olhar em profundidade entre tecidos e órgãos em direção ao núcleo da verdade” (MARTINS, 2005, p. 652). Na França surgia um “novo homem”, fruto do conhecimento advindo das ciências biológicas, que acabava penetrando nos currículos das faculdades de medicina. Ocorria, além disso, uma reorganização epistemológica da medicina, em que o médico era o intérprete dos sintomas do corpo doente, fortalecendo sua autoridade e colocando o corpo como objeto de seu domínio (MARTINS, 2005).

## 2.2 NASCE A MEDICINA MODERNA, NASCE A OBSTETRÍCIA

As mudanças ocorridas no saber e na prática médica impactaram também na antiga arte dos partos (MARTINS, 2005). Por volta de 1840 criaram-se os primeiros hospitais para doenças femininas, locais específicos para o desenvolvimento de práticas ginecológicas e obstétricas e que atendiam, além das parturientes, mulheres com doenças venéreas ou mentais – as maternidades surgiram apenas no final do século XIX (FREITAS, 2008). Foucault (2020b) comenta que, nessa época, também surgiam as primeiras clínicas de parto e, parafraseando Demangeon (*apud* FOUCAULT, 2020b, p. 93) explica que nela só se recebiam “mulheres não casadas ou que se anunciam como tal. [...] Não se poderia imaginar nada melhor, pois é a classe das mulheres cujos sentimentos de pudor são reputados como os menos delicados” e “não estando em condições de exercer a beneficência... contribuem pelo menos para formar bons médicos”.

O desenvolvimento de novas técnicas ginecológicas e obstétricas, nesses espaços, bem como o aumento do conhecimento sobre a pelve feminina influenciaram a criação de novas cadeiras dessas disciplinas nas faculdades de medicina da Europa

(FREITAS, 2008). O ensino da obstetrícia, na França, foi oficializado ainda na era napoleônica, com a criação da *Cadeira de Partos, Doenças das Mulheres Paridas e das Crianças Recém-Nascidas*, o que fez da obstetrícia francesa um modelo para outros centros de ensino até o final do século XIX, quando Alemanha, Inglaterra e Estados Unidos também criaram instituições de ensino e hospitais que se tornaram referência em obstetrícia e ginecologia (ainda enquanto *disciplinas*). Países como Brasil e Portugal, inspirados no que acontecia na França, introduziram a primeira cadeira de obstetrícia, preservando o mesmo nome francês. No Brasil, essa disciplina foi inaugurada em 1832, com a fundação das primeiras faculdades de medicina, na Bahia e no Rio de Janeiro (MARTINS, 2005).

Alguns médicos eram contrários a essas subdivisões da medicina, por acreditarem que a separação em especialidades impedia a compreensão do corpo como totalidade. Os especialistas, por outro lado, defendiam que as mulheres precisavam ser atendidas separadamente, por considerarem suas doenças “difíceis, acompanhadas de muito sofrimento, consternação e muita sensibilidade nervosa. [...] Por conta deste tratamento delicado, sua realização não poderia ocorrer em meio à confusão de um hospital geral” (FREITAS, 2008, p. 178).

No final do século XIX, os professores das faculdades de medicina, que ainda ensinavam embasados nos tratados obstétricos dos séculos anteriores, sem relação com a prática, foram substituídos por médicos com o desejo de mudanças radicais. Constatou-se, então, uma necessidade de reestruturação do ensino, bem como a “constituição de uma *especialidade* com objeto e vocabulário próprios e com acesso aos espaços hospitalares” (MARTINS, 2005, p. 653, grifo nosso).

Apesar de a mulher grávida e a parturiente serem foco da atenção dos médicos desde o século XVIII, foi no século XIX que o conhecimento e atendimento às mulheres em tais condições começaram a formar os contornos do que viria a ser uma especialidade médica. No século XIX multiplicavam-se as publicações médicas, manuais e tratados sobre o corpo feminino, abordando suas patologias específicas, ainda procurando desvendar seus segredos (MARTINS, 2005). Ao longo do século XIX a medicina passa a se interessar cada vez mais pela sexualidade e pela reprodução, mas de modo focado muito mais no corpo feminino do que no masculino.

A mulher é convertida em objeto de estudo por natureza e a ginecologia vai se moldando como a disciplina do “estudo da mulher”<sup>6</sup> (ROHDEN, 2001).

A ginecologia se consolidava enquanto *disciplina*, à medida em que se desenvolviam e aprimoravam novas técnicas de cirurgia do aparelho reprodutivo feminino nos Estados Unidos, na Inglaterra e na França. Entre as principais técnicas que impulsionaram a consolidação da ginecologia como disciplina estavam cirurgias como a ovariectomia (extração dos ovários) e a histerectomia (extração do útero). De modo concomitante, descobertas eram feitas na área da obstetrícia, como a causa da febre puerperal, a prática da cesariana, o uso de anestesia e práticas de assepsia no parto (FREITAS, 2008). No Brasil, as cirurgias ginecológicas passaram a ser realizadas na segunda metade do século XIX.

Com a ampliação da atuação médica ocorrida no século XIX, através da medicina higienista (supracitada), o médico pode adentrar o ambiente familiar. A partir de um discurso de incentivo à amamentação e de práticas de higiene para a infância, o médico se aproximou do “espaço regenerado e saneado da família moderna” (MARTINS, 2005, p. 652) e, conseqüentemente, da mulher, dessa vez, uma mulher viva, tornada paciente, não um cadáver a ser despido pelo olhar da anatomia:

Era preciso desvencilhar-se de algumas generalidades da medicina clássica, criar um vocabulário próprio, desenvolver tecnologias adequadas à natureza do objeto, integrar os conhecimentos disponíveis num novo campo discursivo, numa especialidade voltada para a diferença feminina. Deviam afastar-se gradativamente dos cadáveres e conquistar a confiança das mulheres vivas como médicos parteiros, conselheiros autorizados sobre a gravidez, o parto, o cuidado com os filhos e com elas mesmas (MARTINS, 2005, p. 651).

Neste contexto, o médico foi se tornando um conselheiro da família, como um padre ou pastor. Ao valorizar a mulher como mãe e interceder em assuntos relativos aos filhos, o médico passou a ter acesso a outros assuntos concernentes ao feminino, como queixas ginecológicas (MARTINS, 2005). Essa aproximação com a mulher viva, que aos poucos iria se despindo dos seus pudores por iniciativa própria, não mais pelas mãos que seguravam o bisturi, preparava o terreno para o surgimento e consolidação da obstetrícia como *especialidade*. Como disse Martins (2004, p. 79):

---

<sup>6</sup> Rohden (2001) destaca que não há uma disciplina correlata para o “estudo do homem” e que a ginecologia se estruturou como uma “ciência da diferença”, descrevendo e prescrevendo papéis adequados para homens e mulheres.



A pintura e a literatura do século XIX muito contribuíram para a divulgação da imagem moderna do médico: um homem respeitável, sábio, bom observador e, mais importante, confiável; alguém que podia entrar nos lares, conhecer os membros da família, tornar-se o confidente das mazelas e das misérias humanas, bem como ser uma espécie de educador dos corpos e dos sentimentos, um novo sacerdote, só que a serviço da ciência e da saúde.

Retomando o ensino de ginecologia e obstetrícia (enquanto disciplinas) e a resistência em dividir o saber médico em especialidades voltadas à gravidez e ao parto, Martins (2005) menciona Velpeau, professor de clínica cirúrgica da Faculdade de Medicina de Paris e criador da expressão “ciência dos partos”. Velpeau, em seus trabalhos publicados na década de 1830, defendia o caráter científico da obstetrícia, embasando-se na fisiologia para situar o médico hábil e experiente no lugar tradicionalmente ocupado até então pelas parteiras. Segundo ele, alguns problemas de natureza obstétrica exigiam atenção médica especializada e conhecimentos em anatomia, fisiologia, patologia, embriologia e cirurgia, utilizando a história para sua justificativa “científica”:

Equacionando ciência com grau de civilização, o autor explicava que nos períodos remotos da história da humanidade e entre os povos selvagens e bárbaros, somente as mulheres atendiam as parturientes. Com o progresso da civilização os cirurgiões passaram a atender aos partos, o que o levou a concluir que a arte dos partos deveria acompanhar os avanços científicos, vindo a transformar-se numa ciência produzida exclusivamente pelos médicos, a tologia<sup>7</sup> (MARTINS, 2005, p. 654).

Assim, no século XIX, a “ciência dos partos” tornou-se uma das primeiras *disciplinas* a se consolidar como *especialidade* médica, abrangendo o conjunto de conhecimentos relacionados à reprodução humana. Através dessa definição, a reprodução foi associada aos fenômenos da gestação e do parto, visto que os processos de concepção eram pouco conhecidos. Os olhares dos estudiosos se direcionavam com intensidade cada vez maior para o corpo da mulher, como pode ser constatado nas publicações médicas do século XIX, em que o corpo feminino era submetido ao escrutínio da observação e representação. Devido ao papel crucial desempenhado pela mulher nesse assunto de extrema importância – a reprodução da espécie – era necessário conhecer seu corpo e as transformações ocorridas durante a gravidez e o parto (MARTINS, 2004).

---

<sup>7</sup> Sinônimo de obstetrícia: ramo da Medicina que estuda os partos.

Perscrutando o corpo da mulher para a ampliação do conhecimento sobre a reprodução humana, a obstetrícia científica transformava, paulatinamente, a gravidez e o parto em fenômenos observáveis e passíveis de controle. Iniciava-se, de forma simultânea, um processo de transição do parto doméstico para o parto hospitalar, aumentando ainda mais o conhecimento médico sobre os mecanismos do parto e a extensão do controle do médico sobre o corpo feminino (MARTINS, 2004). “A obstetrícia tornara-se um estudo preciso, quase matemático, ao transformar o corpo materno num espaço analisável, mensurável e passível de intervenção” (MARTINS, 2004, p. 97).

Da combinação entre os conhecimentos anatômicos cada vez maiores com os exames físicos que começavam a ser empregados, surgiam novos procedimentos médicos, assim como um novo arsenal de instrumentos, composto por diferentes tipos de fórceps, sondas, agulhas, tesouras e ganchos, ampliando ainda mais o controle médico sobre a parturição e a crescente intervenção nos partos (MARTINS, 2004). Desse modo, a obstetrícia recém-surgida ia “construindo um saber institucionalizado sobre o corpo da mulher e acessível apenas àqueles que pertenciam ao círculo de iniciados e que dominavam o vocabulário e as práticas profissionais” (MARTINS, 2004, p. 87). Embasada em Foucault, Martins (2004, p. 88) aponta a necessidade de objetivar o corpo da mulher nesse novo campo do saber, tornando-o inteligível, “dócil, sujeito às manipulações, às análises, a ser utilizado e aperfeiçoado”.

O surgimento da obstetrícia como *especialidade* deslocava o parto do ambiente doméstico para o modelo institucional, ao mesmo tempo em que atribuía ao nascimento um novo significado, deixando de ser um evento fisiológico, social e familiar, se tornando um ato médico e medicalizado, saindo do universo feminino e adentrando o contexto tecnocrático e interventivo. Assim, o médico obstetra, especialista no parto, precisava estar atento às patologias que poderiam se manifestar nesse contexto, introduzindo a cesárea como uma forma nova de salvar vidas (WERMUTH; GOMES; NIELSSON, 2016). Somava-se a isso a nova relação (de distanciamento) da mulher com o parto, ocorrendo uma perda de seu protagonismo durante a experiência do nascimento:

a parturiente foi relegada a um papel secundário no nascimento de seu filho. [...] Sua satisfação ou insatisfação com a experiência permanece inaudível, como se fosse irrelevante. Nesse contexto, as mulheres não mais “fazem” o parto, mas o “sofrem”, uma vez que, desde a gestação, são convidadas, aberta ou indiretamente a delegar o controle ao médico (NOGUEIRA; LESSA, 2003 *apud* WERMUTH; GOMES; NIELSSON, 2016, p. 98)

A fisiologia da mulher também sofria uma transformação, passando a ser rotulada como frágil, dependente da tecnologia e, até mesmo, perigosa para o bebê. Inaugurava-se, assim, um processo de “coisificação” da mulher, que não era mais a protagonista do parto, mas sim “objeto” das intervenções médicas (WERMUTH; GOMES; NIELSSON, 2016). À mulher era destinado, ainda, um apagamento, um processo de invisibilização e dominação, o que pode ser constatado até hoje, pois desde a chegada ao hospital, a gestante é “disciplinada” para o parto: “seu corpo torna-se propriedade e responsabilidade da equipe que a assiste e dita o comportamento adequado. Da mulher espera-se a passividade na convivência com as intervenções” (GUALDA, 2002 *apud* WERMUTH; GOMES; NIELSSON, 2016).

### 3 A MEDICINA, O BIPODER E O CONTROLE DOS CORPOS FEMININOS

O poder que, assim, toma a seu cargo a sexualidade, assume como um dever roçar os corpos; acaricia-os com os olhos; intensifica as regiões; eletriza superfícies; dramatiza momentos conturbados (FOUCAULT, 2019a, p. 44).

Eva, ao deixar tentar-se pela maléfica serpente, desejando saborear o fruto da árvore da sabedoria foi condenada por Deus a submeter-se à ordem biológica: 'À mulher, disse Deus: multiplicarei as dores da tua gravidez, será na dor que vais parir teus filhos. A tua avidez, há-de impelir-te para o teu marido, mas ele dominar-te-á' (DIAS, 2007, p. 82).

Neste capítulo apresentamos reflexões sobre como se consolidou o poder médico, de acordo com ideias presentes em diferentes obras de Foucault. A primeira subseção realizará um breve resgate sobre a transformação ocorrida nos mecanismos de poder, na passagem da idade clássica para a modernidade, e sobre o papel da medicina na consolidação do biopoder.

A segunda subseção procurará discutir as possíveis relações entre o exercício do biopoder e a ocorrência da violência obstétrica. Também apresentaremos ideias sobre a teoria do sexismo do útero e sobre as formas contemporâneas de controle e dominação do corpo feminino. Por fim, iremos propor uma reflexão sobre a dor experimentada pela mulher que procura assistência médica para parir.

#### 3.1 SEXUALIDADE E PODER: SERIA O MÉDICO O NOVO SOBERANO?

Em *História da sexualidade: a vontade de saber*, Foucault (2019a) dedica-se a discutir a validade da hipótese repressiva da sexualidade, considerando-a uma explicação “fácil demais” para dar conta do discurso sobre o sexo. O autor acredita que a tentativa de abafar qualquer chama de discurso sexual sob a égide da repressão teve o efeito de tornar seu fogo ainda mais ardente. Para compreender o regime de poder-saber-prazer que embasa o discurso sobre a sexualidade humana no ocidente, Foucault defende que, no final do século XVI, o sexo foi “colocado em discurso” e, em vez de restrito, acabou ainda mais incitado (FOUCAULT, 2019a).

No século XVII, o “projeto de uma colocação do sexo em discurso”, por meio da pastoral cristã e de seu dispositivo de confissão, fez “passar tudo o que se relaciona com o sexo pelo crivo interminável da palavra” (FOUCAULT, 2019a, p. 23). Ao contrário de uma interdição do discurso sobre o sexo, organizou-se uma aparelhagem para produzir discursos sobre o assunto. Já no século XVIII, o discurso sobre o sexo passou a ser incitado também nos meios políticos, econômicos e técnicos, não apenas em seu caráter moralizante, mas recoberto por uma perspectiva de racionalidade. Torna-se necessário analisá-lo, contabilizá-lo, classificá-lo. Assim,

Deve-se falar do sexo, e falar publicamente; [...] cumpre falar do sexo como de uma coisa que não se deve simplesmente condenar ou tolerar, mas gerir, inserir em sistemas de utilidade, regular para o bem de todos, fazer funcionar segundo um padrão ótimo. O sexo não se julga apenas, administra-se. Sobreleva-se ao poder público; exige procedimentos de gestão; deve ser assumido por discursos analíticos (FOUCAULT, 2019a, p. 27).

Como vimos no capítulo anterior, nessa mesma época (meados do século XVIII), nascia a medicina moderna, com suas prescrições de regras de bem-estar, e os hospitais passavam por uma reformulação, deixando de serem “morredouros” para se tornarem locais de cura e tratamento. Também mencionamos na introdução que, a partir do século XVII, o poder sofre uma transformação. Sobre isso, Foucault (2010, p. 201) percebe o que chamou de “uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico”.

Para esclarecer a nova organização do poder que emerge a partir do século XVII, é necessário abordar os três regimes de poder estudados por Foucault: a soberania, a disciplina e a biopolítica. De acordo com a teoria clássica da soberania, o soberano possuía um direito assimétrico sobre a vida de seus súditos: para assegurar sua defesa pessoal ou a de seu território, poderia dispor da vida de seus súditos como bem entendesse – seu poder estava em relação direta com a morte. Em caso de ameaça à vida, o soberano poderia exercer seu direito de causar a morte ou de deixar viver. O poder exercido pela figura jurídica do soberano se manifestava através do confisco, da extorsão, do direito de apropriação das coisas: do tempo, do corpo e, até mesmo, da vida (ALVES *et al.*, 2019; FOUCAULT, 2019a; FURTADO; CAMILO, 2016).

Na passagem do século XVII para o século XVIII, pouco a pouco, “a ‘cabeça do rei’ foi deslocada do soberano para o Estado” (RABINOW; ROSE, 2006, p. 27). No

momento em que o poder se deslocou e assumiu a função de gerir a vida, a máxima se transformou: “o velho direito de *causar* a morte ou *deixar* viver foi substituído por um poder de *causar* a vida ou *devolver* à morte” (FOUCAULT, 2019a, p. 149, grifos no original). Esse poder sobre a vida desenvolveu-se através de duas vias principais: a visão do corpo como máquina, formulada pelas *disciplinas* anátomo-políticas do corpo humano; e a visão do corpo enquanto espécie humana, que se reproduz e deve ser submetida a controles reguladores por meio de uma *biopolítica* da população (FOUCAULT, 2019a).

O poder disciplinar possui uma perspectiva individualizante do corpo como máquina, que precisa ser melhorada através do exercício, do treinamento. Por meio de uma tecnologia disciplinar do trabalho adentra-se o indivíduo, tornando-o dócil e útil, integrado em sistemas econômicos eficazes (FURTADO; CAMILO, 2016; FOUCAULT, 2010; ALVES *et al.*, 2019; FOUCAULT, 2019a). A esta primeira via do poder, o *poder disciplinar*, seguiu-se um segundo poder que se formou um pouco mais tarde, na segunda metade do século XVIII. Essa tecnologia não exclui a primeira, mas a integra e a modifica. Ela não se dirige ao corpo individual, mas ao homem enquanto espécie. Com seu caráter massificante, a *biopolítica* da espécie humana introduz a noção de *população*: o corpo-espécie precisa ser regulado e seus processos coletivos compreendidos. É necessário medir-se estatisticamente os fenômenos da espécie: processos de natalidade, mortalidade, longevidade etc. (FOUCAULT, 2010; RIBEIRO; FERLA, 2016; FOUCAULT, 2019a). Sobre essas duas facetas do poder, Foucault (2019a, p. 150) comenta:

As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida. A instalação — durante a época clássica, desta grande tecnologia de duas faces — anatômica e biológica, individualizante e especificante, voltada para os desempenhos do corpo e encarando os processos da vida — caracteriza um poder cuja função mais elevada já não é mais matar, mas investir sobre a vida, de cima a baixo. A velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano é agora, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida.

Nesse contexto, é interessante destacar que a medicina teve um papel central em assegurar a passagem epistemológica da anátomo-política do corpo para a biopolítica da espécie (ALVES *et al.*, 2019). De acordo com Alves *et al.* (2019, p. 36), a medicina, ciência indispensável para a sociedade biopolítica, “passou de uma mera prática individualista tête-à-tête entre médico e paciente a uma instância judiciária”

que dita o que é normal ou não, legal ou ilegal. É através da medicina que a biopolítica exerce o controle dos corpos (ALVES *et al.*, 2019).

Inaugura-se uma nova era do poder, não mais do poder soberano, mas do *biopoder*. A modernidade é um tempo histórico em que predomina o biopoder, essa tecnologia de poder que incide sobre a vida através de seus dois polos e toma o corpo como objeto: “produzindo tanto os corpos dos indivíduos – pela aplicação de uma ‘anátomopolítica’ – quanto os corpos coletivos das populações – por intervenções através de biopolíticas reguladoras” (PRADO FILHO; TRISOTTO, 2008, p. 117). Neste novo mecanismo, o poder não se exerce mais pelo confisco ou pela extorsão, o poder se expressa através de práticas “produtivas”, obedecendo a uma ordem moral, social, política e normativa. Nas sociedades modernas, valoriza-se economicamente os corpos, tornados aptos para o trabalho e dóceis ao poder (PRADO FILHO; TRISOTTO, 2008).

Se a figura do soberano fica para trás, na idade clássica, e o controle sobre a morte dá lugar ao poder decisório sobre a vida, quem exerce esse poder na modernidade? Há um “novo” soberano? De acordo com o filósofo italiano Agamben (2007), o poder decisório sobre a vida, ou sobre o seu valor, se desloca para os cientistas, juristas e médicos. Foucault também reconhece o papel central da medicina a partir do século XVIII, argumentando que o regime de salvação das almas regulado pela “teocracia” desde o Império Romano é substituído pela “somatocracia”: “um regime para o qual uma das finalidades da intervenção estatal é o cuidado do corpo, a saúde corporal, a relação entre doença e saúde etc.” (FOUCAULT, 2001 *apud* MARTINS; PEIXOTO JUNIOR, 2009, p. 158).

Para Foucault, saber e poder são indissociáveis e se influenciam mutuamente, pois “o saber permite o estabelecimento do poder, sendo também permeado por suas relações” (ALVES *et al.*, 2019, p. 32). Tendo isso em vista, pode-se afirmar que a transformação no poder dirigido à salvação das almas está associada à expansão do domínio do saber médico. “A salvação espiritual assume então uma forma terrestre, se infiltra no corpo social, e passa a ter como objetivos a saúde e o bem-estar da população” (MARTINS; PEIXOTO JUNIOR, 2009, p. 158). A vida passa a ser objeto de preocupação do Estado e a medicina estende ainda mais sua atuação, intervindo em nível do indivíduo e da população (MARTINS; PEIXOTO JUNIOR, 2009).

A aproximação entre medicina e Estado é descrita por Foucault em termos de uma “medicalização da sociedade”. Em uma de suas conferências sobre a medicina

moderna e a transformação dos hospitais, Foucault (1978 *apud* MARTINS; PEIXOTO JUNIOR, 2009, p. 161) pronuncia-se sobre o poder médico:

Graças à tecnologia hospitalar, o indivíduo e a população se apresentam simultaneamente como objetos de saber e da intervenção médica. A medicina que se forma no curso do século XVIII é ao mesmo tempo uma medicina do indivíduo e da população.

Em outra conferência também sobre a medicalização da sociedade ao longo do século XVIII, Foucault comenta que a extensão das fronteiras da medicina passa a ser tão abrangente que não há mais território que não lhe pertença (FOUCAULT, 1976 *apud* MARTINS; PEIXOTO JUNIOR, 2009). O autor emprega a expressão “bio-história” para se referir ao efeito da atuação da medicina sobre a história da espécie humana (FOUCAULT, 1977 *apud* MARTINS; PEIXOTO JUNIOR, 2009). Martins e Peixoto Junior (2009, p. 161), discutindo ideias foucaultianas, frisam que “a história do homem enquanto espécie é afetada, a partir do século XVIII, pela medicalização cada vez mais intensa das condutas, do comportamento e da existência”.

Ao passo em que vida se torna alvo do poder e do saber, através dos mecanismos disciplinares e da biopolítica, a população se torna objeto de intervenção política, médica e de governo (MARTINS; PEIXOTO JUNIOR, 2009). Se a medicina é uma região para onde o poder desliza, a sexualidade é o *locus* de atuação desse poder. Das confissões religiosas sobre o sexo, passa-se a falar do sexo através da voz da ciência – é necessário produzir “a verdade do sexo”, discursos científicos sobre o sexo, lastreados pela medicina. O sexo não é mais confessado ao pastor ou ao padre, fala-se dele com o médico – da oitiva religiosa à escuta clínica (FOUCAULT, 2019a). Sobre isso, Foucault (2019a, p. 77) esclarece:

um complexo dispositivo foi instaurado para produzir discursos verdadeiros sobre o sexo [...]. E, através desse dispositivo, pôde aparecer algo como a “sexualidade” enquanto verdade do sexo e de seus prazeres. A “sexualidade” é o correlato dessa prática discursiva desenvolvida lentamente, que é a *scientia sexualis*. [...] A sexualidade foi definida como sendo, “por natureza”, um domínio penetrável por processos patológicos, solicitando, portanto, intervenções terapêuticas ou de normalização.

Assim como a saúde da população foi submetida à regulação do Estado através da medicina, o sexo também passou a ser objeto de disputa política: “toda uma teia de discursos, de saberes e de injunções o investiram” (FOUCAULT, 2019a, p. 30). O sexo ocupou o centro do debate por se situar nos dois eixos que perpassaram a



tecnologia política da vida: ao mesmo tempo em que está inserido nas disciplinas do corpo, também pertence à regulação das populações. Desse modo, a conduta sexual da população torna-se objeto de análise e alvo de intervenção médica. É necessário regular o sexo: criar taxas de natalidade, controlar a frequência das relações sexuais, monitorar a fecundidade e a esterilidade. Pela primeira vez, o futuro da sociedade não é associado apenas ao número de seus cidadãos, mas à forma como cada um deles “usa” o sexo (FOUCAULT, 2019a). Sobre isso, Laqueur (2001) acrescenta que o sexo é uma invenção, uma construção, e só pode ser explicado dentro do contexto da luta sobre gênero e poder.

Foucault (2010, p. 212), ao afirmar que “a sexualidade está exatamente na encruzilhada do corpo e da população”, também situa a medicina neste cruzamento, por se tratar de um “saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores”. Retomando a hipótese repressiva contestada por Foucault, concordamos com ele quando afirma que o sexo sai do quarto e ganha o consultório – mas sempre se fala dele:

o sexo se tornou, de todo modo, algo que se deve dizer, e dizer exaustivamente, segundo dispositivos discursivos diversos, mas todos constrangedores, cada um à sua maneira. Confidência sutil ou interrogatório autoritário, o sexo, refinado ou rústico, deve ser dito (FOUCAULT, 2019a, p. 36).

O “dispositivo de sexualidade” é compreendido por Foucault como uma importante faceta onde se percebe o exercício do biopoder. Em vez de reprimido a partir do século XVIII, o sexo continuou a provocar um “erotismo discursivo generalizado”. Os discursos sobre o sexo não se proliferaram fora do poder, e sim onde o poder é exercido. Enquanto sociedade ocidental, fomos instados a falar sobre o sexo. Criaram-se dispositivos para ouvir e registrar relatos sobre o sexo; construíram-se procedimentos de observação, interrogação e classificação das condutas sexuais. Em vez de uma hipótese repressiva sobre o sexo, imensa foi nossa prolixidade ao falar sobre ele, a partir dos discursos da economia, da pedagogia, da justiça e, especialmente, da medicina (FOUCAULT, 2019a).

Segundo Foucault (2019a, p. 160), vivemos em uma sociedade do sexo, em que as estratégias do biopoder “se dirigem ao corpo e à vida, ao que a faz proliferar, ao que reforça a espécie, seu vigor, sua capacidade de dominar, ou sua aptidão para

ser utilizada. [...] O poder fala *da* sexualidade e *para* a sexualidade”. As novas formas de poder desenvolvidas na época clássica foram postas em prática no século XIX e nos fizeram passar de uma “*simbólica do sangue* para uma *analítica da sexualidade*” (FOUCAULT, 2019a, p. 160). Não se derrama mais sangue em nome do rei, mas se analisa o sexo em termos do que é normal ou não. E como vimos anteriormente, quem dita a norma é a medicina.

Nesse contexto da biopolítica moderna, em que o poder já não é mais exercido por uma figura régia, mas por uma forma de saber-poder como a medicina, em que já não há “lado de fora” em que ela não possa penetrar, em que o sexo é objeto e alvo da intervenção médica, “há uma violência sem precedentes à qual a vida está exposta” (RIBEIRO; FERLA, 2016, p. 301). Com a reprodutividade capturada pela medicina, nosso olhar se direciona à violência sofrida pela mulher durante um momento crucial de sua vida reprodutiva: a fase que transcorre desde a concepção, passando pela gestação e culminando com o parto. Apesar de o sangue diluir seu valor simbólico diante da centralidade do sexo na modernidade, a mulher, cujo corpo foi dominado pelo biopoder, seja pela socialização das condutas de procriação, seja pela “histerização” de seu corpo, continua a sangrar. O sangue ainda é símbolo associado ao corpo feminino, tanto por jorrar dele a cada ciclo menstrual, quanto por verter dele no momento do parto.

### 3.2 DO BIOPODER À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA – A DOR COMO PUNIÇÃO

A partir do momento em que a “medicina penetrou com grande aparato nos prazeres do casal” (FOUCAULT, 2019a, p. 45), a sexualidade feminina passou a ser medicalizada. Com a expansão do biopoder, a mulher foi a primeira personagem a ser investida pelo dispositivo da sexualidade, que atrelava a ela obrigações conjugais e parentais. Quando a medicina apresenta à sociedade a mulher “histórica<sup>8</sup>”, o útero passa a ser o ponto de fixação dos discursos (FOUCAULT, 2019a).

---

<sup>8</sup> A palavra “histeria” vem do grego *hystera*, que significa matriz. A matriz é o lugar onde se gera algo ou, no caso das fêmeas dos mamíferos, é o útero onde se gera o feto. Para além desse significado dicionarizado, Hipócrates, considerado o “pai” da medicina, atribuiu o adjetivo “histérico” aos distúrbios que acreditava se originarem no útero. Para ele, a histeria poderia se desenvolver pela privação de relações sexuais ressecando o útero, que poderia diminuir de peso, “subir” e atingir o coração,

### 3.2.1 O sexismo do útero

Como mencionamos no capítulo anterior, Foucault (2019a) descreve a formação de quatro grandes mecanismos de controle da sexualidade a partir do século XVIII, reunindo técnicas disciplinares e procedimentos reguladores: a) a pedagogização do sexo da criança; b) a histerização do corpo da mulher; c) a socialização das condutas de procriação; d) a psiquiatrização do prazer perverso. As duas primeiras estratégias envolviam exigências de regulação da espécie, ao nível da disciplina, em prol do bem-estar da sociedade. As duas últimas também eram de natureza reguladora, mas exigiam disciplina e adestramentos individuais. Percebe-se nesses grandes dispositivos de domínio da sexualidade a clara intervenção do saber, do poder e do discurso da medicina.

Apesar de Foucault e Agamben discutirem amplamente as formas de atuação do biopoder e da biopolítica, a pesquisadora Nielsson (2020) questiona o silêncio dos autores a respeito da especificidade biopolítica do corpo feminino. A partir da hipótese de um *dispositivo da reprodutividade*, influenciada pelo pensamento foucaultiano, e de uma releitura do conceito de *homo sacer*, de Agamben, Nielsson (2020) afirma existir um “sexismo do útero”, que produziria *hysteras homo sacer* ou, em outras palavras, vidas femininas precárias, sujeitas à violência.

A centralidade do corpo da mulher para o exercício do biopoder seria exercida por meio do dispositivo da reprodutividade. Segundo Nielsson (2020), a noção de reprodução de corpos se deslocaria para a de “reprodutividade”, formando um dispositivo que é capaz de produzir a vida. A autora esclarece:

Ao constituir-se nestes termos, o dispositivo da reprodutividade produz sujeitos femininos capazes de propagar a vida, mas também de propagar a morte através da transmissão reprodutiva, uma possibilidade que pressupõe a legibilidade da procriação como uma governamentalidade. [...] A reprodução produz os sujeitos da procriação - mulheres - e os isola como únicos responsáveis por futuros, raças, povos e nações. Emerge assim o sentido biopolítico da reprodutividade, que representa a procriação como aparente conduta livre do indivíduo - “escolha” - mas constitui-se num modo pelo qual a vida dos povos e populações pode ser gerenciada e manipulada (NIELSSON, 2020, p. 885).

---

provocando angústia e vômito. Os tratamentos recomendados na época hipocrática eram o casamento e a gravidez (BELINTANI, 2003; JORGE; TRAVASSOS, 2021).

Para abordarmos o outro polo do dispositivo de reprodutividade, que conduz ao sexismo do útero, precisamos mencionar o conceito agambeniano de *homo sacer*. Para o autor, a manifestação do poder soberano atribuiria diferentes valores à vida, algumas das quais seriam esvaziadas de valor, matáveis. O *homo sacer*, figura do direito romano utilizada por Agamben em sua analogia sobre o biopoder, seria o homem cuja vida poderia ser eliminada impunemente, uma *vida nua* (RIBEIRO; FERLA, 2016; NIELSSON, 2020). Já a *hystera homo sacer* cunhada por Nielsson, envolveria a distinção de valor da vida humana embasada em diferenças biológicas, sendo o útero o símbolo dessa desvalorização. A mulher é reduzida ao seu útero.

A partir de ideias da filósofa e escritora Márcia Tiburi, Nielsson articula uma relação analógica entre útero e lar: “o primeiro deixa de ser ‘mero órgão’ para transformar-se em regulador, em ‘elemento originário de um ser – de um corpo – e de um sistema político’ e assim, de toda a vida da população” (TIBURI, 2008 *apud* NIELSSON, 2020, p. 891-892). O dispositivo da reprodutividade seria o responsável pela transformação de um órgão em uma função social. O corpo feminino, projetado à sociedade, pode ser utilizado como se bem entender em nome da necessidade de gestão da vida e da morte (NIELSSON, 2020). “De certo modo a redução de uma mulher à condição de vida nua é condição de possibilidade para a manutenção do biopoder” (NIELSSON, 2020, p. 892).

### **3.2.2 O controle do corpo feminino na contemporaneidade**

Uma forma de gerenciar o corpo – e o útero – da mulher é a reprodução assistida. Em *Biopoder e técnicas reprodutivas*, a pesquisadora Zirbel (2019) cita as ideias de Geena Corea (1985), precursora de estudos feministas ligados à reprodução humana, que defende que a fertilidade não é o objetivo central das tecnologias reprodutivas, mas sim o controle da população e a exploração do corpo feminino como forma de atingir esse controle. Ao contextualizar a origem de práticas reprodutivas como a inseminação artificial, a autora compara o corpo da mulher ao da vaca, posto que esse procedimento foi “transplantado” dos currais para os consultórios médicos: “a visão objetificante dos pesquisadores e a certeza que tinham de que suas ações

eram legítimas (legitimadas por seus pares) permitia-lhes manipular os corpos de ambas as espécies” (ZIRBEL, 2019, p. 126).

Zirbel (2019) aprofunda a analogia entre a fêmea bovina e a humana ao afirmar que, embora a principal função de uma vaca seja produzir leite, gerar bezerras também é central para a indústria de consumo da carne. Nessa mesma lógica, “quando a sociedade é controlada por um grupo de homens, a principal função social da mulher passa a ser a de produzir e criar filhos para gerar riqueza ou poderio bélico (na forma de novos trabalhadores e soldados)” (ZIRBEL, 2019, p. 127).

Uma das formas de produzir novas vidas é a inseminação artificial e esta também é uma estratégia de controle do corpo feminino. Segundo Zirbel (2019), o surgimento dos bancos de esperma representou uma ameaça ao patriarcado e à dominação masculina, impactando também o imaginário das mulheres, que poderiam conceber filhos sem precisar de um marido. Porém, por muito tempo, só foi permitido às mulheres que optassem pela inseminação artificial utilizar o sêmen do próprio marido, para gerar filhos “legítimos”<sup>9</sup>.

Apesar do discurso científico pró-inseminação artificial, cortes internacionais de diversos países equipararam a inseminação artificial ao adultério (para as mulheres), no caso de o sêmen utilizado não ser o do marido, sendo também alegação para o divórcio ou condenação judicial, independentemente de o cônjuge ter consentido com a prática. A atuação de movimentos feministas tornou possível à mulher solteira recorrer à inseminação artificial. Contudo, apesar de o corpo a ser inseminado ser o da mulher, o privilégio ainda era masculino, pois a legislação atribuiu ao doador de esperma os direitos de paternidade (ZIRBEL, 2019). Em outras palavras:

Para a mulher casada, o doador deveria permanecer anônimo a fim de assegurar os direitos do marido. Nesses casos, a paternidade não residia no esperma. No entanto, quando a mulher não era casada, a paternidade voltava a ser fixada no fluido seminal e abria-se mão da regra estipulada para o anonimato do sêmen (COREA, 1985, p. 51 *apud* ZIRBEL, 2019, p. 131).

Além da inseminação artificial, a fertilização *in vitro* é outra técnica reprodutiva a qual o corpo da mulher é submetido. Zirbel (2019) afirma existir uma diferença de interesse quanto à infertilidade masculina e a feminina. De acordo com a autora,

---

<sup>9</sup> O conceito de “legitimidade” é entendido, nesse contexto, como “um conceito inventado por homens para homens com a função de controlar mulheres que queiram desafiar as regras por eles impostas à reprodução” (ZIRBEL, 2019, p. 130).

apesar da pressão social para a maternidade, às mulheres casadas com homens inférteis espera-se que se contentem em permanecer sem filhos ou recorrer à inseminação “driblando” os consultórios médicos e os maridos. Já quando a infertilidade é atribuída à mulher, uma miríade de procedimentos investigativos deve explorar seu corpo no intuito de “tratá-lo”.

Os primeiros experimentos de fertilização *in vitro* foram realizados em meados dos anos 1970 pelos irmãos Seed, nos Estados Unidos, novamente transferindo para o corpo da mulher os experimentos realizados em vacas. No caso das vacas, o objetivo era comercializar os embriões de vacas “premiadas” para serem implantados em vacas “comuns”. Aplicada aos seres humanos, a lógica é enviesada e atravessada pelo racismo e pelo classismo, posto que visa a reprodução de homens e mulheres brancos com alto poder aquisitivo (ZIRBEL, 2019).

Fertilizar o óvulo fora do corpo da mulher é um procedimento complexo. Para “refinar” essa técnica, diferentes estratégias foram testadas. Diferentemente do corpo masculino, cuja obtenção de espermatozoides pode ser feita por um processo de masturbação, o processo de extração de óvulos é muito mais invasivo, pois o corpo da mulher precisa ser submetido a uma série de ações médicas, muitas delas arriscadas e desagradáveis. As primeiras coletas experimentais de óvulos aconteceram sem o consentimento ou a informação das “doadoras”. A insuficiência de óvulos para as primeiras tentativas de fertilização fazia com que novos médicos precisassem ser convencidos a aderir à causa, além de resultar também em “roubo” de óvulos de mulheres que se submetiam a procedimentos ginecológicos como histerectomia ou cirurgia de endometriose (ZIRBEL, 2019).

Ainda sobre a relação entre infertilidade e reprodução, Zirbel (2019, p. 135) destaca que “historicamente, a reprodução é pensada como algo muito mais ao encargo de mulheres do que de homens e, em geral, quando um casal não tem filhos a suspeita de infertilidade sempre recai primeiro sobre a mulher”. À infertilidade, a medicina apresenta as técnicas de reprodução assistida como “tratamento”, vendendo a ideia como uma “terapia”, “dádiva” e, até mesmo “ação preventiva”. Além disso, as pesquisas sobre infertilidade tendem a se focarem no controle da reprodução humana e dos corpos femininos (ZIRBEL, 2019).

Além do controle do corpo da mulher para fins de reprodução da espécie, Guimarães (2014, p. 21) levanta outras manifestações do biopoder sobre os corpos na contemporaneidade, considerando que “à medicina contemporânea é delegado o

poder de contornar os ‘prováveis’ sofrimentos”. Entre os exemplos de práticas atuais do biopoder, a autora cita a possibilidade de adiar a morte através dos tratamentos em Centros de Terapia Intensiva; o Projeto Genoma Humano, como forma de controle genético dos corpos; o Diagnóstico Pré-Natal, que possibilita detectar características do bebê desde o útero; e o Diagnóstico Pré-Implantação, em que se pode triar os embriões a serem implantados. Para a autora, os avanços da medicina, aliados à informática, permitem com que o biopoder se antecipe ao momento geracional da vida.

Pensando no momento de geração da vida, é importante mencionar o Estatuto do Nascituro<sup>10</sup>, que “prevê a proteção da pessoa humana desde a sua concepção, confere uma série de direitos ao nascituro e cria deveres ao Estado, à família e à sociedade com vistas à garantia absoluta da vida do ser gerado” (FERREIRA, 2015, p. 86). Este Projeto de Lei (PL) foi protocolado em 2007 e, até o momento<sup>11</sup>, aguarda parecer do relator na Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher.

O Estatuto do Nascituro é extremamente criticado por movimentos sociais, especialmente os feministas, por privilegiar os direitos de um ser não nascido, em detrimento dos direitos reprodutivos das mulheres, sobrepujando seus corpos. Sobre a redação do PL, Ferreira (2015, p. 92) comenta que “com clara influência religiosa, o estatuto afronta o princípio da laicidade do Estado, pois encerra uma determinada concepção religiosa acerca do início da vida, seu valor, a autonomia das mulheres, a liberdade e a igualdade”.

Entre as proposições do Estatuto, está um artigo que prevê ao nascituro concebido por violência sexual o direito à saúde, adoção e pensão até os 18 anos. Este artigo nos dá a impressão de provocar uma dupla violência à mulher, pois à violência sexual, soma-se a violência perpetrada pelo Estado, que legitima e patrocina o abuso, posto que na ausência da identificação do genitor abusador, é o Estado que garante o sustento do nascituro. Para Ferreira (2015), o Estatuto do Nascituro entende as mulheres como “simples instrumento de reprodução”, sendo uma forma contemporânea de expressão da biopolítica e do biopoder. Mais uma vez o corpo

---

<sup>10</sup> Projeto de Lei Nº 478/2007. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=345103>.

<sup>11</sup> A última consulta ao Portal da Câmara dos Deputados foi realizada em 09 de junho de 2022 e o PL foi considerado pronto para entrar na pauta de votações da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher. É possível consultar o status do PL em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=345103>.

feminino é submetido à regulação da medicina e do Estado, já que “o objetivo da lei é criar mecanismos de regulação da vida e dos corpos daqueles que sequer nasceram, além de incidir sobre os corpos e o comportamento dos já vivos, em especial os das mulheres” (FERREIRA, 2015, p. 96). Além disso,

o estatuto do nascituro é uma investida do Estado contra a liberdade e a possibilidade de escolha das mulheres quanto à continuidade ou não de uma gestação. [...] Ora, por detrás de um discurso de aparente preocupação com a criança que está por nascer, há uma refinada e sutil proposta que possibilita ao Estado manipular e intervir na vida, controlando os corpos, a população e os comportamentos, normalizando-os. Homens e mulheres serão interpelados por essas regras e limites, e, supostamente, deverão adequar seu comportamento ao mandamento estatal. Os direitos sexuais e reprodutivos estão, ainda mais, sob a guarda do Estado, determinando que não cabe à mulher a escolha de ter ou não o filho gerado (FERREIRA, 2015, p. 96-97).

Um último exemplo contemporâneo de controle do corpo feminino causou controvérsia na internet em meados de 2021, quando o jornal *Folha de São Paulo* publicou uma matéria<sup>12</sup> denunciando a exigência, por parte de planos de saúde, do consentimento do cônjuge para mulheres casadas que optassem pela colocação do dispositivo intrauterino (DIU) como método contraceptivo (DAMASCENO, 2021). Inspirada na arcaica lei do planejamento familiar (Lei Nº 9.263/1996), que também exige consentimento de maridos/esposas para cirurgias de esterilização, como vasectomia e laqueadura, a exigência é considerada abusiva pela psicanalista Vera Iaconelli, que se refere a ela como “aberração política” e “violação naturalizada do direito reprodutivo” (IACONELLI, 2021). Para Iaconelli (2021, não paginado), “trata-se de uma guerra entre cidadãos e Estado, em que a maioria absoluta das vítimas são mulheres e crianças, mas da qual a sociedade como um todo não escapa”.

### 3.2.3 A dor como punição

No universo do biopoder e da sexualidade, a mulher tem seu corpo controlado de uma maneira muito mais opressora e explícita do que o controle exercido sobre o

---

<sup>12</sup> A matéria completa pode ser acessada em:

<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/08/seguros-de-saude-exigem-consentimento-do-marido-para-insercao-do-diu-em-mulheres-casadas.shtml>. Acesso em: 26 set. 2021.



corpo masculino. Poderíamos dizer, inclusive, que há uma dominação masculina sobre o corpo da mulher, como exemplificado no contexto da reprodução assistida ou na formulação, por deputados homens, de um estatuto que fere os direitos reprodutivos das mulheres. Como vimos no capítulo anterior, a anatomopatologia legitimou que se percorresse o corpo da mulher com o olhar da ciência:

Para dirigir esse olhar para estes órgãos, o varão cientista precisou deserotizá-los. Se reivindicava o direito de olhar e tocar as mulheres em suas partes mais íntimas, só poderia estar motivado pelo interesse frio da ciência. O olhar do varão desejava conhecê-la, não mais no sentido bíblico, mas científico (DINIZ, 1996, p. 114).

A valorização do útero enquanto responsável pela constituição da família e regulação da população, assunto de interesse público e da ciência, atribuiu ao órgão um caráter nobre, que “não poderia mais ser deixado nas mãos das próprias mulheres” (DINIZ, 1996, p. 115). Quando o parto foi deslocado para o hospital, local em que é possível monitorar a atividade uterina, os conhecimentos das parteiras foram dispensados e precisaram receber uma nova roupagem: foi necessário “reinventá-los na construção de uma ciência objetiva e masculina” (DINIZ, 1996, p. 116).

Relembrando a teoria do sexismo do útero, em que a mulher é reduzida a seu útero, o corpo feminino se torna objeto de saber e alvo do poder médico, surgindo a figura do ginecologista como especialista nesse órgão:

Por isso, entre os finais do século XVIII e a segunda metade do século XIX, o discurso científico, as reflexões dos médicos, suas descobertas e experimentos, sobre e no corpo feminino, contribuíram para a exploração de um campo anteriormente eminentemente feminino, “permitindo que homens da ciência entrassem em cena, desafiando o domínio e o poder das mulheres sobre seus corpos, a ponto de obstetras e ginecologistas serem considerados como especialistas em mulheres” (ALGRANTI, 2004, p. 8 *apud* CURI; BAPTISTA, 2018, p. 127).

Já o médico obstetra seria o responsável por acompanhar a mulher que gesta, focado no desenvolvimento do “fruto” do útero. Na contemporaneidade, compondo um trio com o ginecologista e o obstetra, aparece o fertileuta, especialista em reprodução assistida, profissional que irá manipular o aparelho reprodutivo feminino de forma que

sua intervenção culmine em uma concepção. Afinal, como diz o médico Rodrigo Rosa<sup>13</sup> em seu Instagram, “sua missão é povoar o mundo!”.

Para povoar o mundo, Deus criou o homem e a mulher. Contudo, a mulher, representada por Eva, é a responsável pela decadência da humanidade e, por este motivo, precisou ser punida pelo pecado original com as dores do parto. O sofrimento durante o parto é uma experiência presente em diferentes momentos históricos (DINIZ *et al.*, 2015). A assistência médica, quando tutelada pela Igreja Católica, entendia “o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto” (DINIZ, 2005, p. 628).

Tecendo considerações sobre a relação entre parto e fé cristã, Dias (2007, p. 82) comenta que “os estados de gravidez e de puerpério são descritos como um trabalho, como uma provação, um tempo de penitência, além de se apresentar como um dever, um imperativo, uma vergonha que culmina na culpabilidade”. A mulher, para se redimir do pecado, deveria suportar diversas violências, conjugais e de assistência ao parto, visto que no projeto cristão, a sexualidade só era justificada pela procriação. “Neste engodo jaz a sexualidade da mulher brasileira” (FERREIRA, 2019, p. 120).

Com a consolidação da obstetrícia, a mulher deixa de ser vista como alguém que tem que expiar sua culpa pelo pecado original e passa a ser encarada como uma vítima de seu destino biológico, “sendo o papel obstetra antecipar e combater os muitos perigos do ‘desfiladeiro transpelvino’” (DINIZ, 2005, p. 628). Diniz (2005) cita Fernando Magalhães, o “pai” da obstetrícia brasileira, comentando que o obstetra assume o papel de resgatar as mulheres, procurando “resolver o problema da parturição sem dor, revogando assim a sentença do Paraíso, iníqua e inverídica, com que há longos séculos a tradição vem atribulando a hora bendita da maternidade” (MAGALHÃES, 1916 *apud* DINIZ, 2005, p. 628).

Alguns obstetras contemporâneos de Magalhães viam o parto como uma forma de violência intrínseca, um processo patológico (DINIZ, 2005). Para esses médicos,

---

<sup>13</sup> “Missão: povoar o mundo!” é a frase de perfil do médico fertileuta Dr. Rodrigo Rosa, especialista em reprodução assistida, em sua biografia no Instagram. Disponível em: <https://www.instagram.com/dr.rodriгорosa/?hl=pt>.

a maternidade se inauguraria com a violência física e sexual da passagem da criança pelos genitais: uma espécie de estupro invertido. Oferecendo solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento, a obstetrícia cirúrgica, masculina, reivindica sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar, leigo ou culto (DINIZ, 2005, p. 628).

Na contemporaneidade, acreditamos ter ocorrido um deslocamento da dor impingida à Eva pelo pecado original, pois agora, à dor do parto normal, acrescenta-se a dor da violência na assistência ao parto. Apesar do movimento de humanização da assistência ao nascimento surgir como uma tentativa de compreensão do parto como experiência humana, como uma nova forma de se conectar ao sofrimento da parturiente e aliviá-lo (DINIZ, 2005), ele se consolidou no Brasil acompanhado do crescimento da violência obstétrica.

A mulher pode não ser mais punida pelo pecado original, mas é repreendida, ameaçada ou ridicularizada por expressar sua dor durante o trabalho de parto; é punida ao ter seu corpo penetrado por diferentes mãos durante a realização do anacrônico “exame do toque”; é punida ao passar pela tricotomia, raspagem de pelos desnecessária para o transcorrer do parto, mas corriqueiramente realizada; é punida ao ter sua barriga comprimida numa manobra agressiva vendida no diminutivo como uma “mãozinha”<sup>14</sup> para a saída do bebê; é punida ao ter seu plano de parto desrespeitado e descumprido; é punida ao ter seu corpo cortado<sup>15</sup> para “facilitar” a passagem do bebê e depois costurado para preservar o prazer masculino através do infame “ponto do marido”<sup>16</sup>, muitas vezes gerando um trauma físico e psicológico; é punida ao não ter seu sofrimento no parto aliviado através de práticas de analgesia ou, de outro modo, é punida ao receber medicações que supostamente “acelerariam” o parto, mas acabam por intensificar ainda mais a dor das contrações; entre tantas outras formas de violência obstétrica as quais a mulher é submetida no momento de parir um filho.

Sobre essas diferentes manifestações de violência na assistência ao parto e sobre a dor sentida pela parturiente em decorrência desses processos, Ferreira (2019, p. 122) pondera:

---

<sup>14</sup> Aqui nos referimos à manobra de Kristeller, procedimento não recomendado pela OMS, que consiste em pressionar a barriga da grávida (parte superior do útero) para “acelerar” a saída do bebê (DIAS, 2007).

<sup>15</sup> Referência à episiotomia de rotina, que será abordada no capítulo 4.

<sup>16</sup> Sutura geralmente realizada como consequência da episiotomia.

Ao se negar que a dor infligida - da violência - foi instituída, invisibiliza-se o fato de que a mesma está a serviço da culpa criada e da punição administrada, legitima-se a “benfeitoria” médica. Esta dor comove médicos, parteiras, famílias e comunidades, desperta um “instinto ideológico de assistência” que promete minorar os tormentos que acompanham a maternidade, outorga ao que “assiste” o lugar de protagonista, Salvador ou semi-Deus, e assim, as operações tenebrosas se estabelecem autorizadas e legitimadas.

A “cascata de intervenções” é outro exemplo comum de dor infligida à mulher que dá à luz. A parturiente, quando dá entrada no hospital, passa a ter seu trabalho de parto monitorado e controlado. Há uma pressa em acelerar o nascimento da criança, desconsiderando a fisiologia natural do parto, tornando-o um evento em que a decisão do médico se sobressai à autonomia da mulher (LEAL *et al.*, 2014). Ocorre, então, uma primeira intervenção médica, que acaba levando a outra para “contornar” os efeitos da anterior e assim por diante, gerando a cascata de intervenções,

uma sucessão de procedimentos invasivos, dolorosos e potencialmente arriscados – toques vaginais repetidos, imobilização em uma cama, instalação de soro, medicamento para acelerar contrações, corte e costura da vagina (episiotomia), peso sobre a barriga, entre outros (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 16).

Esse excesso de intervenções desnecessárias e dolorosas muitas vezes acaba atrapalhando a evolução do parto vaginal, culminando com a necessidade de uma cesariana. Em nossa reflexão, o médico, que ao mesmo tempo “causa a dor” ou, numa releitura foucaultiana do poder soberano, “deixa com que a dor seja sentida”, também aparece como o salvador, aquele que pode poupar a mulher das dores do parto, se quiser “deixar viver”, seja oferecendo medidas de analgesia, seja direcionando o desfecho do parto para uma intervenção cirúrgica: a cesariana – uma opção entendida por alguns desses profissionais (e por algumas mulheres) como uma forma de evitar o sofrimento do parto vaginal.

Interpretamos essas violências como novas formas de punição à mulher que dá à luz. Os relatos de maus-tratos na assistência ao parto fazem com que esse momento seja temido, envolto em uma névoa de ameaça à integridade e à vida. A cesariana surge, então, como forma de evitar o sofrimento que espreita quem optaria pelo parto normal, que passa a receber ares de experiência degradante. A cesariana é um procedimento conveniente para a equipe médica (e também para a mulher), cada vez mais afastada da arte de partejar, “pois troca a imprevisibilidade do parto

normal por um planejamento taylorista das cesáreas, se apoiando no mito da tecnologia como sempre segura e eficaz” (SERRA; BATALHA, 2019, p. 81).

Serra e Batalha (2019) consideram que nem toda a indicação de cesariana é uma violência, “apenas” aquelas que se dão por meio de coerção e convencimento, com imposição da vontade do médico. Para essas autoras, que adotam uma visão foucaultiana, a cesariana é uma estratégia biopolítica para o controle da população. Corroborando essa ideia, Alves *et al.* (2019, p. 36) apontam que “a biopolítica age sobre os desejos naturais da população de satisfação de seus interesses, e através dos dispositivos de segurança produz desejos artificiais e interesses coletivos”. A partir dessas ponderações, inferimos que a violência iatrogênica no parto vaginal pode produzir na mulher um desejo artificial pela cesariana, como forma de evitar um parto violento.

Ao abordarem a tensão na relação médico-parturiente e as nuances ao redor da decisão do tipo de parto, Lage, Cal e Silva (2020, p. 21) afirmam:

Todas essas circunstâncias nos parecem ilustrar formas de regulação e controle do corpo da gestante, da mulher mãe. Situações essas que, em última instância, também revelam linhas de fratura nessas tramas, desenhadas pelos próprios sujeitos em busca de autonomia e da reapropriação de si mesmo. Como argumentava Foucault, o essencial da disciplinarização dos indivíduos não é negativo, não impõe apenas restrições, mas produz subjetividades e corporalidades, orienta condutas, define as possibilidades e nos confronta com nossas próprias vontades, desejos, receios e incertezas.

A fomentação do desejo artificial pela cesariana para não ser punida pela dor de um parto mal assistido nos faz pensar na produção da subjetividade da parturiente contemporânea, cuja dor atrelada ao parto pode não ser mais aquela do castigo divino pelo pecado original, mas uma outra, nova, atualizada, modificada, mas ainda lá, à espreita nos corredores do hospital. “Culturalmente, o parto ainda é percebido e significado como um momento de ‘dor necessária’” (SERRA; BATALHA, 2019, p. 76). Porém, discordamos que a “saída” para escapar da violência seja através das portas do centro cirúrgico, afinal, como bem coloca Iaconelli (2019, não paginado), “fugir da má assistência ao parto por meio da cirurgia equivale a fugir do incêndio pulando no precipício”.

Ampliando nosso olhar e, como forma de crítica a nossos próprios argumentos, gostaríamos de incluir as ponderações de Curi e Baptista (2018, p. 124), que afirmam

que não há “nada mais ingênuo do que resumir a violência obstétrica às práticas coercitivas relacionadas ao parto”. Segundo as autoras,

Não basta pensar, como costumeiramente se faz, unicamente na imposição da obstetrícia por partos cesáreos ou mesmo por partos vaginais com intervenções médicas diversas. As práticas violentas que circundam a mulher e o parto, seja como gestante, puérpera ou parturiente, precisam ser encaradas de forma multidimensional. Devemos poder falar de coisas que se inter-relacionam em toda a cena da maternidade: relações de gênero que atravessam essas práticas, a violência institucional – da instituição médica (obstétrica) -, relações de saber-poder que possibilitaram e engendraram o advento da obstetrícia como especialidade médica, tornando o parto um ato médico e de homens (CURI; BAPTISTA, 2018, p. 124).

Também esboçamos uma crítica em relação à nossa defesa de que o médico é o novo soberano, ao reconhecermos, como diria Foucault (2019b), que onde há poder, há resistência. E, por fim, antes de partirmos para o capítulo que aborda mais detalhadamente a VO, gostaríamos de mencionar um fenômeno de linguagem que reforça a discussão que realizamos até o momento. Empregamos a expressão “foi um parto” rotineiramente como forma de nos referirmos a um evento sofrido, difícil, que nos deu trabalho. Nas palavras de Orlandi (2020, p. 30), “o dizer não é propriedade particular. As palavras não são nossas. Elas significam pela história e pela língua”. Precisamos refletir sobre o que estamos denunciando, a respeito de nossa história e através da língua, quando dizemos que algo foi um “parto” ...

## 4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O “NASCIMENTO”<sup>17</sup> DE UMA EXPRESSÃO

Rotina, meu Deus, cortar as flores das mulheres? Não posso evitar de pensar que se fossem os homens ameaçados de ter seu falo talhado da mesma maneira, certamente já teria sido inventado, repensado, repisado um novo método (Relato de uma vítima de violência obstétrica. *In*: DIAS, 2007, p. 161).

Para compreendermos os elementos envolvidos no contexto que culminou com o posicionamento do Conselho Federal de Medicina e, posteriormente, do Ministério da Saúde de abolir a designação “violência obstétrica” de suas publicações oficiais, é importante, primeiramente, entender como a expressão se constituiu. Além disso, o despacho ministerial argumenta que não há consenso quanto à definição do que seria a VO e, portanto, cabe aqui apresentarmos caracterizações que descrevem de forma bastante minuciosa a que se refere essa forma de violência. Por fim, apresentaremos o que vem sendo proposto e sancionado no âmbito legislativo estadual e federal a respeito da violência na assistência perinatal.

### 4.1 O CONTEXTO DE SURGIMENTO DA EXPRESSÃO “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA”

Apesar de a violência obstétrica parecer um assunto “novo”, o sofrimento durante o parto é uma vivência feminina presente em diferentes momentos históricos. Os primeiros relatos de violência no parto, com ampla repercussão na mídia, datam do final da década de 1950, nos EUA. Nesta época, a publicação *Ladies Home Journal*, uma revista destinada a donas de casa, apresentou uma matéria chamada “Crueldade nas Maternidades”, em que expunha relatos de práticas denunciadas como torturas, a que estavam submetidas as parturientes nos hospitais. A matéria provocou uma avalanche de cartas das leitoras, compartilhando seus próprios relatos de sofrimento, o que demonstrou a necessidade de mudanças na assistência às

---

<sup>17</sup> Reconhecemos que, para a AD, não se pode determinar a origem de um discurso. Entretanto, realizamos uma escolha estilística ao optarmos pela denominação “nascimento” inspirados no “Nascimento da Clínica” de Foucault e também em função de seu valor simbólico no entrelaçamento com a temática que discutimos nesse capítulo: a violência na assistência aos nascimentos.

parturientes e culminou com a criação da Sociedade Americana de Psicoprofilaxia em Obstetrícia. Em 1958, no Reino Unido, criou-se uma Sociedade para a Prevenção da Crueldade contra as Grávidas (DINIZ *et al.*, 2015).

No Brasil, o sofrimento durante o parto começou a ganhar maior atenção cerca de vinte anos mais tarde<sup>18</sup>, por volta das décadas de 1980 e 1990, quando organizações feministas e movimentos sociais destacaram o assunto. Ainda não se falava em “violência obstétrica”, mas profissionais de saúde e mulheres começavam a questionar o tipo de assistência ao parto oferecida no país, instaurando um “movimento em prol da humanização do parto e nascimento” (SENA; TESSER, 2017). Os grupos ativistas mostravam-se contrários à medicalização do parto e cobravam ações do Ministério da Saúde em defesa da autonomia da mulher e da Medicina Baseada em Evidências (MBE) (OLIVEIRA; PENNA, 2017).

Um dos marcos do movimento pela humanização do parto no Brasil ocorreu em 1993, com a criação da Rede de Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), através de sua carta de fundação, conhecida como “Carta de Campinas”. O documento, assinado por diferentes profissionais, grupos e entidades de saúde, apesar de ainda não utilizar a nomenclatura “violência obstétrica”, faz menção às “circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a saúde reprodutiva” e à “violência da imposição de rotinas, da posição do parto e das interferências obstétricas que perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto” (REHUNA, 1993, p. 1).

No ano de 1996, Fernando Henrique Cardoso, presidente do Brasil à época, promulgou a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também conhecida como “Convenção de Belém do Pará”. Adotada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos, em junho de 1994, em Belém do Pará, a convenção é um dos mais importantes tratados internacionais referentes à legislação dos direitos das mulheres. Em seu artigo primeiro, o tratado descreve a violência contra a mulher como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (BRASIL, 1996, não paginado).

De meados dos anos 1990 até meados dos anos 2000, a atenção ao que acontece na assistência prestada durante o ciclo gravídico-puerperal aumentou cada

---

<sup>18</sup> Para uma contextualização e visão histórica detalhada do que precedeu a chegada do movimento de humanização do parto no Brasil, indicamos as leituras de TORNQUIST, 2002 e SALEM, 2007.



vez mais. A violência contra a mulher grávida, parturiente ou puérpera foi ganhando contornos mais específicos, além de nomenclaturas correspondentes, que ensejavam diferenciar a violência sofrida no contexto perinatal da violência de gênero *per se*. Terminologias diferentes foram surgindo, como: “violência no parto”, “abuso obstétrico”, “violência institucional de gênero no parto e aborto”, “assistência desumanizada”, “violação dos Direitos Humanos das mulheres no parto”, entre outras (TESSER *et al.*, 2015).

A expressão “violência obstétrica” foi cunhada pelo médico Rogelio Pérez D’Gregorio, presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, no início dos anos 2000. Em 2007, após reivindicações de movimentos feministas pelo reconhecimento dos direitos reprodutivos femininos e por uma melhor assistência ao parto, a Venezuela promulgou a *Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência* e foi na redação deste documento que a terminologia apareceu pela primeira vez (VENEZUELA, 2007; GASPERIN; DA SILVA; PONTES, 2019).

A Venezuela foi o primeiro país a adotar a expressão “violência obstétrica” com o intuito de dar visibilidade a essa forma de violência e tratá-la como um problema social, político e público. O texto da lei orgânica venezuelana descreve a VO como:

a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização de processos naturais, resultando em perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007, p. 9).

O reconhecimento, na Venezuela, da existência de uma violência ocorrida no contexto obstétrico, impulsionou outros países da América Latina a seguirem por esse caminho, como é o caso da Argentina, que promulgou sua própria lei referente à VO em 2009 (ARGENTINA, 2009). No Brasil, essa forma de violência passou a receber maior visibilidade a partir da segunda década do século XXI, tornando-se foco de exposições artísticas, documentários<sup>19</sup>, postagens em redes sociais, artigos científicos, ações no judiciário e no Ministério Público (DINIZ *et al.*, 2015).

---

<sup>19</sup> Entre os documentários mais célebres sobre o assunto estão a trilogia “O renascimento do parto”, dirigido por Eduardo Chauvet (2013), disponível na Netflix e “Violência obstétrica: a voz das brasileiras”, disponível no YouTube: <https://www.youtube.com/WATCH?V=EG0UVONF25M>.

## 4.2 CARACTERIZAÇÃO E PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A literatura acadêmica brasileira, embora prolífica em publicações sobre VO, não é unânime em sua caracterização. A falta de uma definição “única e inequívoca” a respeito da VO está atrelada à complexidade inerente ao fenômeno. Entende-se que essa forma de violência pode ocorrer em qualquer momento do ciclo gravídico-puerperal, desde o pré-natal, durante o trabalho de parto, no pós-parto e, até mesmo, em situações de abortamento, podendo ser direcionada à mulher, seu filho ou sua família (MARQUES, 2020).

Diniz *et al.* (2015) apontam que a expressão VO, da maneira como é empregada no Brasil e em outros países da América Latina, pode ser associada a outros descritores, como: violência de gênero no parto e aborto; desrespeito e abuso; crueldade no parto; assistência desumana/desumanizada; violações dos direitos humanos das mulheres no parto; abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto. A VO também pode se manifestar através de: negligência (omissão de atendimento), violência psicológica e verbal (ameaças, humilhação, ironias, coerção, julgamentos, xingamentos, comentários desrespeitosos, culpabilização da mulher), violência moral (associada à conduta profissional, como não reconhecer a mulher como protagonista do parto), violência física (negar alívio da dor, manipular e expor o corpo da mulher excessivamente, litotomia<sup>20</sup>, amniotomia<sup>21</sup>, episiotomia<sup>22</sup> para fins de treino, manobra de Kristeller<sup>23</sup>, enemas, medicalização excessiva), violência institucional (peregrinação por serviços de saúde, ausência de estrutura adequada, proibição de acompanhante, falta de privacidade) e violência sexual (assédio e estupro) (D’OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; SANTOS; SOUZA, 2015; MARTINS; BARROS, 2016; WOLFF; WALDOW, 2008; ZANARDO *et al.*, 2017).

Para ilustrar diferentes atos que podem caracterizar a VO, incluímos o seguinte quadro apresentado por Gasperin, da Silva e Pontes (2019):

---

<sup>20</sup> Refere-se à posição em que a mulher é deitada sobre a maca, com os pés em estribos para “facilitar” o exame ginecológico.

<sup>21</sup> Refere-se à ruptura artificial da bolsa amniótica para “acelerar” o parto.

<sup>22</sup> Consiste em uma incisão na região do períneo para ampliar o canal de parto.

<sup>23</sup> Técnica já obsoleta que consiste em pressionar a barriga da grávida (parte superior do útero) para “acelerar” a saída do bebê.

Quadro 1 – Formas de manifestação de violência obstétrica

TIPO DE VIOLÊNCIA	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
<b>Física</b>	Ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Privação de alimentos.</li> <li>• Interdição à movimentação da mulher.</li> <li>• Tricotomia (raspagem de pelos).</li> <li>• Manobra de Kristeller.</li> <li>• Uso rotineiro de ocitocina.</li> <li>• Cesariana eletiva sem indicação clínica.</li> <li>• Não utilizar analgesia quando indicada.</li> </ul>
<b>Psicológica</b>	Toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade ou prestígio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.</li> <li>• Ameaças, mentiras, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas.</li> <li>• Omissão de informações ou informações prestadas em linguagem pouco acessível.</li> <li>• Desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais.</li> </ul>
<b>Sexual</b>	Toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episiotomia.</li> <li>• Assédio.</li> <li>• Exames de toque invasivos, constantes ou agressivos.</li> <li>• Lavagem intestinal.</li> <li>• Cesariana sem consentimento informado.</li> <li>• Ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado.</li> <li>• Imposição da posição supina para parir.</li> <li>• Exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento.</li> </ul>
<b>Institucional</b>	Ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impedimento do acesso aos serviços.</li> <li>• Impedimento à amamentação.</li> <li>• Omissão/violação dos direitos da mulher no período de gestação, parto e puerpério.</li> <li>• Falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes.</li> <li>• Protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes.</li> </ul>
<b>Material</b>	Condutas ativas e passivas para obter recursos financeiros em prol de pessoa física/jurídica, violando direitos de mulheres em processos reprodutivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde.</li> <li>• Indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, como única alternativa que viabilize o acompanhante.</li> </ul>
<b>Midiática</b>	Ações praticadas por profissionais através da mídia, para prejudicar mulheres em processos reprodutivos; apologia às práticas cientificamente não indicadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica.</li> <li>• Ridicularização do parto normal.</li> <li>• <i>Merchandising</i> de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno.</li> <li>• Incentivo ao desmame precoce.</li> </ul>

Fonte: extraído de Gasperin, da Silva e Pontes (2019)

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou uma declaração em seis idiomas com o título *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-*

*tratos durante o parto em instituições de saúde.* Ainda que não empregue explicitamente a expressão “violência obstétrica”, a organização menciona relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto que se assemelham em muito à tipificação abordada anteriormente sobre o que caracterizaria a VO, como

violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento (OMS, 2014. p. 1).

Em termos de prevalência da violência obstétrica no Brasil, diversos estudos<sup>24</sup> utilizam os resultados da pesquisa *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado* (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010), que indicam que uma em cada quatro mulheres sofreu alguma forma de violência durante a assistência ao parto, tanto em serviços públicos quanto no setor privado. Infelizmente, até o momento<sup>25</sup>, não existem pesquisas mais recentes a respeito da prevalência da VO, em âmbito nacional, nas publicações científicas da última década.

A pesquisa *Nascer no Brasil II: inquérito nacional sobre perdas fetais, partos e nascimentos (2020 a 2021)*<sup>26</sup> tinha como um de seus objetivos principais coletar dados sobre VO no país, estimar sua prevalência, seus fatores de risco e as consequências na saúde da mulher e do recém-nascido, bem como oferecer dados epidemiológicos para subsidiar políticas públicas de assistência perinatal. Seriam acompanhadas mais de 24.000 mulheres em 465 maternidades do Brasil, porém o inquérito precisou ser adiado devido à pandemia de Covid-19 (FIOCRUZ, 2021; HENRIQUES, 2021).

<sup>24</sup> SANTOS; SOUZA, 2015; OLIVEIRA; PENNA, 2017; SENA; TESSER, 2017; ZANARDO et al. 2017; CABRAL; PEREZ, 2019; ALMEIDA; THOMÉ, 2020; DIAS; PACHECO, 2020; FERREIRA; GONÇALVES, 2020; ASSIS; MEURER; DELVAN, 2021;

<sup>25</sup> Nossa última busca por pesquisas acerca da prevalência da VO no Brasil se deu em 06 de junho de 2022.

<sup>26</sup> Esta iniciativa é conduzida pelo Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, da Fiocruz. Em sua primeira edição a pesquisa acompanhou 23.894 puérperas em 266 estabelecimentos de saúde conveniados ao SUS, entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. Mais informações podem ser obtidas na página:

[https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us\\_portfolio=nascer-no-brasil-2](https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil-2)

### 4.3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ÂMBITO LEGISLATIVO

O intuito desta seção não é realizar um levantamento exaustivo a respeito das legislações referentes à VO, aprovadas ou em tramitação no Brasil. Entretanto, acreditamos ser relevante situar o leitor quanto à existência dessas iniciativas, entendidas por nós como esforços para reconhecer a existência da violência no parto, caracterizá-la e garantir sua fiscalização, por parte do poder legislativo.

No ano de 2011, a então senadora Ana Rita Esgario (PT-ES) protocolou o Requerimento CN Nº. 4 (RQN4/2011), solicitando a instauração de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) para investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil. Como justificativa para a abertura da CPMI, o requerimento mencionava a definição de violência contra a mulher, estabelecida pela Convenção de Belém do Pará, e citava a Conferência das Nações Unidas sobre Direitos Humanos<sup>27</sup>, que reconheceu a violência contra a mulher como uma violação dos direitos humanos. O documento também trazia informações referentes à mortalidade de mulheres por assassinato, bem como dados da pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (supracitada), indicando que cinco mulheres eram espancadas a cada dois minutos no Brasil, à época. Por fim, mencionava-se a Lei Maria da Penha, criada em 2006, e destacavam-se casos notórios de violência doméstica, como o de Eliza Samúdio (BRASIL, 2011).

O requerimento que reivindicou a criação da CPMI, protocolado em 13 de julho de 2011, junto ao Congresso Nacional, composto de apenas quatro páginas, resultou em um relatório final de 1045 páginas (BRASIL, 2013). A CPMI foi instaurada em 8 de fevereiro de 2012 com a finalidade de “investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência” (BRASIL, 2013, p. 1). Vale mencionar que a deputada federal Jô Moraes (PCdoB/MG) foi eleita presidenta da comissão, que abrangeu dezessete estados brasileiros, incluindo Santa Catarina, e que esta investigação se realizou durante o primeiro mandato da presidenta Dilma Rousseff.

---

<sup>27</sup> Realizada em Viena, em 1993.

Em função da instauração dessa CPMI, a ONG Parto do Princípio elaborou o dossiê *Violência obstétrica: parirás com dor*, documento robusto, baseado em referências científicas nacionais e internacionais sobre VO. O dossiê apresenta informações sobre a situação da atenção ao parto no Brasil, aborda os movimentos de humanização do parto, cita legislações referentes ao parto, menciona a experiência de outros países no enfrentamento da VO, define e caracteriza a VO, apresenta relatos de casos de mulheres vítimas de VO, aponta algumas situações em que cesarianas podem ser consideradas uma forma de VO, propõe uma alteração da Lei Nº. 11.108/2005<sup>28</sup> e se encerra com uma lista de reivindicações visando à proteção da mulher (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

O dossiê foi incorporado ao relatório final da CPMI, que apesar de reconhecer a gravidade da VO no Brasil, expressa que “essa realidade parece ser ignorada pelos serviços e profissionais de saúde” (BRASIL, 2013, p. 62). No capítulo 4 do relatório da CPMI, referente à política nacional de enfrentamento às violências contra mulheres, consta uma seção chamada *Violência no parto*. Nela, a pesquisa da Fundação Perseu Abramo é citada, destacando-se a prevalência de VO no Brasil e exemplos de condutas que se configuram como VO. Menciona-se, ainda, que o Brasil é considerado líder mundial no *ranking* de cesarianas pela OMS e que, apesar de existir uma Lei Nacional do Acompanhante, a ausência de punição em caso de descumprimento fragiliza essa legislação (BRASIL, 2013). A seção é concluída com a asserção de que as ações desenvolvidas pelo MS não têm sido suficientes para o combate à VO e

Por isso, a CPMI recomenda ao Ministério da Saúde que intensifique suas ações junto aos estados para prevenir e punir a violência obstétrica e desenvolva campanhas para que as mulheres possam conhecer seus direitos e não aceitem procedimentos que firam o direito a um procedimento médico adequado e não invasivo (BRASIL, 2013, p. 63).

O capítulo 5 do relatório da CPMI versa sobre a situação do enfrentamento à violência contra mulheres nos dezessete estados que fizeram parte da investigação. A princípio, Santa Catarina não constava no rol de estados a serem visitados, “pois não está nem entre os mais violentos nem entre os mais populosos” (BRASIL, 2013,

---

<sup>28</sup> Popularmente conhecida como “Lei do Acompanhante”, garante às parturientes o direito a um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Proposta pela senadora catarinense Ideli Salvatti (PT-SC) em 2003, aprovada em 2005.

p. 721). Porém, a pedido das deputadas federais Luci Choinacki (PT-SC) e Carmen Zanotto (Cidadania-SC), a visita ao estado foi aprovada e incluída na investigação. O capítulo sobre Santa Catarina destaca que o estado possui várias falhas na atenção à mulher, como a ausência de delegacias especializadas<sup>29</sup> voltadas a esse público (BRASIL, 2013). Entretanto, é curioso observar que ao longo das 27 páginas destinadas a analisar a situação do estado, não se faz menção à VO uma única vez.

Apesar de a VO não ter sido apurada como um problema em Santa Catarina, durante a CPMI da violência contra a mulher, o estado foi o primeiro do Brasil a propor e sancionar uma lei referente a essa forma de violência. O PL 0482.9/2013<sup>30</sup> que deu origem à lei, redigido pela então deputada estadual Angela Albino (PCdoB-SC)<sup>31</sup>, foi submetido à Assembleia Legislativa em novembro de 2013, cinco meses depois do relatório final da CPMI. Após um pedido de arquivamento no início de 2015, um requerimento de desarquivamento no final de 2015 e uma série de reuniões e discussões sobre o texto com diferentes entidades, sua redação final foi aprovada por unanimidade em dezembro de 2016 e o PL foi transformado na Lei Nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017 (SANTA CATARINA, 2017).

A lei catarinense referente à VO parece ter sido espelhada em uma lei municipal de Diadema (SP), primeira cidade do país a aprovar uma legislação sobre o assunto (DIADEMA, 2013). O artigo primeiro de nossa lei estadual indica que sua criação tem por objetivo implantar medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente, contra a VO. Em seu segundo artigo, a lei define a VO como “todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério” (SANTA CATARINA, 2017, não paginado). Um dos pontos de destaque da lei é a tipificação detalhada da VO, pois seu terceiro artigo conta com vinte e um incisos que descrevem condutas específicas que caracterizam a VO, facilitando sua identificação. É interessante destacar que, desde a promulgação desta legislação, outros estados adotaram-na como referência para a sanção de suas

---

<sup>29</sup> O estado de Santa Catarina possui “delegacias especializadas”, porém, nenhuma delas com atendimento exclusivo à mulher. As delegacias tidas como “especializadas” são as Delegacias de Proteção à Criança, ao Adolescente, à Mulher e ao Idoso.

<sup>30</sup> A justificativa apresentada no PL inclusive cita trechos do Dossiê “Parirás com dor”, elaborado pela rede Parto do Princípio especialmente para a CPMI da violência contra a mulher.

<sup>31</sup> Em 1 de dezembro de 2020 foi realizado contato com a deputada para obter informações sobre a elaboração da lei. A deputada respondeu no mesmo dia, colocando-se à disposição para auxiliar nesta dissertação.

próprias leis estaduais, como é o caso de Goiás e Paraná, que aprovaram suas leis em julho e novembro de 2017, respectivamente (GOIÁS, 2017; PARANÁ, 2017).

Começando por Goiás, vale ressaltar que o texto da legislação é praticamente uma reprodução das diretrizes catarinenses, à exceção de dois incisos que foram excluídos. Na versão goiana, no artigo que descreve as condutas consideradas violentas, ficaram de fora os incisos XII, que se refere à aplicação de anestesia quando requisitada pela parturiente, e XVIII, que aborda a proibição da submissão do bebê saudável a procedimentos de rotina antes que tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e que tenha tido a chance de ser amamentado (GOIÁS, 2017).

A primeira lei estadual do Paraná, sobre VO, era composta por apenas três artigos e adotava uma definição semelhante à descrita na catarinense. Entretanto, um ano depois de sua aprovação, essa lei foi revogada e substituída por uma nova. Estruturada em doze artigos, a lei de 2018 oferecia uma definição mais ampla sobre o que configura VO, apresentava os direitos da gestante e da parturiente, incluindo o direito à informação, assegurava a autonomia da mulher em se negar a realizar certos tipos de procedimento, indicava um serviço de “disque- denúncia” e estabelecia multas para estabelecimentos e profissionais de saúde que descumprissem a lei (PARANÁ, 2018).

Em 2020, o governo estadual do Paraná atualizou novamente a legislação sobre VO, ampliando-a. A redação da lei anterior foi integralmente mantida. Porém, a versão mais recente fez acréscimos ao texto original, esclarecendo termos que poderiam ter uma interpretação ambígua, como por exemplo, “parto adequado”, mencionado no inciso VII da lei de 2018. A lei também garante à gestante o direito de optar pela cesariana, desde que tenha sido orientada de forma pormenorizada sobre os benefícios e riscos das duas formas de nascimento (parto vaginal e cirurgia cesariana) durante o pré-natal (PARANÁ, 2020).

Percebe-se o impacto do pioneirismo catarinense também na regulamentação aprovada no Mato Grosso do Sul, em meados de 2018, visto que o teor desta legislação é quase idêntico ao da lei catarinense. A única exceção envolve um artigo referente ao custeio das despesas com a lei, excluído da versão sul-mato-grossense (MATO GROSSO DO SUL, 2018). No ano de 2020, o estado atualizou sua lei de VO, acrescentando a importância da adesão às “boas práticas” preconizadas pelo Ministério da Saúde, incluindo os casos de abortamento como possíveis situações em



que a mulher pode ser vítima de VO e assegurando que a parturiente seja chamada pelo nome (MATO GROSSO DO SUL, 2020).

O estado de Pernambuco também se mostrou influenciado pela determinação catarinense, ao sancionar sua própria lei no início de dezembro de 2018. A lei pernambucana, em seus artigos primeiro e segundo, traz um texto bastante similar aos dois primeiros artigos da lei catarinense. Contudo, seu terceiro artigo é uma ampliação do nosso, chegando a tipificar a VO em vinte e cinco incisos (PERNAMBUCO, 2018). Em abril de 2021, a lei pernambucana foi alterada e seu terceiro artigo passou a apresentar os direitos das mulheres que sofreram perda gestacional, como ser acompanhada por uma doula ou enfermeira obstétrica, ter a possibilidade de escolha sobre o contato pele a pele com o natimorto, permanecer em enfermaria separada das pacientes que não sofreram perda gestacional, ter seu luto respeitado e poder se despedir do bebê, bem como receber acompanhamento psicológico (PERNAMBUCO, 2021).

Em dezembro de 2018, o estado de Minas Gerais promulgou sua lei referente à VO. A lei mineira, em seu segundo artigo, adota uma definição diferente da catarinense, considerando violência na assistência obstétrica a “prática de ações, no atendimento pré-natal, no parto, no puerpério e nas situações de abortamento, que restrinjam direitos garantidos por lei às gestantes, às parturientes e às mulheres em situação de abortamento e que violem a sua privacidade e a sua autonomia” (MINAS GERAIS, 2018, não paginado). Este artigo segue apresentando dez incisos que detalham atos considerados como VO, muitos deles também inspirados no texto da legislação catarinense.

O estado de São Paulo ainda não possui legislação aprovada a respeito da VO. Porém, dois projetos de lei encontram-se em tramitação na assembleia legislativa do estado. O PL nº 755/2013 é embasado na lei municipal de Diadema (citada anteriormente) e dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e à parturiente para a proteção destas contra a VO no estado (SÃO PAULO, 2013). Já o PL nº 1.130/2017 dispõe sobre a prevenção da VO no âmbito da assistência perinatal (SÃO PAULO, 2017). Ambos os projetos já passaram por várias movimentações desde que foram propostos. A última ocorrência registrada se deu em abril de 2018, quando a Assembleia Legislativa de São Paulo solicitou que os projetos fossem apensados, ou seja, que tramitassem de maneira conjunta por se referirem a assuntos semelhantes.

É curioso observar que Santa Catarina aprovou sua lei da VO em 2017, enquanto São Paulo, estado do qual o município de Diadema faz parte, movimenta um dos projetos há quase 10 anos, sem conseguir sancioná-lo. De todos os projetos de lei e legislações estudados durante a construção desta dissertação, o PL nº 1.130/2017 é o mais extenso e detalhado. A redação desse PL segue os moldes da lei municipal de Diadema, mas vai além, apresentando uma tipificação minuciosa do que caracteriza a VO, pormenorizando quais procedimentos são entendidos como invasivos, dolorosos, desnecessários ou humilhantes, tomando como infratores estabelecimentos e gestores de saúde que promovam ou tolerem condutas violentas, bem como responsabilizando administrativa, civil e criminalmente profissionais ou instituições que descumpram a lei (SÃO PAULO, 2017).

Em âmbito nacional, Almeida e Thomé (2020) citam a existência três projetos de lei federal ligados à VO: o PL 7.633/2014, de autoria do deputado federal Jean Wyllys (PSOL-RJ), o PL 7.867, da deputada federal Jô Moraes (PCdoB-MG)<sup>32</sup> e o PL 8.219/2017, do deputado federal Francisco Floriano (DEM-RJ). Os três projetos foram pensados em agosto de 2017 e ainda aguardam apreciação da Câmara (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b). Apesar de abordarem o mesmo assunto e citarem a pesquisa da Fundação Perseu Abramo, sobre a prevalência da VO no país, os projetos de lei divergem entre si em extensão, conteúdo e disposições gerais.

O PL escrito pelo deputado federal Jean Wyllys (PSOL-RJ), é o mais detalhado dos três e dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal. Estruturado ao longo de vinte páginas, é dividido em quatro seções principais que englobam: I – Diretrizes e princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério; II – Erradicação da violência obstétrica; III – Controle dos índices de cesarianas e boas práticas obstétricas; IV – Disposições gerais. Possui artigos específicos a respeito do direito à elaboração de um plano de parto<sup>33</sup> (artigos 5º a 9º) e apresenta duas definições distintas sobre o que constitui VO (artigos 13º e 14º) – a primeira delas é a mesma descrita na lei orgânica venezuelana e a segunda é uma paráfrase da lei catarinense, mas incluindo a situação de abortamento como período passível de acontecer atos

---

<sup>32</sup> Convém lembrar que a deputada federal Jô Moraes foi presidenta da CPMI da Violência Contra a Mulher, em 2013.

<sup>33</sup> O plano de parto é um documento em que a mulher descreve como deseja que seu parto aconteça, indicando suas preferências e os procedimentos que não autoriza. O plano de parto é recomendado pela OMS como estratégia para garantir uma experiência humanizada de parto.

de VO (BRASIL, 2014). O artigo 14º adota a mesma tipificação detalhada do PL nº 1.130/2017 (supracitado), ao escrutinar condutas de VO e procedimentos considerados invasivos ou desnecessários. Assim, infere-se que o PL paulista, por ser cronologicamente posterior, pode ter sido embasado no PL federal.

Na seção específica sobre erradicação da VO, o artigo 17º sustenta que os casos de VO constituem infração à legislação sanitária federal e indica que sejam denunciados às ouvidorias dos serviços de saúde. Este artigo também responsabiliza civil e criminalmente os profissionais que praticarem atos de VO, que deverão também ser reportados aos Conselhos Regionais de Medicina e Enfermagem para as devidas aplicações de penalidades. O artigo 19º aborda a necessidade de que as instituições formadoras de profissionais de saúde incluam em suas diretrizes curriculares os conteúdos relativos à saúde da mulher e do conceito, nos termos dispostos no PL. Ainda nesta seção, entende-se que as disposições do projeto deverão vigorar no Sistema Único de Saúde (SUS) e em toda a rede de saúde suplementar e filantrópica do país (BRASIL, 2014).

Seguindo de forma cronológica a exposição dos projetos de lei federais, passamos ao PL 7.867/2017, da deputada Jô Moraes (PCdoB-MG), que dispõe sobre medidas de proteção contra a VO e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Organizado em cinco páginas, este projeto é mais enxuto que o exposto anteriormente. Dos projetos federais, é o mais claramente inspirado na lei catarinense. Os primeiros dois artigos destinam-se a defender a importância das boas práticas na assistência perinatal. No segundo artigo também consta um parágrafo que torna obrigatória a elaboração do plano de parto. O terceiro artigo emprega uma definição de VO que lembra à formulada na lei catarinense. O quarto artigo dedica-se a tipificar as ofensas que constituem VO e são apresentados os mesmos vinte e um incisos da lei de SC, com pequenas alterações do texto. O quinto artigo, assim como na lei catarinense, obriga os estabelecimentos de saúde a exporem cartazes informativos que contemplem as condutas listadas no artigo 4º. Porém, de modo diferente de nossa lei estadual, o penúltimo artigo do projeto prevê penas nas esferas sanitária, penal e civil aos infratores que descumprirem a lei (BRASIL, 2017a).

A justificativa do PL de Jô Moraes começa citando o artigo 6º da Constituição de 1988, que trata do direito de proteção à maternidade e à infância. Em seguida, enaltece a lei estadual de SC destacando que

a lei traz, dentro da competência estadual, inúmeras inovações que podem lastrear os trabalhos legislativos federais. Logo após a sanção, o Ministério Público de Santa Catarina lançou campanha contra a violência obstétrica, o que vem ocorrendo em outros estados (BRASIL, 2017a, não paginado).

Dados apontados pelo dossiê *Parirás com dor*, elaborado para a CPMI da violência contra a mulher, também são apresentados na justificativa, incluindo informações referentes à prevalência da VO e a existência de legislações latino-americanas sobre este tipo de violência (BRASIL, 2017a). Lembramos que a deputada autora deste PL atuou como presidenta da referida CPMI cinco anos antes, o que fornece espaço para uma ponderação sobre o longo tempo transcorrido entre o término das investigações e a formulação de um PL focado na temática da violência no parto.

O último PL federal a ser comentado nesta seção é de autoria do deputado Francisco Floriano (DEM-RJ) e dispõe sobre a VO praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou pós-parto. Sucinto, concentrado em três páginas, possui uma justificativa mais extensa do que a lei em si. A definição de VO adotada é diferente de todas as já mencionadas até aqui, sendo entendida como “a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia” (BRASIL, 2017b, não paginado).

Após essa definição, o terceiro artigo discorre ao longo de nove incisos sobre o que constitui VO. As situações descritas lembram àquelas citadas na lei catarinense, mas a redação dos incisos não é a mesma. Outro diferencial deste PL em relação aos outros é a previsão de pena de detenção, de seis meses a dois anos e multa, para o caso de realização de episiotomia ou outro procedimento cirúrgico sem o consentimento da mulher (BRASIL, 2017b, não paginado).

Na justificativa, o PL chama atenção para a prevalência da VO no país, embasado nos dados da pesquisa da Fundação Perseu Abramo, e para o fato de que a violência no parto pode acontecer através de “agressões sutis, disfarçadas de protocolos médicos”, além de asseverar que “esse tipo de comportamento médico e de profissionais da saúde é odioso e covarde, pois gera uma sensação de insegurança na mulher num momento de maior fragilidade que é a hora do parto” (BRASIL, 2017b, não paginado).

Alguns artigos científicos da área do Direito vêm discutindo a temática da violência no parto e as legislações sobre o assunto<sup>34</sup>. É interessante reiterar que a aprovação da primeira lei estadual sobre violência obstétrica, ocorrida em Santa Catarina, impulsionou outros estados a percorrem esse mesmo caminho e promulgarem suas próprias leis regulatórias quanto à VO. Além disso, são visíveis os esforços em âmbito nacional para a fiscalização e até mesmo punição de atos violentos na assistência perinatal, apesar de parecerem se arrastar por um longo período<sup>35</sup> sem obterem aprovação até o momento.

A promulgação crescente de leis sobre VO, bem como o grande número de publicações científicas de qualidade sobre o assunto é evidente. A riqueza de detalhes das legislações vigentes e dos projetos de lei em tramitação, a pesquisa sobre a prevalência de VO no país, os casos reais descritos de forma explícita no dossiê da VO, os dados contidos no relatório final da CPMI da violência contra a mulher, além da extensa literatura acadêmica que caracteriza minuciosamente a violência presente na assistência obstétrica, contrastam com o argumento ministerial e médico sobre a falta de clareza quanto à definição da VO.

É de extrema importância caracterizar a VO de forma detalhada, abrangente, minuciosa, para que se torne possível identificar a sua ocorrência, posto que a literatura sobre o assunto destaca que essa forma de violência é tão corriqueira que chega a ser “protocolar”, banalizada, inerente à assistência ao parto e, até mesmo, travestida de boa prática (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; MARTINS; BARROS, 2016; PALHARINI, 2017). O que todas as iniciativas acadêmicas e legislativas têm claramente em comum é o desejo de ampliar a visibilidade da VO, facilitar seu reconhecimento, ao passo que o MS parece tentar silenciar as discussões sobre o assunto ao alegar que não há consenso sobre o que seria a VO.

Apesar de não existir uma definição consensual do que é a VO, há uma rica literatura e produção intelectual sobre o assunto, como procuramos demonstrar neste capítulo. O consenso nas publicações que apresentamos é que a VO existe e merece atenção. Um contraponto interessante à noção de consenso<sup>36</sup> que estamos utilizando

---

<sup>34</sup> ALMEIDA; NUNES; ESTEVÃO, 2019; COELHO; SANTOS, 2019; SPACOV; DA SILVA, 2019; MARQUES, 2020; STURZA; NIELSSON; ANDRADE, 2020, THOMÉ, 2020.

<sup>35</sup> Convém lembrar que o primeiro PL federal sobre VO foi protocolado em 2014 e ainda tramita no Congresso Nacional.

<sup>36</sup> Aqui adotamos a definição de consenso de BEER (2021b), entendido como o resultado da negociação científica em torno do que é verdadeiro.

é discutido por Orlandi (2010) em outro contexto, ao investigar a produção de consensos utilizada para solucionar problemas sociais e formular políticas públicas. Na pesquisa da autora, ela comenta que as políticas urbanas atuais, consideradas democráticas, estão embasadas em uma lógica consensual, pois visam à formação de uma “maioria” sobre determinado assunto. Orlandi (2010) pondera que uma consequência possível da fabricação do consenso seria a produção da segregação, posto que não daria espaço à subjetivação do que é diferente.

Entrelaçando concepções diferentes sobre consenso, gostaríamos de reiterar que a VO (assim como outras formas de violência) é uma experiência subjetiva<sup>37</sup>. Seu caráter subjetivo nos ajuda a compreender por que algumas experiências na assistência perinatal são consideradas violentas por algumas mulheres, enquanto para outras não. A dicotomia consenso/segregação também se faz presente no contexto da VO, posto que algumas mulheres podem identificar suas experiências de acordo com as diferentes definições disponíveis de VO, ao passo que outras podem ficar às margens do que é definido “consensualmente” como VO e ainda assim sentirem-se violentadas.

---

<sup>37</sup> Gostaríamos de acrescentar que, além de ser uma experiência subjetiva, a violência é um fenômeno relacional, ou seja, um dos membros da relação considera um determinado ato como violento. Para ler mais sobre o caráter relacional da violência, indicamos: PULHEZ, 2022.

## 5 O DISCURSO É AQUILO PELO QUE SE LUTA: REFLEXÕES SOBRE A INTERDIÇÃO DA PALAVRA

Cada palavra tem sua repercussão. Cada silêncio também (SARTRE, 1945).

É escrevendo, a partir da e em direção à mulher, e enfrentando o desafio do discurso governado pelo falo, que a mulher afirmará a mulher num lugar diferente daquele reservado a ela no e pelo símbolo, ou seja, o lugar do silêncio. Que ela escape da armadilha do silêncio. Que ela não permita que a reduzam aos limites da margem ou do harém (CIXOUS, 2022, p. 53).

A primeira seção desta dissertação ensejou realizar um resgate histórico e iniciar uma discussão sobre fatores que se associam à discursividade investigada. Levando em consideração nosso primeiro objetivo específico – pensar em elementos que poderiam compor uma genealogia da obstetrícia – nosso olhar percorreu o corpo da mulher, do ponto de vista do nascimento da clínica médica moderna e da obstetrícia enquanto especialidade. Em seguida, traçamos uma análise da transformação nos mecanismos de poder, de acordo com Foucault, ponderando sobre como a medicina, através do biopoder, assumiu para si a regulação da sexualidade. Chegando à contemporaneidade, abordamos a teoria do sexismo do útero e os mecanismos atuais de controle do corpo feminino, propondo uma reflexão sobre como a dor é infligida à mulher e experimentada por ela quando sofre violência obstétrica.

Além de pensar a dor como punição à mulher, procuramos resgatar o contexto em que a expressão “violência obstétrica” foi se consolidando e, com o intuito de auxiliar em seu reconhecimento, apresentamos uma caracterização de situações que configuram violência na assistência ao parto e nascimento. Também nos detivemos em oferecer um panorama sobre os diplomas legais já aprovados e em tramitação em nosso país, que se dedicam a monitorar, fiscalizar e punir práticas de VO.

Os pontos explanados até aqui constituíram, para nós, um apanhado teórico construído para dar sustentação às análises do *corpus* que empreenderemos a partir de agora. Neste capítulo final, dedicamos especial atenção ao segundo e terceiro objetivos específicos desta dissertação: investigar, a partir de Foucault, a relação entre discurso e ordem, pensando em procedimentos de exclusão ligados ao campo de saber, que sustentam a noção de interdição no/do discurso; e analisar como foi

formulado o gesto de interdição da palavra, por parte do CFM e do MS, articulando as relações entre discurso, poder, saber médico e governamentalidade.

Iniciaremos esta seção com uma espécie de cronologia que visa situar o leitor quanto aos acontecimentos transcorridos entre 23 de outubro de 2018 e 7 de junho de 2019, período relevante para os eventos relacionados ao nosso *corpus*. Em seguida, empreenderemos uma análise discursiva em que nossas considerações refletirão o movimento pendular entre teoria e análise, característico da AD (PETRI; DIAS, 2013). Através da criação de nosso próprio dispositivo analítico, pretendemos entrelaçar o referencial teórico dos capítulos precedentes com as sequências discursivas extraídas do *corpus*, realizando alguns gestos de interpretação.

## 5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA INTERDIÇÃO

Em 03 de maio de 2019, nos primeiros meses do governo Bolsonaro, o Ministério da Saúde produziu um despacho em resposta a um ofício que solicitava seu posicionamento quanto ao uso do termo “violência obstétrica”. A resposta fornecida pelo órgão alegou não haver consenso quanto ao seu significado, exigindo haver intencionalidade para que um ato seja reconhecido como VO e firmando que o termo teria conotação inadequada. Ao longo do documento foram citadas algumas medidas adotadas pelo governo federal para o cuidado materno e, na conclusão, a pasta firmou que a expressão “violência obstétrica” não deve ser utilizada por não agregar valor, recomendando sua abolição dos documentos oficiais produzidos a partir de então (BRASIL, 2019a).

Essa conduta do MS, ao sugerir a abolição, em documentos oficiais, de um termo consagrado internacionalmente causou repercussão na mídia e em diversas entidades, que se posicionaram emitindo notas de apoio ou de repúdio à decisão ministerial (BULHÕES; CAMPOS; BARBOSA, 2020). Em nota ao Jornal *Folha de São Paulo*, o órgão procurou esclarecer sua posição e alegou estar embasado em pedidos de instituições médicas e ter seguido orientações destas instituições (CANCIAN, 2019). Um dos documentos que embasou o despacho foi um parecer produzido pelo Conselho Federal de Medicina no ano de 2018, em resposta a uma consulta jurídica realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal a respeito da



“proliferação de leis sobre violência obstétrica”. Neste parecer, o CFM afirmou que o termo “violência obstétrica” possui um caráter pejorativo e recomendou que seu uso fosse abolido.

Retomando o despacho ministerial, quatro dias após sua publicação, em 7 de maio de 2019, o Ministério Público Federal se posicionou recomendando que o Ministério da Saúde atuasse *contra* a violência obstétrica em vez de proibir o uso da expressão. Nesta recomendação, o MPF solicitou que o MS esclarecesse por meio de nota que a expressão é consagrada em documentos científicos e legais, além de ser empregada comumente pela sociedade civil, podendo ser usada livremente por profissionais de saúde, independentemente da predileção do governo federal por outros termos (MPF, 2019a; MPF, 2019b). O MPF forneceu um prazo de quinze dias para o ajuste de conduta, por parte do MS, sob o risco de consequências legais cabíveis, em caso de omissão<sup>38</sup>.

Neste mesmo dia, as deputadas federais Talíria Petrone (PSOL-RJ) e Fernanda Melchiona (PSOL-RS) apresentaram na Comissão de Seguridade Social e Família, um requerimento solicitando a convocação do então ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, para explicar a posição da pasta (PETRONE, 2019). Dois dias depois, em 9 de maio de 2019, o CFM publicou nota à imprensa e à população endossando a decisão do MS (CFM, 2019). Também em 9 de maio, o Conselho Nacional de Direitos Humanos, órgão pertencente ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, outro órgão do governo federal, publicou no Diário Oficial da União uma recomendação direcionada ao Ministro da Saúde para que desconsiderasse o despacho, “por representar um retrocesso nas políticas públicas de saúde da mulher e saúde materna” (BRASIL, 2019c, p. 77) e que garantisse a participação popular na formulação de políticas de humanização do parto, especialmente para o reconhecimento de condutas que caracterizem VO.

Ainda em maio de 2019, no dia 16, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), instância pertencente ao SUS e integrante da estrutura organizacional do próprio Ministério da Saúde, orientou, em documento oficial, que o Ministério interrompesse “qualquer processo de exclusão da expressão ‘violência obstétrica’ tendo em vista o

---

<sup>38</sup> Vale acrescentar que o Ministério da Saúde descumpriu o prazo, posto que encaminhou um ofício ao MPF um mês depois de receber a recomendação, além de não levar a cabo as orientações indicadas pelo MPF, como a reparação por meio de nota à população validando o uso da expressão.

seu reconhecimento nacional e internacional e a sua utilização pela Organização Mundial da Saúde, pelo governo de vários países e pela sociedade brasileira” (BRASIL, 2019d, não paginado).

Em 7 de junho de 2019, pouco mais de um mês depois da publicação do despacho e de sua repercussão, o MS produziu um ofício em resposta à recomendação do MPF, reconhecendo “o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento” (BRASIL, 2019b, p. 3), mas manteve a decisão de não usar o termo em suas normas e políticas públicas, manifestando sua preferência pela expressão “abuso, desrespeito e maus-tratos durante o parto”, formulada pela OMS em 2014.

De fato, como abordamos no quarto capítulo, a OMS publicou uma declaração chamada “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, em seis idiomas (incluindo o português). Apesar de não citar a expressão *ipsis litteris*, a OMS reconhece os “maus-tratos” como uma forma de violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, afirma que “toda mulher tem o direito de estar livre da violência e discriminação” e cita entre suas referências dois artigos científicos sobre violência contra a mulher (OMS, 2014).

É interessante observar que, até o ano de 2019, o MS utilizava comumente a expressão “violência obstétrica” em suas publicações, como é possível constatar em seu “Blog da Saúde”<sup>39</sup>, em postagens explícitas sobre o assunto, como a matéria “*Você sabe o que é violência obstétrica?*”, publicada em 2017, e a *live* “*Parto Humanizado e Violência Obstétrica: informação para a garantia de direitos*”, transmitida nas redes sociais do órgão no ano de 2018, em que foram entrevistadas duas médicas obstetras da ReHuNa. Em levantamento realizado neste mesmo blog, em maio de 2022, e no site oficial do órgão, constatamos que, após a polêmica de 2019, de fato não houve mais menção à VO nas publicações da pasta.

---

<sup>39</sup> Blog oficial do Ministério da Saúde, criado em 2011 com objetivo de levar mais informações ao cidadão e estabelecer um diálogo mais aberto com a sociedade, alinhado aos padrões de comunicação do governo federal. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/>. Tentamos acessar o blog entre os dias 20 de maio e 09 de junho de 2022, mas uma mensagem informava que o portal estava em manutenção.

## 5.2 AS RELAÇÕES ENTRE DISCURSO E ORDEM: A INTERDIÇÃO DO/NO DISCURSO

Foucault, ao ministrar sua aula inaugural no *Collège de France*, em 1970, fala sobre a ordem do discurso. O autor afirma que o discurso é regulado por forças que o controlam, selecionam, organizam e redistribuem. Essa regulação do discurso visa “conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade” (FOUCAULT, 2014, p. 8-9). Uma das formas de dominar (ou domar) o discurso é a *interdição*. É ao falar sobre esse procedimento de exclusão do discurso que Foucault profere a célebre frase de que não se pode dizer qualquer coisa em qualquer tempo. Nas palavras dele: “sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa” (FOUCAULT, 2014, p. 9).

Os três tipos de interdição do discurso mencionados por Foucault – tabu do objeto, ritual da circunstância e direito privilegiado do sujeito que fala – se cruzam, se interconectam e são mais evidentes em campos como a sexualidade e as políticas públicas de saúde. Nessas áreas, a interdição cerceia os discursos e revela sua ligação com o desejo e o poder. O discurso, entendido dessa forma também pela psicanálise, não é apenas aquilo que manifesta ou oculta o desejo, sendo também objeto de desejo (FOUCAULT, 2014). Desse modo, “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual queremos nos apoderar” (FOUCAULT, 2014, p. 10).

Se o discurso é aquilo pelo que se luta, o discurso sobre o sexo teve grande destaque neste embate no século XVIII, quando a conduta sexual da população se tornou objeto de análise e alvo de intervenção: “entre o Estado e o indivíduo o sexo tornou-se objeto de disputa, e disputa pública; toda uma teia de discursos, de saberes, de análise e de injunções o investiram” (FOUCAULT, 2019a, p. 30). Acreditamos que o discurso sobre o sexo e, em específico, sobre a reprodução e a sexualidade feminina, ainda seja algo pelo que se luta, ainda gere uma disputa de poder. Por esse motivo nosso olhar se direcionou para a expressão “violência obstétrica” e para a recomendação de sua abolição nos documentos oficiais do MS. Entendemos essa conduta como uma tentativa de silenciamento das mulheres que sofrem esse tipo de violência e de todos aqueles que lutam para ampliar o reconhecimento das condutas

violentas às quais estão submetidas as gestantes e parturientes.

Como diz Foucault (2019a), não falamos menos de sexo, falamos de outras maneiras, diferentes pessoas falam, de seus pontos de vista e para obter diferentes efeitos. A questão que nos aflige é quando não se pode falar sobre o sexo, ou no caso do nosso objeto de investigação, sobre uma violência envolvendo a vida reprodutiva. Nos inquietamos quando uma instância governamental, responsável por gerir a saúde das mulheres, tenta calar, procura interditar a palavra. Nos lembramos de Foucault (2019a, p. 31, grifos nossos), quando comenta o que pode ou não ser dito e por quem:

O próprio mutismo, aquilo que se recusa dizer ou que se proíbe mencionar, a discrição exigida entre certos locutores não constitui propriamente o limite absoluto do discurso, ou seja, a outra face de que estaria além de uma fronteira rigorosa, mas, sobretudo, os elementos que funcionam ao lado de (com e em relação a) coisas ditas nas estratégias de conjunto. Não se deve fazer divisão binária entre o que se diz e o que não se diz; *é preciso tentar determinar as diferentes maneiras de não dizer, como são distribuídos os que podem e os que não podem falar, que tipo de discurso é autorizado ou que forma de discrição é exigida a uns e outros. Não existe um só, mas muitos silêncios* e são parte integrante das estratégias que apoiam e atravessam os discursos.

É sobre essas e outras nuances do discurso, sobre quem pode ou não pode falar, sobre o que pode ou não ser dito, que nos debruçaremos nas análises das sequências discursivas. Para compreender as condições de produção que culminaram com o gesto de interdição da palavra, por parte do CFM e do MS, e analisar a relação entre poder, saber médico e governamentalidade, extraímos sequências discursivas dos documentos que compõem o *corpus*. De acordo com Courtine (2014), a definição das condições de produção de um discurso funciona como um filtro que extrai SDs consonantes ao campo discursivo selecionado. A partir do dispositivo teórico que organizamos, extraímos sequências discursivas que aludiam à discussão teórica empreendida.

Vale lembrar que o *corpus* de nossa pesquisa engloba o Parecer Nº 32, de 23 de outubro de 2018, do Conselho Federal de Medicina (Anexo A); o Despacho SEI nº 9087621, do Ministério da Saúde (Anexo B); a recomendação do Ministério Público Federal (Anexo C). Também reforçamos que nosso recorte temporal se situa entre 23 de outubro de 2018 e 7 de junho de 2019. A apresentação das análises não segue a cronologia com que os documentos foram produzidos, e sim procura discutir as regularidades discursivas encontradas, que articulam os dizeres dos diferentes documentos entre si com o referencial teórico abordado e com aspectos do governo

Bolsonaro. As SDs foram selecionadas após repetidas leituras dos documentos que integram o *corpus*<sup>40</sup>.

### 5.3 “O DISCURSO É UMA VIOLÊNCIA QUE FAZEMOS ÀS COISAS”: ANÁLISES DAS SEQUÊNCIAS DISCURSIVAS

O sexo é uma temática onipresente no discurso do presidente Jair Bolsonaro. Para Ricardo Lísias, autor de *Diário da Catástrofe Brasileira*, todo discurso de Bolsonaro está envolvido em uma questão sexual, ou pelo menos sensual, no sentido de suas relações (LÍSIAS, 2021). O autor dá exemplos de situações em que o presidente afirma ter um casamento heterossexual com um ministro, faz propaganda do quanto ele e seus filhos são “machões”, das acusações do presidente de que certos ministros são pedófilos ou abusadores. Para Lísias (2021), o discurso sexual do presidente possui um caráter destrutivo e doentio, enquanto seu discurso de abuso teria o único objetivo de trazer prazer a sentimentos mórbidos, entrelaçando sexualidade e pulsão de morte.

O sexo (e o sexismo) no discurso do Estado também aparece nos exemplos citados por Malta *et al.* (2021), quando relembram que Bolsonaro se referiu ao nascimento de sua única filha mulher como uma “fraquejada” e quando comentam que a ministra Damares Alves, da pasta Mulher, Família e Direitos Humanos, também profere com frequência comentários sexistas, que enfatizam a subserviência da mulher em relação ao homem. Tanto as falas de Bolsonaro quanto as da ministra Damares são entendidas por Malta *et al.* (2021) como uma “reatualização” dos discursos do patriarcado, transformados em palavras de ordem proferidas pelo Estado.

Esse viés patriarcal no discurso é reconhecido por Soares (2019), ao discutir o posicionamento da ministra Damares sobre o “lugar natural da mulher”. A autora aponta que, segundo a ministra, não seria necessário entrar em uma “guerra dos sexos”, como o que ela acredita ser a intenção do movimento feminista, pois a mulher

---

<sup>40</sup> A leitura dos documentos que compõem o *corpus* poderá auxiliar a compreensão das análises empreendidas neste capítulo. O leitor pode acessar a íntegra dos documentos na seção “Anexos” desta dissertação.

seria capaz de conciliar o papel de mãe, esposa, cristã e trabalhadora assalariada. Em março de 2019, no contexto da assinatura de políticas públicas voltadas à proteção da mulher em situação de violência, a ministra coloca a mulher em uma posição inferior ao homem, ao enunciar as seguintes palavras: “Enquanto nossos meninos acharem que menino é igual a menina, como se pregou no passado, algumas ideologias... já que a menina é igual, ela aguenta apanhar” (ALVES, 2019 *apud* SOARES, 2019, p. 9).

O discurso sobre a violência contra a mulher também se faz presente no parecer do CFM, que precedeu o despacho do MS, como se constata na primeira SD que iremos analisar:

SD1: Reconhecidamente, as diferentes formas de violência contra a mulher que ocorrem no Brasil e no mundo envolvem uma **longa história de opressão e submissão do gênero feminino**. Mulheres e homens **sempre** ocuparam papéis diferentes nas diversas sociedades e agrupamentos sociais, e **as características biológicas e sexuais femininas se confundiram com as necessidades sociais e culturais dos grupos**, que **impuseram às mulheres as tarefas domésticas e os cuidados das crianças**, e aos homens as tarefas fora do lar (CFM, 2018, p. 2, grifos nossos).

Nessa SD, o CFM, ao utilizar a palavra *reconhecidamente* admite a existência da violência contra a mulher como algo estabelecido. Porém, é peremptório ao afirmar que isso se deve a uma *longa história* e que mulheres e homens *sempre* ocuparam papéis diferentes. Ao considerarmos o conceito de memória discursiva como aquilo que fala antes, os já-ditos que possibilitam novos dizeres correlatos (ORLANDI, 2020), podemos associar a naturalização realizada pelo CFM ao atrelar *características biológicas* a tarefas domésticas impostas às mulheres, ao discurso da época do nascimento da clínica médica, que procurava nos corpos as marcas “naturais” do feminino e masculino para sustentar o que a ideologia burguesa e os costumes familiares propunham (DINIZ, 1996). Conforme Costa (1996 *apud* DINIZ, 1996, p. 111), “o sexo dos filósofos e moralistas havia decretado a diferença e a desigualdade entre mulheres e homens; a ciência médica vai confirmar o bem-fundado da pretensão política”.

Para a AD, existem dois eixos em torno dos quais o discurso se organiza. No

eixo vertical temos o *interdiscurso*<sup>41</sup>, que representa todos os já-ditos, os enunciados dizíveis e já esquecidos; enquanto no eixo horizontal temos o *intradiscurso*, o eixo da formulação, o que se diz em um dado momento, sob certas condições (ORLANDI, 2020). Desse modo, é possível conectar o dizer do CFM, em pleno século XXI, aos já-ditos dos médicos do século XVIII, que desenvolveram um modelo de dois sexos, fundado biologicamente, para dar legitimidade científica à desigualdade social. Esse modelo descrevia o crânio das mulheres, de tamanho menor, como inferior ao dos homens e desqualificado para a atividade intelectual; já os ossos largos da pélvis seriam próprios à maternidade, ou seja, mais uma marcação do lugar da mulher na sociedade (DINIZ, 1996). Sob essa ótica, “sua constituição natural [da mulher] a qualificava, de maneira inequívoca, apenas para as atividades domésticas e a reprodução” (DINIZ, 1996, p. 112).

Retomando a temática da violência contra a mulher, o CFM argumenta que a discussão sobre VO seria reducionista, pois faria parte de algo maior, como é ilustrado na SD2:

SD2: Estamos, assim, diante de uma discussão muito mais ampla, que nos remete à violência de gênero. Assim, a violência na assistência ao parto, por agora **convertida** em “violência obstétrica”, **tem sua origem** enraizada nos **movimentos sociais e feministas**. Desta forma, em razão da **radicalidade** desses movimentos em prol de incorporar novas práticas assistenciais às gestantes, e em defesa de sua autonomia, os **médicos obstetras estão sendo estigmatizados e processados** por realizarem procedimentos que não estejam de acordo com **a nova proposta de cuidados** (CFM, 2018, p. 3, grifos nossos).

A SD acima nos parece uma tentativa de deflexão da responsabilidade por atos violentos, pois a violência no parto não teria relação com a conduta do obstetra, mas sim origem nos *movimentos sociais e feministas* – esses sim os responsáveis por “inaugurarem” essa forma de violência. Essa tentativa de eximir a responsabilidade do médico e atribuir as causas da VO a outras instâncias é reforçada pelo relator do parecer, Ademar Carlos Augusto, ao comentar o assunto junto ao jornal *Folha de São Paulo*: “O que a gente percebe é que existe um *movimento orquestrado de algumas*

---

<sup>41</sup> O interdiscurso é um conceito bastante conhecido na AD. Pêcheux (2016) afirma que o interdiscurso se refere àquilo que “fala” antes, em outro lugar, que conecta diferentes formações discursivas.

*instituições* de trazer para o médico obstetra a responsabilidade pela situação caótica que está a assistência à gestante". Para o relator, o debate sobre a VO tem "viés ideológico" e ele emenda: "Essa discussão veio importada de *países com viés socialista*, e o Brasil também adotou" (CANCIAN, 2019, não paginado, grifos nossos).

Percebe-se na SD2 o tom pejorativo com que o CFM se refere aos movimentos sociais, vistos como "radicais" em defender a autonomia<sup>42</sup> das mulheres, provocando quase que uma inversão de valores, em que a mulher não seria a vítima, mas sim o médico, que vem sendo *estigmatizado e processado*. Também poderíamos supor existir uma relutância médica em admitir a VO como um problema local, o que aparece na fala do relator quando diz que a discussão em torno da VO seria *importada de países com viés socialista*, referindo-se à Venezuela e Argentina, países pioneiros na regulamentação de legislações sobre VO. Já a *nova proposta de cuidados* parece se referir ao movimento de humanização do parto, citado na SD3:

SD3: É interessante destacar um artigo de revisão publicado recentemente sobre as políticas públicas voltadas para a **humanização** na atenção ao nascimento, que **demonstra exatamente como vem ocorrendo toda esta articulação**. Ali está compilada parte de **toda esta história** que se iniciou ainda na década de 1990, com medidas econômicas – aumentando o valor pago à assistência ao parto vaginal – e implementação da obrigatoriedade de no mínimo seis consultas de pré-natal, a garantia de vagas para gestantes inscritas no programa de humanização, entre outras. Paralelamente, foram criados os centros de parto normal, extra-hospitalares, com autonomia da enfermeira obstétrica ao chamado parto eutócico, e realizaram-se **dezenas de eventos voltados para estabelecer as bases ideológicas que sustentariam o novo modelo de assistência ao parto**, com base na autonomia da mulher e de seu protagonismo no parto, ou nascimento, como preferem chamar (CFM, 2018, p. 4, grifos nossos).

Vale destacar que o artigo<sup>43</sup> citado no parecer foi escrito por Daphne Rattner, médica que, à época da publicação (2009), trabalhava no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde – mesmo órgão responsável pela elaboração do despacho que compõe nosso *corpus* analítico. Novamente, parece

<sup>42</sup> Mais adiante retomaremos a discussão sobre o conceito de "autonomia".

<sup>43</sup> O artigo é referenciado no próprio Parecer CFM Nº 32/2018 como RATTNER, 2009.



existir uma marca pejorativa, por parte do CFM, ao se referir à formação do movimento de humanização do parto como *toda esta articulação* ou *toda esta história*. Ao incluir o artigo de Rattner no parecer e mencionar as *dezenas de eventos* que estabeleceram as *bases ideológicas* para a consolidação do modelo humanizado, o CFM parece ignorar sua própria participação na história da humanização, posto o que é colocado por Rattner (2009, p. 760): “ao final de 1997, ampla parceria é costurada entre governo e sociedade civil, tendo como sede o Conselho Federal de Medicina e, como mote, ‘natural é parto normal’”.

Ao pinçarmos algumas expressões abordadas até aqui, como *viés ideológico* e *bases ideológicas*, percebemos elementos de intertextualidade entre o discurso do CFM e o discurso bolsonarista. Como aponta Seraglio (2021), a regularidade do *viés ideológico* nos discursos do presidente Bolsonaro evidencia que ideológico é tudo o que é diferente: “assim, por não conseguir lidar com o diferente, elege como *ideológico* tudo aquilo que se apresenta como divergente, e conseqüentemente, como inimigo que deve ser eliminado” (SERAGLIO, 2021, p. 92). Ainda segundo a autora, o *viés ideológico*, compreendido dessa forma, é um dos operadores que constitui uma *formação discursiva*<sup>44</sup> *bolsonarista* e está atrelado à guerra cultural promovida pelo bolsonarismo (SERAGLIO, 2021).

No cenário de guerra cultural em que estamos inseridos, os inimigos apontados pelo CFM seriam os *movimentos sociais e feministas*, com suas *bases ideológicas* para promover a *autonomia da mulher e seu protagonismo*, como está ilustrado na SD4:

**SD4:** Os **movimentos sociais e feministas**, apoiados em publicação da OMS de 1996, e em outras surgidas após este período, organizaram protocolos de atenção ao parto voltados para a chamada “**atenção humanizada ao parto**”, com foco principal na assistência provida pela enfermeira obstétrica e a doula. As **evidências científicas** encontradas passaram a ser chamadas de “**boas práticas**”, o que, por si só, **discrimina as práticas que não estejam de acordo com estas**. É importante salientar que o **Ministério da Saúde vem dando total apoio a estes movimentos**,

---

<sup>44</sup> Esse é um conceito clássico da AD, descrito inicialmente por Foucault. Pêcheux, outro representante da vertente francesa da AD, em uma releitura do conceito, acrescenta uma reflexão sobre a materialidade do discurso e do sentido: “os indivíduos são interpelados em sujeitos-falantes (em sujeitos de seu discurso) pelas formações discursivas que representam ‘na linguagem’ as formações ideológicas que lhe são correspondentes” (PÊCHEUX, 1988, p. 161 *apud* GREGOLIN, 2006, p. 63).

em especial nas **últimas duas décadas**, e estabelecendo políticas públicas **sem ouvir as entidades médicas**, que foram **completamente afastadas deste cenário** (CFM, 2018, p. 3, grifos nossos).

É interessante observar o uso de aspas nas expressões *atenção humanizada ao parto* e *boas práticas*. Entre as funções principais das aspas, está o destaque para exprimir ironia ou expressões usadas fora do contexto habitual. Ao se referir às práticas de humanização usando aspas, o CFM parece menosprezá-las, pois sua origem viria de território inimigo: os movimentos sociais e feministas. Authier-Revuz (1990) considera que o ato de demarcar fragmentos discursivos utilizando aspas teria a função de manter certas palavras “à distância”, tornando-as um objeto, que como tal é remetido a outro lugar, a outra enunciação. A compreensão dos fragmentos demarcados por aspas remete à alteridade, a um outro discurso, um discurso diferente. Assim, as aspas utilizadas pelo CFM para se referir à “atenção humanizada ao parto” e às “boas práticas” podem ser um indicativo da distância que a autarquia deseja manter em relação a elas. Situar essas condutas entre aspas, segundo a concepção de Authier-Revuz (1990), as demarcaria como “exteriores” em relação ao discurso do CFM, um ponto de heterogeneidade, um “discurso dos outros”.

Apesar de as aspas servirem, em certos casos, para “manter distância” em relação a um discurso alheio, para marcar o exterior, elas também podem revelar “zonas de contato”. Nessas zonas, é possível perceber, através dos pontos escolhidos para demarcar as fronteiras, “de que outro é preciso se defender, a que outros é preciso recorrer para se constituir” (AUTHIER-REVUZ, 1990, p. 31). Em situações de embates discursivos pode existir, ainda, “uma ‘luta pela vida’ quando o que se joga na zona de contato não é da ordem da discussão, por mais violenta que seja, mas do direito à existência para **um** dos dois [discursos] apenas” (AUTHIER-REVUZ, 1990, p. 31). Ao reconhecermos a influência do parecer do CFM sobre despacho do MS podemos inferir que, nessa luta discursiva, ambas as entidades se posicionam a favor da sobrevivência do mesmo discurso: o da abolição da expressão “violência obstétrica”.

Resgatando o artigo de Rattner (2009), citado pelo próprio CFM, a autora salienta que o termo *humanização* é polissêmico, possuindo múltiplas significações. Entretanto, ela reforça que o sentido adotado na publicação é o de “práticas legitimadas pelas evidências científicas”. O CFM, apesar de admitir que as *boas*

*práticas* estão embasadas em *evidências científicas*, alega que as práticas não embasadas em evidências sofreriam *discriminação*. Aqui, gostaríamos de chamar atenção para o não-dito na SD anterior e levantar a questão: quais seriam essas outras práticas? Seriam as práticas violentas, as não baseadas em evidências científicas? Seriam as práticas ultrapassadas, já não recomendadas pela OMS, mas que ainda assim são utilizadas rotineiramente?

Outro ponto de destaque na SD4 envolve a alegação de que o MS *vem dando total apoio a esses movimentos*. Na visão do CFM, haveria um alinhamento entre o MS e os movimentos sociais e feministas. Se analisarmos a referência temporal *nas últimas duas décadas* também notamos que o CFM faz alusão aos governos de esquerda, que estiveram no poder durante esse período e que *não ouviam as entidades médicas*, que foram mantidas distantes do debate sobre as políticas públicas da assistência ao parto, conforme o parecer. De certa forma, a alegação do CFM é respaldada pelo MS, quando o órgão afirma que pauta suas condutas em evidências científicas e nos princípios de humanização, conforme a SD5:

SD5: O Ministério da Saúde pauta todas suas recomendações pela **melhor evidência científica disponível**, guiadas pelos princípios legais, pelos princípios éticos fundamentais, pela **humanização do cuidado** e pelos princípios conceituais e organizacionais do Sistema Único da Saúde (BRASIL, 2019a, n. p., grifos nossos).

Contudo, apesar de o CFM afirmar não ser ouvido pelo MS e ser mantido distante da formulação de políticas públicas, o próprio MS, no despacho sobre a VO, alega aproximação com os conselhos de especialidades, haja vista a SD6:

SD6: Nessa perspectiva, têm-se intensificado **esforços de aproximação** com a academia, **conselhos de especialidades** e sociedades científicas para discussões ampliadas (BRASIL, 2019a, não paginado, grifos nossos).

Acreditamos que *esforço de aproximação* seja um eufemismo na descrição da relação que vem se consolidando entre o MS e os conselhos de medicina. Nos últimos meses de 2021, uma série de reportagens na mídia tratou da “aproximação” entre o presidente do CFM, Mauro Ribeiro, e o presidente Bolsonaro. Contudo, percebemos uma afinidade do CFM com o governo federal desde que Bolsonaro tomou posse,

como constatamos na matéria publicada no site do CFM, em 03 de janeiro de 2019, intitulada “*Os números do otimismo*”. Na época, três dias após a posse de Bolsonaro, o então presidente do CFM, Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, citou sondagens feitas com a população brasileira, que indicavam otimismo e expectativas positivas a respeito da gestão Bolsonaro. Corrêa Lima afirmava que a expectativa positiva se manteria através das ações que seriam tomadas por Bolsonaro a partir de 2019, “voltadas à solução da crise enfrentada pela área da saúde no País *ao longo dos últimos anos*” (CORRÊA LIMA, 2019, não paginado, grifos nossos).

O período de crise de saúde esboçado por Corrêa Lima, *ao longo dos últimos anos*, parece fazer referência ao período da gestão petista, assim como no caso das *últimas duas décadas*, citadas no parecer do CFM. Na matéria, o presidente do CFM demonstra otimismo também com a escolha do Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta, “entendida como sinal de que um novo tempo está prestes a começar nessa área” (CORRÊA LIMA, 2019, n. p.). Por fim, Corrêa Lima (2019, não paginado, grifos nossos) encerra sua exposição com o seguinte comentário:

As entidades médicas, como têm feito historicamente, estão dispostas a colaborar, com *independência e autonomia*, com o aperfeiçoamento da saúde no País. *Sem amarras partidárias ou ideológicas*, poderão oferecer subsídios para que programas, projetos e políticas de saúde sejam criados tendo como objetivos a valorização do ético e competente exercício da medicina e a defesa dos direitos humanos e dos cidadãos. Esse é compromisso dos médicos com a Nação.

A ideia de que o envolvimento das entidades médicas com o governo federal transcorreria *sem amarras partidárias ou ideológicas* nos parece improvável, diante do que vem sendo revelado pela mídia desde 2021. Trazendo a discussão para o cenário da pandemia, a omissão do CFM e dos conselhos regionais de medicina diante das repetidas propagandas de Bolsonaro sobre o uso de medicamentos ineficazes no combate à Covid-19, vem sendo explicada pelo desejo de manter “o alinhamento ideológico das chefias desses órgãos com o presidente Jair Bolsonaro” (MARTINS, 2021). Este alinhamento nos parece tão explícito, que foi verbalizado pelo próprio presidente, diante do mundo inteiro, diretamente do púlpito da 76ª Assembleia Geral das Nações Unidas, no dia 26 de setembro de 2021, quando disse: “Desde o início da pandemia, apoiamos a *autonomia* do médico na busca do tratamento precoce, seguindo recomendação do *nosso Conselho Federal de Medicina*” (BOLSONARO, 2021, grifos nossos).

De acordo com a matéria de Beatriz Jucá (2021), no jornal *El País*, a narrativa de Bolsonaro sobre o uso da cloroquina se beneficiou do silêncio das entidades médicas, que jamais se opuseram às falas do presidente. Pelo contrário, a jornalista enfatizou que a alta cúpula do CFM é composta por diferentes nomes ligados ao bolsonarismo e, portanto, encontra-se cada vez mais alinhada ao governo. Uma explicação para esse alinhamento envolve as eleições para os conselhos regionais e federais de medicina, que assim como as eleições para a presidência da república, ocorreram em outubro de 2018 (MARTINS, 2021). Tanto o jornal *El País*, na matéria *Como o Conselho de Medicina silenciou diante do negacionismo de Bolsonaro e abraçou a cloroquina*, quanto o *The Intercept*, na reportagem *Ex-conselheiros contam por que o CFM não ousa desmentir governo sobre falsos tratamentos para Covid-19*, afirmam que os médicos foram eleitos sob o discurso conservador, na esteira do bolsonarismo, com um pleito repleto de *fake news* e marcado por discursos polarizados entre médicos de esquerda e de direita (JUCÁ, 2021; MARTINS, 2021).

Apesar de o CFM responder à reportagem do *The Intercept* alegando ser “uma autarquia pública que *não possui vinculação política, ideológica ou partidária*”, (MARTINS, 2021, não paginado, grifos nossos), o presidente do CFM, Mauro Ribeiro, admitiu publicamente, em mais de uma ocasião, seu apoio ao MS e ao presidente Bolsonaro (JUCÁ, 2021). Entre falas que salientam a proximidade da autarquia com o governo federal estão: “Há muito tempo o Conselho Federal de Medicina não tem uma relação de proximidade com o Governo Federal. A nova gestão abriu essa oportunidade para as entidades médicas”, proferida em fevereiro de 2019 por Hermann Von Tniesehouse, primeiro secretário do CFM; e “O presidente Bolsonaro já nos recebeu cinco vezes no Palácio do Planalto desde que ele assumiu o Governo, há um ano e quatro meses. Todas as nossas reivindicações foram atendidas...”, verbalizada em maio de 2020 por um representante do CRM de Goiás (JUCÁ, 2021).

Analisando os documentos que integram o *corpus*, as falas do presidente da república e do presidente do CFM, percebemos uma regularidade discursiva abarcando a noção de “autonomia”. O discurso sobre autonomia parece ser algo pelo que se luta, por parte da classe médica. No parecer do CFM, por exemplo, a palavra “autonomia” é mencionada 14 vezes, enquanto não aparece uma única vez na recomendação do MPF ao MS. Trazendo a discussão para o contexto da pandemia, a ênfase na autonomia médica tem sido a bandeira levantada pelo presidente para a

prescrição de medicamentos como a cloroquina, mesmo após contraindicação da OMS, por falta de evidências científicas (JUCÁ, 2021).

Pensamos que o discurso sobre a autonomia médica é usado por Bolsonaro como um disfarce, uma estratégia política para disseminar uma falsa esperança de tratamento – a cloroquina – gerando, por consequência, uma falsa sensação de segurança que poderia fazer com que as pessoas saíssem de casa, se expusessem a mais riscos, mas mantivessem a economia do país funcionando. Através dos motes “mercado acima de todos” e “cloroquina acima de tudo”, os autores Saraiva e Zago (2021, p. 136) argumentam que as declarações do presidente Bolsonaro, desde o início da pandemia, “contribuíram na construção de uma política do verdadeiro negacionista, ambígua, anticientificista, orientada para a preservação da saúde econômica do mercado em detrimento à saúde biológica da população”.

A autonomia médica também foi defendida de maneira veemente pelo presidente do CFM, Mauro Ribeiro, em entrevista a um programa da Rádio Jovem Pan, no dia 13 de outubro de 2021. Para Ribeiro (2021), a discussão em torno da cloroquina tem sido “politizada” e “os médicos brasileiros estão sendo atacados de uma forma covarde por *determinados segmentos da população*”. Poderíamos inferir que uma parte dos *segmentos da população*, citados por Ribeiro, seria a esquerda, posto que o próprio presidente da república “politiza” a discussão, ao afirmar que “Quem é de direita toma cloroquina. Quem é de esquerda toma Tubaína”<sup>45</sup>.

Ribeiro (2021, grifos nossos) segue a entrevista defendendo a bandeira da autonomia médica, como ilustrado nas seguintes falas:

Nós estamos muito tranquilos, muito serenos, porque o Conselho Federal de Medicina, a única coisa que faz é defender a *autonomia* do médico brasileiro e, mais uma vez, nós reiteramos que *autonomia* é um princípio milenar da medicina hipocrática, junto com o sigilo dos médicos, então sigilo e *autonomia* são dois princípios milenares da medicina.

Isso [princípio da autonomia] não é uma determinação do Conselho Federal de Medicina, isso é uma determinação, esse princípio, ele é da medicina desde os primórdios da medicina e *o Conselho Federal de Medicina não tem limites para defender a autonomia* do médico brasileiro.

---

<sup>45</sup> A fala do presidente pode ser acessada em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,quem-e-de-direita-toma-cloroquina-quem-e-de-esquerda-tubaina-diz-bolsonaro-sobre-liberacao,70003308307>

Em nosso gesto de leitura, em meio à pandemia, a narrativa de autonomia médica é sustentada por Bolsonaro e pelo CFM para escamotear uma estratégia política de preservação da economia, em detrimento da saúde da população. Já no contexto da interdição da expressão “violência obstétrica”, a autonomia nos parece um escudo atrás do qual o médico se esconde para advogar em defesa de sua própria autonomia, em prejuízo à autonomia da mulher. Articulando a fala recente de Mauro Ribeiro a um trecho do parecer do CFM, destacamos a questão dos *limites* para a autonomia, conforme a SD7:

SD7: Os médicos entendem que **a autonomia da mulher deve ter limites**, principalmente quando existem fatores que possam colocar tanto a mãe quanto a criança em risco se o parto vaginal for escolhido, **e em local que não seja o hospital** (CFM, 2018, p. 1).

A autonomia da parturiente para escolher o local de nascimento, em caso de parto vaginal, *deve ter limites* como explicitado nessa SD e o local privilegiado para o nascimento é o *hospital*. Sobre esse assunto, o CRM-SC se subscreeve à posição da instância federal, como constatamos ao participarmos no dia 25 de maio de 2022, da *live* do Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (CRM-SC), transmitida pelo canal do órgão no YouTube, cujo título era “Questões éticas na escolha da via de parto”<sup>46</sup>. A palestrante convidada a debater o tema foi a Dra. Andréa Antunes Caldeira de Andrada Ferreira, conselheira do CRM-SC e ginecologista e obstetra. Durante sua fala, a médica citou a Resolução CRM-SC Nº 193/2019, conhecida como “resolução do nascimento seguro”, da qual ela foi a responsável pela exposição de motivos, comentando que havia sido revogada no ano seguinte (2020).

A resolução dispõe sobre a proibição da participação do médico em partos fora do ambiente hospitalar e proíbe o médico de aderir ao plano de parto e a outros documentos que “restringam a autonomia médica na tomada de medidas para preservar o binômio materno-fetal” (CRM-SC, 2019). Após a fala da médica, o presidente do CRM-SC, Dr. Eduardo Porto Ribeiro, que mediava a discussão, retomou o assunto da Resolução e afirmou que ela “segue valendo” (sic), passando a palavra

---

<sup>46</sup> A *live* faz parte de um evento realizado mensalmente no Canal do CRM no YouTube, no quadro “Momento da Ética”, que recebe convidados para palestrar sobre assuntos relacionados à ética médica. A gravação pode ser acessada no link: <https://www.youtube.com/watch?v=a2LXvxIKbBw>

para a advogada do Conselho, Dra. Mariah Martins. A advogada declarou que o CRM-SC entrou com um recurso que foi acolhido pelo TRF-4, mas ainda não julgado. Nesse momento, Mariah comenta um trecho da decisão da desembargadora que recebeu o recurso: “é preocupante todo o cenário, mas ela percebe a importância de dar voz a quem não é ouvido nessa história toda: os bebês”. De acordo com a advogada, a resolução segue vigente até que o Tribunal se manifeste acerca do mérito. O trecho comentado pela advogada apresenta traços que rememoram o Estatuto do Nascituro, mencionado no Capítulo 3, posto que a decisão da desembargadora visa dar ouvidos aos bebês, priorizando a “voz” de um ser não nascido em detrimento do direito de escolha da parturiente sobre o local em que deseja dar à luz. Levando em conta os não-ditos na decisão, a mulher sequer é mencionada, quem dirá ouvida.

Ainda sobre a SD7, situamos que ela aparece na introdução do parecer e que, ao longo de todo o documento, percebe-se uma tensão entre a autonomia do médico e a autonomia da mulher. É bom lembrar que, em algumas das SDs analisadas anteriormente, havia menção à autonomia, como na SD2, que afirma que em defesa da *autonomia* da mulher, médicos obstetras estão sendo estigmatizados e processados, e na SD3, que menciona como o novo modelo de assistência ao parto tem como base a *autonomia* da mulher e seu protagonismo. No texto do parecer, a autonomia da mulher é citada quase como um entrave à autonomia médica. Isso é visível no trecho em que é feita alusão ao PL nº 7.633/2014, sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato: “Pretendendo valorizar a humanização no nascimento e assegurar a *autonomia das mulheres* na assistência ao parto, este PL restringe bastante a *autonomia do médico* que assiste o parto” (CFM, 2018, p. 6, grifos nossos).

O PL do deputado Jean Wyllis é criticado por restringir a autonomia do médico para assegurar a autonomia das mulheres. Ao colocarmos lado a lado as afirmações de que o *CFM não tem limites para defender a autonomia do médico brasileiro* e que *os médicos entendem que a autonomia da mulher deve ter limites*, podemos inferir que quem “ganha” a disputa de autonomia são os médicos, já que para eles não há limites. Aqui percebemos a relação indissociável entre poder e saber, abordada por Foucault (2019b), pois se o poder envolve relações de força, que força terá a mulher atendida por um médico que não possui limites para o “uso” de seu saber? Saber este que se materializa através do poder de seu lugar de fala: o lugar da autoridade médica.



Podemos supor que um dos fatores que confere autoridade ao discurso do médico seja o discurso da ciência. Apesar de médicos, em sua maioria, não serem necessariamente cientistas, exercem uma profissão de base científica, precisam se manter atualizados quanto às melhores práticas e estarem aptos a empregá-las (KOWALTOWSKI, 2021). Nos documentos que analisamos, de forma semelhante à ocorrida com a tensão em torno dos discursos sobre autonomia, identificamos algumas contradições quanto ao discurso sobre a ciência. Essas contradições são mais explícitas no parecer do CFM do que nos documentos do MS. Por exemplo, se retomarmos a SD4, notamos que o CFM cita as boas práticas em obstetrícia colocando-as entre aspas (“boas práticas”), apesar de reconhecer que se tratam de práticas baseadas em evidências científicas. Quase todas as menções às boas práticas aparecem entre aspas no parecer, exceto uma que será discutida adiante.

É curioso como o CFM parece desdenhar do MS por divulgar as boas práticas em suas políticas, referindo-se a elas como uma “*enorme lista de procedimentos*” (CFM, 2018, p. 4), sendo que na seção Aspectos Bioéticos do parecer, a autarquia classifica algumas dessas práticas como uma forma de respeito à mulher:

SD8: Apesar das diferenças, existem conceitos sobre os quais há um amplo acordo. Um deles é o **conceito ético de respeito** às mulheres na assistência ao parto, pautado em **numerosos artigos científicos**, que aponta para condutas denominadas de “**boas práticas obstétricas**” como deambular, alimentar-se, liberdade de posição para o parto etc. (CFM, 2018, p. 10, grifos nossos).

De acordo com o parecer, seria *respeitoso* aplicar as *boas práticas* pautadas em *numerosos artigos científicos*. Os exemplos citados – deambular, alimentar-se e poder escolher a posição de parir – são atribuídos pelo CFM ao artigo de Kemp *et. al.* (2013). Entretanto, o trabalho “*Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia*”, de Kemp e colaboradores, é uma revisão sistemática que busca determinar os possíveis benefícios e riscos de diferentes posições verticais adotadas no segundo estágio do trabalho de parto. O artigo, focado exclusivamente em entender as posições de parir, sequer aborda as boas práticas em obstetrícia, recomendadas pela OMS. Já o MS parece ser mais consistente em sua suposta posição favorável às boas práticas, visto que no despacho afirma pautar suas recomendações na “*melhor evidência científica disponível*” (BRASIL, 2019a, não

paginado) e, no ofício dirigido ao MPF, sustenta seu posicionamento a favor de práticas baseadas em evidências, em diferentes trechos.

Por boas práticas em obstetrícia entende-se àquelas recomendadas pela OMS no documento *Tecnologias apropriadas para o parto e nascimento*, de 1985. Dentre elas estão: o direito à escolha de um acompanhante, pela parturiente; apoio emocional por parte da equipe de saúde; manter o recém-nascido saudável junto à mãe sempre que possível; encorajar a amamentação imediata; encorajar o parto normal mesmo após cesarianas prévias; encorajar a parturiente a caminhar durante o trabalho de parto e a escolher livremente a posição que deseja adotar durante a expulsão, entre outras (OMS, 1985). Considerando o que foi abordado, gostaríamos de apresentar a próxima sequência discursiva:

SD9: O médico que assiste um trabalho de parto e tem como bússola o referencial gráfico de um partograma como critério para a conduta da **boa prática** obstétrica desconhece naturalmente a **autonomia** como referencial teórico para fugir dos protocolos de recomendações. (CFM, 2018, p. 10, grifos nossos).

Nesta SD constatamos que a única ocasião em que a menção às boas práticas não aparece entre aspas se dá quando a autarquia assume para si o uso do conceito, mesmo que com um caráter diferente do descrito pela OMS. Em outros termos: quando as boas práticas são defendidas pelos movimentos sociais e feministas, ou pelo MS na época dos governos de esquerda, elas se tornam “más práticas”, discriminam as “outras” práticas que não sejam baseadas em evidências. Resgatando a disputa pela autonomia abordada anteriormente, percebe-se, ainda na SD9, que a *autonomia* mencionada é a da mulher, que não pode ser “pretexto” para que o médico “fuja” do protocolo.

Também na seção Aspectos Bioéticos encontramos outro ponto relevante: um parágrafo em que o CFM argumenta que a cesariana é vista por “*algumas mulheres brasileiras*” como uma “*solução prática*” e “*mais segura do que o parto normal*” (CFM, 2018, p. 10). O trecho em questão é atribuído ao artigo “*Padrões dos partos em uma coorte de nascimentos: cesarianas quase universais para os ricos*”, de Barros *et. al.* (2011). Porém, a interpretação oferecida pelo CFM para os dados do artigo parece representar uma distorção das informações contidas na publicação original, posto que os autores do trabalho denunciam uma forte cultura cesarista no Brasil. Embasados

em outras pesquisas brasileiras, Barros e colaboradores mencionam que mulheres que inicialmente desejavam parto normal “mudam de ideia”, passando a optar pela cesariana após a interação com o médico durante o pré-natal (BARROS *et. al.* 2011).

As inconsistências encontradas no parecer, ao discutir determinados tópicos e atribuí-los a autores que, na realidade, não sustentam os pontos de vista defendidos pelo CFM nos remetem à análise empreendida por Bulhões, Campos e Barbosa (2020), que procurou entender o que levou o MS a publicar um despacho desencorajando o uso da expressão “VO”. Segundo os autores, a publicação do despacho, seguida de sua repercussão polarizada, que culminou com notas de apoio e de repúdio ao MS, se deve ao fato de que o tema da humanização da assistência ao parto se insere em um contexto de disputas, “indicando controvérsias científicas e conflitos políticos profissionais entre os grupos envolvidos” (BULHÕES; CAMPOS; BARBOSA, 2020, p. 41).

Os autores acima mencionados estudaram notas de apoio e repúdio ao despacho governamental e constataram que boa parte das notas favoráveis ao MS veio de órgãos médicos, como sindicatos, conselhos e associações de profissionais médicos. Entre os exemplos de apoio ao MS, são citadas: a nota emitida pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS), que afirma que a VO “é um termo sem nenhuma sustentação científica, apenas política” (SIMERS, 2019 *apud* BULHÕES; CAMPOS; BARBOSA, 2020, p. 43); a nota produzida pelo Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB), que além de apoiar o MS critica o posicionamento contrário da OAB “que acreditou que violência obstétrica tem algo a ver com violência contra a mulher” (CREMEB, 2019 *apud* BULHÕES; CAMPOS; BARBOSA, 2020, p. 43); e o *post* nas redes sociais do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), órgão que afirma lutar há anos contra a expressão “VO”, “pois abre brechas contra o obstetra, o demonizando e o colocando como culpado, sendo que, na verdade, ele é vítima junto com gestante” (CREMERJ, 2019 *apud* BULHÕES; CAMPOS; BARBOSA, 2020, p. 44).

Já as entidades que se manifestaram contrárias ao MS possuem origens diversas, incluindo juristas, enfermeiras, doulas, pesquisadoras, movimentos sociais e, inclusive, médicos envolvidos na humanização do parto. Se no lado do apoio ao MS a narrativa adotada desqualifica a expressão “VO” por demonizar o médico ou ter conotação política, no polo do repúdio ao despacho a narrativa se pauta nos direitos da mulher e no discurso da ciência. Outra característica dessa polarização é atribuída

à cisão, dentro da própria medicina, entre o modelo de humanização da assistência ao parto, que defende menos intervenções, e o modelo tecnocrata. Ambos os modelos “acionam determinados argumentos, incluindo os científicos para conferir legitimidade a seus discursos e posicionamentos” (BULHÕES; CAMPOS; BARBOSA, 2020, p. 51).

Resgatando nosso entendimento de que o médico deve agir embasado na ciência e, reconhecendo que a ciência é acionada para conferir legitimidade aos discursos, queremos destacar um ponto levantado por Bulhões, Campos e Barbosa (2020, p. 53), que perceberam que as notas de apoio ao MS tinham em comum a tentativa de deslegitimar o termo “VO”, “associando-o a grupos de pessoas com interesses ideológicos, não científicos, não médicos, radicais e/ ou feministas, e responsável por criar dificuldades na relação médico-paciente”. Apesar de os órgãos favoráveis à abolição da expressão “VO” rebaterem seu uso por considerá-lo “não científico”, seus argumentos não estavam apoiados na ciência, mas sim na defesa da honra médica e na “vilanização” de movimentos sociais e feministas. De outro lado, as notas contrárias à abolição do termo preocuparam-se em citar referências bibliográficas de estudos nacionais e internacionais para subsidiar seus pontos de vista.

Por isso, reiteramos que, assim como identificamos uma disputa pela noção de autonomia nos materiais analisados, parece existir uma disputa pelo discurso da ciência, sendo que de um lado encontram-se os médicos, representados pelo CFM e endossados pelo MS e, de outro, estão os movimentos sociais e outros atores favoráveis à humanização do parto (incluindo médicos). De acordo com Schraiber (2008 *apud* DINIZ; AGUIAR, NIY, 2021, p. 275), “no campo da saúde, o poder médico nasce e se sustenta do consenso na sociedade sobre a legitimidade do conhecimento científico, do qual os médicos são detentores”. De forma similar ao que foi retratado na SD9, quando o CFM assumiu para si a boa prática (e retirou as aspas) ao tomar posse do discurso da ciência, a autarquia desqualificou a expressão “VO” por não a considerar científica, como podemos ver na SD 10:

SD10: Na verdade, a expressão “violência obstétrica” se posiciona como uma **agressão contra a especialidade médica** de ginecologia e obstetrícia, **contra o conhecimento científico** e, por conseguinte, **contra a mulher na sociedade**, a qual necessita de segurança e qualidade de assistência médica (CFM, 2018, p. 12, grifos nossos).

Em nossa visão, a ciência é colocada em um cabo de guerra da conveniência médica, pois como vimos, ora é satirizada e suas evidências são relegadas às aspas (“*boas práticas*” – SD4), ora é utilizada como argumento que dá respaldo ao “*conceito ético de respeito às mulheres*” (SD8) através de “*numerosos artigos científicos*” (SD8) e também como fundamento para descartar a expressão “VO”. Convém reiterar que, quando o discurso da ciência é utilizado para refutar o uso do qualificador “obstétrica” para a violência ambientada na assistência ao parto, o CFM e outros órgãos médicos não citam referências bibliográficas que sustentem esse posicionamento. Pelo contrário, constatamos uma distorção dos dados “científicos” (propositalmente entre aspas) apresentados no parecer do CFM, posto que quando consultadas as fontes referenciadas, as informações nas publicações eram divergentes do que defendia o Conselho.

O discurso da ciência também tem sido apropriado por movimentos de mulheres, mas de forma distinta da realizada pelo CFM. Nos últimos anos, os movimentos sociais liderados por mulheres tomaram o discurso científico, em especial a MBE, como alicerce para sustentação de sua reivindicação por mais autoridade sobre as decisões no parto e na luta por seus direitos assistenciais e reprodutivos (DINIZ; AGUIAR; NIY, 2021). Apesar da resistência de alguns setores da sociedade, o movimento inspirou a criação de programas de saúde e mudanças legislativas, como as que abordaremos adiante.

Acreditamos que o uso que o movimento de mulheres faz do discurso da ciência é consonante ao uso efetuado pelas entidades que repudiaram a tentativa de abolição da expressão “VO”, posto que está pautado em publicações científicas de renome e em determinações de órgãos internacionais de regulação da saúde, como a OMS. Já o uso que o CFM faz do discurso científico se mostra mais “elástico”, podendo ser esticado para um lado ou para outro. Assim, acreditamos estar em jogo uma formação discursiva anticientificista e, até mesmo negacionista, por parte do CFM, que é coerente com o alinhamento da autarquia ao presidente Bolsonaro, conforme discutimos anteriormente. Negar a legitimidade da expressão “violência obstétrica” é negar uma nomenclatura amplamente utilizada em pesquisas científicas nas últimas décadas.

Trazendo novamente a pandemia como paralelo à nossa discussão, Seibt e Dannenberg (2021) analisaram que Bolsonaro, através de suas redes sociais,

divulgou sua própria narrativa a respeito da crise sanitária global, colocou-se como figura central que dita a realidade e deliberadamente abordou assuntos de maneira enganosa. A posição negacionista de Bolsonaro configurou uma disputa narrativa que inviabilizou o trabalho das agências de *fact-checking*, “pois a narrativa impetrada pelo líder influenciador, com forte apelo emocional, fala mais alto do que as evidências” (SEIBT; DANNENBERG, 2021, p. 5). Esse cenário em que os fatos objetivos são menos relevantes do que o apelo às emoções e às crenças ao moldar as opiniões do público retrataria, segundo os autores, o ambiente típico de pós-verdade em que estamos inseridos (SEIBT; DANNENBERG, 2021).

Saraiva e Zago (2021, p. 127-128) afirmam que “Bolsonaro instituiu rituais de manifestação da verdade em suas enunciações sobre a pandemia, caracterizados por uma oposição à ciência e por um enfrentamento suicida do vírus”. Calil (2021, p. 31) vai além e sustenta que o negacionismo do presidente diante da pandemia, assim como as consequências dessa postura para a população brasileira, explica a “terrível situação que o país se encontra” e faz parte de uma “estratégia bem definida, coerente e sistematicamente aplicada por parte do governo Jair Bolsonaro”.

Além disso, segundo Seibt e Dannenberg (2021), o negacionismo de Bolsonaro denuncia seu autoritarismo ao ativamente escolher desinformar a população em suas redes sociais. Ao analisarem declarações do presidente sobre a pandemia no *Twitter*, os autores concluem que os elementos que caracterizam o discurso autoritário<sup>47</sup>, apresentados por Levitsky e Ziblatt (2018) na obra *Como as democracias morrem*, não dão conta de explicar o autoritarismo “à brasileira” de Bolsonaro, que extrapolaria o que foi previsto na obra de forma ainda mais prejudicial. Beer (2021a) acrescenta que o discurso negacionista é utilizado por Bolsonaro como uma ferramenta política que impacta o comportamento da população de uma maneira perigosa, argumentando que há evidências sólidas de que o presidente tentou sabotar o programa nacional de imunização ao propagar comentários antivacina e dificultar negociações sobre a compra de imunizantes.

Em nossa análise, traçamos um paralelo entre o negacionismo de Bolsonaro em relação ao coronavírus e a negação do CFM a respeito não somente da designação “VO”, mas de sua existência enquanto forma de violência contra a mulher.

---

<sup>47</sup> Os principais elementos são: rejeição das regras democráticas do jogo; negação da legitimidade dos oponentes políticos; tolerância ou encorajamento à violência; propensão a restringir liberdades civis de oponentes, inclusive a mídia (LEVITSKY; ZIBLATT, 2018).

Se, como previsto por Seibt e Dannenberg (2021), o forte apelo emocional da narrativa de Bolsonaro supera a força das evidências científicas a respeito da Covid em termos de convencimento da população, algo semelhante aparenta estar em curso quando o CFM apela mais para a sensibilização sobre os danos causados ao médico com a adoção do termo “VO” do que às evidências científicas que atestam a existência desse tipo de violência (ou até mesmo aos danos provocados à mulher).

A palavra *negacionismo* é polissêmica, assim como outras palavras recorrentes em nossa análise, como *humanização*, por exemplo. Concordamos com Beer (2021b), que reconhece o quanto é difícil definir o que se entende por negacionismo, comentando que a simples recusa do que é assinalado como verdade é insuficiente para dar conta dos expedientes diversos que se agrupam sob essa denominação. O autor aponta que, frequentemente, recorremos ao argumento “científico” para definir o que seria a verdade. Entretanto, ele reconhece que a própria filosofia da ciência tem dificuldade em estabelecer critérios indiscutíveis de verdadeiro e falso, sendo que “o máximo que se consegue alcançar são formas históricas do ‘verdadeiro’” (BEER, 2021b, não paginado).

Foucault é reconhecido por ser referir não à “verdade” como essência a ser descoberta, mas como formas históricas do verdadeiro ou modos de veridicção. Para ele, é importante pensar nas condições que permitem o aparecimento de discursos que podem ser considerados verdadeiros ou falsos. Nessa perspectiva, a verdade não estaria localizada na relação entre objeto a ser conhecido e o sujeito que o conhece, mas implicaria uma “história da emergência dos jogos de verdade”. Essa história é sempre provisória, posto que está atrelada a regras mutáveis a propósito das coisas e que atribuem um caráter verdadeiro ou falso àquilo que um sujeito pode enunciar (FOUCAULT, 2006).

Na aula *A ordem do discurso*, Foucault trata a oposição entre o verdadeiro e o falso, nossa “vontade de verdade”, como um procedimento de controle do discurso. Nessa mesma aula, o autor delinea algumas tarefas metodológicas que auxiliam na análise de discurso. Dentre elas, está a exigência de métodos que implicam em um princípio de especificidade. Esse princípio está atrelado ao reconhecimento de que o discurso não é um jogo de significações prévias. Assim como a verdade não é uma essência a ser encontrada, o discurso não é um código a ser decifrado. Para compreendermos um discurso, devemos concebê-lo “como uma violência que fazemos às coisas, como uma prática que lhe impomos [...] e é nesta prática que os

acontecimentos do discurso encontram o princípio de sua regularidade” (FOUCAULT, 2014, p. 50).

Retomando o raciocínio de Beer sobre verdade e negacionismo, cabe frisar que a “dificuldade” da ciência em determinar o que é verdadeiro não deve ser vista como motivo para desvalorização do conhecimento científico, mas sim como uma característica da complexidade de seu valor. É necessário compreender que o valor da ciência extrapola seu rigor epistemológico, pois inclui a possibilidade de produção de novos fatos e dá espaço para o contraditório (HACKING, 1983 *apud* BEER, 2021b, não paginado). Portanto, definir o que se compreende como verdadeiro não se trata de estipular uma verdade transcendental, mas envolve a negociação entre diversos elementos. Nessa negociação há sempre uma dimensão política e de poder, posto que a verdade é um bem comum a todos e há poder em ser aquele que a enuncia (BEER, 2021b).

Conforme propõe Beer (2021b, não paginado, grifos nossos), o resultado dessa negociação em torno do verdadeiro é a produção de consensos:

Tal consideração é central para se compreender o negacionismo, uma vez que uma definição um pouco mais elaborada do fenômeno indica não a negação de verdades específicas, mas a *recusa da própria possibilidade de produção de consensos*. Afinal, que saberes possam ser negados é um dos pressupostos das ciências; o problema parece estar em outro lugar. Tampouco são todos os consensos que são deslegitimados: pesquisas mostram que a confiança da população brasileira na ciência é bastante alta (CASTELFRANCHI, 2013)<sup>48</sup>, de modo que aquilo que se vê geralmente sob a rubrica do negacionismo não consiste num tipo de negação geral do valor da ciência, senão num modo particular de apreciação de assuntos específicos. Além disso, vê-se que muitas das “pautas” negacionistas não incidem em polêmicas atuais do campo científico, mas têm como objeto questões minimamente resolvidas entre os cientistas — reforçando que se trata de um tipo de *recusa de processos de produção de consensos*.

É importante pontuar que o negacionismo se faz presente em diferentes áreas, não apenas nas questões ligadas à ciência, mas em qualquer contexto em que esteja presente uma cristalização do pensamento, em que esteja em jogo uma deslegitimação de consensos (BEER, 2021b). Apesar de concordarem com Castelfranchi (2013 *apud* BEER, 2021b), quando atesta a alta confiabilidade da

---

<sup>48</sup> Ao incluirmos esta citação direta, mantivemos a menção de Beer ao trabalho de Castelfranchi que pode ser consultado em: CASTELFRANCHI, Y. *et al.* As opiniões dos brasileiros sobre ciência e tecnologia: o “paradoxo” da relação entre informação e atitudes. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos** [online]. v. 20, n. suppl. 1, p. 1163-1183, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702013000400005>. Acesso em: 08 maio 2022.



população brasileira na ciência, Taveira, Carneiro e Stribel (2021) alertam para a ascensão de movimentos anticientificistas no país, que questionam e rejeitam descobertas científicas modernas que pareciam consensuais. Os autores mencionam o crescimento de movimentos terraplanistas e antivacina como exemplos da deslegitimação de consensos abordada por Beer (2021b).

Na esteira dos discursos anticientificistas, essa invalidação do que praticamente se tinha por óbvio a partir das descobertas da ciência, dá ares distópicos ao momento em que estamos vivendo, o que nos transporta para o clássico *1984*<sup>49</sup>, de George Orwell. No romance, uma nova língua – a “novilíngua” – foi criada para coibir certos tipos de pensamento e um verbete em particular é interessante para a nossa análise: *pretobrançar*.

A palavra-chave aqui é PRETOBRANÇAR. Como tantas palavras da novilíngua, essa palavra tem dois significados mutuamente contraditórios. Aplicada a um oponente, significa o hábito de alegar sem pudor que preto é branco, em contradição com fatos concretos. Aplicada a um membro do Partido, significa uma disposição leal para dizer que preto é branco quando a disciplina do Partido assim o exigir. Mas significa também a capacidade de ACREDITAR que preto é branco, e mais, de SABER que preto é branco e esquecer que sempre se acreditou no contrário (ORWELL, 2021, p. 196).

Em nossa opinião, Bolsonaro é a personificação de forma explícita e contemporânea do *pretobrançar*. Com um olhar psicanalítico, Beer (2021a) reforça nosso argumento ao destacar a existência de duas categorias de afirmações relacionadas ao negacionismo no discurso do presidente: a) negar narrativas sobre as quais há consenso, o que inclui diminuir a gravidade da pandemia, por exemplo; b) oferecer novas narrativas que reforçam sua posição “sincera” e “verdadeira”, posto que o governante atribui a si próprio a imagem do messias, o portador da verdade, repetindo reiteradamente a passagem bíblica de João (8:32): “conhecereis a verdade e a verdade vos libertará”.

---

<sup>49</sup> Apesar de o título e de a história transcorrer em 1984, o livro foi publicado em 1949, alguns meses antes da morte do autor. O romance é uma sátira política que se passa em uma distopia futurista. A história é ambientada na Oceania, um superestado totalitário que inclui as Américas, a Austrália, a Inglaterra e o sul da África. A Oceania é governada pelo Partido, representado pela figura mítica do Grande Irmão. A novilíngua é a língua oficial e foi construída para atender as necessidades ideológicas do Socialismo Inglês (Ingsoc). “O propósito da novilíngua é não apenas fornecer um meio de visão de mundo para os hábitos mentais apropriados aos devotos do Ingsoc, mas *impossibilitar a existência de todos os outros modos de pensar*. [...] A novilíngua foi pensada não para expandir, mas para REDUZIR o espectro do pensamento” (ORWELL, 2021, p. 275-276, grifos nossos).

À semelhança do discurso presidencial, o CFM procura deslegitimar a denominação “violência obstétrica” e é endossado pelo MS da gestão de Bolsonaro. Quem sabe, se persistirem afirmando que preto é branco, insistentemente, ou que violência obstétrica não existe, que é uma construção da esquerda ou importada de países com “viés ideológico”, um estratagema para difamar o médico, eventualmente irão nos convencer disso. A distopia parece estar em curso hoje.

Após abordarmos, de um lado, a elasticidade com que o CFM aparenta esticar, distorcer ou questionar o discurso da ciência, tratarmos de aspectos do negacionismo e, em outra direção, mencionarmos a apropriação que os movimentos feministas fizeram do discurso científico, direcionamos a discussão agora para um exemplo que ilustra as mudanças legislativas conquistadas por movimentos de mulheres, conforme consta na recomendação do MPF ao MS:

**SD11: O termo “violência obstétrica” está consolidado em diversas legislações e documentos científicos internacionais, bem como já é consagrado no Brasil em diversos diplomas legais estaduais, sendo exemplos a Lei nº 17.097/2017 do Estado de Santa Catarina; a Lei nº 5217 DE 26/06/2018 no Estado do Mato Grosso do Sul, a Lei nº 16499 de 06/12/2018 no Estado de Pernambuco, a Lei nº 23.175/18 no Estado de Minas Gerais, dentre outras, refletindo, portanto, a preocupação de toda a sociedade brasileira em reconhecer, por meio de seus legisladores, a ocorrência da violência física, verbal e emocional no atendimento ao parto e adotar ações positivas para coibir tais práticas (MPF, 2019a, não paginado, grifos nossos).**

Como podemos constatar na SD11, na perspectiva do MPF, o termo “VO” está consolidado e, para subsidiar esse ponto de vista, o órgão cita a existência de publicações científicas internacionais, bem como legislações estaduais (inclusive a do nosso estado) que refletem uma preocupação da sociedade brasileira com essa forma de violência. Sobre esse mesmo assunto, o CFM se manifesta da seguinte forma:

**SD12: Está em curso, em diversos estados da União e em alguns municípios, a edição de leis que, sob o manto de suposta proteção às gestantes, transferem de forma inconsequente para o médico obstetra toda a responsabilidade das mazelas da ineficiência do acesso à saúde. Essas leis, que contam com o apoio de algumas ONGs e outros grupos associativos, criam situações de conflito, em sua grande**

parte **amparadas em movimentos político-ideológicos, influenciando negativamente na harmonia** das equipes multiprofissionais, bem como nos procedimentos e **condutas baseadas em evidências científicas** comprovadas. O CFM repudia os atos que reduzem a participação dos médicos obstetras na integralidade do atendimento à gestante, assim como na **demonização progressiva a que esta especialidade está sendo exposta**, em especial pela responsabilização dos graves indicadores de mortalidade e morbidade na área materno-infantil. O CFM reconhece que **a proliferação de leis que tratam do tema “violência obstétrica” embute posições político-ideológicas**, e na prática não garantem nem oportunizam uma assistência integral, em todos os níveis de atenção à gestante e ao nascituro. (CFM, 2018, p. 11, grifos nossos).

Nesta SD é explícita a aversão do CFM não apenas quanto à nomenclatura “violência obstétrica”, mas também quanto à existência de leis que dão sustentação jurídica e visibilidade a essa forma de violência. Constata-se, novamente, uma inversão nos papéis da vítima e do agressor, posto que na visão do Conselho, essas leis *supostamente deveriam proteger as gestantes, mas demonizam a especialidade da obstetrícia*. O uso do substantivo “proliferação”, como produzido pelo CFM, atribui um caráter negativo à promulgação das referidas leis, equiparando-as a algo contagioso, que se prolifera, como um vírus que se replica e contamina a visão da sociedade sobre a classe médica-obstétrica.

Nesse momento, gostaríamos de fazer um breve parêntese e situar a discussão sobre as leis a respeito da VO no âmbito estadual de SC. Para isso, relembremos a participação na *live* do CRM-SC, “Questões éticas na escolha da via de parto”. Nesta ocasião, após a fala da ginecologista e obstetra Dra. Andréa Antunes Caldeira de Andrada Ferreira, que abordou o termo “VO” e afirmou não “ver nenhum problema nele” (sic), o presidente do CRM-SC, Dr. Eduardo Porto Ribeiro lhe dirigiu a seguinte pergunta:

Esses movimentos das câmaras de vereadores e das assembleias legislativas, muitas vezes, eles **levam tão a ferro e fogo essa autonomia do paciente** que talvez excluam essa discussão de ser uma urgência médica e que, naquele momento, você não levar em consideração a posição médica do que é melhor para aquele binômio, você pode colocar em risco maior tanto a vida de um quanto do outro. Então, esses movimentos de câmaras de vereadores e de assembleias legislativas, o que tu terias para dizer para esses nossos legisladores, em relações a essas **leis que praticamente obrigam o médico a se curvar ao desejo prévio estabelecido pela mãe?**

O questionamento do médico (que não é ginecologista, vale dizer) ilustra alguns aspectos que viemos discutindo teórica e analiticamente até aqui, como por exemplo, a disputa de autonomia mulher-médico e a existência de legislações que fiscalizam práticas violentas na assistência perinatal. Cabe lembrar que Santa Catarina foi o primeiro estado a propor e sancionar uma lei a respeito da VO. Ainda assim, o presidente da autarquia, neste mesmo estado, reproduz um discurso que deslegitima a escolha da parturiente e reforça a posição do médico enquanto real vítima, pois teria que “se curvar” diante do desejo do outro.

Retomando a SD12, novamente há menção ao *viés ideológico* (conforme apontado na SD03) e a ONGs e movimentos de mulheres aqui retratados de forma belicosa, como *criadores de conflitos que influenciam negativamente* a relação entre a equipe de saúde. De acordo com o Conselho, além de prejudicarem a *harmonia das equipes multiprofissionais*, o movimento feminista e suas reivindicações legais atrapalhariam também a adoção de *condutas baseadas em evidências científicas* – nesse trecho a ciência serve aos interesses da classe médica.

Apesar do reconhecimento da comunidade científica, de vários setores da sociedade civil e do MPF sobre a VO, o alinhamento entre o discurso do CFM e do MS transparece também no recorte a seguir, posto que a pasta corrobora a narrativa médica de não legitimação da VO:

**SD13: Embora não haja consenso** quanto à definição desse termo, o conceito de “violência obstétrica” foca a mulher e o seu momento de vida (gestação, parto ou puerpério) (BRASIL, 2019a, não paginado, grifos nossos).

Esta sequência resgata uma palavra importante para nossa análise e para o que já vínhamos discutindo a respeito do negacionismo: a noção de *consenso*. O MS alega não existir consenso quanto à definição do termo. Entretanto, como abordamos no Capítulo 4, apesar de não existir uma definição singular do que é a VO, há uma

rica literatura e produção intelectual sobre o assunto. O consenso nas publicações que estudamos é que a VO existe e merece atenção. Se para teóricos como Beer (2021b), o negacionismo pode ser compreendido como a recusa da produção de consensos, o MS pode estar seguindo por esse caminho ao afirmar que não há consenso quanto à VO. Já se considerarmos o que diz Orlandi (2010), precisamos pensar que um dos “efeitos colaterais” da fabricação do consenso é a segregação, posto que não daria espaço à subjetivação do que é diferente. A dicotomia consenso/segregação pode explicar por que algumas mulheres identificam suas experiências como VO, enquanto outras ficam às margens das definições e ainda assim se sentem violadas. De qualquer modo, o que nos parece primordial sobre esse assunto é que cada mulher possa definir sua própria experiência e que existam ferramentas linguísticas que possibilitem a nomeação de práticas violentas no parto.

A história por trás do termo “VO” está associada a mudanças socioculturais, lutas por direitos e novas formas de se compreender a sexualidade da mulher que se intensificaram a partir da década de 1980. As redes sociais tiveram um papel crucial em catalisar discussões sobre o tipo de assistência prestada no parto e mobilizar grupos de mulheres em suas reivindicações (VELASQUEZ, 2021). Sobre a história do uso da expressão, Velasquez (2021) reconhece que a associação da palavra violência ao adjetivo “obstétrica” é significativa, pois demonstra um aumento do foco nas práticas médicas e de demais profissionais de saúde, o que contribuiu para a construção de novos referenciais na área e deu origem a importantes documentos e protocolos de assistência específicos.

Ao estudar a VO em uma perspectiva histórica, a autora supracitada comenta que o termo gera resistência na comunidade médica e ela aborda tangencialmente a questão do consenso, apesar de não usar essa palavra em específico (VELASQUEZ, 2021). Apresentamos as palavras da própria autora:

É importante ressaltar que, embora haja um esforço em delimitar quais são as práticas consideradas como *violência obstétrica*, por ser o tema da violência algo que está relacionado com a experiência subjetiva, essa delimitação não é apreendida de forma igual por todos os grupos da sociedade. Há uma distinção bem clara entre os tipos de assistência buscados por diferentes classes sociais... (VELASQUEZ, 2021, p. 263, grifos no original).

Velasquez (2021) pontua que a violência obstétrica é uma experiência subjetiva e, por este motivo, para melhor compreendê-la, precisamos inseri-la na história. Ou

seja, é preciso admitir que a violência na assistência ao nascimento sempre existiu, porém, aspectos hoje considerados violentos podem ter sido entendidos, no passado, como maneiras de ajudar a mulher ou de salvar o bebê. Desse modo, a autora nos alerta para que não caiamos no anacronismo quanto à VO e estabelece que “historicizar o processo e entender o quando e o porquê são essenciais, para não olharmos para o passado com os olhos e ferramentas do presente e julgar ações como violentas onde essa concepção não existia, cometendo assim um erro crucial” (VELASQUEZ, 2021, p. 249).

Além de situar a violência historicamente, Velasquez (2021) aponta que, como qualquer outro conceito, a denominação “VO” é fluida e precisa estar aberta ao diálogo e à possibilidade de uso de outros termos para defini-la. Concordamos com a importância do diálogo e do debate sobre diferentes nomenclaturas que descrevam situações violentas no contexto perinatal. Nossa ressalva se dá em torno da abolição da terminologia “violência obstétrica”, proposta no primeiro ano do governo Bolsonaro e sustentada até hoje. Diniz, Aguiar e Niy (2021, p. 292) comentam que “o tema da violência obstétrica nunca foi tão político como no momento atual [de 2020], quando alguns atores sociais se recusam a dialogar diante do termo ‘violência obstétrica’”. Um dos motivos para a relevância política atual da discussão em torno da VO é sua inserção em um contexto mais amplo de guerra cultural – discussão que será aprofundada mais adiante.

As autoras anteriormente mencionadas lutam pelo direito das mulheres de descrever, analisar e nomear a realidade das experiências femininas da forma mais clara possível, usando termos coerentes com o debate científico e com a mudança social (DINIZ; AGUIAR; NIY, 2021). Reunindo-se a elas, a George Orwell e a Foucault, a escritora Rebecca Solnit reconhece que linguagem é poder e acrescenta que isso funciona em dois sentidos: pode-se usar o poder das palavras para enterrar seu significado, ou então para desenterrá-lo e fazê-lo vir à tona. Solnit (2017), cuja obra inspirou a criação do neologismo *mansplaining*<sup>50</sup>, advoga que designações como *violência doméstica*, *cultura do estupro*, *senso de direito ao sexo*<sup>51</sup> (e por que não *violência obstétrica*?<sup>52</sup>) “são algumas das ferramentas linguísticas que redefinem o

---

<sup>50</sup> O neologismo foi construído a partir da junção das palavras “*man*” (homem, em português) e “*explaining*” (explicação). Significa o ato de homens tentarem insistentemente explicar algo para uma mulher quando ela já sabe sobre o assunto (ALBUQUERQUE, 2020).

<sup>51</sup> Do inglês “*sexual entitlement*”.

<sup>52</sup> O acréscimo da expressão “violência obstétrica” à lista de expressões destacadas por Solnit é nosso.

mundo que muitas mulheres encontram diariamente e abrem o caminho para começar a mudá-lo” (SOLNIT, 2017, p. 170). Acrescentamos a expressão “violência obstétrica” à lista de Solnit, por concordamos que a língua pode ser o primeiro lugar de mudança de uma experiência feminina singular como a VO, sendo necessário falar sobre ela, discuti-la, nomeá-la.

Nessa linha de raciocínio, se linguagem é poder e também pode ser o *locus* inicial de uma mudança, interditar expressões linguísticas seria uma tentativa de enfraquecer esse poder e impedir a mudança? Seria uma forma de silenciar vozes que lutam para serem ouvidas? Vejamos com que palavras se materializou a interdição realizada pelo CFM no final de 2018, nas conclusões do Parecer Nº32/2018 e reproduzido pelo MS, no início de 2019, no Despacho SEI nº 9087621:

SD14: Por fim, o CFM considera que o termo “**violência obstétrica**”, além de ser **pejorativo**, traz em seu bojo **riscos permanentes de conflito** entre pacientes e médicos nos serviços de saúde e, **para efeito de pacificação e justiça**, avalia que **tal termo seja abolido**, e que as deficiências na assistência ao binômio materno-fetal tenham outra abordagem e conceituação (CFM, 2018, p. 12, grifos nossos).

SD15: 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, 2019a, não paginado, grifos nossos).

Na SD14, o CFM utiliza o adjetivo *pejorativo* para se referir à expressão “VO” e insere a discussão sobre sua existência no contexto da guerra cultural bolsonarista, ao atribuir a ela *riscos permanentes de conflito* e justificar que a sugestão da abolição se dá em nome da *pacificação* e da *justiça*. A retórica do CFM, nessas poucas frases, é repleta de termos que fazem alusão à ideia de combate: *riscos*, *conflitos*, *pacificação*, *justiça*. Em uma releitura do trabalho de Palharini (2017), *Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil*, que problematiza se a autonomia no parto é para o médico ou para a mulher, trazemos o questionamento *justiça para quem?* Sugerir a extinção de uma expressão linguística é fazer justiça para quem?

Situando a narrativa do CFM, na SD14, com outros discursos que a precederam, trazemos a opinião do médico Roberto Magliano de Moraes sobre o assunto, no artigo *Violência obstétrica ou contra o obstetra?*, publicado em 2016, dois anos antes da publicação do parecer do CFM. No artigo, a VO é considerada uma “falácia” e Moraes (2016, não paginado, grifos nossos) compara o médico ao “**soldado**” descartável e desvalorizado, que fica no ‘**front**’ de uma **luta** arriscada e muitas vezes inglória, pelo direito ao nascimento com dignidade e segurança”. Em nossa análise, a narrativa belicosa do CFM e de representantes da medicina hegemônica, como Moraes, reverbera o discurso da guerra cultural bolsonarista.

De acordo com Castro Rocha (2021, p. 115), a guerra cultural bolsonarista abrange uma visão fundamentalista do mundo, que visa eliminar, pura e simplesmente, tudo o que seja diferente, “é a recusa intolerante do que não seja espelho”. Nessa guerra cultural “à la Bolsonaro”, uma das armas é a linguagem, mais especificamente, a “retórica do ódio” – técnica discursiva ensinada e disseminada nas últimas décadas por Olavo de Carvalho, “guru intelectual” do bolsonarismo. Castro Rocha (2021) se refere à retórica do ódio, tanto como técnica, quanto como “sistema de crenças” e argumenta que sua disseminação produziu um “efeito Olavo de Carvalho” e influenciou outros discursos. Entre as características da retórica do ódio estão o uso da reiteração e da redundância, formando um estilo de prosa-bélica que “manipula com esperteza uma gama de artifícios que, ao suprimir as mediações entre os pontos discutidos, inviabiliza o pensamento, demandando somente a *adesão irrestrita* à palavra oracular” (CASTRO ROCHA, 2021, p. 85, grifos no original).

Selecionamos um pequeno recorte do parecer do CFM que, apesar de não considerarmos relevante enquanto sequência discursiva, parece ilustrar o “efeito Olavo de Carvalho”, posto que a retórica médica apresenta alguns traços discursivos como os descritos por Castro Rocha sobre a prosa olavista: “Dito isso, não há um ponto de equilíbrio entre **conflitos inconciliáveis**, principalmente no tocante a **dilemas opostos**” (CFM, 2018, p. 10). Se o principal propósito da retórica do ódio é eliminar simbolicamente o outro, transformá-lo num nada, reduzi-lo a um inimigo a ser abatido (CASTRO ROCHA, 2021), no campo de batalha simbólico que analisamos, de um lado do *front* se encontra o médico<sup>53</sup>, “soldado descartável e desvalorizado”, do outro a expressão “violência obstétrica”, eleita a inimiga a ser eliminada.

---

<sup>53</sup> Referimo-nos à medicina tradicional hegemônica, representada por órgãos de classe como o CFM.



Autores como Bugalho e Castro Rocha entendem que “a retórica é apenas um estágio inicial num ciclo de intolerância” (BUGALHO, 2020, p. 89) e que a “intolerância é a marca d’água da guerra cultural” (CASTRO ROCHA, 2021, p. 210). Nesse sentido, gostaríamos de frisar que o ato de abolir uma expressão linguística poderia refletir o extravasamento da retórica para a prática, de uma luta discursiva (*o discurso é pelo que se luta*) para uma luta extradiscursiva, que poderia culminar, por exemplo, com a revogação das leis que fiscalizam práticas assistenciais violentas. Pensando nos retrocessos que uma conduta como essa poderia ocasionar, salientamos que “a retórica tem um poder devastador quando tornada prática, que aliás, é o fim de toda retórica: que se concretize no mundo real” (BUGALHO, 2020, p. 90).

Mantendo a discussão sobre a VO no âmbito da guerra cultural, é interessante olhar para as elucubrações entabuladas por Foucault a respeito da noção de “guerra”. Mesmo antes da disseminação das discussões sobre “guerra cultural”, no curso *Em defesa da sociedade*, de 1976, Foucault já se dedicava a compreender a guerra como “analisador” das relações de poder (FOUCAULT, 2010). Segundo ele, o discurso histórico-político ocidental instaurou uma percepção de guerra perpétua, em que “uma estrutura binária perpassa a sociedade” e, por isso, estamos em guerra uns com os outros, contínua e permanentemente: “Não há sujeito neutro. Somos forçosamente adversários de alguém” (FOUCAULT, 2010, p. 43). Para Foucault (2010), anteriormente à luta de classes destacada por Marx, existia uma luta de raças. A divisão binária da sociedade era baseada na diferença: de línguas, de força, de vigor, de violência. Haveria sempre uma “outra” raça e essa

não é aquela que veio de outro lugar, não é aquela que, por uns tempos, triunfou e dominou, mas é aquela que, permanente e continuamente, se infiltra no corpo social, ou melhor, se recria permanentemente no tecido social e a partir dele (FOUCAULT, 2010, p. 52)

O discurso da luta de raças funcionaria a partir de um princípio de segregação, por meio da eliminação do que é diferente para se alcançar uma “purificação” ou “normalização” da sociedade (FOUCAULT, 2010). É possível perceber afinidades entre a concepção foucaultiana da luta de raças e a visão de Castro Rocha sobre a guerra cultural bolsonarista, que “acha feio o que não é espelho”. Para Foucault (2010), o discurso da luta de raças estaria na origem de um racismo de Estado, servindo à estratégia global dos conservadorismos sociais, em que o Estado seria o “protetor” da integridade, da superioridade e da pureza da raça. Para Castro Rocha

(2021), a guerra cultural é uma política de Estado adotada pelo bolsonarismo para governar, ou talvez, não governar. Se a guerra cultural visa aniquilar o que é diferente, o Estado (representado pelo MS) se prestou ao papel de cúmplice do saber médico hegemônico ao validar uma política de aniquilação linguística.

Foucault (2010, p. 201) também compreende a guerra como “gabarito de inteligibilidade dos processos históricos”. Nessa perspectiva, a guerra cultural é a matriz de compreensão do paradoxo do modo de governar bolsonarista:

*O êxito do bolsonarismo significa o fracasso do governo Bolsonaro. Sem guerra cultural, como manter as massas digitais mobilizadas em constante excitação? Contudo, a guerra cultural, pela negação de dados objetivos e pela necessidade intrínseca de inventar inimigos em série, não permite que se administre a coisa pública. [...] A guerra cultural é a origem e a forma da arquitetura da destruição, marca d'água do bolsonarismo, mas, por isso mesmo, será (ou já é?) a razão do fracasso rotundo do governo Bolsonaro (CASTRO ROCHA, 2021, p. 346-347, grifos no original).*

Alguns anos depois do curso *Em defesa da sociedade*, Foucault deixa de lado o modelo bélico que fundamentava sua analítica do poder e começa a traçar um novo princípio para suas investigações: a governamentalidade. Candiotto (2012) explica que o modelo da guerra se tornou insuficiente para dar conta das relações de poder e que a “saída teórica” para esse impasse foi a criação da “governamentalidade”. Foucault, ao retornar à obra de Marx, realiza um “deslocamento estratégico” por meio desse neologismo, que dá novo fôlego ao entendimento das relações de poder (CANDIOTTO, 2012). Para Candiotto (2012, p. 104), a governamentalidade “é o conceito mais genuíno e profícuo da analítica do poder foucaultiana”. Para reforçar seu ponto de vista, citando Lemke (2006, p. 9 *apud* CANDIOTTO, 2012, p. 104), o autor propõe que a governamentalidade

*proporciona uma visão sobre o poder para além de uma perspectiva centrada no consenso ou na violência; estabelece o vínculo entre técnicas de si com as tecnologias de dominação, a constituição do sujeito para a formação do Estado; finalmente, ela ajuda a diferenciar entre poder e dominação.*

Perceber a governamentalidade desta forma permite reconhecer alguns dos desdobramentos que esse conceito proporciona (CANDIOTTO, 2012). Por exemplo, é possível

reposicionar as relações de poder para além da posição do consenso contratual ou a da violência da batalha. A ideia de poder como governamentalidade, em vez de excluir as formas de consenso (contrato) ou o recurso à luta entre forças (guerra), os reintegra a partir de uma nova dimensão (LEMKE, 2002, p. 57 *apud* CANDIOTTO, 2012, p. 104).

Desse modo, tanto o consenso quanto a guerra deixam de estar no cerne das relações de poder e passam a ser compreendidos como meras formas de governo entre outras possíveis. Outro desdobramento do conceito de governamentalidade envolve a emergência de uma superfície de contato entre o governo dos outros (político, doméstico, religioso) e o governo de si próprio (autodomínio, autocontrole) – ou seja, entre as tecnologias de dominação e as técnicas de si. A governamentalidade extrapola o poder político e é entendida como um campo estratégico de relações de poder, no que elas têm de móvel, transformável, reversível (CANDIOTTO, 2012).

Dando atenção ao nosso terceiro objetivo - analisar como é formulado o gesto de interdição da palavra, por parte do CFM e do MS, e de que modo essa formulação aponta para as relações entre discurso, poder, saber médico e governamentalidade – ponderamos que, apesar de o consenso e a guerra serem formas de governo entre outras possíveis, essas duas variáveis dão a tônica à forma de governar bolsonarista, à frente do MS e alinhada ao CFM. O consenso, ou no caso específico da VO, a alegada “falta de consenso” é acionada como argumento para combater o uso da expressão e a guerra cultural é o meio pelo qual se procura silenciar o que é diferente. Se a guerra cultural implica a disputa de valores, com base na suposta superioridade dos princípios deste ou daquele grupo (CASTRO ROCHA, 2021), os princípios da soberania médica e bolsonarista seriam superiores aos dos movimentos de mulheres e de setores progressistas de esquerda.

Avaliamos que o ato da gestão bolsonarista, representada aqui pelo MS, compreendido por nós como uma tentativa de silenciamento da discussão sobre a VO, se dá na esfera das tecnologias de dominação, enquanto as diferentes narrativas sobre “autonomia” da mulher no parto, empreendidas pelos movimentos de mulheres, se encontram na esfera das técnicas de si. Pensando que a governamentalidade cria superfícies de contato entre o governo dos outros e o governo de si, nos questionamos sobre que efeitos o gesto de interdição da palavra produz sobre os sujeitos a quem a interdição mais afeta: as mulheres. Deixamos essa pergunta em aberto, pois não conseguiríamos dar a devida atenção a ela no curso dessa dissertação.

Como discutimos anteriormente, o despacho produzido pelo MS se deu na esteira do parecer do CFM e se mostrou fortemente influenciado por ele. Apesar disso, o MS apresenta um discurso menos belicoso quando sugere a abolição da expressão “violência obstétrica”, como consta na SD15 (supracitada). Para o MS, a expressão *não agrega valor*. Aqui, de modo semelhante à indagação de para quem seria feita justiça com a abolição da terminologia “VO”, nos questionamos: para quem ela não agrega valor? Se pensarmos sobre a noção de *valor* através de uma perspectiva kantiana, podemos afirmar que o julgamento do que tem ou não valor não é um julgamento lógico, mas sim um julgamento estético e, em última instância, subjetivo (KANT, 2005).

No caso da VO, o julgamento subjetivo sobre as experiências vividas no parto deve ser o da mulher. Em uma manifestação da ReHuNa sobre o despacho do MS, a entidade se posiciona de modo a defender que “as principais interessadas, que podem qualificar a assistência que recebem como violenta (ou não), são as mulheres, que têm se mobilizado para dar visibilidade a essa violência, oculta nos serviços de saúde” (REHUNA, 2019 *apud* BULHÕES; CAMPOS; BARBOSA, 2020, p. 47). Em nossa análise, elaboramos a premissa de que um dos fatores que atribuiria “valor” à VO, na visão do MS, é a *intenção* de causar danos. Parece-nos que, para o MS, uma situação somente pode ser reconhecida como VO se houver a *intenção* do perpetrador de provocar danos. Essa premissa parte da leitura de trechos como o da SD a seguir:

SD16: 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** (BRASIL, 2019a, não paginado, grifos nossos).

Em nosso entendimento, essa exigência de intencionalidade para reconhecer uma prática como violência é inconsistente por diferentes motivos, inclusive pelo fato de desconsiderar fatores inconscientes que podem estar em jogo na relação médico-paciente. Aguiar, D’Oliveira e Schraiber (2013) abordam essa questão e afirmam que a banalização da violência e do sofrimento alheio pode fazer parte de processos inconscientes dos profissionais diante de seu próprio sofrimento, como um mecanismo de defesa. Esse entendimento é reforçado por Pereira (2004), que comenta que os

médicos são “treinados para reprimir a consciência dos danos que provocam” (PEREIRA, 2004, p. 7).

Sobre o elemento da intencionalidade, o MPF se posiciona da seguinte forma:

**SD17: [...] a interpretação conferida pelo Ministério da Saúde ao conceito de “violência” trazido pela Organização Mundial de Saúde está flagrantemente distorcida e equivocada, pois a OMS não exige, para a caracterização de violência, a intenção deliberada de causar dano por parte do profissional, mas somente o “uso intencional da força ou poder” no ato perpetrado (MPF, 2019a, não paginado, grifos nossos).**

O MPF acusa o MS de distorcer e interpretar equivocadamente o conceito de “violência” da OMS e o faz baseado na discussão sobre intencionalidade. O MPF traça uma distinção entre *uso intencional da força ou poder* na prática de determinados atos e *intenção deliberada de causar dano*. Para analisarmos a distinção feita pelo MPF, apresentamos a seguir a definição de “violência” elaborada pela OMS (2002, p. 5):

O uso intencional de força física ou de poder, por ameaças ou na prática, contra si mesmo, outra pessoa, ou um grupo ou comunidade, que resulte em ou aumente a probabilidade de resultar em prejuízo, morte, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação<sup>54</sup>.

Dahlberg e Krug (2007), que colaboraram com a produção do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS, comentam que o acréscimo da palavra “poder” à concepção de “violência” expande seu entendimento usual, pois permite que outras formas de violência menos óbvias, como ameaças, intimidação, negligência ou atos de omissão sejam consideradas frutos de uma relação de poder desigual. Além disso, esta definição de violência se dá a partir de um reconhecimento entre pesquisadores da necessidade de visibilizar a violência que não resulta necessariamente em sofrimento ou morte, mas ainda assim impacta indivíduos, famílias e sistemas de saúde. Os autores citam, também, o caso das diferentes formas de violência contra a mulher como exemplo de uma violência cujas consequências podem perdurar por

---

<sup>54</sup> Tradução nossa. No original: “The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation” (OMS, 2002, p. 5).

anos após o ato abusivo inicial (DAHLBERG; KRUG, 2007), como acreditamos ser o caso da VO.

Levando em conta a definição da OMS de violência e a ponderação do MPF sobre intencionalidade, podemos argumentar que mesmo que não haja a intenção (consciente) de causar danos, ainda assim certos comportamentos e práticas podem caracterizar violência. Dahlberg e Krug (2007, p. 1165) consideram que “a intenção de usar força em determinado ato não significa necessariamente que houve intenção de causar dano”. Para os autores, “o agressor pode cometer um ato intencional que, sob critério objetivo, pode ser considerado perigoso e, possivelmente, ter resultados adversos para a saúde, mas não percebê-lo assim” (DAHLBERG; KRUG, 2007, p. 1165). A incorporação da “intencionalidade” à definição de “violência” torna a questão ainda mais complexa.

Ainda sobre essa temática, o MPF adiciona à equação da *intencionalidade*, a variável *dolo*:

**SD18: [...] a interpretação conferida pelo Ministério da Saúde ao conceito de “violência” trazido pela Organização Mundial de Saúde, restringindo-o à intenção deliberada de causar dano por parte do profissional, é ainda inconsistente do ponto de vista técnico-jurídico, vez que ignora a existência do dolo eventual como parte da intencionalidade dolosa da conduta para efeitos de qualificação do ilícito (MPF, 2019a, não paginado, grifos nossos).**

Por mais que o MS julgue que a expressão “VO” é imprópria, alegando que o profissional de saúde não tem a intenção de causar dano, o MPF contesta esse argumento e, fazendo uso do *ponto de vista técnico-jurídico*, traz à tona a concepção do *dolo eventual*. De acordo com o Código Penal, o dolo eventual abarca as situações em que o autor de determinado ato não quis agir ou se omitir para causar um determinado resultado, mas conhecia e assumiu o risco de provocar suas possíveis consequências. Alguns autores da área do Direito, que pesquisam a VO, postulam que “o agente de saúde que pratica a violência obstétrica age com dolo e deve ser responsabilizado pelo dano que causou a outrem” (CARNEIRO JÚNIOR, 2020, não paginado) e que, “na atividade médica, o dolo eventual (quando se assume o risco de produzi-lo) é qualificado quando existe imprudência e negligência que são condutas consideradas graves” (GOMES; CORRÊA NETO, 2018, p. 15).

A discussão jurídica em torno da presença (ou ausência) de intenção em relação à VO é apenas periférica em nossa análise e, por isso, não a aprofundamos. Já a questão da intencionalidade *em si* merece ser comentada, porém, a partir do referencial teórico da AD. Para a AD, o discurso não é um recurso para transmitir informações, mas sim efeito de sentido entre locutores. Nessa visão, a *intenção* de um indivíduo é insignificante, pois o que conta é a relação de sentidos que se estabelece e que está inserida em um contexto social e histórico (ORLANDI, 2003). Ou seja, “os sentidos não estão só nas palavras, nos textos, mas na relação com a exterioridade, nas condições em que eles são produzidos e que não dependem só das intenções dos sujeitos” (ORLANDI, 2020, p. 28).

Porém, como é possível desvincular a intenção do sujeito da produção do discurso, se não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia? (SOUZA, 2011). Para responder a essa pergunta, recorreremos à Foucault (2020a), que nos diz que a relação entre o enunciado e aquilo que se diz vem de outro lugar. Orlandi (2020, p. 78) esclarece que outro lugar é esse ao comentar que “as palavras remetem a discursos que derivam seus sentidos de formações discursivas, regiões do interdiscurso que, por sua vez, representam no discurso as formações ideológicas”.

Realizar uma análise de discurso não se trata de desvendar qual foi a *intenção* de um determinado indivíduo ao proferir um certo enunciado, pois os sentidos possíveis dos enunciados extrapolam as intenções e o sujeito que profere um enunciado não é o autor concreto do enunciado, apenas ocupa a função de autor ao enunciar algo. Há uma trama de sentidos que escapa à intencionalidade e revela dizeres e ideologias (CAMPO; DELANOY, 2019). Assim, não nos propusemos a analisar a intenção do médico, enquanto indivíduo, ao falar (ou se recusar a falar) sobre a VO, mas sim a compreender as condições de produção que levaram à emergência de um discurso da medicina hegemônica, reproduzido posteriormente pelo governo federal, que conferiu à VO o status de discursividade a ser combatida, recomendando sua eliminação enquanto expressão linguística.

Reiteramos que a extinção da denominação “VO”, efetuada pelo MS, nos parece uma tentativa de silenciamento e um ato de censura, pois como diz Orlandi (2003), as relações de poder da sociedade sempre produzem a censura, sendo necessário observar o que não pode ser dito, o silêncio que acompanha as palavras. Este também foi o ponto de vista da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), que se manifestou entendendo o despacho como “um ato de censura contra importantes

atividades científicas desenvolvidas em todo país sobre o tema, por limitar a utilização de dados e evidências nos programas que serão desenvolvidos pelo MS” (OAB, 2019, não paginado). Já a Associação Nacional dos Defensores Públicos Federais (ANADEF, 2019, não paginado) considerou “a extinção do termo um verdadeiro preciosismo político, visto que a justificativa do governo federal foi associá-lo ao viés ideológico”.

Ao posicionarmos o discurso do MS sobre a VO em relação com a história e com outros discursos, analisando como foi formulado o gesto de interdição e de que modo essa formulação apontou para as relações entre discurso, poder, saber médico e governamentalidade, interpretamos que houve uma mudança de filiação ideológica por parte da gestão atual<sup>55</sup> do governo federal, aqui representada pelo Ministério da Saúde. Em outras palavras, nas gestões anteriores, o discurso do MS se mostrava filiado a uma formação ideológica que valorizava a MBE e o discurso científico, bem como legitimava o discurso de movimentos como o da humanização do parto.

Antes do governo Bolsonaro, havia uma trajetória de embates entre o MS e órgãos representativos da classe médica. Podemos citar como exemplo a campanha “SUS sem Racismo”, de 2014, que incentivava os usuários do SUS a denunciarem casos de racismo no serviço público. O CFM respondeu à campanha produzindo uma nota de repúdio, afirmando que o MS insinuava que o médico era responsável por discriminar pacientes pela raça. Outro exemplo se deu nos primeiros meses da gestão Bolsonaro, em fevereiro de 2019, com a publicação, pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), de uma resolução que proibia médicos de aderirem ao plano de parto – iniciativa recomendada pela OMS e defendida pelo MS nas gestões anteriores a 2019, como um direito da gestante (BULHÕES; CAMPOS; BARBOSA, 2020).

Já durante a gestão de Bolsonaro, percebe-se uma mudança no discurso do MS, evidenciando uma aliança entre o discurso dos órgãos de classe médicos e do governo federal. O despacho ministerial que interdita a expressão “violência obstétrica” denuncia essa nova filiação ideológica, demonstrando uma ruptura da pasta em relação ao que defendia nas últimas décadas sobre o tema da assistência ao parto. Após a publicação do despacho, a ReHuNa realizou uma retrospectiva sobre

---

<sup>55</sup> Escrevemos essas análises em maio de 2022, no último ano do mandato que se iniciou em 2019, com a posse de Bolsonaro como presidente da República.



as políticas públicas formuladas pelo MS nos últimos anos e sua conclusão corrobora nossa interpretação, pois entende que

a atual gestão do MS, diferentemente, escolheu a corporação médica como “interlocutora privilegiada” para a elaboração do despacho, “desconsiderando todo um histórico de construção democrática e participativa das políticas públicas e atentando contra o princípio da impessoalidade ou imparcialidade, que deve orientar a gestão pública”. Para a organização, “nesse episódio o MS se prestou ao papel de aliado dessa parte da corporação médica que busca uma outra narrativa” (REHUNA, 2019 apud BULHÕES; CAMPOS; BARBOSA, 2020, p. 47-48).

Apesar de a extinção do termo “VO” ser compreendida como uma tentativa de silenciamento ou censura, ao entrelaçarmos teoria, descrição e interpretação, nos recordamos da obstinada contestação de Foucault a respeito da hipótese repressiva da sexualidade. De modo semelhante às tentativas de reprimir as discussões sobre sexualidade, tentar “abafar” a discussão em torno da VO produziu o efeito oposto, visto que só fez com que o debate pegasse fogo, gerando uma explosão discursiva sobre o assunto.

Chegando, enfim, à última SD selecionada para análise, apresentamos um segmento do parecer do CFM que conecta, mais uma vez, o discurso da autarquia à retórica bolsonarista:

**SD19: A expressão “violência obstétrica” tem produzido grande indignação** entre os obstetras, pois seu uso tem se voltado em desfavor da nossa especialidade, **impregnada de uma agressividade que beira a histeria**, e responsabilizando somente os médicos por todo ato que possa indicar violência ou discriminação contra a mulher (CFM, 2018, p. 2, grifos nossos).

Nesse recorte, assim como em trechos das SD2 (*médicos obstetras estão sendo estigmatizados e processados*) e SD12 (*demonização progressiva a que esta especialidade está sendo exposta*), quem está sofrendo as consequências da denominação “VO” é o médico. O sentimento despertado na classe médica em função disso é o de *indignação*. Há uma vertente da AD que se interessa pela relação entre os discursos e as emoções, por compreender que o discurso tematiza os afetos, encarna as sensibilidades e, portanto, os afetos, as paixões e as sensibilidades fazem parte da conformação da discursividade (PIOVEZANI, 2022a). Nessa vertente, a

*indignação* é descrita como um sentimento de raiva que move o sujeito, individual ou coletivo, contra as injustiças (SARGENTINI, 2022). Assim, para os obstetras, a nomenclatura “violência obstétrica” seria uma injustiça com a classe.

Outra emoção retratada na SD19 é a *agressividade* que estaria “impregnada” na expressão “VO”. Ao pensarmos em deslizamentos de sentido possíveis, *impregnar*, além do significado dicionarizado de “preencher”, “infiltrar”, “penetrar” (PRIBERAM, 2022), nos remete à palavra *pregnant*, adjetivo em inglês que descreve a mulher grávida, justamente ela a possível vítima de uma violência obstétrica – o ato, não a expressão linguística. Já a *agressividade*, que estaria direcionada à classe obstétrica pelo uso da designação “VO”, seria tamanha que beiraria a *histeria*. Sabemos que cabe ao analista do discurso encontrar as regularidades discursivas em meio à dispersão dos textos e, examinando a ordem do discurso, observamos que o uso produzido pelo CFM da palavra “histeria” associa-se a uma formação discursiva bolsonarista e representa, na linguagem, a formação ideológica que lhe é correspondente.

“Histeria” é vocábulo recorrente nas enunciações do presidente Bolsonaro e seus acólitos. É possível fazer essa constatação observando uma única entrevista concedida por Bolsonaro à rádio Tupi, a respeito da pandemia de Coronavírus, em março de 2020, ocasião em que o presidente fez uso da palavra “histeria”, ao menos, sete vezes<sup>56</sup>. Por exemplo:

Olha, a economia estava indo bem, fizemos algumas reformas, os números bem demonstravam taxa de juros lá embaixo, o risco, a confiança no Brasil, a questão de risco Brasil também. Então, estava indo bem. Esse vírus trouxe uma certa **histeria**.

A vida continua, não tem que ter **histeria**. Não é porque tem uma aglomeração de pessoas aqui ou acolá esporadicamente. Tem que ser atacado exatamente isso, tirar a **histeria**.

Agora, prejudica, eu vi, não sei se é verdade, que a nossa feira dos nordestinos está proibida de funcionar. Eu não sei, isso é uma **histeria**. Porque o cara não vai na feira do nordestino, ele vai na esquina ali comer um churrasquinho de gato, ou vai em um outro local qualquer e vai se juntar. Cara não vai ficar em casa. Então, essa **histeria** leva a um baque da economia. Alguns comerciantes acabam tendo problemas.

---

<sup>56</sup> Trechos da entrevista concedida por Bolsonaro podem ser acessados no portal de notícias do G1: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/03/17/bolsonaro-volta-a-falar-em-histeria-e-diz-que-aco-es-de-governadores-sobre-isolamento-prejudicam-a-economia.ghtml>

Pesquisadores acadêmicos como Saraiva e Zago (2021) e Calil (2021), que estudaram as declarações do presidente a respeito da pandemia, também destacaram o uso da expressão *histeria*, por parte do governante. Vejamos algumas falas de Bolsonaro, citadas pelos autores mencionados:

O que aconteceu por parte de uns profissionais do ministério dele, aquela **histeria**, aquele clima de pânico, que aconteceu há uns 40 dias. Agora, está no momento de colocar o pé no chão. Se destruir o vírus e destruir os empregos, vamos destruir o Brasil.

[...] o que tínhamos que conter naquele momento era o pânico, a **histeria**. E, ao mesmo tempo, traçar a estratégia para salvar vidas e evitar o desemprego em massa. Assim fizemos, quase contra tudo e contra todos. Grande parte dos meios de comunicação foram [sic] na contramão. Espalharam [sic] exatamente a sensação de pavor, tendo como carro-chefe o anúncio de um grande número de vítimas na Itália, um país com grande número de idosos e com um clima totalmente diferente do nosso. Um cenário perfeito, potencializado pela mídia, para que uma verdadeira **histeria** se espalhasse pelo nosso país.

O FDA americano e o Hospital Albert Einsten, em São Paulo, buscam a comprovação da eficácia da cloroquina no tratamento do covid-19. Nosso governo tem recebido notícias positivas sobre este remédio fabricado no Brasil e largamente utilizado no combate à malária, lúpus e artrite. [...] Sem pânico ou **histeria**, como venho falando desde o início, venceremos o vírus e nos orgulharemos de estar vivendo neste novo Brasil, que tem tudo, sim, para ser uma grande nação.

O que está errado é a **histeria**, como se fosse o fim do mundo. Uma nação como o Brasil só estará livre quando certo número de pessoas for infectado e criar anticorpos.

O contexto da pandemia não é o único cenário em que o vocábulo aparece, nem o presidente Bolsonaro é o único a utilizá-lo. A designação também apareceu, em março de 2022, na fala do vice-presidente Hamilton Mourão, sobre o aumento nos preços do combustível. Segundo ele, “essa questão do preço do petróleo é muita **histeria**, né?” (sic)<sup>57</sup>. Tendo em vista que as formações discursivas determinam o que pode e deve ser dito numa dada posição e conjuntura (PÊCHEUX, 2011), o uso da terminologia “histeria” nos recortes que expusemos parece compor uma formação discursiva cuja função é desqualificar certas situações, como a pandemia ou o

---

<sup>57</sup> É possível assistir à entrevista de Mourão no site de notícias G1: <https://g1.globo.com/politica/video/essa-questao-do-preco-do-petroleo-e-muita-histeria-ne-diz-mourao-10393840.ghtml>.

aumento do petróleo. Já no caso da VO, a desqualificação se daria em relação ao fenômeno em si e a seus interlocutores, interpelando as mulheres.

Avaliamos que a postura do CFM de desqualificação de quem defende a existência da VO está atrelada a uma estratégia da guerra cultural bolsonarista e é uma demonstração da retórica do ódio. Para Castro Rocha (2021, p. 185) “[...] a estigmatização caricatural do adversário autoriza o gesto último: a desumanização do outro, reduzido a papel de inimigo a abater”. Assim, as mulheres defensoras do reconhecimento da VO são retratadas de modo caricatural como “histéricas” e, portanto, não podem ser levadas a sério. É importante nos lembrarmos, como diria Foucault (2014), de que não é qualquer um que pode dizer qualquer coisa em qualquer tempo e que “há vários procedimentos que determinam quem pode e quem não pode falar, o que se pode e não se pode dizer e em que situações podemos ou não fazê-lo” (PIOVEZANI; ALVES, 2022, não paginado). Sobre isso, Bugalho acrescenta que

as palavras não são meras palavras também em função de seu enunciador, e quando brotam da boca do presidente do Brasil frases ofensivas que reforçam estereótipos, que ofendem, que demonizam, que segregam e que, em última instância, potencializam e legitimam a violência contra determinados grupos, então podemos ter certeza que, na encruzilhada da História, em algum momento, como Dante, perdemos “la diritta via”, e parece estarmos mesmo afundando no inferno (BUGALHO, 2020, p. 83).

As palavras, enunciadas pelo presidente da república, assim como por um órgão regulador da medicina, se inserem na ordem do discurso, se assentam sobre já-ditos e adquirem certa notoriedade em função mesmo do lugar de onde são proferidas: um lugar de poder. Assim, um dos procedimentos de controle do discurso sobre a VO, além da interdição por abolição, é taxá-lo (ou aos seus propagadores) de “histérico”. Gostaríamos de citar outros exemplos dessa tentativa de controle do discurso por desqualificação. O primeiro deles se deu no dia 21 de setembro de 2021, durante a CPI da Pandemia. Nessa ocasião, quando interrogado por Simone Tebet a respeito das negociações das compras de vacinas, o ministro Wagner Rosário, da Controladoria-Geral da União, chamou a senadora de “descontrolada” – designação tomada por Tebet como correlata de histérica. No dia seguinte, durante reunião da Comissão de Constituição e Justiça, Tebet se manifestou sobre o ocorrido:

Quando a mulher tenta, desde o início do século passado, buscar espaços de poder; quando ela abria a boca para divergir, era chamada de louca, **histérica** e exaltada. Toda vez que ousa enfrentar, ela é chamada de descontrolada. Essa palavra é inadmissível. É emblemática e não pode ser dirigida enquanto uma mulher está se posicionando e defendendo suas ideias<sup>58</sup>.

O segundo evento que destacamos envolve a visita da pesquisadora Judith Butler ao Brasil, no final de 2017 e, mesmo tendo ocorrido antes da eleição de Bolsonaro para presidente, já fornecia indícios do *zeitgeist*<sup>59</sup> político brasileiro. Para discutirmos esse exemplo, trazemos a manchete de uma matéria publicada no jornal *The Intercept* (GONÇALVES, 2017): *“Queimem a bruxa!” Visita de Judith Butler provoca manifestações nas ruas de São Paulo*. Na sequência da manchete, o comentário: *considerada “mãe” da ideologia de gênero pelos conservadores, filósofa fica no meio de embate ideológico*. O primeiro parágrafo da reportagem descreve a seguinte cena:

Aproveitando a passagem da feminista, lésbica, judia, ativista LGBT e teórica queer Judith Butler pelo Brasil, um grupo de direita se inspirou livremente na Idade Média para promover uma caça às bruxas em pleno 2017, fazendo uma queima simbólica da filósofa em um protesto em frente ao Sesc Pompeia, nesta terça (7), em São Paulo. Empunhando crucifixos, manifestantes atearam fogo em uma boneca vestida de bruxa com o rosto de Butler aos gritos de “queimem a bruxa!” (GONÇALVES, 2017, não paginado).

Selecionamos esses dois exemplos para debate – Tebet sendo taxada de “descontrolada” e Butler queimada simbolicamente como “bruxa” – mesmo que se situem separadamente no tempo (2021 e 2017) e no espaço (Brasília e São Paulo), para desenvolver o raciocínio de que há um discurso desqualificador da mulher sendo produzido e reproduzido, tanto por representantes da medicina tradicional hegemônica, quanto por membros do governo federal e que isso faz parte da guerra cultural em que estamos inseridos. Mesmo quando não há uma desqualificação explícita da mulher, o desmerecimento velado ou disfarçado de elogio é perceptível,

---

<sup>58</sup> A fala da senadora pode ser acessada no Portal de Notícias do Senado: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/09/22/ccj-presta-solidariedade-a-simone-tebet-por-caso-de-machismo>

<sup>59</sup> A palavra *zeitgeist*, de origem alemã, assim como a expressão francesa *l'esprit du temps*, designa o que Lacan chamou de “a subjetividade de uma época”, envolve uma multiplicidade de fatores comuns ao “espírito” de uma época. Ver mais em: PUJÓ, 2013.

como podemos observar na “homenagem” prestada pelo Procurador-Geral da República, Augusto Aras, ao Dia da Mulher, em 8 de março de 2022:

Este dia é um dia de homenagem à mãe, é um dia de homenagem às filhas, é um dia de homenagem à mulher. A mulher no seu sentido mais profundo, da sua individualidade, da sua intimidade. A mulher que tem o prazer de escolher a cor da unha que vai pintar. A mulher que tem o prazer de escolher o sapato que vai calçar. Pouco importa que tipo de escolha ela faça, porque essas maravilhosas mulheres que integram as nossas vidas e as nossas instituições são tão dedicadas a todas as causas em que se envolvem<sup>60</sup>.

Nesse mesmo dia, na cerimônia oficial de Comemoração do Dia Internacional da Mulher, batizada pelo governo federal de “Brasil prá elas, por elas e com elas”, realizada no Palácio do Planalto, Bolsonaro abriu seu discurso<sup>61</sup> dizendo que “se dependêssemos das mulheres, não teríamos guerras no mundo”, seguiu citando a passagem bíblica “porque assim como a mulher foi feita do homem, assim também o homem nasce da mulher e tudo vem de Deus”, falou sobre sua mãe, atrelou o papel da mulher à “família tradicional” e enunciou que “hoje em dia, as mulheres estão praticamente integradas à sociedade”. Podemos observar traços da concepção bélica de mundo de Bolsonaro e de sua retórica misógina, características que, assim como a “hipervirilidade”, foram atribuídas à discursividade bolsonarista analisada por Piovezani (2022b).

Voltando ao conceito de “histeria”, lembramos que seu nome deriva do grego – *hystera* – que significa útero e que foi Hipócrates, considerado o “pai” da medicina, quem introduziu o qualificativo “histérico” para designar um distúrbio que afetava o útero, no século IV a. C. De lá para cá, a noção de histeria sofreu transformações, mudou de aparência, mas sempre esteve referenciada ao discurso dominante, ainda que para contrapô-lo (JORGE; TRAVASSOS, 2021). Apesar de ter vestido disfarces diferentes conforme a época, um aspecto da histeria se conservou no tempo: ela “representou, ao longo da história, uma ameaça ao saber constituído – religioso, científico ou psicológico – sobre o sexo” (JORGE; TRAVASSOS, 2021, p. 128).

<sup>60</sup> Transcrição da fala de Augusto Aras, disponível no Portal de Notícias do UOL:

<https://noticias.uol.com.br/videos/2022/03/09/aras-diz-que-mulheres-tem-prazer-de-escolher-cor-das-unhas-discurso-vergonhoso-diz-botelho.htm>

<sup>61</sup> O discurso na íntegra encontra-se disponível no site do Planalto:

<https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/discursos/2022/discurso-do-presidente-da-republica-jair-bolsonaro-na-cerimonia-de-comemoracao-do-dia-internacional-da-mulher-brasil-pra-elas-por-elas-com-elas-palacio-do-planalto>

Um dos trajes com que a histeria desfilou por muitos anos, até ficar em frangalhos, foi o de bruxa. A filósofa feminista marxista Silvia Federici assume que a “caça às bruxas”, empreendida nos séculos XVI e XVII foi, de fato, uma caça às mulheres, que procuravam exercer controle sobre seus corpos e sua reprodução. Na análise empreendida por ela em *Calibã e a Bruxa*, a crise populacional dos séculos XVI e XVII (e não a fome, como defendia Foucault) na Europa foi o estopim para que a reprodução e o crescimento populacional se tornassem assuntos de Estado e objetos de controle pelo biopoder. Em uma época de apogeu do mercantilismo, em que predominava o desejo de aumentar a população em função da concepção de ser humano como “recurso natural” a serviço do Estado, os governos europeus redefiniram os crimes reprodutivos e passaram a aplicar punições mais severas para os casos de aborto, infanticídio e contracepção (FEDERICI, 2017).

De acordo com Federici (2017, p. 118)

O resultado destas políticas, que duraram duzentos anos (as mulheres continuaram sendo executadas na Europa por infanticídio no final do século XVIII), foi a escravização das mulheres ao trabalho reprodutivo. Enquanto na Idade Média elas podiam usar métodos contraceptivos e haviam exercido um controle indiscutível sobre o parto, a partir de agora seus úteros se transformaram em território político, controlados pelos homens e pelo Estado: a procriação foi colocada diretamente a serviço da acumulação capitalista.

Gradualmente, as mulheres passaram a ser convertidas em bruxas: as parteiras; as mulheres que evitavam a concepção; as libertinas; as promíscuas; as prostitutas; as adúlteras; aquelas que utilizassem ervas abortivas, essas eram as “bruxas”. Travava-se uma guerra contra as mulheres para que o capitalismo e o sistema patriarcal pudessem se estabelecer. A caça às bruxas foi um ataque à resistência das mulheres contra o capitalismo e contra o poder que elas obtiveram em virtude de sua sexualidade. Ela acabou com anos de conhecimento sobre sexualidade e reprodução, pois destruiu os métodos usados para controlar a procriação, entendidos como diabólicos, e institucionalizou o controle do Estado sobre o corpo feminino (FEDERICI, 2017). Aliado ao Estado, o saber médico também se apoderou do corpo feminino:

Com a perseguição à curandeira popular, as mulheres foram expropriadas de um patrimônio de saber empírico, relativo a ervas e remédios curativos, que haviam acumulado e transmitido de geração a geração – uma perda que abriu o caminho para uma nova forma de cerceamento: o *surgimento da medicina profissional*, que apesar de suas pretensões curativas, erigiu uma muralha de

conhecimento científico indisputável, inacessível e estranho para as “classes baixas”. *A substituição da bruxa e da curandeira pelo doutor* levanta a questão sobre o papel que o surgimento da ciência moderna e da visão científica do mundo tiveram na ascensão e queda da caça às bruxas (FEDERICI, 2017, p. 364, grifos nossos).

Em uma perspectiva oposta à de Foucault, a quem a autora acusa de traçar uma *História da Sexualidade* genérica<sup>62</sup>, sobre a hipótese repressiva da sexualidade, Federici argumenta que “o discurso interminável sobre o sexo” foi usado a serviço da repressão, da censura e da rejeição da sexualidade feminina. Para a autora, a linguagem da caça às bruxas “produziu” uma mulher carnal e pervertida por natureza. Nesse período histórico, a acusação de bruxaria cumpria uma função equivalente à acusação de terrorismo nos dias de hoje (FEDERICI, 2017). Como posto por Federici (2017, p. 306):

A própria obscuridade da acusação – o fato de que era impossível comprová-la, ao mesmo tempo em que provocava o máximo horror – implicava que pudesse ser utilizada para castigar qualquer forma de protesto, com a finalidade de gerar suspeita inclusive sobre os aspectos mais corriqueiros da vida cotidiana.

Foi somente com a identificação das feministas com as bruxas que a caça às bruxas saiu da clandestinidade da história e recebeu relevância como parte da luta de classes (FEDERICI, 2017). Como mencionamos, a histeria usou muitos disfarces ao longo da história e, “considerada bruxa e herege pela Igreja católica, a histérica foi queimada viva nas fogueiras da Inquisição, para mais tarde encontrar um lugar de doente mental nos compêndios de psiquiatria” (JORGE; TRAVASSOS, 2021, p. 55). Com o passar do tempo, “o termo ‘histeria’ adquiriu popularmente uma acepção pejorativa, passando a designar com desprezo o que é visto como excessivo no feminino” (JORGE; TRAVASSOS, 2021, p. 15).

A histeria sempre desafiou o saber dominante e a forma de tratá-la é vista por alguns autores, inclusive, como “o índice de uma cultura” (MELMAN *apud* JORGE; TRAVASSOS, 2021, p. 55). A bruxa – a mulher que procurava controlar seu corpo e sua reprodução – representou uma ameaça aos primeiros passos de consolidação de uma sociedade capitalista/patriarcal e, portanto, precisou ser queimada, silenciada, eliminada. A parturiente, que enseja denunciar a existência de uma violência na

---

<sup>62</sup> A autora utiliza o adjetivo “genérica” para frisar que Foucault estudou a sexualidade a partir de um sujeito indiferenciado, de gênero neutro, desconsiderando as consequências diferentes para homens e mulheres.



assistência ao parto, é tomada como uma ameaça ao saber da medicina e, portanto, precisa ser desacreditada. Podemos não acusar mais uma mulher de bruxaria, mas rotulá-la de histérica quando não se submete às prescrições da medicina tradicional hegemônica talvez cumpra um efeito equivalente de estigmatização. A bruxa era a histérica de ontem. A parturiente que denuncia a VO é a histérica de hoje.

A atribuição do rótulo da “histeria” como procedimento do controle do discurso, do modo como a teorizamos, se relaciona ao que Solnit (2017, p. 134, grifo nosso) apelida de “impulso de descartar”, fenômeno que ela afirma ocorrer com o homem quando uma mulher diz algo que o contradiga: “o que me interessa, em parte, é esse **impulso raivoso de descartar**, desconsiderar, e com que frequência ele desliza quase exatamente para essa mesma incoerência ou **histeria** de que as mulheres são tão acusadas”. Para a autora, esse impulso de descartar faz com que a reação do homem seja não apenas a de questionar o que uma mulher afirma, mas também sua capacidade e seu direito de falar.

Sobre quem pode dizer o quê e em quais circunstâncias, faremos um paralelo sobre o que “pode” ou não ser dito em casos de violência, como estupro, abuso infantil e guerras, conforme abordado por Solnit (2017) ao destacar o trecho a seguir do livro *Trauma and Recovery*, de Judith Herman:

O segredo e o silêncio são a primeira linha de defesa do agressor. Se o segredo falhar, o perpetrador ataca a credibilidade da vítima. [...] Quanto mais poderoso for o perpetrador, maior a sua prerrogativa de nomear e definir a realidade, e mais completamente irão prevalecer os seus argumentos (HERMAN, sem ano *apud* SOLNIT, 2017, p. 147).

Como postulamos anteriormente, a VO foi considerada uma discursividade a ser combatida e, portanto, deveria ser eliminada enquanto expressão linguística. Na insuficiência dessa interdição, que relacionamos ao silêncio abordado na citação anterior, outra forma de controlar o discurso é desqualificar seus porta-vozes. Se o poder se associa à credibilidade do enunciador e a ordem do discurso é responsável pela conservação das coisas ditas no tempo, nessa guerra discursiva, que poder terá a vítima de VO de se fazer ouvir, especialmente sendo mulher e, ainda mais, histérica?

Nesse sentido, a socióloga nigeriana Oyèrónkẹ Oyěwùmí aborda a lógica da cultural ocidental – batizada por ela de “bio-lógica” – que faz com que homens e mulheres sejam percebidos como criaturas essencialmente diferentes em função dos corpos que habitam. Para ela, “se as mulheres estão na sala de parto ou na sala de

reuniões, sua essência é utilizada para determinar seu comportamento. Em ambas as arenas, então, o comportamento das mulheres é, por definição, diferente dos homens” (OYĚWÙMÍ, 2021, p. 74). Nessa guerra discursiva, estamos em meio a uma batalha sobre a quem será concedido o direito de falar e o direito de merecer crédito (SOLNIT, 2017) e sobre a credibilidade, Oyěwùmí cita Smith, que é incisiva: “o corpo de um homem confere credibilidade a seus enunciados, enquanto o corpo de uma mulher o afasta dos dela” (SMITH *apud* OYĚWÙMÍ, 2021, p. 34).

À medida que nos aproximamos do final de nossa discussão, gostaríamos de ousar uma derradeira elucubração sobre as condições de produção que permitiram a emergência de um ato de abolição de uma expressão linguística. Para tanto, é preciso que, primeiramente, nos lembremos de outra característica marcante da histeria: sua disseminação psíquica. De acordo com Jorge e Travassos (2021), a sensibilidade ao contágio é um traço fundamental da histeria e essa peculiaridade explica os diversos surtos coletivos de histeria em diferentes épocas e lugares, como surtos de bruxaria ou de abduções alienígenas, por exemplo. Ao estudarem as “epidemias” de histeria na história – a *hystoria* – como eles brincam, Jorge e Travassos (2021) destacam que a palavra “epidemia”, nessas circunstâncias, não é empregada para patologizar, mas como uma forma metafórica de explicar um “fenômeno de disseminação acentuada e rápida de um tipo de comportamento ou ideia” (JORGE; TRAVASSOS, 2021, p. 108).

Os autores supracitados levantam a hipótese de que uma manifestação atual de histeria coletiva – uma epidemia de histeria moderna – explicaria o aumento de casos de “incongruência de gênero”<sup>63</sup>. Nós não necessariamente concordamos com essa teoria, mas a utilizamos para ilustrar que epidemias de histeria ainda ocorrem nos dias de hoje. Um exemplo relativamente recente se deu em Recife, quando no dia 8 de abril de 2022, vinte e seis alunos de uma escola estadual precisaram ser socorridos pelo SAMU, por apresentarem sintomas como: falta de ar, tremores, sudorese, saturação baixa, “crises de choro” e taquicardia (COUTINHO, 2022). Uma reportagem no site de notícias G1 informou que

---

<sup>63</sup> A incongruência de gênero é um fenômeno em que o sexo biológico é diferente do gênero experimentado por uma pessoa.

a crise de ansiedade desencadeou uma reação em cadeia que percorreu várias turmas da escola. Em poucos minutos, alunos de outras salas de aula começaram a gritar, e seus gritos podiam ser ouvidos pelos corredores, segundo estudantes que presenciaram o ocorrido (G1, 2022, não paginado).

Para Jorge e Travassos (2021), a sugestionabilidade e o contágio por identificação estariam no cerne das epidemias de histeria, o que explicaria inclusive a “a crise de ansiedade” (ou a histeria coletiva) que se espalhou pela escola recifense. Os autores adicionam, ainda, um ingrediente contemporâneo para se produzir epidemias de histeria: a internet. Para eles, “a capacidade de difusão das mídias sociais e eletrônicas, incomparável ao que se passava em outras épocas, é um fator de enorme peso na disseminação dos ‘quadros’” (JORGE; TRAVASSOS, 2021, p. 112). Além disso, “no mundo da internet em que vivemos, a transmissão planetária de informações produz um contágio psíquico jamais observado” (JORGE; TRAVASSOS, 2021, p. 154).

Levando em consideração os fatores abordados nesses últimos parágrafos – a existência de “epidemias” atuais de histeria, o poder da sugestionabilidade e a “viralização” permitida pela internet – postulamos que o bolsonarismo se assemelha a uma manifestação atual de histeria coletiva, disseminada pelas redes sociais e que influenciou o discurso da medicina hegemônica, representada pelo CFM. Aderir ao bolsonarismo, entendido por nós como histeria coletiva, é um processo que se dá de forma voluntária e por autoidentificação. A adesão identificatória maciça não é patológica em si mesma, mas pode assumir um caráter excessivo (JORGE; TRAVASSOS, 2021), como no caso do bolsonarismo. Castro Rocha (2021, p. 85, grifos no original) elabora um entendimento parecido quando afirma que a manipulação mental provocada pela retórica do ódio promove uma “*adesão irrestrita à palavra oracular*”. Encontramos, também, um artigo de opinião, escrito três dias antes da vitória de Bolsonaro no segundo turno das eleições de 2018, que reforça nossa premissa ao se utilizar de Freud, Jung e Adorno para tentar explicar o que leva alguém a seguir o bolsonarismo: “É **histeria coletiva** (ou delírio coletivo) decorrente de hipnose coletiva. É passividade diante da conjuntura histórica” (SOUZA, 2018, não paginado).

É curioso observar que “as impressionantes epidemias de histeria contemporâneas são tão mais surpreendentes porquanto se produzem agora, aqui e ali, sob nossos olhos e suscitam investigação” (JORGE; TRAVASSOS, 2021, p. 114).

É importante, ainda, lembrar o que nos alerta Castro Rocha e não pintar a caricatura do bolsonarismo, mas sim ensinar sua caracterização. Ao atribuirmos um tom caricatural ao bolsonarismo corremos o risco de reproduzir a retórica do ódio, desqualificando a alteridade, em vez de tentar compreendê-la, menosprezando-a em vez de levá-la a sério. Portanto, reiteramos que nossa leitura do bolsonarismo como histeria coletiva não se dá na direção de patologizar ou desdenhar a mentalidade e a discursividade bolsonaristas. Nosso intuito, ao identificar o bolsonarismo enquanto histeria coletiva, não se dá pelo “impulso de descartar” ou pela gana da redução do outro a inimigo, se não estaríamos nos embrenhando pelo mesmo caminho que a medicina tomou ao rechaçar o que considerou “histérico”, pois “como suas queixas nada significam para o discurso médico, ele [o “histérico”] sempre recebeu a resposta: ‘Você não tem nada!’” (JORGE; TRAVASSOS, 2021, p. 25).

Para nós, o bolsonarismo, como histeria coletiva, não pode ser reduzido ao nada, é relevante e precisa de nossa atenção. Como pontuado por Pinheiro-Machado (2019, p. 83), estamos em meio a uma guerra discursiva, cujas armas são as palavras, estátuas e símbolos, “é uma guerra pelo estabelecimento de novos discursos”. Entrelaçando as noções de que o útero é matriz da vida; de que o discurso é matriz de produção de sentidos; e de que a histeria é matriz de compreensão do discurso dominante, no polo que ocupamos nessa guerra, o discurso que desejamos propagar é um discurso feminino e feminista. É um discurso que luta para que a mulher seja ouvida e para que a histeria seja ressignificada.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um texto feminino não pode ser nada menos do que subversivo: se ele se escreve, é erguendo, vulcânico, a velha crosta da propriedade, portadora dos investimentos masculinos, e não de outra forma; não há lugar para ela se ela não é um ele? Se ela é ela-ela, é somente quebrando tudo, despedaçando os alicerces das instituições, explodindo com a lei, contorcendo a “verdade” de rir (CIXOUS, 2022, p. 68).

O despacho do Ministério da Saúde, expedido nos primeiros meses do governo Bolsonaro, foi o propulsor da nossa investigação. A leitura do despacho, na ocasião de sua publicação, despertou o desejo de compreender o que teria levado um órgão governamental a se posicionar de modo a abolir uma expressão linguística. O que começou como curiosidade e inquietação se transformou, aos poucos, no esboço de uma pergunta de pesquisa: quais foram as condições de produção que culminaram com a interdição da expressão “violência obstétrica”?

Esse questionamento nos direcionou a algumas leituras: a cobertura da mídia sobre o assunto; o parecer do Conselho Federal de Medicina, que precedeu o despacho; as notas de apoio e de repúdio de diferentes setores da sociedade; as recomendações do Conselho Nacional de Direitos Humanos, do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério Público Federal; a resposta expedida pelo Ministério da Saúde ao Ministério Público Federal; os projetos de lei e legislações vigentes sobre VO; entre outras. Para subsidiar nossas discussões e análises, recorreremos a publicações acadêmicas sobre VO e percebemos que precisaríamos “voltar no tempo” para compreender elementos anteriores ao surgimento da denominação “VO”.

Ao dividirmos a dissertação em duas partes, nos dedicamos, primeiramente, a “percorrer o corpo” com o olhar de curiosidade de quem investiga a relação entre a mulher, a medicina e a obstetrícia. Através de Foucault, percebemos a relação entre o nascimento da clínica médica moderna e o surgimento da obstetrícia enquanto especialidade. No primeiro capítulo desta dissertação procuramos atender ao objetivo de pensar em elementos que poderiam compor uma genealogia da obstetrícia. Neste contexto, o século XVIII demonstrou ser um período relevante para a temática que estudamos, pois nessa época a medicina moderna “nasceu”, o poder soberano deu

lugar ao biopoder e o sexo passou para o centro dos discursos, começando a ser gerido pelo Estado, com ajuda e legitimação da medicina.

A colocação do sexo em discurso é defendida por Foucault (2019a) de modo a combater a hipótese repressiva dos discursos sobre sexo. Aliás, ao contrário de uma interdição, o sexo passou a ser revestido de racionalidade: era preciso administrá-lo, contabilizá-lo (FOUCAULT, 2019a). Nesse sentido, a medicina, através da biopolítica, assumiu o controle sobre os corpos, ditando o que é normal ou não (ALVES *et al.*, 2019). O controle dos corpos individuais e do coletivo da população instaurou um novo mecanismo de gestão da vida: o biopoder. Na modernidade, essa forma de poder sobre a vida não é mais exercida por uma figura como o soberano, mas por uma forma de saber-poder como a medicina. Quem decide o valor da vida são os médicos, cientistas e juristas (AGAMBEN, 2007). Foi sobre isso que falamos no segundo capítulo, quando nos detivemos na relação entre sexualidade e poder médico.

O valor da vida engloba, também, a produção de novas vidas: as práticas reprodutivas. Quando a medicina toma para a si o controle da sexualidade, esse campo de saber apresenta à sociedade a mulher “histérica” e o útero passa a ser o ponto de fixação dos discursos (FOUCAULT, 2019a). Inspirada nas ideias de Foucault sobre o dispositivo da sexualidade e de Agamben sobre o *homo sacer*, Nielsson (2020) argumenta existir um dispositivo da reprodutividade que produziria vidas femininas precárias, reduzindo a mulher ao seu útero. Esse dispositivo seria o responsável pela transformação de um órgão em uma função social, marcando ainda mais o determinismo biológico que sustenta discursos naturalistas sobre o papel da mulher na sociedade.

Ainda no segundo capítulo, pensando no lugar atribuído à mulher no que diz respeito à reprodução social, apresentamos formas contemporâneas de controle do corpo feminino. Entre elas destacamos as práticas de reprodução assistida, os tratamentos para infertilidade, o Estatuto do Nascituro e a exigência de consentimento do cônjuge para colocação de DIU, por parte de planos de saúde. Na terceira parte do segundo capítulo, propusemos uma reflexão sobre como a dor “inerente” ao parto se transformou, passando a ser acompanhada da dor da violência na assistência obstétrica. Pontuamos, por fim, como o movimento de humanização do parto no Brasil se consolidou acompanhado do crescimento da VO.

No final da primeira seção, ainda “percorrendo o corpo”, esboçamos aspectos do contexto em que “nasceu” a expressão “VO”. Para dar maior visibilidade ao

fenômeno e auxiliar em seu reconhecimento, apresentamos um quadro com diferentes condutas que tipificam situações de violência na assistência perinatal. Inspirados em Castro Rocha (2021), ensejamos realizar uma caracterização da VO, procurando nos afastar do aspecto caricatural e pejorativo que, algumas vezes, acompanha sua descrição.

Através do dispositivo teórico-metodológico da AD de vertente francesa e, amparados nas considerações tecidas ao longo da primeira seção, passamos a percorrer analiticamente o *corpus* na segunda parte da dissertação. Foi na seção II que nos dedicamos aos objetivos de: investigar, a partir de Foucault, a relação entre discurso e ordem, pensando em procedimentos de exclusão ligados ao campo de saber, que sustentam a noção de interdição no/do discurso; e analisar como foi formulado o gesto de interdição da palavra, por parte do CFM e do MS, articulando as relações entre discurso, poder, saber médico e governamentalidade.

Ao analisarmos as SDs que extraímos do *corpus* e relacioná-las a outros documentos e elementos teóricos, constatamos a existência de um alinhamento ideológico entre o CFM e o governo federal, representado tanto pela figura do presidente Bolsonaro quanto pelo MS. As regularidades discursivas encontradas revelam um rechaço comum quanto aos movimentos sociais e feministas e uma forte crítica aos governos de esquerda. Recorremos, em alguns momentos, ao contexto de enfrentamento à COVID-19 para traçar paralelos entre a retórica bolsonarista e a retórica médica, posto que, na pandemia, o presidente foi o porta-voz de um discurso em defesa da autonomia médica. Trazendo a discussão para a VO, a defesa enfática da autonomia médica se fez presente nas análises do *corpus*, sendo detectada uma grande tensão entre a autonomia do médico e a autonomia da mulher. Concebemos que o poder médico e seu lugar de fala, enquanto detentor de um saber especializado, se sobressai à autonomia da mulher. Em outros termos: a autonomia daquele que fala do lugar de autoridade se mostra soberana.

Um dos elementos que confere autoridade para o discurso do médico é o discurso da ciência. Sobre este assunto, constatamos que o CFM, de maneira mais explícita que o MS, adota o discurso da ciência com certa elasticidade, quando lhe é conveniente. Identificamos, também, que o CFM, de maneira parecida ao que faz o governo Bolsonaro, distorceu informações de artigos científicos para “adaptá-las” à narrativa que tentava propagar. Uma das explicações para isso é que a assistência ao parto está situada numa arena de conflitos políticos entre os grupos envolvidos

neste contexto, como a medicina tradicional hegemônica e os representantes do movimento de humanização. Um paradoxo que destacamos foi que o polo que tentou deslegitimar a VO, por não a considerar científica, não apoiou suas alegações na ciência, mas na “honra” médica, enquanto os representantes do polo oposto se preocuparam em embasar seus argumentos em estudos nacionais e internacionais.

Postulamos existir uma formação discursiva anticientificista e negacionista por parte do CFM, o que nos parece coerente tendo em vista o alinhamento ideológico entre a autarquia e o MS da gestão bolsonarista. Chegamos a essa formulação associando elementos do *corpus* a leituras de referências teóricas que permitiram entrelaçar a retórica presidencial de negação da pandemia à narrativa médica de negação da VO. Observamos que um aspecto relacionado ao negacionismo é a disputa pela “verdade” através da contestação de saberes que a ciência tinha como consensuais. No momento histórico em que vivemos, em que a realidade nos parece distópica, recorremos à ficção e à ideia orwelliana de “pretobrançar”, argumentando que Bolsonaro é a personificação da contradição de fatos concretos e da impossibilidade da existência de outros modos de pensar, que não os que ele defende. À semelhança da discursividade bolsonarista, o CFM poderia insistir obstinadamente que a VO não existe na tentativa de nos convencer disso.

A noção de consenso se fez presente em nossa discussão em alguns momentos, como quando discutimos a perspectiva de que uma das formas de manifestação do negacionismo ocorre pela quebra de consensos. A ausência de consenso sobre a VO foi uma das alegações ministeriais que procuramos questionar, pois apesar de não haver uma definição singular sobre o assunto, o consenso nas publicações que estudamos é que a VO existe e merece atenção. Ainda sobre o consenso, realizamos um contraponto entre as ideias de Orlandi (2010) e Velasquez (2021), pois a primeira afirma que a fabricação do consenso segrega aqueles que não se identificam com o que supostamente seria consensual; e a segunda afirma que, apesar do esforço para se chegar a um consenso sobre o que define a VO, o caráter subjetivo dessa experiência faz com que ela não seja apreendida da mesma forma por diferentes mulheres.

Concordamos com Diniz, Aguiar e Niy (2021, p. 292) que “o tema da violência obstétrica nunca foi tão político como no momento atual” e acreditamos que um dos motivos para isso é a inserção da VO no contexto da guerra cultural que vivemos. É em função da guerra cultural que o médico é comparado ao soldado desvalorizado no



*front* da assistência obstétrica e que a narrativa médica se converte em narrativa bélica, reverberando o discurso da guerra cultural bolsonarista. Nessa guerra cultural “à *la Bolsonaro*”, uma das armas é a linguagem, mais especificamente, a “retórica do ódio”, entendida tanto como técnica, quanto como “sistema de crenças” que inviabiliza a pluralidade de pensamentos e demanda a adesão à palavra oracular (CASTRO ROCHA, 2021).

O principal propósito da retórica do ódio é eliminar simbolicamente o outro e, em nossa visão, a expressão “violência obstétrica” foi eleita a inimiga a ser aniquilada. Enfatizamos que o ato de abolir uma expressão linguística poderia refletir o extravasamento da retórica para a prática, de uma luta discursiva para uma luta extradiscursiva. Se o discurso é aquilo pelo que se luta, a derrubada de uma expressão linguística pode ser o primeiro *round* de outros cerceamentos concernentes à violência sofrida pela mulher. Começa-se interditando a língua, disputando a narrativa, ofuscando o acontecimento material da VO, para então avançar no campo extralinguístico: revogar as leis que a fiscalizam, por exemplo. Percebendo afinidades entre as ideias de Castro Rocha (2021) sobre a guerra cultural bolsonarista e as elucubrações foucaultianas sobre a guerra de raças, depreendemos que, se a guerra cultural visa aniquilar o que é diferente, o Estado (representado pelo MS) se prestou ao papel de cúmplice do saber médico hegemônico ao validar uma política de aniquilação linguística.

Ponderamos que tanto a guerra quanto o consenso, entendidos como formas possíveis de governar, dão a tônica à governamentalidade bolsonarista, à frente do MS e alinhada ao CFM. O consenso, ou no caso específico da VO, a alegada “falta de consenso” é acionada como argumento para combater o uso da expressão e a guerra cultural é o meio pelo qual se procura silenciar o que é diferente. Se a guerra cultural implica a disputa de valores, com base na suposta superioridade dos princípios deste ou daquele grupo (CASTRO ROCHA, 2021), os princípios da soberania médica e bolsonarista seriam superiores aos dos movimentos de mulheres e de setores progressistas de esquerda.

Um dos motivos que levou o MS a recomendar a abolição do termo “VO” foi considerar que ele não agrega valor. Em nossa análise, elaboramos a premissa de que um dos fatores que atribuiria “valor” à VO, na visão do MS, seria a intenção de causar danos. Parece-nos que, para o MS, uma situação somente pode ser reconhecida como VO se houver a intenção do perpetrador de provocar danos. Nesse

ponto, o MPF, em sua recomendação ao MS, entende que o órgão ignora a existência do dolo eventual como parte da intencionalidade da conduta. Para nós, o que interessa sobre este elemento não é a presença ou ausência de intenção na prática de um ato violento, mas sim o entendimento da AD de que a *intenção* de um indivíduo é insignificante, pois o que conta é a relação de sentidos que se estabelece e que está inserida em um contexto social e histórico (ORLANDI, 2003). Ou seja, “os sentidos não estão só nas palavras, nos textos, mas na relação com a exterioridade, nas condições em que eles são produzidos e que não dependem só das intenções dos sujeitos” (ORLANDI, 2020, p. 28).

Em nosso dispositivo analítico, não procuramos desvendar qual foi a *intenção* do CFM ou do MS ao se posicionarem da maneira que fizeram, pois há uma trama de sentidos que escapa à intencionalidade e revela dizeres e ideologias (CAMPO; DELANOY, 2019). Assim, não nos propusemos a analisar a intenção do médico, enquanto indivíduo, ao falar (ou se recusar a falar) sobre a VO, mas sim a compreender as condições de produção que levaram à emergência de um discurso da medicina hegemônica, reproduzido posteriormente pelo governo federal, que conferiu à VO o status de discursividade a ser combatida, recomendando sua eliminação enquanto expressão linguística.

Ao posicionarmos o discurso do MS sobre a VO em relação com a história e com outros discursos, analisando como foi formulado o gesto de interdição e de que modo essa formulação apontou para as relações entre discurso, poder, saber médico e governamentalidade, interpretamos que houve uma mudança de filiação ideológica por parte da gestão atual do governo federal, representada pelo Ministério da Saúde. Em outras palavras, nas gestões anteriores, o discurso do MS se mostrava filiado a uma formação ideológica que valorizava a medicina baseada em evidências e o discurso científico, bem como legitimava o discurso de movimentos como o da humanização do parto.

Apesar de a extinção do termo “VO” ser compreendida como uma tentativa de silenciamento ou censura, ao entrelaçarmos teoria, descrição e interpretação, nos recordamos da obstinada contestação de Foucault a respeito da hipótese repressiva da sexualidade. De modo semelhante às tentativas de reprimir as discussões sobre sexualidade, tentar “abafar” a discussão em torno da VO produziu o efeito oposto, visto que só fez com que o debate pegasse fogo, gerando uma explosão discursiva sobre o assunto.

A última SD selecionada para a análise, extraída do parecer do CFM, apresentava um vocábulo que nos “hipnotizou” e rendeu algumas reflexões: histeria. Quando abordamos a “histerização do corpo da mulher”, identificada por Foucault como uma das formas de regulação da sexualidade feminina, no capítulo inicial desta dissertação, nos demos conta da centralidade do útero na discussão sobre o sexo e a procriação. Ao constatarmos a *indignação* do CFM, com a designação “VO”, que estaria *impregnada de uma agressividade que beira a histeria*, recorremos à vertente da AD que estuda a relação entre os discursos e as emoções. Como a indignação é compreendida como um sentimento de raiva contra as injustiças (SARGENTINI, 2022), postulamos que, para os obstetras, a nomenclatura “VO” seria uma injustiça com a classe. Cabe ao analista do discurso encontrar as regularidades discursivas em meio à dispersão dos textos e, examinando a ordem do discurso, observamos que o uso produzido pelo CFM da palavra “histeria” associa-se a uma formação discursiva bolsonarista e denuncia, na linguagem, a formação ideológica que lhe é correspondente.

Para defender nossos argumentos, destacamos algumas falas de Bolsonaro em que o vocábulo “histeria” se fez presente. O uso produzido pelo governante da palavra “histeria” é claramente pejorativo e é consonante com sua retórica misógina. Tendo em vista que as formações discursivas determinam o que pode e deve ser dito numa dada posição e conjuntura (PÊCHEUX, 2011), o uso da terminologia “histeria” nos recortes que expusemos parece compor uma formação discursiva cuja função é desqualificar certas situações, como a pandemia ou o aumento do petróleo. Já no caso da VO, a desqualificação se daria não apenas em relação a essa forma de violência, mas também estaria dirigida a seus porta-vozes.

Em nosso entendimento, a postura do CFM de desqualificação de quem defende a existência da VO, seja como fenômeno, seja como vocábulo, está atrelada a uma estratégia da guerra cultural bolsonarista e é uma demonstração da retórica do ódio, posto que “[...] a estigmatização caricatural do adversário autoriza o gesto último: a desumanização do outro, reduzido a papel de inimigo a abater” (CASTRO ROCHA, 2021, p. 185). As mulheres defensoras do reconhecimento da VO são retratadas de modo caricatural como “histéricas” e, portanto, não podem ser levadas a sério. As palavras, enunciadas pelo presidente da república, bem como pelo CFM, se inserem na ordem do discurso, se assentam sobre já-ditos e adquirem certa notoriedade em função mesmo do lugar de onde são proferidas: um lugar de poder. Assim, um dos

procedimentos de controle do discurso sobre a VO, além da interdição por abolição, é taxá-lo (ou aos seus propagadores) de “histórico”.

Saindo do contexto da VO, fornecemos dois exemplos contemporâneos de situações em que mulheres notórias em seus respectivos campos foram taxadas de designações correlatas à “histórica”: Simone Tebet, a “descontrolada”; e Judith Butler, a “bruxa”. A partir dos estudos de Jorge e Travassos (2021), comentamos que a histeria sempre esteve atrelada ao saber dominante, porém, recebendo diferentes denominações conforme a época. No final do século XVIII, período central em nossa discussão teórica, as mulheres foram convertidas em bruxas. Com o intuito de cercear a sexualidade feminina, submetendo-a ao Estado e ao saber médico, para que o sistema capitalista e patriarcal pudesse se estabelecer, travou-se uma guerra contra as mulheres ou, nas palavras de Federici (2017), uma “caça às bruxas”.

A bruxa – a mulher que procurava controlar seu corpo e sua reprodução – representou uma ameaça aos primeiros passos de consolidação de uma sociedade capitalista/patriarcal e, portanto, precisou ser queimada, silenciada, eliminada. A parturiente, que enseja denunciar a existência de uma violência na assistência ao parto, é uma ameaça ao saber da medicina e, portanto, precisa ser desacreditada. Podemos não acusar mais uma mulher de bruxaria, mas rotulá-la de histórica quando não se submete às prescrições da medicina tradicional hegemônica talvez cumpra um efeito equivalente de estigmatização. A bruxa era a histórica de ontem. A parturiente que denuncia a VO é a histórica de hoje.

A atribuição do rótulo da “histeria” como procedimento do controle do discurso, do modo como a teorizamos, se relaciona ao que Solnit (2017) apelida de “impulso de descartar” e que associamos à “retórica do ódio”. Apesar de o primeiro ser uma prática efetuada por um homem em relação a uma mulher e o segundo não possuir relação com o gênero, ambos têm a intenção de aniquilação do discurso alheio. Como postulamos anteriormente, a VO foi considerada uma discursividade a ser combatida e, portanto, deveria ser eliminada enquanto expressão linguística. Na insuficiência da interdição por silenciamento, outra forma de controlar o discurso é desqualificar seus porta-vozes. Se o poder se associa à credibilidade do enunciador e a ordem do discurso é responsável pela conservação das coisas ditas no tempo, nessa guerra discursiva, estamos em meio a uma batalha sobre a quem será concedido o direito de falar e o direito de merecer crédito (SOLNIT, 2017).

Uma última elucubração que nos arriscamos a produzir, ao final das análises do *corpus*, associou o bolsonarismo a uma manifestação contemporânea de histeria coletiva, disseminada pelas redes sociais e que influenciou o discurso da medicina hegemônica. Deprendemos essa formulação dos elementos apontados por Jorge e Travassos (2021) como necessários à conformação das “epidemias” de histeria coletiva atuais, como a sugestionabilidade e o contágio por identificação. Além desses ingredientes, a internet dá o toque final para a rápida disseminação dos quadros. Castro Rocha (2021) também reconhece a importância de manter as massas digitais mobilizadas para o sucesso da governamentalidade bolsonarista. O autor acrescenta que “a sociedade brasileira encontra-se em transe: o espaço público foi sitiado por uma sucessão de muros tão altos como as convicções são irredutíveis” (CASTRO ROCHA, 2021, p. 22).

Nosso intuito, ao identificar o bolsonarismo enquanto histeria coletiva, não se dá pelo “impulso de descartar” ou pela gana da redução do outro a inimigo. Para nós, o bolsonarismo, como histeria coletiva, é relevante e precisa de nossa atenção. Estamos em uma guerra discursiva em que o discurso é, de fato, aquilo pelo que lutamos e, em nosso polo nessa batalha, desejamos propagar um discurso feminino e feminista, um discurso que luta para que a mulher seja ouvida. Se histeria deriva de *hystera* – útero – matriz da vida, como pode o adjetivo “histórico” servir para desqualificar algo? Se a forma como tratamos a histeria reflete o índice de nossa cultura, o que dizer do desprezo com que a terminologia e suas correlatas têm sido empregadas no discurso bolsonarista e da medicina hegemônica? Defendemos, uma última vez, que taxar a VO de histeria e suas porta-vozes de históricas é uma forma de cerceamento do discurso e de desprezo do que é feminino. Defendemos que abolir a expressão “VO” foi uma tentativa de silenciamento que a transformou em discursividade a ser combatida. E sobre isso, repetimos: o tiro saiu pela culatra.

A princípio, quando delineávamos o *corpus* do trabalho, havíamos selecionado para análise o Parecer Nº 32/2018, do CFM; o Despacho SEI nº 9087621, do Ministério da Saúde; a Recomendação do MPF ao MS e o Ofício Nº 296/2019, do MS em resposta ao MPF. Contudo, conforme aprofundávamos a leitura desses materiais, avaliamos o que o último documento não trazia aspectos relevantes às análises, por se tratar de um ofício que se concentrou em listar para o MPF os programas governamentais desenvolvidos pela pasta na área da saúde da mulher. Deste ofício, pinçamos apenas a reiteração do MS em se abster de utilizar a expressão “VO” e o

reconhecimento da pasta de que a mulher tem o “direito legítimo” de usar o termo que melhor represente as experiências vivenciadas na assistência ao parto (BRASIL, 2019b).

Quando nos encontrávamos na reta final das análises, no final de maio de 2022, o MS lançou a nova versão da “Caderneta da Gestante”<sup>64</sup>. O setor responsável pela elaboração do documento foi o mesmo que produziu o despacho que analisamos: o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Em uma leitura dinâmica da caderneta, observamos elementos que ecoam com a distorção de fatos científicos que abordamos nesta dissertação, como a “informação” de que “a amamentação exclusiva já oferece uma proteção contra uma nova gravidez até os primeiros 6 meses” (BRASIL, 2022, p. 44) e a indicação de procedimentos assistenciais obsoletos, como a episiotomia.

A caderneta é escrita em uma linguagem que denuncia traços do determinismo biológico que reduz a mulher ao destino “natural” da reprodução, como no excerto que afirma que “enquanto o bebê se desenvolve, você também cresce como mulher” e no trecho que se refere ao parto como uma “chance de experimentar sensações e sentimentos que podem demonstrar sua grande força como mulher e mãe” (BRASIL, 2022, p. 2 e 31). A cartilha parece ignorar a subjetividade e a individualidade da experiência da gravidez, ao descrever o segundo trimestre da gestação como “um período de grande bem-estar”, com “sentimentos de plenitude e maior disposição” (BRASIL, 2022, p. 4). Na seção “O SUS e a cultura da paz nas maternidades”, alega-se que o “SUS acredita que fomentando a cultura da paz e da união nas maternidades, todos só tenham a ganhar!” (BRASIL, 2022, p. 32). Entendemos que esse documento pode ser um material relevante para futuras análises de discurso.

Um ponto sensível de nosso trabalho foi o cuidado para não nos engajarmos numa escrita ativista, mas sim nos mantermos numa objetividade corporificada, que se responsabiliza pelo conhecimento que constrói e, ao mesmo tempo, assume as parciaisidades do olhar. Fizemos isso levando em consideração que a “pretensa neutralidade do cientista é uma fantasia do poder e dela abdicar é um gesto de

---

<sup>64</sup> Assim que a caderneta foi publicada, fizemos o download do material para leitura posterior, visto que a nova versão do documento foi bastante criticada nos meios digitais, especialmente por movimentos feministas. No momento em que fomos incluir a caderneta na lista de referências da dissertação, o link para acesso ao documento havia sido excluído do portal do Ministério da Saúde e não conseguimos acessá-la através de outros sites, visto que todos direcionavam o usuário para o mesmo link do site do Ministério da Saúde.

honestidade intelectual” (DINIZ, 2019 *apud* PINHEIRO-MACHADO, 2019, p. 9). Em meio à guerra cultural e discursiva que nos encontramos neste momento histórico do Brasil, precisamos situar de que lado estamos e acreditamos que isso tenha ficado explícito neste trabalho. Também nos lembramos de Dante Alighieri e de sua “Divina Comédia”, posto que “os lugares mais sombrios do Inferno são reservados àqueles que se mantiveram neutros em tempos de crise moral”.

Como nossa inspiração foucaultiana nos acompanhou em boa parte deste trabalho, a soberania do olhar se fez presente, inclusive na nomeação das seções desta dissertação: nosso olhar percorreu o corpo e o *corpus*. Entretanto, quando nos aproximávamos do fim das análises, descobrimos o trabalho da socióloga nigeriana Oyèrónkẹ Oyěwùmí, “A invenção das mulheres”, que estremeceu nossas convicções e jogou luz sobre como, no Ocidente, o mundo é percebido principalmente pela visão e o corpo é o alicerce sobre o qual a ordem social é fundada. Em nossa cosmovisão ocidental, o corpo é percebido como o local e a causa de diferenças e hierarquias na sociedade, que então é vista como reflexo do legado genético (OYĚWÙMÍ, 2021). “O corpo está sempre em vista e à vista” e o olhar sobre o corpo se torna “um convite para diferenciar” (OYĚWÙMÍ, 2021, p. 28-29).

Essa diferenciação do homem e da mulher, a partir do olhar sobre seus corpos, estabeleceu oposições, como “homem da razão” e “mulher do corpo”. A concepção de que a biologia fornece a lógica para a organização social explica por que “dualismos como natureza/cultura, público/privado e visível/invisível são variações sobre o tema dos corpos masculinos/femininos hierarquicamente ordenados, diferencialmente colocados em relação ao poder, e espacialmente distanciados um do outro” (OYĚWÙMÍ, 2021, p. 35). Essa “bio-lógica” ocidental acabou pressupondo a existência da categoria social “mulher”, associada à oposição binária que entende que ser macho implica privilégio, ao passo que ser fêmea representa subordinação (OYĚWÙMÍ, 2021).

Nesta dissertação, nos referimos à “mulher” e às “mulheres”, como categoria social homogênea, colocando sob este agrupamento mulheres de diferentes idades, classes sociais e etnias. Por este motivo foi tão importante encontramos as brilhantes ideias de Oyěwùmí, para entrarmos em contato com nossa limitação ao falarmos sobre “a mulher”. Nesse sentido, é importante frisar que a assistência obstétrica brasileira é mais um dos contextos, entre tantos outros, em que se evidencia um racismo

estrutural e institucional (OLIVEIRA, 2019), que não esmiuçamos neste trabalho, mas que vem sendo debatido com dedicação pelo feminismo negro brasileiro.

Dentro dos movimentos feministas nacionais e internacionais, a linguagem tem um papel central na produção de sentidos que legitimam discursos e ações (ZOPPI FONTANA, 2021). Por este motivo, concordamos com Zoppi Fontana (2021, não paginado) que “nomear é produzir objetos e sujeitos discursivos a partir dos embates ideológicos que atravessam o interdiscurso”. Assim, é crucial falarmos sobre a violência obstétrica e nomearmos essa experiência, especialmente por se tratar de um tema delicado e contra hegemônico, que já provocou muita autocensura acadêmica (DINIZ; AGUIAR; NIY, 2021). É pensando na “força disruptiva do acontecimento discursivo” que precisamos *tomar a palavra*, resistir, insistir e insurgir, como nos incita Zoppi Fontana (2021, não paginado). No momento em que a mulher tomar a palavra, fará sua estrondosa entrada na história, sua escrita forjará para si uma arma *antilogos* e ela se tornará, enfim, parte ativa do processo político (CIXOUS, 2022).



## REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. **Homo sacer**: o poder soberano e a vida nua. 2ª reimpressão. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

AGUIAR, J. M. de; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, nov. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074912>. Acesso em: 18 maio 2021.

ALBUQUERQUE, L. **Glossário do feminismo**: entenda os termos usados pelo movimento. Guia do estudante. 8 out. 2020. Disponível em: <https://guiadoestudante.abril.com.br/estudo/glossario-feminismo-entenda-termos-usados/#:~:text=Mansplaining%3A%20foi%20criado%20pela%20escritora,j%C3%A1%20sabe%20sobre%20o%20assunto>. Acesso em: 05 mar. 2022.

ALMEIDA, A. B. de; THOMÉ, L. M. B. Violência obstétrica e os mecanismos de proteção jurídica no direito brasileiro. **Revista do Ministério Público do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, n. 87, p. 153-182, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://revistadomprs.org.br/index.php/amprs/article/view/191>. Acesso em: 2 maio 2021.

ALVES, A. P. W. et al. Biopolítica e Medicina Social em Foucault. **Revista Textos Graduated**, v. 5, n.1, p. 31-49, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/tg/article/view/22487>. Acesso em: 22 ago. 2021.

ANADEF. **Nota de repúdio**. 8 maio 2019. Site da Associação Nacional dos Defensores Públicos Federais. Disponível em: <https://www.anadef.org.br/noticias/ultimas-noticias/item/pec-da-defensoria.html>. Acesso em: 13 maio 2022.

ARGENTINA. **Ley n° 26.485, de 11 de marzo de 2009**. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Buenos Aires: Congreso Argentino, 2009. Disponível em: <https://siteal.iiep.unesco.org/pt/bdnp/40/ley-264852009-ley-proteccion-integral-prevenir-sancionar-erradicar-violencia-contra-mujeres>. Acesso em: 1 maio 2021.

ASSIS, K. G.; MEURER, F.; DELVAN, J. da S. Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica. **Psicologia Argumento**, [S. l.], v. 39, n. 103, p. 135-157, jan./mar. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.39.103.AO07>. Acesso em: 2 maio 2021.

AUTHIER-REVUZ, J. Heterogeneidade(s) enunciativa(s). **Cadernos de Estudos Linguísticos**, v. 19, p. 25-42, jul./dez. 1990. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cel/article/view/8636824/4545>. Acesso em: 7 maio 2022.

BARROS, A. J. D. *et al.* Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. **Revista de Saúde Pública** [online], v. 45, n. 4, p. 635-643, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000039>. Acesso em: 28 fev. 2022.

BEER, P. From negation to negationism: the COVID-19 pandemic in Brazil. **Journal of Psychosocial Studies**, v. XX, n. XX, p. 1-15, 2021a. Disponível em: <https://doi.org/10.1332/147867321X16285243650694>. Acesso em: 03 mar. 2022.

BEER, P. **O negacionismo como forma de mobilização** [Texto de apoio utilizado na aula de 9 de novembro de 2021 do curso A Verdade e a Psicanálise, ministrado pelo professor Paulo Beer, do Instituto Gerar]. Documento não publicado. Citação autorizada pelo autor. 2021b.

BELINTANI, G. Histeria. **Psic**: revista da Vetor Editora, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 56-69, 2003. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-73142003000200008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142003000200008). Acesso em: 31 ago. 2021.

BOLSONARO, J. M. **Discurso do Presidente da República, Jair Bolsonaro, na abertura da 76ª Assembleia-Geral da ONU**. Nova Iorque, 21 de setembro de 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/noticias/2021/09/discurso-do-presidente-da-republica-jair-bolsonaro-na-abertura-da-76deg-assembleia-geral-da-onu>. Acesso em: 18 out. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 1.973, de 1 de agosto de 1996**. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1996/d1973.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm). Acesso em: 30 abr. 2021.

BRASIL. **Requerimento nº 4, de 2011-CN**. Solicita a criação de CPMI para investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil. Brasília, DF: Sala das Sessões do Congresso Nacional, 2011. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/101261>. Acesso em: 1 maio 2021.

BRASIL. **Relatório final da CPMI da Violência contra a mulher**. Brasília, DF: Senado Federal, Secretaria Geral da Mesa, Secretaria de Comissões, Subsecretaria de Apoio às Comissões Especiais e Parlamentares de Inquérito, 2013. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/relatorio-final-da-comissao-parlamentar-mista-de-inquerito-sobre-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 1 maio 2021.

BRASIL. **Projeto de lei nº 7.633, de 29 de maio de 2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2014. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>  
. Acesso em: 2 maio 2021.

BRASIL. **Projeto de lei nº 7.867, de 13 de junho de 2017**. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2017a. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>. Acesso em: 2 maio 2021.

BRASIL. **Projeto de lei nº 8.219, de 9 de agosto de 2017**. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2017b. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2147144>. Acesso em: 2 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Despacho SEI nº 9087621 de 3 de maio de 2019**. Referente à solicitação de posicionamento deste Ministério quanto ao uso do termo “violência obstétrica”. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <https://bit.ly/2YBWx1D>. Acesso em: 22 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária 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**. Responde à Recomendação nº 29/2019 do Ministério Público Federal de São Paulo. 7 jun. 2019. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>. Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Conselho Nacional de Direitos Humanos. **Recomendação Nº 5, de 9 de maio de 2019**. Recomendação ao Ministro da Saúde sobre políticas públicas em relação à violência obstétrica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 105, p. 77, 2019c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/recomendacao-n-5-de-9-de-maio-de-2019-149878165>. Acesso em: 21 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 024, de 16 de maio de 2019**. Recomenda ao Ministério da Saúde que interrompa qualquer processo de exclusão da expressão “violência obstétrica”. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019d. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco024.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta da gestante**. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BUGALHO, H. **Minha especialidade é matar**: como o bolsonarismo tomou conta do Brasil. Curitiba: Kotter Editorial, 2020.

BULHÕES, M. A.; CAMPOS, M. M.; BARBOSA, L. C. de C. O desuso do termo “violência obstétrica” pelo Ministério da Saúde: antecedentes históricos, disputas e controvérsias. *In*: VARGAS, A. de F. M.; DE SOUZA, C. H. M.; CAMPOS, M. M. (orgs). **Tendências e controvérsias nas pesquisas em ciências sociais e saúde**. Campos dos Goytacazes, RJ: Brasil Multicultural, 2020. p. 40-55.

CABRAL, S.; PEREZ, D. Violência obstétrica: produção científica de psicólogos sobre o tema. **Ecós (Estudos Contemporâneos da Subjetividade)**, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 270-283, 2019. Disponível em:

<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2872#:~:text=A%20viol%C3%Aancia%20obst%C3%A9trica%20%C3%A9%20uma,medida%20dos%20avan%C3%A7os%20da%20medicina>. Acesso em: 2 maio 2021.

CALIL, G. G. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serviço Social & Sociedade** [online], n. 140, p. 30-47, 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0101-6628.236>. Acesso em: 03 mar. 2022.

CAMPO, A. A. de; DELANOY, C. P. Análise de discurso enquanto teoria-metodológica para estudos em comunicação: possibilidades e deslocamentos de olhares sob sujeitos, enunciados e contextos. **Intexto**, n. 47, p. 251-267, set./dez. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19132/1807-8583201947.251-267>. Acesso em: 13 maio 2022.

CANCIAN, N. Ministério da Saúde veta termo violência obstétrica. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 7 maio 2019. Disponível em:

<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/05/ministerio-da-saude-veta-uso-do-termo-violencia-obstetrica.shtml>. Acesso em: 20 fev. 2021.

CANDIOTTO, C. A governamentalidade em Foucault: da analítica do poder à ética da subjetivação. **O que nos faz pensar**, v. 21, n. 31, p. 91-108, fev. 2012.

Disponível em: <http://www.oquenofazpensar.fil.puc-rio.br/index.php/oqfnfp/article/view/363>. Acesso em: 17 maio 2022.

CARNEIRO JÚNIOR, N. O. **Violência obstétrica e a responsabilidade, bem como a falta de criminalização**: revisão bibliográfica. Brasília-DF: Conteúdo Jurídico, 2020. Disponível em:

<https://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/55562/violencia-obstetrica-e-a-responsabilidade-bem-como-a-falta-de-criminalizacao-revisao-bibliografica>. Acesso em: 10 maio 2020.

CASTRO ROCHA, J. C. de. **Guerra cultural e retórica do ódio**: crônicas de um Brasil pós-político. 1. ed. Goiânia: Editora e Livraria Caminhos, 2021.

CFM. **Parecer CFM nº 32 de 23 de outubro de 2018**. Responde à consulta oriunda do CRM - DF com solicitação ao CFM sobre a proliferação de leis sobre “violência obstétrica”. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/32>. Acesso em: 20 fev. 2021.

CFM. **Nota à imprensa e à população**. Reitera, publicamente, seu apoio integral ao Despacho do Ministério da Saúde, de 3 de maio de 2019. 9 maio 2019. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota-violencia-obstetrica.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

CIXOUS, H. **O riso da medusa**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2022.

COELHO, M. G. C.; SANTOS, P. R. dos. Violência obstétrica: uma violação aos direitos humanos das mulheres. *In*: BAGGENSTOSS, G. A. *et al.* (org). **Coleção Não há lugar seguro: estudos e práticas sobre violências contra as mulheres nas perspectivas dos direitos sexuais e reprodutivos**. v. 4. Edição eletrônica. Florianópolis: Editora Centro de Estudos Jurídicos (CEJUR), 2019. p. 87-106. Disponível em: <https://nempsic.paginas.ufsc.br/files/2015/02/N%C3%A3o-h%C3%A1-lugar-seguro.-Vol.-4.-Cap%C3%ADtulo-Jo%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 18 maio 2021.

CORRÊA LIMA, C. V. T. **Os números do otimismo**. Site do Conselho Federal de Medicina. 03 jan. 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/os-numeros-do-otimismo/>. Acesso em: 18 out. 2021.

COURTINE, J. **Análise do discurso político: o discurso comunista endereçado aos cristãos**. São Carlos: EdUFSCar, 2014.

COUTINHO, K. Crise de ansiedade em alunos acende alerta para cuidados com saúde mental; especialistas apontam que escola tem papel relevante no apoio. **G1**, Pernambuco, 16 abr. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2022/04/16/crise-de-ansiedade-em-alunos-acende-alerta-para-cuidados-com-saude-mental-especialistas-apontam-que-escola-tem-papel-relevante-no-apoio.ghtml>. Acesso em: 31 maio 2022.

CRM-SC. **Resolução CRM-SC Nº 193 de 26 de agosto de 2019**. Dispõe sobre a proibição da participação do médico em partos fora do ambiente hospitalar...Florianópolis: Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, 2019. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/SC/2019/193\\_2019.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/SC/2019/193_2019.pdf). Acesso em: 09 jun. 2022.

CURI, P. L.; BAPTISTA, J. G. B. A medicalização do corpo de mulher e a violência obstétrica. **ECOS (Estudos Contemporâneos da Subjetividade)**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 123-136, 2018. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2092>. Acesso em: 14 set. 2021.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. suppl, p. 1163-1178, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>. Acesso em: 10 maio 2022.

DAMASCENO, V. Seguros de saúde exigem consentimento do marido para inserção do DIU em mulheres casadas. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 3 ago. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/08/seguros-de-saude-exigem-consentimento-do-marido-para-insercao-do-diu-em-mulheres-casadas.shtml>. Acesso em: 26 set. 2021.

DIADEMA. **Lei nº 3.363, de 1 de outubro de 2013**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Diadema. Diadema: Prefeitura Municipal, 2013. Disponível em: [https://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/leis\\_integra.php?chave=336313#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20implanta%C3%A7%C3%A3o%20de,obst%C3%A9trica%20no%20Munic%C3%ADpio%20de%20Diadema](https://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/leis_integra.php?chave=336313#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20implanta%C3%A7%C3%A3o%20de,obst%C3%A9trica%20no%20Munic%C3%ADpio%20de%20Diadema). Acesso em: 2 maio 2021.

DIAS, J. de F. **O Renascimento do Parto**: discurso e identidade. 2007. Tese (Doutorado em Linguística) – Programa de Pós-Graduação em Linguística, Universidade de Brasília, Brasília, 2007. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/1449>. Acesso em: 26 set. 2021.

DIAS, S. L.; PACHECHO, A. O. Marcas do parto: as consequências psicológicas da violência obstétrica. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, Macapá, v. 3, n. 1, p. 04-13, 2020. ISSN: 2595-4407. Disponível em: <https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/232>. Acesso em: 2 maio 2021.

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. 1996. Dissertação (Mestrado em Medicina). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod\\_resource/content/1/Assist%C3%A2ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A2nero.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A2ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A2nero.pdf). Acesso em: 26 set. 2021.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>. Acesso em: 14 set. 2021.

DINIZ, C. S. G. *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. **Journal of Human Growth and Development**, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>. Acesso em: 1 maio 2021.

DINIZ; C. S. G.; AGUIAR, J. M.; NIY, D. Y. "Medicalização do parto" e "violência obstétrica": olhares complementares sobre o mesmo fenômeno. *In*: TEIXEIRA, L. A. *et al.* **Medicalização do parto**: saberes e práticas. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2021. p. 268-297.

DINIZ, C. S. G.; DUARTE, A. C. **Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; DINIZ, S.G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **Lancet**, [S. l.], v. 329, n. 9318, p. 1681-1685, maio, 2002. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12020546/>. Acesso em: 1 maio 2021.

ENCYCLOPEDIA.COM. "**Cultural Wars**". Contemporary American Religion. 2019. Disponível em: <https://www.encyclopedia.com/religion/legal-and-political-magazines/culture-wars>. Acesso em: 11 jul. 2021.

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017.

FERREIRA, M. V. C. O controle da vida: Estatuto do Nascituro, direitos reprodutivos e biopoder. **Revista Direito e Justiça – Reflexões Sociojurídicas**, v. 15, n. 24, p. 85-100, maio. 2015. Disponível em: [https://redib.org/Record/oai\\_articulo1537754-o-controle-da-vida-estatuto-do-nascituro-direitos-reprodutivos-e-biopoder](https://redib.org/Record/oai_articulo1537754-o-controle-da-vida-estatuto-do-nascituro-direitos-reprodutivos-e-biopoder). Acesso em: 26 set. 2021.

FERREIRA, M. S. **Pisando em óvulos**: a violência obstétrica como uma punição sexual às mulheres. 2019. Tese (Doutorado em Sociologia) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/9989>. Acesso em: 7 set. 2021.

FERREIRA, M. S.; GONÇALVES, E. "Parirás com dor": a violência obstétrica revisitada. **Revista Sociedade e Cultura**, [S. l.], v. 23, e60230, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/sec.v23.60230>. Acesso em: 2 maio 2021.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil II**: inquérito nacional sobre perdas fetais, partos e nascimentos (2020 a 2021). Página da pesquisa na internet. Rio de Janeiro: Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 2021. Disponível em: [https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us\\_portfolio=nascer-no-brasil-2](https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil-2). Acesso em: 9 maio 2021.

FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos**. Volume V. Ética, sexualidade, política. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 24. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1**: a vontade de saber. 9. ed. Rio de Janeiro / São Paulo: Paz e Terra, 2019a.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro / São Paulo: Paz e Terra, 2019b.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 8. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2020a.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2020b.

FREITAS, P. de. “A mulher é seu útero”: a criação da moderna medicina feminina no Brasil. **Antíteses**, Londrina, v. 1, n. 1, p. 174-187, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5433/1984-3356.2008v1n2p174>. Acesso em: 14 maio 2021.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa de opinião pública “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”**. São Paulo: SESC-SP, 2010. Disponível em: [https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra\\_0.pdf](https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf). Acesso em: 30 abr. 2021.

FURTADO, R. N.; CAMILO, J. A. de O. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 34-44, dez. 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2359-07692016000300003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692016000300003). Acesso em: 22 ago. 2021.

GARLAND, D. O que significa escrever uma “história do presente”? A abordagem genealógica de Foucault explicada. **Revista Justiça e Sistema Criminal**, v. 6, n. 10, p. 73-96, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://revistajusticaesistemacriminal.fae.edu/direito/article/view/14>. Acesso em: 11 jul. 2021.

GASPERIN, H. G.; DA SILVA, S. E.; PONTES, F. S. Violência obstétrica: uma análise crítica do despacho do Ministério da Saúde. *In*: III SIMPÓSIO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS: DEMOCRACIA & DIREITOS HUMANOS, 2019, Ponta Grossa – PR, **Artigo**. Ponta Grossa, PR: 2019. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/337875418\\_Violencia\\_Obstetrica\\_uma\\_analise\\_critica\\_do\\_despacho\\_do\\_Ministerio\\_da\\_Saude](https://www.researchgate.net/publication/337875418_Violencia_Obstetrica_uma_analise_critica_do_despacho_do_Ministerio_da_Saude). Acesso em: 1 maio 2021.

GOIÁS. Governo do Estado de Goiás. Secretaria de Estado da Casa Civil. **Lei nº 19.790, de 24 de julho de 2017**. Institui a política estadual de prevenção à violência obstétrica no estado de Goiás. Goiânia: Palácio do Governo do Estado de Goiás, 2017. Disponível em: [https://legisla.casacivil.go.gov.br/pesquisa\\_legislacao/99105/lei-19790](https://legisla.casacivil.go.gov.br/pesquisa_legislacao/99105/lei-19790). Acesso em: 21 fev. 2021.

GOMES, T. K. F.; CORRÊA NETO, J. A. **Violência obstétrica: impunidade pela ausência de tipificação penal. Um crime silencioso**. 2018. Monografia (Graduação em Direito) - UNIPÊ – Centro Universitário de João Pessoa. João Pessoa, Paraíba, 2019, Disponível em: <https://bdtcc.unipe.edu.br/wp-content/uploads/2018/12/definitivo-pdf.pdf>. Acesso em: 10 maio 2022.



GONÇALVES, J. “Queimem a bruxa!” Visita de Judith Butler provoca manifestações nas ruas de São Paulo. **The Intercept**, São Paulo, 7 nov. 2017. Disponível em: <https://theintercept.com/2017/11/07/judith-butler-bruxa-manifestacoes-sao-paulo-ideologia-genero/>. Acesso em: 21 maio 2022.

GREGOLIN, M. do R. **Foucault e Pêcheux na análise do discurso** – diálogos e duelos. 2. ed. São Carlos: Editora Claraluz, 2006.

GUIMARÃES, P. Parirás com dor e em silêncio: o descaso do Ministério da Saúde com as violências no parto. **Catarinas: jornalismo com perspectiva de gênero**. 10 maio 2019. Disponível em: <https://catarinas.info/pariras-com-dor-e-em-silencio-o-descaso-do-ministerio-da-saude-com-as-violencias-no-parto/>. Acesso em: 10 jul. 2021.

GUIMARÃES, S. B. Algumas práticas do biopoder sobre os corpos dos indivíduos contemporâneos. **Clínica & Cultura**, v. 3, n. 2, p. 18-27, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/view/3421>. Acesso em: 26 set. 2021.

G1. Entenda as possíveis causas da crise de ansiedade que atingiu 26 alunos de escola estadual no Recife. **G1**, Pernambuco, 9 abr. 2022. Matéria não assinada. Disponível em: <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2022/04/09/entenda-as-possiveis-causas-da-crise-de-ansiedade-que-atingiu-26-alunos-de-escola-estadual-no-recife.ghtml>. Acesso em: 31 maio 2022.

HENRIQUES, T. Violência obstétrica: um desafio para saúde pública no Brasil. **Página Grená: Publicações do Centro de Ensino e Pesquisa do IMS/UERJ**, Rio de Janeiro, 22 fev. 2021. Disponível em: <https://www.ims.uerj.br/2021/02/22/violencia-obstetrica-um-desafio-para-saude-publica-no-brasil/>. Acesso em: 9 maio 2021.

IACONELLI, V. Vai levar parto normal ou cesárea? **Folha de São Paulo**, São Paulo, 27 ago. 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/vera-iaconelli/2019/08/vai-levar-parto-normal-ou-cesarea.shtml>. Acesso em: 28 set. 2021.

IACONELLI, V. Quem decide se teremos filhos? **Folha de São Paulo**, São Paulo, 9 ago. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/vera-iaconelli/2021/08/quem-decide-se-teremos-filhos.shtml?origin=uol>. Acesso em: 26 set. 2021.

JORGE, M. A. C.; TRAVASSOS, N. P. **Histeria e sexualidade: clínica, estrutura, epidemias**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

JUCÁ, B. Como o Conselho de Medicina silenciou diante do negacionismo de Bolsonaro e abraçou a cloroquina. **El País**, Fortaleza, 15 out. 2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-10-15/como-o-conselho-de-medicina-silenciou-diante-do-negacionismo-de-bolsonaro-e-abracou-a-cloroquina.html>. Acesso em: 18 out. 2021.

KANT, I. **Crítica da faculdade do juízo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

KATZ, L.; AMORIM, M. M.; GIORDANO, J. C.; BASTOS, M. H.; BRILHANTE, A. V. M. Quem tem medo da violência obstétrica? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 20, n. 2, p. 627-631, abr-jun., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>. Acesso em: 28 abr. 2021.

KEMP, E. *et al.* Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2013. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/position-in-the-second-stage-of-labour-for-women-with-epidural-anaesthesia/>. Acesso em: 28 fev. 2022.

KOWALTOWSKI, A. Medicina sem ciência é um atentado à ética. **Questão de ciência**. 13 abr. 2021. Disponível em: <https://www.revistaquestaodeciencia.com.br/artigo/2021/04/13/medicina-sem-ciencia-e-um-atentado-etica>. Acesso em: 05 fev. 2022.

LAGE, L. R.; CAL, D.; SILVA da B. T. V. Corpo e poder: as condições de vulnerabilidade da mulher mãe no debate midiático sobre o parto. **Cadernos Pagu [online]**, n. 59, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/18094449202000590015>. Acesso em: 09 jun. 2022.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LEAL, M. do C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>. Acesso em: 14 set. 2021.

LEHER, R. Guerra cultural e universidade pública: o Future-se é parte da estratégia de silenciamento. *In*: GIOLO, J. **Future-se [recurso eletrônico]: ataque à autonomia das instituições federais de educação superior e sua sujeição ao mercado**. São Carlos, SP: Diagrama Editorial, 2020. p. 107-151.

LEHER, R. Universidade pública federal brasileira: Future-se e “guerra cultural” como expressões da autocracia burguesa. **Educação & Sociedade [online]**, v. 42, e241425, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ES.241425>. Acesso em: 10 jul. 2021.

LEVITSKY, S.; ZIBLATT, D. **Como as democracias morrem**. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

LÍSIAS, R. Entrevistadores: Bianca Pyl e Luís Brasilino. Entrevistado: Ricardo Lísias. **Podcast Guilhotina**, do jornal Le Monde Diplomatique (Brasil), ep. 127, 29 jul. 2021. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/guilhotina-127-ricardo-lisias/>. Acesso em: 16 out. 2021.

MACHADO, R. **Foucault, a ciência e o saber**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

MALTA, R. *et al.* Papéis sociais de gênero: a encenação do parto na telenovela brasileira. **La Trama de la Comunicación**, v. 25, n. 1, p. 73-88, jan./jun. 2021. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3239/323968002004/>. Acesso em: 16 out. 2021.

MARQUES, S. B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 97-119, jan./mar. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i1.585>. Acesso em: 1 maio 2021.

MARTINS, A de C.; BARROS, G. M. Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. **Revista Dor**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 215-218, jul./set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160074>. Acesso em: 1 maio 2021.

MARTINS, A. P. V. A ciência obstétrica. *In: Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 63-106. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/jnzhd/pdf/martins-9788575414514-04.pdf>. Acesso em: 17 maio 2021.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 645-665, set./dez. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2005000300011>. Acesso em: 14 maio 2021.

MARTINS, F. L. *et al.* Violência obstétrica: uma expressão nova para um problema histórico. **Revista Saúde em Foco**, n. 11, p. 413-423, 2019. Disponível em: [https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/034\\_VIOL%C3%8ANCIA-OBST%C3%89TRICA-Uma-express%C3%A3o-nova-para-um-problema-hist%C3%B3rico.pdf](https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/034_VIOL%C3%8ANCIA-OBST%C3%89TRICA-Uma-express%C3%A3o-nova-para-um-problema-hist%C3%B3rico.pdf). Acesso em: 11 jul. 2021.

MARTINS, L. Ex-conselheiros contam por que o CFM não ousa desmentir governo sobre falsos tratamentos para Covid-19. **The Intercept Brasil**, 27 jan. 2021. Disponível em: <https://theintercept.com/2021/01/27/cfm-nao-ousa-desmentir-governo-sobre-falsos-tratamentos-para-covid-19/>. Acesso em: 18 out. 2021.

MARTINS, L. A. M.; PEIXOTO JUNIOR, C. A. Genealogia do biopoder. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 157-165, ago. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000200002>. Acesso em: 22 ago. 2021.

MATO GROSSO DO SUL. **Lei nº 5.217, de 26 de junho de 2018**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. Campo Grande: Governo do Estado, 2018. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=361631>. Acesso em: 2 maio 2021.

MATO GROSSO DO SUL. **Lei nº 5.568, de 16 de setembro de 2020**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras

providências. Campo Grande: Governo do Estado, 2020. Disponível em: [https://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO10281\\_17\\_09\\_2020](https://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO10281_17_09_2020). Acesso em: 21 fev. 2021.

MINAS GERAIS. **Lei nº 23.175, de 21 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. Belo Horizonte: Palácio da Liberdade, 2018. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=372848>. Acesso em: 28 abr. 2021.

MORAIS, R. M. de. **Violência obstétrica ou contra o obstetra?** Site do Conselho Federal de Medicina. 26 fev. 2016. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/violencia-obstetrica-ou-contra-o-obstetra/>. Acesso em: 10 maio 2022.

MPF. **Recomendação nº 29/2019**. Recomendação para que o Ministério da Saúde esclareça os termos do Despacho nº 017/19 sobre “violência obstétrica”. Autos nº 1.34.001.007752/2013-81. Inquérito Civil. 07 maio 2019. São Paulo: Ministério Público Federal, 2019a. Disponível em: [http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao\\_ms\\_violencia\\_obstetrica.pdf](http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf). Acesso em: 20 fev. 2021.

MPF. **MPF recomenda ao Ministério da Saúde que atue contra a violência obstétrica em vez de proibir o uso do termo**. 7 maio 2019. Assessoria de Comunicação da Procuradoria da República no Estado de São Paulo, Site do Ministério Público Federal, 2019b. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-recomenda-ao-ministerio-da-saude-que-atue-contra-a-violencia-obstetrica-em-vez-de-proibir-o-uso-do-termo>. Acesso em: 20 fev. 2021.

NIELSSON, J. G. Corpo Reprodutivo e Biopolítica: a *hystera homo sacer*. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 880-910, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2019/40921>. Acesso em: 22 ago. 2021.

NUNES, I. R.; ESTEVÃO, R. da F. Violência obstétrica: comentários sobre o posicionamento oficial do Ministério da Saúde a respeito do tema. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, Belém, v. 5, n. 2, p. 1-15, jul./dez. 2019. E-ISSN: 2525-9849. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/view/5783#:~:text=Este%20artigo%20trata%20do%20posicionamento,adotar%20estrat%C3%A9gias%20para%20sua%20aboli%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 9 maio 2021.

OAB. **OAB repudia despacho do MS que elimina o termo violência obstétrica**. Site da Ordem dos Advogados do Brasil. 8 maio 2019. Disponível em: <https://www.oab.org.br/noticia/57183/oab-repudia-despacho-do-ministerio-da-saude-que-elimina-o-termo-violencia-obstetrica>. Acesso em: 13 maio 2022.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. de M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>. Acesso em: 1 maio 2021.

OLIVEIRA, S. M. L. P. **Por um recorte genealógico da categoria violência obstétrica**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/48750/2/singoalla\\_mesquita\\_lagerblad\\_pes\\_soa\\_oliveira\\_ensp\\_mest\\_2019.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/48750/2/singoalla_mesquita_lagerblad_pes_soa_oliveira_ensp_mest_2019.pdf). Acesso em: 09 jun. 2022.

OMS. Appropriate technology for birth. **The Lancet**, v. 24, p. 436-437, ago. 1985. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3). Acesso em: 22 fev. 2022.

OMS. **World report on violence and health**. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde, 2002. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf). Acesso em: 10 maio 2022.

OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Declaração da OMS. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde, 2014. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3). Acesso em: 20 fev. 2021.

ORLANDI, E. P. **O que é linguística**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

ORLANDI, E. P. **Discurso e políticas públicas urbanas: a fabricação do consenso**. Campinas, SP: Editora RG, 2010, 160p.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 13. ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2020.

ORWELL, G. **1984**. São Paulo: Via Leitura, 2021.

OYĚWÙMÍ, O. **A invenção das mulheres: construindo um sentido africano para os discursos ocidentais de gênero**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

PALHARINI, L. A. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 49, e174907, dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201700490007>. Acesso em: 18 maio 2021.

PARANÁ. **Lei nº 19.207, de 01 de novembro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Paraná. Curitiba: Palácio do Governo, 2017. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=352205#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20implanta%C3%A7%C3%A3o%20de,obst%C3%A9trica%20no%20Estado%20do%20Paran%C3%A1>. Acesso em: 2 maio 2021.

PARANÁ. **Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018.** Dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente. Curitiba: Palácio do Governo, 20 nov. 2018. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=369582>. Acesso em: 28 abr. 2021.

PARANÁ. **Lei nº 20.127, de 15 de janeiro de 2020.** Altera a Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018, que dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. Curitiba: Palácio do Governo, 2020. Disponível em:

<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=388956#:~:text=Alterar%20a%20Lei%20n%C2%BA%2019.701,parturiente%20contra%20a%20viol%C3%Aancia%20obst%C3%A9trica>. Acesso em: 2 maio 2021.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica:** “parirás com dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. [S. l.] 2012. Disponível em:

<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2021.

PÊCHEUX, M. **Língua, Linguagens, Discurso.** In: Legados de Michel Pêcheux. São Paulo: Contexto, 2011, p. 63-75.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso:** uma crítica à afirmação do óbvio. 5. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2016.

PEREIRA, W. R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 391-400, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000300008>. Acesso em: 10 maio 2022.

PERNAMBUCO. **Lei nº 16.499, de 6 de dezembro de 2018.** Estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco. Recife: Palácio Joaquim Nabuco, 2018. Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=41220&tipo=>. Acesso em: 28 abr. 2021.

PERNAMBUCO. **Lei nº 17.226, de 22 de abril de 2021.** Altera a Lei nº 16.499, de 6 de dezembro de 2018, com a finalidade de acrescentar o rol de direitos às mulheres que sofreram perda gestacional. Recife: Palácio Joaquim Nabuco, 2021.

PETRI, V.; DIAS, C. **Análise do discurso em perspectiva:** teoria, método e análise. Santa Maria: Editora da UFSM, 2013.

PETRONE, T. **Deputadas do PSOL querem convocação de ministro da Saúde para explicar iniciativa sobre violência obstétrica.** 7 maio 2019. Blog da deputada federal Talíria Petrone. Disponível em:

<https://www.taliriapetrone.com.br/blog/deputadas-do-psol-querem-convocacao-de-ministro-da-saude-para-explicar>. Acesso em 20 fev. 2021

PINHEIRO-MACHADO, R. **Amanhã vai ser maior**: o que aconteceu com o Brasil e as possíveis rotas de fuga para a crise atual. São Paulo: Planeta do Brasil, 2019.

PIOVEZANI, C. **Aula inaugural da disciplina “Os discursos e as emoções: análise do discurso e história das sensibilidades”**, do Programa de Pós-Graduação em Linguística da UFSCar (Doutorado). 19 maio 2022. [Informação verbal]. 2022a.

PIOVEZANI, C. **Aula da disciplina “Os discursos e as emoções: análise do discurso e história das sensibilidades”**, do Programa de Pós-Graduação em Linguística da UFSCar (Doutorado). Encontro 3 – Falar como um homem... Análise do Discurso, História das ideias linguísticas e retórica. 02 jun. 2022. [Informação verbal]. 2022b.

PIOVEZANI, C.; ALVES, M. **Discurso**. [Material de apoio utilizado na aula de 19 de maio de 2022 da disciplina “Os discursos e as emoções: análise do discurso e história das sensibilidades”, do Programa de Pós-Graduação em Linguística da UFSCar (Doutorado)]. 19 maio 2022.

PRADO FILHO, K.; TRISOTTO, S. O corpo problematizado de uma perspectiva histórico-política. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 115-121, jan./mar. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000100014>. Acesso em: 22 ago. 2021.

PRIBERAM. Dicionário online. **Impregnar**. 2022. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/impregnar>. Acesso em: 27 maio 2022.

PUJÓ, M. Zeitgeist – El espíritu de la época. **Leitura Flutuante**, v. 5 n. 1, p. 3-29, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/leituraflutuante/article/view/16106/12157>. Acesso em: 02 jul. 2022.

PULHEZ, M. M. **Autonomia, consentimento e informação de qualidade**: controvérsias e disputas na construção da *violência obstétrica* no Brasil. 2022. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2022. [versão provisória da tese]

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. **Revista de Ciências Sociais – Política & Trabalho**, n. 24, p. 27-57, 2006. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/6600>. Acesso em: 22 ago. 2021.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 13, supl. 1, p. 759-768, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>. Acesso em: 17 out. 2021.

REHUNA. Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Carta de Campinas**. Campinas: 17 out. 1993. Disponível em: <http://rehuna.org.br/wp->

[content/uploads/2019/12/CARTA-DE-CAMPINAS-Ato-de-Funda%C3%A7%C3%A3o-da-ReHuNa-1993.pdf](http://content/uploads/2019/12/CARTA-DE-CAMPINAS-Ato-de-Funda%C3%A7%C3%A3o-da-ReHuNa-1993.pdf). Acesso: 30 abr. 2021.

RIBEIRO, A. C. L; FERLA, A. A. Como médicos se tornaram deuses. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 294-314, ago. 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682016000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682016000200004). Acesso em: 08 jul. 2021.

RIBEIRO, M. Entrevista ao programa Os Pingos nos Is, da rádio Jovem Pan. 13 out. 2021. Disponível em: <https://jovempan.com.br/programas/os-pingos-nos-is/politizam-um-tratamento-e-atacam-medicos-de-forma-covarde-diz-presidente-do-conselho-federal-de-medicina.html>. Acesso em: 18 out. 2021.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher [online]. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. Disponível em: <https://books.scielo.org/>. Acesso em: 08 maio 2022.

SALEM, T. **O casal grávido**: disposições e dilemas da parceria igualitária. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

SANTA CATARINA. **Lei Nº. 17.097, de 17 de janeiro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis: Governo do Estado, 2017. Disponível em: [http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097\\_2017\\_lei.html](http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html). Acesso em: 28 abr. 2021.

SANTOS, R. C. S. dos; SOUZA, N. F. de. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica**, Macapá, v. 5, n. 1, p. 57-68, jan./jun. 2015. ISSN: 2179-1902. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/1592>. Acesso em: 30 abr. 2021.

SÃO PAULO. **Projeto de lei nº 755, de 17 de outubro de 2013**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação a gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Estado. São Paulo: Assembleia Legislativa, 2013. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1163768>. Acesso em: 2 maio 2021.

SÃO PAULO. **Projeto de lei nº 1.130, de 7 de dezembro de 2017**. Dispõe sobre a prevenção da violência obstétrica no âmbito da assistência perinatal. São Paulo: Assembleia Legislativa, 2017. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000196412>. Acesso em: 2 maio 2021.

SARAIVA, K. S.; ZAGO, L. F. Economia, saúde e políticas do verdadeiro nas declarações de Bolsonaro durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Âmbitos**. Revista Internacional de Comunicación, n. 52, p. 124-139, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.12795/Ambitos.2021.i52.08>. Acesso em: 19 out. 2021.



SARGENTINI, V. **Segunda aula da disciplina “Os discursos e as emoções: análise do discurso e história das sensibilidades”**, do Programa de Pós-Graduação em Linguística da UFSCar (Doutorado). [Informação verbal]. 26 maio 2022.

SARTRE, J. P. Présentation. **Les temps modernes**, v. 1, p. 1-5, 1945 (reimpressão, 1980).

SEIBT, T.; DANNENBERG, M. Pandemia, desinformação e discurso autoritário: os sentidos das declarações de Jair Bolsonaro no Twitter a partir de checagens do Aos Fatos. **Liinc Em Revista**, v. 17, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18617/liinc.v17i1.5687>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SENA, L. M; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 209-220, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>. Acesso em: 30 abr. 2021.

SERAGLIO, M. K. T. **O discurso político do viés ideológico na transição para o governo Bolsonaro (2018-2019)**. 2021. Dissertação (Mestrado em Estudos Linguísticos) – Programa de Pós-Graduação em Estudos Linguísticos, Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, 2021. Disponível em: <https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/4397>. Acesso em: 17 out. 2021.

SERRA, M. C. de M.; BATALHA, G. F. O. M. Do poder disciplinar ao biopoder: medicalização do parto a partir da incidência de cesarianas. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, Belém, v. 5, n. 2, p. 74-95, jul./dez. 2019. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/view/5923>. Acesso em: 22. ago. 2021.

SOARES, G. A. de A. O avanço do neoconservadorismo e a concepção do papel social da mulher no Brasil contemporâneo: uma breve análise dos significados das declarações e decisões políticas do governo Bolsonaro e de sua ministra Damares Alves. *In*: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 16, 2019, Brasília. **Anais [...]**. Brasília: CBAS, 2019. Disponível em: <https://brosequini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1410>. Acesso em: 11 out. 2021.

SOLNIT, R. **Os homens explicam tudo para mim**. São Paulo: Cultrix, 2017.

SOUZA, A. P. de. Reflexões sobre o bolsonarismo. **Le Monde Diplomatique Brasil**, 25 out. 2018. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/reflexoes-sobre-o-bolsonarismo/>. Acesso em: 31 maio 2022.

SOUZA, P. de. **Análise do discurso**. Florianópolis: LLV/CCE/UFSC, 2011.

SPACOV, L. V.; SILVA, D. S. R. da. Violência obstétrica: um olhar jurídico desta problemática no Brasil. **Derecho y Cambio Social**, [S. l.], n. 55, p. 1-15, 2019. ISSN: 2224-4131. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao\\_e\\_divulgacao/doc\\_bibliotec](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_bibliotec)

[a/bibli\\_servicos\\_produtos/bibli\\_boletim/bibli\\_bol\\_2006/Derecho-y-Cambio\\_n.55.23.pdf](#). Acesso em: 9 maio 2021.

STURZA, J. M.; NIELSSON, J. G.; ANDRADE, E. P. de. Violência Obstétrica: uma negação aos Direitos Humanos e a saúde sexual e reprodutiva da mulher. **Juris Poiesis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 32, p. 389-407, 2020. ISSN 2448-0517. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/jurispoiesis/issue/view/438>. Acesso em: 9 maio 2021.

TAVEIRA, G. D. de M.; CARNEIRO, G. da S.; STRIBEL, G. P. Políticas públicas de popularização da ciência e movimentos anticientificista no Brasil: uma análise discursiva. **Revista Periferia: Educação, Cultura e Comunicação**, v. 13, n. 1, p. 387-409, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/periferia.2021.50074>. Acesso em: 22 fev. 2021.

TESSER, C. D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [Internet], v. 10, n. 35, p. 1-12, 24 jun. 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013). Acesso em: 9 maio 2021.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>. Acesso em: 16 set. 2022.

VELASQUEZ, L. Violência obstétrica em perspectiva histórica (1950-2012). *In*: TEIXEIRA, L. A. *et al.* **Medicalização do parto: saberes e práticas**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2021. p. 237-267.

VENEZUELA. **Ley Nº. 38.668, de 23 de abril de 2007**. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas: Gaceta Oficial de La República Bolivariana de Venezuela, 2007. Disponível em: [https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/1165\\_0.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf). Acesso em: 30 abr. 2021.

WERMUTH, M. A. D.; GOMES, P. R. F.; NIELSSON, J. G. Uma análise biopolítica do parto e da violência obstétrica no Brasil. **Universitas JUS**, [S.l.], v. 27, n. 2, p. 87-101, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5102/unijus.v27i2.4273>. Acesso em: 14 maio 2021.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, jul./set. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300014>. Acesso em: 30 abr. 2021.

ZANARDO, G. L. de P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 29, e155043, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>. Acesso em: 30 abr. 2021.

ZIRBEL, I. Biopoder e técnicas reprodutivas. **PRACS**: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP. Macapá, v. 12, n. 1, p. 123-143, jan./jun. 2019. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.18468/pracs.2019v12n1.p123-143>. Acesso em: 17 set. 2021.

ZOPPI FONTANA, M. G. Efeitos da sintaxe na constituição de lugares de enunciação. *In*: ZOPPI FONTANA, M. G.; BIZIAK, J. dos S. (Orgs.). **Mulheres em discurso**: lugares de enunciação e corpos em disputa. Campinas: Pontes Editores, 2021.

**ANEXO A – Parecer CFM Nº 32/2018****PROCESSO-CONSULTA CFM nº 22/2018 – PARECER CFM nº 32/2018**

<b>INTERESSADO:</b>	Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal
<b>ASSUNTO:</b>	Violência obstétrica
<b>RELATOR:</b>	Cons. Ademar Carlos Augusto

**EMENTA:** A expressão “violência obstétrica” é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética.

**DA CONSULTA**

Trata-se de consulta oriunda do CRM-DF com solicitação ao CFM sobre a proliferação de leis sobre “violência obstétrica”.

**DO PARECER**

Este Parecer foi elaborado pela Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CFM, o qual acato em toda a sua integralidade.

**1 INTRODUÇÃO**

No exercício da medicina, desde os seus primórdios, fomos habituados a crer que nosso atendimento é sempre em benefício dos pacientes, e a maioria dos médicos sente-se agredida quando, porventura, narrativas hostis, não necessariamente verdadeiras, são divulgadas de forma desrespeitosa, maculando a essência do nosso ofício.

Vários meios de comunicação têm divulgado, mais recentemente, depoimentos de parturientes e, principalmente, de ativistas de movimentos feministas, contrapondo-se

ao tipo de assistência obstétrica provida por médicos obstetras. Argumenta-se que a assistência médica ao parto está em desacordo com a autonomia das mulheres e que a escolha da via de parto, assim como do local do parto, seja de sua exclusividade.

Os médicos entendem que a autonomia da mulher deve ter limites, principalmente quando existem fatores que possam colocar tanto a mãe quanto a criança em risco se o parto vaginal for escolhido, e em local que não seja o hospital.

Procedimentos como clister, tricotomia, ocitocina, amniotomia, restrição no leito durante o período de dilatação, episiotomia e mesmo a cesariana têm sido considerados “violentos” e em desacordo com evidências científicas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A expressão “violência obstétrica” é um termo que vem sendo utilizado mais recentemente no Brasil, com o intuito de substituir a expressão “violência no parto”. Em geral, a violência institucional se relaciona com um amplo espectro de profissionais e personagens não apenas da área de saúde, mas também com entidades públicas, privadas e qualquer organização da sociedade civil.

A violência na assistência ao parto faz parte deste grupo e, conceitualmente, envolve todos os profissionais que participam no processo assistencial, desde os motoristas de ambulância e os porteiros das instituições, passando por todos os profissionais de saúde, até as pessoas que tratam da limpeza e da alimentação, e assim por diante.

Desta forma, a expressão “violência obstétrica” tem produzido grande indignação entre os obstetras, pois seu uso tem se voltado em desfavor da nossa especialidade, impregnada de uma agressividade que beira a histeria, e responsabilizando somente os médicos por todo ato que possa indicar violência ou discriminação contra a mulher.

Reconhecidamente, as diferentes formas de violência contra a mulher que ocorrem no Brasil e no mundo envolvem uma longa história de opressão e submissão do gênero feminino. Mulheres e homens sempre ocuparam papéis diferentes nas diversas sociedades e agrupamentos sociais, e as características biológicas e sexuais femininas se confundiram com as necessidades sociais e culturais dos grupos, que impuseram às mulheres as tarefas domésticas e os cuidados das crianças, e aos homens as tarefas fora do lar.

Estamos, assim, diante de uma discussão muito mais ampla, que nos remete à violência de gênero. Assim, a violência na assistência ao parto, por agora convertida em “violência obstétrica”, tem sua origem enraizada nos movimentos sociais e feministas. Desta forma, em razão da radicalidade desses movimentos em prol de incorporar novas práticas assistenciais às gestantes, e em defesa de sua autonomia, os médicos obstetras estão sendo estigmatizados e processados por realizarem procedimentos que não estejam de acordo com a nova proposta de cuidados.

O parecer em tela pretende fazer uma análise mais profunda a respeito do tema, desde seu reconhecimento como problema e seu desenvolver sob o ponto de vista da medicina baseada em evidência (MBE), da legislação existente para o tema, assim como a partir de uma interpretação ética e bioética por causa de queixas, demandas e denúncias envolvendo o tema em questão.

## **2 A MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS**

Nas últimas décadas, a MBE proporcionou modelos lógicos que permitiram aglutinar diferentes ensaios clínicos sob um mesmo tema, no formato de revisões sistemáticas/metanálises, de maneira a ajudar na tomada de decisões clínicas sobre os cuidados aos pacientes. Basicamente, a MBE se propõe a oferecer informações de melhor qualidade e com mais segurança para os pacientes, tanto no que diz respeito a novos medicamentos quanto a procedimentos diagnósticos e de intervenção.

Assim, a identificação dos estudos e sua análise detalhada, de forma sistemática e progressiva, e de acordo com os pressupostos da MBE, estabeleceram um novo paradigma para a melhoria da qualidade no sistema de atenção à saúde. Entretanto, os profissionais de saúde, ao terem acesso a uma revisão sistemática/metanálise, não podem prescindir, também, de fazer uma análise crítica e criteriosa de seus resultados, tendo em vista a multiplicidade de detalhes que envolvem a fusão de inúmeros estudos, com pacientes diversos, e de diferentes localidades. Há que se atentar, sempre, para os comentários dos autores da revisão, pois eles irão apontar as limitações do emprego dos resultados que estão apresentando aos leitores.

Os movimentos sociais e feministas, apoiados em publicação da OMS de 1996, e em outras surgidas após este período, organizaram protocolos de atenção ao parto voltados para a chamada “atenção humanizada ao parto”, com foco principal na assistência provida pela enfermeira obstétrica e a doula. As evidências científicas

encontradas passaram a ser chamadas de “boas práticas”, o que, por si só, discrimina as práticas que não estejam de acordo com estas. É importante salientar que o Ministério da Saúde vem dando total apoio a estes movimentos, em especial nas últimas duas décadas, e estabelecendo políticas públicas sem ouvir as entidades médicas, que foram completamente afastadas deste cenário.

Atualmente, existe uma enorme lista de procedimentos considerados como “boas práticas” na assistência ao parto, divulgados por documentos ministeriais que apoiam a Rede pela Humanização do parto e Nascimento (ReHuNa), a principal ONG que articula todo este movimento. Eles se apoiam em publicações consideradas evidências científicas e, baseados nos seus resultados, divulgam-se as “boas práticas”, em detrimento das outras. Aqui, novamente, há que se consultar cada uma destas publicações para verificar as consistências ou não do que está sendo divulgado, a partir dos métodos empregados para obter os dados, e a análise estatística realizada.

É interessante destacar um artigo de revisão publicado recentemente sobre as políticas públicas voltadas para a humanização na atenção ao nascimento, que demonstra exatamente como vem ocorrendo toda esta articulação. Ali está compilada parte de toda esta história que se iniciou ainda na década de 1990, com medidas econômicas – aumentando o valor pago à assistência ao parto vaginal – e implementação da obrigatoriedade de no mínimo seis consultas de pré-natal, a garantia de vagas para gestantes inscritas no programa de humanização, entre outras. Paralelamente, foram criados os centros de parto normal, extrahospitalares, com autonomia da enfermeira obstétrica ao chamado parto eutócico, e realizaram-se dezenas de eventos voltados para estabelecer as bases ideológicas que sustentariam o novo modelo de assistência ao parto, com base na autonomia da mulher e de seu protagonismo no parto, ou nascimento, como preferem chamar (RATTNER, 2009).

### **3 ASPECTOS LEGAIS**

Nas últimas décadas alguns países da América Latina avançaram em normatizar o tema, criando leis que assegurassem à mulher o direito de escolha da via de nascimento de seus conceitos, como veremos a seguir.

#### **3.1 Argentina – Lei no 25.929, de 17 de setembro de 2004**

Aborda os direitos das mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, com ênfase nos seguintes direitos: informação; ser tratada com respeito e de forma individualizada; ser protagonista do seu parto; parto natural, evitando práticas invasivas; ser acompanhada por uma pessoa da sua escolha. Aborda, também, direitos do recém-nascido.

Ressalta-se que, em nenhum momento, esta lei faz menção à “violência obstétrica”.

### **3.2 Brasil – Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha)**

Esta lei cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, dispõe sobre a criação dos juizados de violência doméstica e familiar, altera o Código Penal e dá outras providências, garantindo: atendimento no sistema de saúde; abrigo; registro da ocorrência; exame de corpo de delito; medidas protetivas de urgência; prisão preventiva do agressor; assistência jurídica gratuita, entre outras.

Não há, no texto da lei, nenhuma menção específica à “violência obstétrica”.

### **3.3 Venezuela – Lei no 38.668, de 23 de abril de 2007**

Denominada “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, tem por objetivo garantir e promover este direito, criando condições para prevenir e erradicar a violência contra as mulheres em qualquer de suas manifestações e âmbitos, estimulando mudanças nos padrões socioculturais e na desigualdade de gênero.

O artigo 51 introduz o termo “violência obstétrica” pela primeira vez no cenário da legislação latino-americana:

**“Artigo 51.** São considerados atos de violência obstétrica quando executados por profissionais da saúde, compostos por:

1. Não atender oportuna e efetivamente as emergências obstétricas.
2. Obrigar as mulheres a dar à luz em decúbito dorsal com as pernas levantadas existindo meios necessários para a realização do parto vertical.
3. Impedir o contato precoce da criança com sua mãe, sem uma boa razão médica, negando a possibilidade de imediatamente amamentar ou amamentar no nascimento.



4. Alterar o processo do nascimento natural do parto de baixo risco usando técnicas de aceleração, sem a obtenção de consentimento voluntário, expresso e informado das mulheres.
5. Indicar o parto por via cesariana, existindo condições para o parto natural, sem a obtenção de consentimento voluntário, expresso e informado das mulheres.”

### **3.4 Argentina – Lei no 26.485, de 1º de abril de 2009**

Ementa: “Lei de proteção integral para prevenir, punir e erradicar a violência contra as mulheres no âmbito onde desenvolvem suas relações interpessoais.”

Tem como objeto promover e garantir: a eliminação da discriminação entre homens e mulheres; que as mulheres possam viver suas vidas sem ser violentadas; desenvolvimento de políticas públicas para remoção das desigualdades entre os gêneros e das relações de poder sobre as mulheres; acesso à justiça nos casos de violência; assistência integral às mulheres violentadas.

Entre as modalidades de violência, é citada a obstétrica: “Aquela que exerce o profissional de saúde sobre o corpo da mulher e os processos reprodutivos, expressa em um tratamento desumanizado, abuso de medicação e patologização de processos naturais, de acordo com a Lei 25.929.”

### **3.5 – Projetos de lei no Brasil**

#### **3.5.1 PL 7.633/2014 – Deputado Jean Wyllis (PSOL-RJ)**

Ementa: “Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências”.

Pretendendo valorizar a humanização no nascimento e assegurar a autonomia das mulheres na assistência ao parto, este PL restringe bastante a autonomia do médico que assiste o parto, impedindo a realização de procedimentos utilizados para a condução ativa do trabalho de parto, tais como: administração de ocitocina; amniotomia; episiotomia; extração manual da placenta e outros. Garante o direito da gestante de manifestar sua vontade no Plano Individual de Parto.

Define violência obstétrica como: “a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde através do tratamento

desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que causa a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade”.

Propõe a criação de comissões institucionais, municipais e estaduais para “monitoramento do índice de cesarianas e das boas práticas obstétricas” em toda instituição ou estabelecimento obstétrico, público ou privado, de saúde suplementar, com total autonomia de atuação e obrigatoriedade de enviar relatório consolidado periodicamente ao Ministério da Saúde. Finalmente, exige que os cursos de graduação de profissionais de saúde sejam obrigados a implementar em suas diretrizes curriculares os conteúdos dispostos neste PL.

Penas: “As instituições e os/as profissionais que não cumprirem o estabelecido nesta Lei responderão no âmbito civil, penal e administrativo por suas ações e/ou omissões”.

### *3.5.2 – PL 7.067/2017 – Deputada federal Jô Moraes (PCdoB-MG)*

Ementa: “Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério”.

Tem por objeto: “a adoção de medidas de proteção contra a violência obstétrica e divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério”.

Texto muito semelhante ao PL 7.633/2014, porém mais sucinto. Destaque para a obrigatoriedade da elaboração do plano de parto e de afixação de cartazes nas instituições de saúde informando sobre a lei, sugerindo denunciar possíveis situações de “violência obstétrica”.

Penas: “O descumprimento dessa lei sujeitará os infratores às penas previstas na legislação da esfera sanitária, penal e civil”.

### *3.5.3 PL 8.219/2017 – Deputado federal Francisco Floriano (DEM-RJ)*

Ementa: “Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após”.

Texto semelhante aos projetos anteriores, e mais sucinto. Destaque para a pena, caso o profissional infrinja a lei: “Detenção, de seis meses a dois anos, e multa”.

### **3.6 Leis municipais sobre assistência ao parto no Brasil**

Em seguida, apresentaremos exemplos de leis municipais já aprovadas no Brasil, cuja temática é a assistência “humanizada” ao trabalho de parto.

#### *3.6.1 São Paulo (SP) – Lei nº 15.759, de 25 de março de 2015*

“Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências.”

Apresenta vários conceitos e pressupostos que estarão também em outras leis municipais, que serão apresentadas a seguir: princípios do parto humanizado; plano individual de parto; justificativas do médico caso não cumpra o plano de parto.

“Violência obstétrica” não é mencionada nesta lei.

#### *3.6.2 Belo Horizonte (MG) – Lei nº 10.843, de 18 de setembro de 2015*

“Institui o Plano Municipal para a Humanização do Parto, dispõe sobre a administração de analgesia para o parto natural e dá outras providências.”

Apresenta o conceito e princípios do chamado “parto humanizado”, destacando o direito da gestante à elaboração do Plano Individual de Parto em relação aos procedimentos que necessitam de sua aprovação e as justificativas no prontuário para serem utilizadas.

Não há menção sobre “violência obstétrica” nesta lei.

#### *3.6.3 Uberlândia (MG) – Lei nº 12.315, de 23 de novembro de 2015*

“Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Uberlândia.”

Texto semelhante aos projetos anteriores, com destaque para o uso do termo “violência obstétrica” para qualquer situação em que a gestante se considere ofendida verbal ou fisicamente.

É importante salientar que a OMS não utiliza o termo “violência obstétrica” quando se refere a possíveis atos de desrespeito e/ou agressão às gestantes. Em documento de 2014, intitulado *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante*

*o parto em instituições de saúde*, a OMS declara: “No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não discriminação”. Concordamos integralmente com este postulado, e reiteramos que a negação deste direito deve ser interpretada como violência na assistência ao parto, e não como “violência obstétrica”, que estigmatiza e responsabiliza somente o médico.

#### **4 ASPECTOS ÉTICOS**

A Resolução CFM nº 2.144/2016 traz no bojo de sua ementa: “É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança a do binômio materno-fetal”. Observem que, no art. 2º, “Para garantir a segurança a do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário”.

#### **5 ASPECTOS BIOÉTICOS**

A teoria médica universal do cuidar pode ser resumida em uma frase “*Primum non nocere: Primeiro não prejudicar*”. O legado adotado pela escola hipocratiana fundamenta-se em dois pilares: o princípalismo e a não maleficência.

Esse modelo, tão secularmente conhecido, deve ser adotado pela assistência obstétrica e acolhido pelos envolvidos em cuidados na saúde materno-fetal, levando-se sempre em consideração os danos irreversíveis que podem ser provenientes do desconhecimento de medidas no momento necessário.

O epicentro do pensamento bioético é plural. Com isso, o princípio da autonomia sofre adequações quanto ao discurso adotado pelos envolvidos. Portanto, a humanidade tem caminhado ao encontro do reconhecimento da autonomia, porém o resultado proveniente dessa busca não pode se direcionar para um desfecho reconhecidamente desfavorável, tampouco individualizar a vontade para um único envolvido.

É no pensamento bioético que sempre haverá espaço para o contraditório em seu ordenamento, mas o que deve sempre predominar é o bom senso em comum.

Discutir autonomia da mulher quanto à escolha da via de nascimento envolve aprofundamento em um tema ainda inconclusivo, que esbarra no conceito de pessoa e no que diz respeito ao reconhecimento do estatuto do embrião humano.

O médico que assiste um trabalho de parto e tem como bússola o referencial gráfico de um partograma como critério para a conduta da boa prática obstétrica desconhece naturalmente a autonomia como referencial teórico para fugir dos protocolos de recomendações.

Dito isso, não há um ponto de equilíbrio entre conflitos inconciliáveis, principalmente no tocante a dilemas opostos. Tem-se observado com frequência na prática obstétrica que a gestante deseja que seja adotado expressamente o seu plano de parto, sem que o médico obstetra tenha participado dessa construção envolvendo principalmente medidas consolidadas na utilização do partograma.

Sendo assim, parece haver uma tentativa de interpretação do partograma contrária ao que vem sendo adotado pela obstetrícia de forma global. O monitoramento fidedigno materno-fetal passa a ser colocado como um possível indicador para o impedimento da evolução natural do trabalho de parto.

Por outro lado, o partograma não se tem feito presente aos prontuários das pacientes que foram submetidas a intervenção cesariana em sua maioria. Portanto, não há evidências científicas suficientemente estabelecidas, de que sua utilização não possa ser adequada à livre escolha da parturiente.

No que diz respeito à cesariana, para algumas mulheres brasileiras o esforço para medicalizar o processo de nascimento representa uma solução prática para superar os problemas encontrados dentro do próprio sistema de saúde, assim como tendem a perceber esse procedimento como mais seguro que o parto normal (BARROS et al., 2013).

Apesar das diferenças, existem conceitos sobre os quais há um amplo acordo. Um deles é o conceito ético de respeito às mulheres na assistência ao parto, pautado em numerosos artigos científicos, que aponta para condutas denominadas de “boas práticas obstétricas” como

deambular, alimentar-se, liberdade de posição para o parto etc. (KEMP et al., 2013).

Parece haver um resgate do que vem sendo denominado de “humanização do parto”. Muitos pesquisadores têm explorado o entendimento do termo “humanização”, descrevendo os diferentes significados (muitas vezes contraditórios), suas possibilidades de mudar a cultura médica, a compreensão da anatomia e fisiologia das mulheres e as relações de gênero (DINIZ, 2005).

É inegável a necessidade de mudar o modelo de atenção pré-natal, parto e puerpério no Brasil, tendo em vista os inúmeros fatores que envolvem o período gravídico puerperal, como também as diferentes formas de violência contra a mulher que ocorrem no País e no mundo.

Na verdade, os avanços para a prevenção da violência contra a mulher, consubstanciados em políticas públicas que envolvem a promoção da saúde e a atenção integral à mulher em situação de violência, em qualquer uma de suas formas, com regulamentos e legislações específicas, têm caminhado em passos curtos.

## **6 CONCLUSÃO**

1 – O termo “violência obstétrica” deveria receber outra designação, pois envolveria, na realidade, todas as inadequadas condições dos locais de atendimento, da violência institucional, bem como de todos os profissionais de saúde e outros personagens envolvidos no atendimento à mulher.

2 – O CFM reconhece a necessidade de leis, regras e protocolos para um adequado atendimento com segurança na assistência à saúde da população, e sua contribuição ocorre através do acatamento destes fundamentos e no controle da ética profissional, por seu Código de Ética Médica, resoluções e pareceres, no sentido de preservar e garantir todos os princípios da boa prática médica e da bioética.

3 – Através de portarias, programas oficiais e mudanças frequentes na legislação do SUS, instalou-se uma série de regras e protocolos, em que a figura do médico, em especial os obstetras, tem sua participação diminuída e questionada, inclusive desautorizando o uso de condutas consagradas e cientificamente comprovadas.

4 – Está em curso, em diversos estados da União e em alguns municípios, a edição de leis que, sob o manto de suposta proteção às gestantes, transferem de forma

inconsequente para o médico obstetra toda a responsabilidade das mazelas da ineficiência do acesso à saúde.

5 – Essas leis, que contam com o apoio de algumas ONGs e outros grupos associativos, criam situações de conflito, em sua grande parte amparadas em movimentos político-ideológicos, influenciando negativamente na harmonia das equipes multiprofissionais, bem como nos procedimentos e condutas baseadas em evidências científicas comprovadas.

6 – O CFM repudia os atos que reduzem a participação dos médicos obstetras na integralidade do atendimento à gestante, assim como na demonização progressiva a que esta especialidade está sendo exposta, em especial pela responsabilização dos graves indicadores de mortalidade e morbidade na área materno-infantil.

7 – O CFM reconhece que a proliferação de leis que tratam do tema “violência obstétrica” embute posições político-ideológicas, e na prática não garantem nem oportunizam uma assistência integral, em todos os níveis de atenção à gestante e ao nascituro.

8 – Por fim, o CFM considera que o termo “violência obstétrica”, além de ser pejorativo, traz em seu bojo riscos permanentes de conflito entre pacientes e médicos nos serviços de saúde e, para efeito de pacificação e justiça, avalia que tal termo seja abolido, e que as deficiências na assistência ao binômio materno-fetal tenham outra abordagem e conceituação.

9 – Na verdade, a expressão “violência obstétrica” se posiciona como uma agressão contra a especialidade médica de ginecologia e obstetrícia, contra o conhecimento científico e, por conseguinte, contra a mulher na sociedade, a qual necessita de segurança e qualidade de assistência médica.

Esse é o parecer, S.M.J.

Brasília, 23 de outubro de 2018.

**ADEMAR CARLOS AUGUSTO**

Conselheiro-relator

## 7 REFERÊNCIAS

- BARROS, A. J.; SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A. et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, p. 635-643, 2011.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 627-637, 2005.
- KEMP, E.; KINGSWOOD, C. J.; KIBUKA, M. et al. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database System Review*, Londres, n. 1, CD008070, 2013.
- RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface, Comunicação Saúde e Educação*, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 759-768, 2009.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Care in normal birth: a practical guide*. Report of a Technical Working Group. Geneva: WHO, 1996. 54 p.



**ANEXO B – Despacho SEI nº 9087621**

Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

**DESPACHO**

DAPES/SAS/MS

Brasília, 03 de maio de 2019.

Acusa-se o recebimento do Ofício nº 017/19 – JUR/SEC referente à solicitação de posicionamento deste Ministério quanto ao uso do termo “violência obstétrica”.

Embora não haja consenso quanto à definição desse termo, o conceito de “violência obstétrica” foca a mulher e o seu momento de vida (gestação, parto ou puerpério).

A definição isolada do termo violência é assim expressa pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. Essa definição associa claramente a intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido.

O posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério.

O Ministério da Saúde pauta todas suas recomendações pela melhor evidencia científica disponível, guiadas pelos princípios legais, pelos princípios éticos fundamentais, pela humanização do cuidado e pelos princípios conceituais e organizacionais do Sistema Único da Saúde.

Neste sentido, estratégias têm sido fortalecidas para que o cuidado maternoseja cada vez mais qualificado, principalmente no que se refere à diminuição da mortalidade materna, mortalidade infantil, prevenção de danos decorrentes de intervenções necessárias para a preservação da vida do binômio mãe-bebê e na relação de cuidado e afetiva mãe-filho. Ratifica-se, assim, o compromisso das normativas deste Ministério pautarem-se nessa orientação.

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.

Encaminha-se ao GAB/SAS para prosseguimento.



Documento assinado eletronicamente por **Mônica Almeida Neri, Coordenador(a)-Geral de Saúde das Mulheres**, em 03/05/2019, às 14:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcio Henrique de Oliveira Garcia, Diretor(a) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, em 03/05/2019, às 14:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Erno Harzheim, Secretário-Executivo, Substituto**, em 03/05/2019, às 16:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **9087621** e o código CRC **1A6F34C4**.

**ANEXO C – Recomendação Nº 29/2019****MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**

Autos nº 1.34.001.007752/2013-81

Inquérito Civil

São Paulo, 07 de maio de 2019

**RECOMENDAÇÃO n.º 29/2019**

O Ministério Público Federal, representado pela Procuradora da República que a presente subscreve, no exercício de suas atribuições institucionais e constitucionais junto à Procuradoria da República no Estado de São Paulo, em especial as constantes do artigo 5, inciso V, alínea “a”, da Lei Complementar n 75/93, vem, pela presente, expor e recomendar ao Ministério da Saúde, o quanto segue:

**CONSIDERANDO:**

- 1 - Que tramita perante o Ministério Público Federal em São Paulo, o Inquérito civil 1.34.001.007752/2013-81, instaurado por Portaria aos 19 de fevereiro de 2014, diante do recebimento de denúncias apresentadas por vítimas de violência obstétrica;
- 2 - Que, a partir da instauração de referido Inquérito Civil, o Ministério Público Federal em São Paulo passou a receber novas e diversas denúncias de mulheres relatando a prática de violência física, verbal e emocional durante a assistência ao parto, em atos perpetrados por profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento na rede pública e privada;
- 3 - Que atualmente o Inquérito Civil nº 1.34.001.007752/2013-81 conta com 1.952 páginas em seus autos principais, bem como 40 Anexos referentes a hospitais e

maternidades públicas e privadas diversas, trazendo dezenas de denúncias apresentadas por mulheres e documentos técnicos encaminhados por diversas entidades tratando do atendimento ao parto no país;

4 - Que, no Inquérito Civil em referência, há denúncias de mulheres que foram ofendidas verbalmente, ridicularizadas, hostilizadas, negligenciadas e até mesmo criticadas em seus aspectos corporais durante o atendimento obstétrico, em manifesta agressão verbal e emocional durante o atendimento obstétrico;

5 - Que, no Inquérito Civil em referência, há denúncias de mulheres que foram ameaçadas de não serem atendidas em caso de expressarem a dor do parto, sendo vítimas de inequívoca violência por prestadores de saúde;

6 - Que, no Inquérito Civil em referência, há denúncias do uso irrestrito do soro de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, sendo que muitas parturientes em tal situação não recebem analgesia ou métodos não farmacológicos para o alívio da dor, situação de inequívoca violência contra a mulher;

7 - Que, no Inquérito Civil em referência, há denúncias de mulheres que foram seguradas por enfermeiros contra a vontade, para serem obrigadas a parir em litotomia, sendo privadas do direito de escolher a melhor posição para dar à luz, apenas por conveniência médica e/ou falta de experiência do profissional no atendimento em posições verticalizadas, situação de inequívoca violência contra a mulher;

8 - Que, no Inquérito Civil em referência, há denúncias de mulheres que, ao invés de serem acolhidas e amparadas pelos prestadores de serviço em atendimento obstétrico, foram negligenciadas deliberadamente, permanecendo em situações de completo desamparo, em caracterização de inequívoca violência contra a mulher;

9 - Que, no Inquérito Civil em referência, há denúncias de mulheres que foram submetidas a episiotomias sem prévio consentimento e inclusive contra a vontade expressa, em situação de inequívoca violência contra a mulher e que pode

caracterizar crimes de constrangimento ilegal e lesão corporal, previstos pelo Código Penal;

10 - Que, no Inquérito Civil em referência, há denúncias de mulheres que foram submetidas a cesarianas desnecessárias contra sua vontade, apenas por conveniência médica e ou falta de experiência do profissional no atendimento ao parto normal, situação inequívoca de violência contra a mulher e que lhes expõe a maiores riscos de vida, visto que a realização de cesarianas desnecessárias submete a mulher a três vezes mais riscos de morte no parto;

11 - Que, no Inquérito Civil em referência, há notícias de mulheres submetidas ao procedimento denominado Manobra de Kristeller, que é desaconselhado pela Organização Mundial de Saúde e, conforme já posicionou o Conselho Regional de Medicina em São Paulo, não deve ser realizado, havendo nos autos inclusive notícias de falecimento de bebês e ruptura uterina, em situação de inequívoca violência contra a mulher;

12 - Que no Inquérito Civil em referência, há notícias de diversas mulheres que não foram autorizadas a ter um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto em situação de manifesta violação a direitos consagrados e violência contra as mulheres durante atendimento obstétrico;

13 - Que, no Inquérito Civil em referência, há denúncias de mulheres que são submetidas a exames de toques constantes e dolorosos, por vários prestadores de saúde, em desacordo as Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento, estabelecidas desde 1996 pela Organização Mundial de Saúde, inclusive havendo denúncias de que tal prática ocorre em Hospitais Escola de forma deliberada para o aprendizado de estudantes e residentes, em situação de manifesta violência contra a mulher;

14 - Que, em atendimento à solicitação de manifestação do Ministério da Saúde quanto ao uso do termo “violência obstétrica“, no curso do processo nº 25000.063808/2019- 47, a Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, proferiu DESPACHO datado de 03 de maio de 2019,

concluindo pela "impropriedade da expressão violência obstétrica no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano”;

15 - Que, ao fundamentar suas conclusões, o parecer afirma que a definição isolada do termo violência seria assim expressa pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”, bem como, afirma o Ministério da Saúde, que “essa definição associa claramente a intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido”;

16 - Que, no documento ora questionado, consta que “o posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério”. Acrescenta o Parecer que, “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.”

17 - Que a interpretação conferida pelo Ministério da Saúde ao conceito de “violência” trazido pela Organização Mundial de Saúde está flagrantemente distorcida e equivocada, pois a OMS não exige, para a caracterização de violência, a intenção deliberada de causar dano por parte do profissional, mas somente o “uso intencional da força ou poder” no ato perpetrado;

18 - Que a interpretação conferida pelo Ministério da Saúde ao conceito de “violência” trazido pela Organização Mundial de Saúde, restringindo-o à intenção deliberada de causar dano por parte do profissional, é ainda inconsistente do ponto de vista técnico-jurídico, vez que ignora a existência do dolo eventual como parte da intencionalidade dolosa da conduta para efeitos de qualificação do ilícito;

19 - Que a interpretação conferida pelo Ministério da Saúde ao conceito de “violência” supostamente empregado pela OMS ignora que tal entidade reconhece expressamente a ocorrência de maus tratos e violência no parto, conforme documento “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, publicado em 2014;

20 - Que, ao negar o termo “violência obstétrica” e pregar a “abolição de seu uso”, o Ministério da Saúde desconsidera as orientações da Organização Mundial da Saúde sobre o tema, que, no documento “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, assim se pronuncia: “No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos”;

21 - Que a Organização Mundial da Saúde, no documento “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto”, expressamente reconhece a violência física e verbal no parto, nos seguintes termos: “Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem **violência** física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento.(5) Entre outras, 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.(5) (grifo nosso);

22 - Que a Organização Mundial de Saúde, no mesmo documento acima indicado, considera que a violência no parto equivale à violação dos direitos humanos

fundamentais das mulheres **independentemente da intencionalidade de causar dano**, assim se posicionando: “todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente. (6-9) Em especial, as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva. (10)”;

23 - Que as diversas denúncias presentes nos autos do Inquérito Civil em referência revelam que médicos e enfermeiros, ao invés de adotar as boas práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento previstas pela Organização Mundial de Saúde desde 1996, optam, deliberadamente, por impor as parturientes procedimentos no parto desaconselhados pelas evidências científicas, causando prejuízos ao parto fisiológico e muitas vezes trazendo graves consequências adversas de gravidade a mães e bebês, assim agindo de forma dolosa e consciente, mesmo que em dolo eventual (assumindo o risco de produzir os resultados adversos);

24 - Que médicos que propositadamente encaminham pacientes de baixo risco para cirurgias cesarianas, mantendo com isso elevados índices de partos cirúrgicos, atuam em desconformidade com as orientações da Organização Mundial de Saúde, bem como do Ministério da Saúde, submetendo suas pacientes a maiores riscos de forma deliberada, dolosa e consciente (mesmo que em dolo eventual ao assumir o risco de produzir resultados adversos);

25 - Que negar a ocorrência da “violência obstétrica”, vinculando-a à prova de intenção do profissional em causar dano, equivale a enfraquecer as ações positivas do Estado e de toda a sociedade para que a violência no parto seja combatida, bem como contribui para amparar teses defensivas de médicos e enfermeiros que, não obstante atuem de forma agressiva, abusiva e desrespeitosa em atendimentos obstétricos, confiam na impunidade, em especial por parte dos Conselhos Profissionais;



26 - Que, negar o termo “violência obstétrica”, pregar a “abolição de seu uso” e afirmar-se “ser expressão inadequada”, é negar a existência efetiva da violência no parto, sofrida por milhares de mulheres no Brasil e no mundo, conforme diversas pesquisas já publicadas e dezenas de denúncias recebidas nos autos do Inquérito civil 1.34.001.007752/2013-81;

27 - Que, ao vincular a ocorrência da violência obstétrica à intencionalidade de causar dano por parte do profissional o Ministério da Saúde desconsidera as experiências e consequências traumáticas e danosas causadas as mulheres, tanto em aspectos físicos quanto emocionais, bem como ignora que há crimes perpetrados por profissionais da saúde durante o parto que não exigem a intencionalidade de causar dano, como constrangimento ilegal, lesões corporais e ameaça;

28 - Que o termo “violência obstétrica” está consolidado em diversas legislações e documentos científicos internacionais, bem como já é consagrado no Brasil em diversos diplomas legais estaduais, sendo exemplos a Lei nº 17.097/2017 do Estado de Santa Catarina; a Lei nº 5217 DE 26/06/2018 no Estado do Mato Grosso do Sul, a Lei nº 16499 de 06/12/2018 no Estado de Pernambuco, a Lei nº 23.175/18 no Estado de Minas Gerais, dentre outras, refletindo, portanto, a preocupação de toda a sociedade brasileira em reconhecer, por meio de seus legisladores, a ocorrência da violência física, verbal e emocional no atendimento ao parto e adotar ações positivas para coibir tais práticas;

29 - Que a violência obstétrica deve ser reconhecida e combatida como violência de gênero, nos termos da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher - “Convenção de Belém do Pará”, visto que perpetrada em serviços de saúde especificamente contra as mulheres, em relação de vulnerabilidade e subordinação para com os profissionais de saúde, causando-lhes desrespeito à integridade física, mental e moral;

30 - Que, como violência de gênero que é, a violência obstétrica deve ser reconhecida e combatida pelos Estados Partes da “Convenção de Belém do Pará”, incumbindo ao

Ministério da Saúde pautar suas ações e manifestações em consonância com os compromissos assumidos;

31 - Que não incumbe ao Ministério da Saúde julgar a conveniência de quaisquer termos ou expressões utilizados pela sociedade civil, ainda mais pregando a "abolição do uso" do termo "violência obstétrica", pretendendo restringir a liberdade de manifestação, conhecimento e ações positivas da sociedade quanto as práticas efetivamente violentas e danosas que diariamente são impostas as mulheres em atendimentos obstétricos e que ocorrem independentemente da intenção do profissional em causar dano;

32 - Que o art. 127 da Constituição da República Federativa do Brasil confere ao Ministério Público as atribuições de defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis;

33 - Que o art. 129 da Constituição da República Federativa do Brasil atribui ao Ministério Público a função institucional de zelar pelo efetivo respeito dos serviços de relevância pública aos direitos constitucionalmente assegurados e promover o inquérito civil público e a ação civil pública para a proteção dos interesses difusos e coletivos, dentre os quais a proteção à saúde, à maternidade e à infância;

34 - Que o art. 5, inciso V, alínea "a" da Lei Complementar n. 75/93 estabelece competir ao Ministério Público a função institucional de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos da União e dos serviços de relevância publica quanto aos direitos assegurados na Constituição Federal relativos as ações e aos serviços de saúde;

35 - Que o art. 6º, inciso XX, da Lei Complementar n. 75/93, estabelece competir ao Ministério Público da União expedir recomendações visando a melhoria dos serviços públicos e de relevância pública, bem como o respeito aos interesses, direitos e bens cuja defesa lhe cabe promover, fixando prazo razoável para adoção das providências cabíveis;

36 - Que as conclusões trazidas pelo Ministério da Saúde por meio do despacho proferido aos 03 de maio de 2019, no curso do processo n" 125000.063808/2019-47,

contrariam farto material probatório produzido pelo Ministério Público Federal nos autos do Inquérito Civil n 1.34.001.007752/2013-81, que demonstra sérias violações aos direitos fundamentais das mulheres durante atendimento obstétrico, com a prática de atos de violência contra as mulheres, física verbal e emocional, independentemente da intenção de causar dano dos profissionais envolvidos;

37 - Que as medidas até a momento realizadas no curso do Inquérito Civil nº 1.34.001.007752/2013-81 já possibilitaram a melhora do atendimento de diversas maternidades na cidade de São Paulo, bem como a adoção de ações ativas por parte das Secretarias do Estado e do Município de São Paulo, com vistas a coibir atos de violência no parto, tendo sido, para tanto, essencial o reconhecimento de que a violência existe, é extremamente frequente, devendo ser combatida;

RECOMENDA o Ministério Público Federal ao Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Atenção à Saúde ou quaisquer outras Secretarias que tratem do atendimento ao parto no país, que:

I - esclareça par meio de nota que o termo “violência obstétrica” é expressão já consagrada em documentos científicos, legais e usualmente empregada pela sociedade civil, sendo o uso da expressão livremente facultado independentemente de eventual preferência do Ministério da Saúde em utilizar expressões alternativas em suas ações específicas;

II - que se abstenha de empregar quaisquer ações voltadas especificamente à abolição do uso da expressão “violência obstétrica”, empregando, ao invés, ações voltadas a coibir as práticas agressivas, maus tratos e desrespeitos durante o parto, independentemente da intenção dos profissionais em causar danos;

III - adote as ações positivas recomendadas pela “Declaração de prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, publicada em 2014 (documento remetido em anexo), que reconhece a ocorrência de violência física, verbal e maus tratos durante o parto, independentemente da intencionalidade do profissional em causar dano, e recomenda:

- 1 - apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos;
  - 2 - apoio e manutenção de programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência;
  - 3 - enfatize os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e parto, independentemente da intencionalidade dos profissionais em causar dano;
  - 4 - adote ações positivas para produzir dados relativos a práticas respeitosas e desrespeitosas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio aos profissionais (grifo nosso);
- ([https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/pt/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/pt/))

V - Dê ampla divulgação desta RECOMENDAÇÃO às Unidades de Saúde de todo o país.

Fica fixado, nos termos do art. 6 da Lei Complementar nº 75/93, o prazo de 15 (quinze dias) dias para que o destinatário informe sobre a postura perfilhada em face da presente, com a apresentação de todos os documentos e relatórios pertinentes, inclusive com a remessa da integralidade do Processo nº 25000.063808/2019-47, sob pena das consequências legais cabíveis.

Fica determinado seja dada publicidade à presente Recomendação, no portal eletrônico do Ministério Público Federal, conforme estabelece o art. 23 da Resolução n 87/2006, do CSNPF.

Ana Carolina Previtalli Nascimento  
Procuradora da República

**ANEXO D – Ofício Nº 296/2019**

Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Primária 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, 07 de junho de 2019.

À Senhora  
Ana Carolina Previtalli Nascimento  
Procuradora da República  
Ministério Público Federal  
Rua Frei Caneca, 1360  
CEP: 01307-002 – São Paulo/SP

**Assunto:** Recomendação nº 29/2019. IC 1.34.001.007752/2013-81.

Senhora Procuradora,

1. Em resposta à recomendação nº 29/2019 do Ministério Público Federal de São Paulo, a Coordenação de Saúde das Mulheres tece as seguintes considerações:
2. As Políticas de atenção ao parto e nascimento fomentadas pelo Ministério da Saúde estão em consonância com o documento da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em 2014, “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”.

3. Tal referencial também está presente na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 2004, cujos objetivos centrais são promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da garantia dos direitos legalmente constituídos em todo território nacional e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde.

4. Em consonância com esses princípios e diretrizes, em junho de 2011, o Governo Brasileiro instituiu a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como, à criança, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. O Ministério da Saúde (MS), por meio da Rede Cegonha, tem adotado e orientado que as políticas e ações relacionadas à atenção obstétrica no Brasil sigam as recomendações do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento".

5. Para tanto, o MS tem investido na atenção qualificada, segura e humanizada ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério, priorizando ações na assistência à saúde que buscam garantir os direitos fundamentais de mulheres e crianças ao acesso a tecnologias apropriadas, com adoção de práticas baseadas em evidências, e a organização e adequação das ofertas de serviços em conformidade às diferentes necessidades de cuidado de acordo com o risco obstétrico e neonatal.

6. A Rede Cegonha articula diretrizes e dispositivos, tanto no sentido de uma ética de atendimento e prestação de serviço quanto de reorganização das práticas, processos de trabalho e fluxos para adequação de acesso e cobertura assistencial. Ao mesmo tempo, é norteadada pelos princípios, diretrizes, dispositivos e métodos da Política Nacional de Humanização. A humanização é compreendida como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde.

7. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção no SUS implicam na promoção, reconhecimento e respeito aos direitos humanos das mulheres, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar.

8. A prática obstétrica tem sofrido mudanças significativas nos últimos 20-30 anos, com uma maior ênfase na promoção e no resgate das características naturais e fisiológicas do parto e nascimento. Com isso, vários procedimentos hospitalares têm sido questionados pela carência de evidências científicas que os suportem, existência de evidências que os contraindiquem e por trazerem desconforto à mulher.

9. Nesse sentido, foram realizados consensos e pactuações entre especialistas, instituições de saúde de órgãos de classe para publicação dos Protocolos de Parto Normal e de Cesarianas. Participaram desse processo, Agência Nacional de Vigilância Sanitária –Anvisa, Agência Nacional de Saúde – ANS, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca –ENSP/Fiocruz, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS –Conitec, Organização PanAmericana da Saúde –Opas/OMS, Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras –Abenfo, AMIL, ARTEMIS, Associação Brasileira de Enfermagem –ABEn, Associação Médica Brasileira –AMB, Cochrane Brasil, Conselho Federal de Enfermagem–Cofen, Conselho Federal de Medicina–CFM, Conselho Nacional de Saúde-CNS, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia –Febrasgo, Federação Brasileira de Hospitais, FENASAÚDE, GEAP, Hospital Albert Einstein, Instituto Fernandes Figueiras – Fiocruz, Parto do Princípio, REHUNA, Sociedade Brasileira de Pediatria, Unimed, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ USP, Universidade Federal de Campina Grande e Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira/ IMIP, Universidade Estadual de Campinas/Unicamp.

10. Assim, fruto desse processo, em 2016, foi publicada a Diretriz de Atenção à Gestante: A Operação Cesariana e, em 2017, foi publicada a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal como uma prioridade do Ministério da Saúde para a qualificação do modo de nascer no Brasil, por meio da orientação às mulheres brasileiras, profissionais de saúde e gestores, nos âmbitos público e privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. Esse documento busca promover mudanças na prática clínica, diminuir a variabilidade injustificada de condutas entre os profissionais no processo de assistência ao parto, reduzir intervenções desnecessárias no processo de assistência ao parto normal e,

consequentemente, os seus agravos, difundir e aumentar as melhores práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal.

11. Assim, entender as mulheres como sujeitos de direitos significa respeitar sua autonomia, suas necessidades, considerá-las nas decisões e cuidados que afetam a sua saúde, de modo que as escolhas sejam realizadas de maneira informada e as decisões de maneira conjunta, representa, na implementação da política, ações desde o pré-natal que promovam a inclusão da mulher e sua família no cuidado compartilhado na atenção ao parto e nascimento, sendo possível, por exemplo, utilizar a caderneta da gestante como uma ferramenta de conhecimento de direitos e de saúde.

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

13. Em continuidade aos processos de fortalecimento e qualificação da gestão do cuidado e atualização das práticas clínicas, em 2017, o Ministério da Saúde lançou o projeto Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia em parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh, a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino - ABRAHUE, MEC e Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), tendo a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como instituição executora. Esse projeto tem como objetivo qualificar e ampliar os processos de atenção, gestão e formação relativos ao parto, nascimento, abortamento, planejamento reprodutivo e atenção integral às mulheres em situação de violência sexual nos Hospitais Universitários e de Ensino, incorporando um modelo com práticas baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos.

14. O MS também tem investido na atuação da enfermeira obstetra e da obstetriz na atenção ao parto e nascimento de risco habitual, num modelo de atendimento que é consenso entre especialistas de todo o mundo. Como uma das ações estratégicas propostas, no período de 2013 a 2015, foram realizadas as Ouvidorias Ativas e Auditorias Formativas nas maternidades aderidas à Rede Cegonha com vistas a identificar as ações em não conformidade com os princípios de diretrizes da atenção



ao parto e nascimento. Essas informações serviram como subsídios para apoio do MS às secretarias da saúde e maternidades para qualificação da gestão do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascidos.

15. Além disso, foram realizados, de forma tripartite, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde, dois ciclos avaliativos das maternidades aderidas à Rede Cegonha, totalizando 626 serviços obstétricos e neonatais avaliados no último ciclo, no ano de 2017. Neste 2º ciclo, foram avaliadas as diretrizes de Acolhimento em Obstetrícia; Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento; Monitoramento do Cuidado e Vigilância da Mortalidade Materna e Neonatal; Gestão Participativa e Compartilhada; e Ambiência. Os resultados serviram como instrumentos de qualificação da gestão do cuidado das maternidades que podem ser utilizados como referencial para as contratualizações das maternidades, como também para implementação da cultura institucional de monitoramento e avaliação nos serviços obstétricos e neonatais.

16. Em 2017 e 2018, com intuito de fortalecer as ações de gestão do cuidado na atenção à saúde materna e neonatal foram lançadas as estratégias QualiNeo e Parto Cuidadoso. Parto Cuidadoso é uma estratégia que visa apoiar as práticas clínicas através da cultura institucional de monitoramento e avaliação de indicadores de qualidade no cuidado ao parto e nascimento. Esta estratégia, em fase de implementação, disponibilizará uma plataforma online de indicadores de atenção ao parto e nascimento e de gestão, que poderão ser monitorados pelos gestores das respectivas unidades de saúde, secretários municipais e estaduais de saúde, bem como pela equipe técnica do MS. O QualiNeo é uma estratégia de gestão do cuidado que visa reduzir as taxas de mortalidade neonatal, a partir da prática clínica sistematizada do cuidado neonatal e qualificação da atenção ao recém-nascido nas maternidades brasileiras.

17. A Política Nacional de Humanização tem como uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, com a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade e individualidade dos sujeitos. Portanto, o MS tem investido na aquisição de equipamentos e no repasse de recursos para realização de obras nas maternidades, assim como a construção de Centros de Parto Normal e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera, o que reforça a importância dos serviços oferecerem às mulheres e seus acompanhantes a ambiência e assistência adequada para favorecer a vivência e experiência positiva do momento do parto.

18. Em dezembro de 2018, diante das taxas preocupantes de Morte Materna e na Infância, a Comissão Intergestores Tripartite publicou a Resolução nº 42 que “Aprova as diretrizes e estratégias para elaboração do plano de enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância, no contexto da agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, e dá outras providências”.

19. Diante das principais causas de mortalidade materna, o MS, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde –Opas/OMS e o Centro Latino-Americano para Perinatologia, Saúde das Mulheres e Reprodutiva (CLAP/SMR), reiniciou em 2019, a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia - 0MMxH, uma iniciativa, em parceria com as secretarias de saúde e maternidades de referências, que se destina a qualificar e consolidar os processos de atenção voltados à prevenção, diagnóstico e ao tratamento da hemorragia obstétrica e ao fortalecimento da redução da morbimortalidade materna por hemorragia obstétrica e a qualificação da resposta rápida e eficaz às emergências obstétricas. Futuramente, a Estratégia será ampliada para as duas outras principais causas de mortalidade materna, hipertensão e infecção puerperal.

20. Diante do desafio da disseminação do conhecimento e atualização das práticas clínicas baseadas em evidências científicas, o IFF-Fiocruz-MS, em parceria com o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPES/SAPS/MS, lançou em 2018, o Portal de Boas Práticas de Saúde em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/>). Nesse portal é possível acessar aulas e referências atualizadas e sistematizadas de acordo com as principais temáticas mobilizadas pelas questões da clínica nas maternidades; e encontro com especialistas.

21. Desta forma, o MS compreende que sua atuação está centrada em superar as situações de maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas, através de ações positivas e em parceria com secretarias de saúde e instituições envolvidas com a temática, pois entende que a qualidade da atenção obstétrica e neonatal, incluindo o respeito à autonomia das mulheres, o acolhimento e o cuidado seguro e humanizado e condições de trabalho à equipe multiprofissional são fundamentais para redução da morbimortalidade materna e neonatal.

22. Superar as dificuldades e situações de atendimento inadequado perpassa pela necessidade de um investimento da gestão na mudança do modelo de atenção à

saúde das mulheres, pela adequação das práticas obstétricas àquelas baseadas em evidências científicas, assim como pela valorização do ensino multiprofissional, transdisciplinar, em obstetrícia e neonatologia e pela adequação da ambiência das maternidades.

23. Dessa forma, o Ministério da Saúde reitera que a expressão utilizada nos documentos e ações oficiais é a definida pela OMS em 2014, “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, no qual declara que essas situações nas instituições de saúde afetam os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaçam o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não discriminação.

24. O Ministério da Saúde coloca-se à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

ERNO HARZHEIM

Secretário de Atenção Primária à Saúde

**Referência:** Processo nº 25000.063808/2019-47 SEI nº 9651855

Coordenação de Saúde das Mulheres - COSMU

Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900

Site - [saude.gov.br](http://saude.gov.br)



---

Emitido em 21/09/2022

**DISSERTAÇÃO Nº 80/2022 - PPGEL - CH (10.41.13.10.03)**

**(Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO)**

*(Assinado digitalmente em 29/09/2022 09:45 )*

GIOVANA SANTOS DA SILVA

SECRETARIO EXECUTIVO

CAPPG - CH (10.41.13.10)

Matrícula: ###464#6

Visualize o documento original em <https://sipac.uffs.edu.br/documentos/> informando seu número: **80**, ano: **2022**, tipo: **DISSERTAÇÃO**, data de emissão: **27/09/2022** e o código de verificação: **b4f5cf4434**