

PULHEZ, Mariana Marques. “Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto. *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 12, n. 35, pp. 544-564, Agosto de 2013. ISSN 1676-8965.

ARTIGO

<http://www.cchla.ufpb.br/rbse/Index.html>

“Parem a violência obstétrica!”

A construção das noções de “violência” e “vítima” nas experiências de parto¹

Mariana Marques Pulhez

Recebido em 07.07.2013

Aprovado em 24.07.2013

Resumo: A ideia geral do artigo é refletir sobre a construção da ideia de “vítima” e de “violência” mobilizadas por mulheres que clamam terem sido vítimas de “violência obstétrica”. Para essa reflexão, busco dar um panorama da pesquisa que vem sendo desenvolvida a partir de duas situações principais: a “Marcha pelo Parto em Casa”, ocorrida em Campinas-SP em junho de 2012 e o vídeo “Violência Obstétrica – a voz das brasileiras.”, divulgado na Internet em novembro do mesmo ano. A partir destas situações, a ideia é discutir como a linguagem dos direitos humanos é operada para expressar demandas que se põem em conflito com um discurso médico-científico vigente. Entendendo que os atores envolvidos nessas reivindicações apropriam-se de discursos próprios da medicina para reformulá-los de acordo com suas diversas concepções sobre corpo e cuidado, o intuito é discutir sobre o que é produzido e acionado na categoria “violência obstétrica”, bem como levantar reflexões acerca do discurso operado para legitimar a posição de vítimas de um tipo muito específico de violência. Para desenvolver esta reflexão, apresento o vocabulário utilizado por um grupo de mulheres para reivindicarem a posição de vítimas em situações de parto; traço uma breve discussão sobre a situação atual do parto no Brasil; abordo a construção da noção de trauma a partir do livro “L’Empire du Traumatisme” de Didier Fassin e Richard Rechtman (2011) e reflito sobre a necessidade de vocalização da violência infligida sobre os sujeitos a partir do trabalho da antropóloga Fiona Ross (2001;2006). Assim, busco entender o movimento moral em torno da luta pelo “parto

544

¹ Este texto apresenta alguns dados referentes à pesquisa de mestrado em andamento e conta com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2012/02508-9. As opiniões, hipóteses e conclusões ou recomendações expressas neste material são de responsabilidade da autora e não necessariamente refletem a visão da FAPESP.

humanizado”, encarando-o como uma tentativa de mudança de paradigma sobre o que deve ser um parto, cujos resultados concretos podem ser vistos em políticas públicas voltadas para a “humanização” da assistência materno-infantil. O objetivo geral do artigo, portanto, é elucidar algumas questões em torno de práticas discursivas inscritas em certas configurações de poder e desigualdade, contribuindo para um debate mais amplo no campo da Sociologia das Emoções. **Palavras-chave:** violência obstétrica, noção de vítima, trauma, direitos humanos

Introdução

Dignidade, respeito, liberdade, justiça, valor da pessoa humana, igualdade de direitos. Estas são algumas das palavras presentes na Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada em 1948 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, poucos anos após a oficialização do fim da Segunda Guerra Mundial, em 1945. Os horrores da guerra, as inumeráveis mortes, os campos de concentração, as tantas marcas deixadas pela destruição, tudo isso, dentre diversas razões, fez com que as forças políticas hegemônicas se concentrassem na elaboração de um acordo que tivesse o intuito de proteger o ser humano das barbaridades cometidas contra si mesmo. A partir dali, crimes contra a humanidade passariam a ter consequências políticas e jurídicas significativas, e a noção de “direitos” começaria a se disseminar em tempo e espaço, atingindo o cotidiano dos cidadãos comuns. A memória dolorosa do Holocausto e a construção da noção de que toda violência infligida sobre os seres humanos é constitutiva de trauma e, portanto, passível de reparação (Fassin & Rechtman, 2011), impactaria sobre o modo como movimentos sociais passariam, mais tarde, a reivindicar os seus direitos, como foi o caso de movimentos de cunho identitário empreendidos a partir da década de 80 (Sarti, 2009; 2011). As ideias de dignidade, respeito, liberdade, igualdade, justiça e valor da pessoa humana transcenderiam para além da noção mesma de “humano” – categoria universal e geral – e se estenderiam ao universo das mulheres, crianças, negros, homossexuais, idosos, cujos movimentos se instituiriam como *lócus* de exercício de direitos civis e sociais, constituindo forças decisivas no sentido de moldar a forma como a violência se tornou visível em diversos campos da vida social (Sarti, 2009).

Nesse sentido, a apropriação do discurso dos direitos humanos por parte de movimentos sociais, bem como sua capilarização na vida cotidiana, seria constitutiva da formação de sujeitos políticos e do modo pelo qual seria operada a vocalização de suas experiências de maneira a dar visibilidade a suas demandas, através da construção de subjetividades e da produção de

discursos sobre a violência (Scott, 1998)². A ideia de *falar* sobre traumas e, portanto, trazer à luz as violências infligidas sobre suas vítimas, teria se difundido de modo concomitante à defesa dos direitos humanos, dois movimentos de mesma ordem. Começar-se-ia a entender que seria preciso vocalizar a experiência da violência para poder reparar os danos cometidos por ela (Ross, 2001; 2006).

Tendo essa discussão como pano de fundo, o presente artigo se propõe a explorar os significados mobilizados em torno da categoria “violência obstétrica” operada por mulheres que vivenciaram partos onde teriam sofrido algum tipo de mau-trato. Entrelaçando as experiências de “violência” e a constituição da noção de “vítima”, a proposta é refletir sobre: o que constitui um ato violento para essas mulheres? De qual discurso elas lançam mão para se colocarem na posição de vítimas? Quais são as operações discursivas em jogo na articulação entre um evento que é coletivo e que sustenta o trauma e a experiência individual vivida nesse evento (FASSIN & RECHTMAN: 2011)? Que categorias são reconhecidas como violência contra a mulher e em que medida certos procedimentos obstétricos são classificados como atos violentos? Como se produz a “vítima”, qual a perspectiva dos envolvidos nessa produção e quais são seus modos de agência? Em que medida *falar* sobre a violência infligida é construir um sujeito que detém o direito de reparação e/ou reconhecimento? E em que medida essa construção é fruto de um agenciamento dessas mulheres enquanto detentoras de poder sobre o próprio corpo? Em linhas gerais, busco pensar sobre o que é acionado no sentido de dar inteligibilidade ao sofrimento dessas mulheres que, ao fazê-lo, buscam dar legitimidade moral às suas reivindicações (Sarti, 2009; 2011).

546

Situação 1:

Domingo à tarde, 17 de junho de 2012. Mulheres, doulas³, parteiras, obstetrias, profissionais da saúde e curiosos como eu reuniam-se em praças e avenidas em várias cidades do país vestindo camisetas e segurando cartazes onde diziam “Parto em casa é seguro”, “O corpo é meu, a escolha é minha”, “Meu corpo, meu parto, minhas escolhas”, “CREMERJ, quem pediu seu conselho?”, “Meu corpo, minhas regras”, “Quero poder escolher

2 Segundo Scott (1998), é através do processo de construção da subjetividade que uma pessoa se coloca ou é colocada na realidade social, e é a partir do entendimento contextualizado e historicizado de tal processo que se pode alcançar a subjetividade construída pelo sujeito que produz um discurso sobre a violência.

3 Segundo a Associação Nacional de Doulas, a doula é a profissional especializada no acompanhamento da gestação, parto e pós-parto. Ela tem a função de oferecer suporte físico, emocional, afetivo e psicológico à gestante e ao seu acompanhante. Ver ASSOCIAÇÃO Nacional de Doulas. Disponível em: <www.doulas.org.br>. Acesso em 17 dez. 2012.

quando chegar a minha vez”, “Parem a violência obstétrica!”.

Havia uma semana, o programa *Fantástico* da Rede Globo de Televisão divulgara uma reportagem sobre a polêmica em torno das vantagens e desvantagens do parto domiciliar, polêmica de tom crescente desde a divulgação de um vídeo de parto em casa⁴, acessado mais de três milhões de vezes. Um médico da Universidade Federal de São Paulo, Dr. Jorge Kuhn, declarou-se a favor desse tipo de parto para os casos em que a mulher tenha tido um pré-natal perfeito e não tenha nenhum problema sério de saúde. Na manhã seguinte, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) abre denúncia contra o referido médico ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), sob a acusação de falta de ética e de responsabilidade diante de um evento de alto risco como o parto. Para aquele Conselho, ele jamais deveria ter se pronunciado a favor do parto em casa.

“Não mexam com o meu Kuhn”, diziam alguns cartazes da “Marcha do Parto em Casa”. “Episiotomia⁵ não!”, lia-se em outros. Tantas frases e, em particular, uma manifestação indignada contra a violência sofrida na hora do parto puseram-me atenta a uma dita “violência obstétrica” presente nas instituições hospitalares:

*“Eu tive dois filhos. A segunda foi uma cesárea eletiva com 40 semanas...o médico ficou falando ‘ai, ela vai sofrer, você vai ter dor na contração aí durante uma semana, bobagem ficar passando por isso, a gente pode vir, fazer um cortezinho, uma cirurgia rápida, básica e você vai ter seu bebê aí, lindo, maravilhoso no seu colo, daqui a pouco’. Fui contrariada, fiz a cesárea, tive depressão pós-parto, sofri muito a recuperação dessa cirurgia...corri atrás, fui me informar logo que eu engravidei do meu segundo filho. A minha gestação é...são gestações de alto risco, né? Eu tenho diabetes, então parto domiciliar não era uma opção para mim. Mas eu queria um parto normal, porque a diabetes não é empecilho pra isso. Eu fui atrás, me informei muito, tive acompanhamento de doula. Só que no hospital onde eu fui ter o parto do meu filho, né, **eles fizeram todos os procedimentos que eu solicitei que não fossem feitos**: eles fizeram raspagem [dos pelos pubianos], fizeram episio [episiotomia], é...sorinho...enfim...e não falavam de nenhum procedimento que eles iam fazer. Eles não comunicavam nada. Eles iam fazendo, iam empurrando...Eu fiquei...meu marido ficou brigando no hospital, indo atrás de conversar com a diretoria, fazendo escândalo, ele, a doula, e não teve jeito, ele não acompanhou o trabalho de parto, ele não pôde ficar comigo, nem a doula...E assim, chamaram ele, o neném tava saindo e ainda botaram fórceps sem necessidade (...) Por quê? Porque tavam fazendo auê na porta do hospital, eu era a barraqueira, né, que tava lutando pelos direitos, então ‘vamos judiar dessa vagabunda!’ Foi isso que eu passei! (...) **Cadê o CRM pra lutar por isso, por***

547

4 PARTO Sabrina, Nascimento Lucas. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=qiof5vYkPws>. Acesso em 17 dez. 2012.

5 Corte no períneo usado para facilitar saída da cabeça do bebê.

essa violência que a gente sofre?! É o CRM que tá perseguindo o homem, o médico, que tá lutando pela gente, entendeu? Pelos nossos direitos, por tratar a gente como mulher, como mãe, não como um pedaço de carne como essas filhas da mãe tão agindo com a gente, porque infelizmente a obstetrícia tá assim, o sistema todo tá desse jeito...e é isso que a gente tem que lutar mesmo, entendeu? A gente tem que se unir contra o sistema! (Depoimento de manifestante na "Marcha do Parto em Casa" em Campinas, São Paulo)⁶.

Situação 2:

Domingo, 25 de novembro de 2012. Como de costume, abro o Facebook logo de manhã e começo a pinçar os comentários do dia. Lembro-me, através das publicações de amigas, de que se trata do *Dia Internacional da Luta para a Eliminação da Violência Contra as Mulheres*. Indago-me, curiosa, sobre o que as "mães ativas" estariam falando sobre o assunto. Abro um dos blogs do tema, cujo conteúdo é sempre muito reflexivo e onde eu imaginava encontrar algum texto sobre a "violência obstétrica" de que tinha ouvido falar pela primeira vez na Marcha do Parto em Casa. Deparo-me, então, com um chamativo "Hoje não tem post" e, no lugar dos textos geralmente longos e repletos de reflexão, encontro um vídeo cujo título me fez passar a manhã do meu domingo ouvindo relatos de casos de violência contra as mulheres na hora do parto. O vídeo chama-se "Violência Obstétrica – A voz das brasileiras"⁷.

Produzido pela autora de um blog materno, o vídeo reúne depoimentos de diversas mães que alegam ter sofrido "violência obstétrica". O intuito desse documentário é "dar visibilidade e eliminar de uma vez por todas" práticas recorrentes em hospitais que configurariam situações de violência, como se lê no "Hoje não tem post". Ele foi exibido pela primeira vez no X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ocorrido de 14 a 18 de novembro de 2012 e, em 25 do mesmo mês, mães blogueiras simpatizantes da causa do "parto humanizado" foram chamadas a fazer uma postagem coletiva para divulgar o vídeo em rede, gerando uma avalanche de textos e reações às histórias ali ouvidas e vistas nas

6 Durante a observação de campo, não foi possível traçar formalmente um perfil socioeconômico dos participantes. Porém, pelo que puder apreender, pude supor que se trata de um grupo de pessoas de nível socioeconômico mais alto como profissionais da saúde, funcionários públicos, estudantes universitários, profissionais autônomos. Além disso, a escolha pelo local de manifestação, a Praça do Coco no distrito de Barão Geraldo, Campinas, congrega sobretudo um público acadêmico, na maioria das vezes pessoas adeptas do que tem sido chamados "consumo sustentável".

7 VIOLÊNCIA Obstétrica – A voz das brasileiras. (2012) Disponível em <http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=eg0uvonF25M>. Acesso em 17 dez. 2012.

expressões de dor de cada uma das mulheres que relatou o seu sofrimento.

Editado de forma não linear, buscando reunir pontos em comum em cada um dos relatos, o vídeo nos faz perceber em cada uma das falas os momentos de maior ressentimento provocado pela dor da violência infligida sobre cada um dos corpos e sobre cada um dos sujeitos. Compreendemos pouco a pouco que, mais do que violência física, essas mulheres falam de violência emocional, das dificuldades de lidar com o trauma causado no parto, das dificuldades de perdoar aqueles que lhes violentaram: seus médicos e cada um dos membros das equipes hospitalares que, se não foram eles mesmos os autores de agressões, ao menos fecharam os olhos para aquelas que, naquele momento, se sentiam desamparadas.

*" [A episiotomia] me causou durante uns bons meses desconforto físico, ela inflamou, infeccionou...e [desconforto] psicológico...eu me sentia estranha, eu não gostava que meu marido encostasse naquela região. Ficou sensível...quando muda o tempo, até hoje eu sinto pinicar onde eu levei os pontos. Então me afetou bastante essa episiotomia. **Eu me senti violada, violentada.** Eu falo que, quando eu leio algum relato de violência sexual, como a vítima se sente depois, eu consigo traçar um paralelo..."*

549

"Me senti ser tratada como um lixo... Senti uma dor que parece que vai te rasgar por dentro, né?, por causa da ocitocina...ahn...e ainda assim é mutilada [pela episiotomia]? É normal?"

*"Eu dizia 'Pra que bisturi? Eu não quero episiotomia. Eu já sei que isso não é necessário. **Eu sei que não precisa, é uma escolha**'. E ele, 'não, não podemos discutir isso agora', e já foi fazendo a incisão na minha vagina. E eu não sabia se eu chorava, se eu respirava... eu não sabia o que eu fazia..."*

"Me amarraram na maca."

"... saiu todo mundo, eu fiquei sozinha de perna amarrada, aberta. Sozinha, como se eu fosse assim um subproduto... Levaram minha filha sem me dar nenhuma explicação, levaram meu marido pra longe de mim e me deixaram lá."

"Ele [o médico] me convenceu com essa frase: 'o seu bebê não quer morrer. Se você quiser ir pra casa, assumir essa responsabilidade, pode ir, pode pensar, mas eu tô aqui te falando como seu médico, eu preciso que você confie em mim'...Eu aceitei [a cesárea], né?"

"Demorei anos para digerir essa situação [de ter feito a cesárea]. Hoje vendo essas fotos, acho que ainda não engoli, não..."

"Quando o obstetra chegou no hospital e me encontrou aos gritos

pela dor causada pela ocitocina sintética...para mim sua chegada foi como a de Deus do céu, mas ele me olhou bravo e disse 'O que isso? Que escândalo é esse?'"

"Mas mulher é safada mesmo, né? Sofre e não dá um ano e já tá aqui de novo'."

*"Não temos nem o direito de ficar triste [pela cesariana]. **Temos que conviver com uma frustração silenciosa.**"*

*"Eu me senti desrespeitada... Depois de muito tempo me caiu a ficha do quanto eu fui **violentada.**"*

***"Que a nossa voz seja ouvida e que as nossas histórias não sejam ignoradas."** (Trechos dos relatos das mulheres cujos vídeos foram reunidos para a produção do documentário)*

O parto no Brasil

A ideia de refletir sobre a categoria "violência obstétrica" partiu de uma pesquisa sobre concepções da chamada "maternidade ativa" observada em blogs e redes sociais da Internet⁸. É ali onde tenho acompanhado discussões as mais variadas, como aquelas sobre a amamentação prolongada, as dificuldades em conciliar trabalho e maternidade, o tipo de alimentação mais adequado às crianças, os primeiros contatos com a escola, a infância livre de consumismo, o uso ou não de fraldas de pano, enfim, uma infinidade de temas relativos à maternidade. Contudo, aquele que diz respeito ao tipo de parto vivenciado por um dado conjunto de mulheres parece tomar o primeiro lugar no rol das questões mais debatidas.

O parto, diferentemente das outras questões, toma um espaço maior não apenas por ser um momento chave no vivenciamento da maternidade, mas também por se tornar uma questão que ultrapassa o domínio do íntimo e do privado e alcança as arenas políticas dentro do debate sobre saúde pública, mais especificamente, saúde da mulher. Falar sobre parto é, para essas mulheres, não somente falar sobre a dimensão subjetiva e emocional que esse evento suscita, mas é também falar sobre

8 A pesquisa de mestrado na qual se baseia este artigo tem interesse em compreender concepções de "maternidade ativa" (re)formuladas por mulheres que possuem filhos e que utilizam *blogs* como veículo de compartilhamento de experiências de maternidade. Com a finalidade de entender a conformação de identidades múltiplas através da troca de informações sobre um novo "maternar", trata-se de uma pesquisa qualitativa, sendo a etnografia de um *blog* específico, articulado a redes sociais na Internet, a ferramenta metodológica privilegiada. Em última instância, as pretensões da pesquisa são de trazer à tona discussões acerca das relações entre maternidade e feminismo, bem como contribuir para os debates concernentes às questões de identidade e a forma como elas são colocadas no mundo contemporâneo.

direitos sexuais e reprodutivos⁹, sobre a igualdade e a liberdade nas esferas da vida sexual e reprodutiva. Trazer à tona a discussão sobre o parto parece ser, portanto, denunciar a violação de direitos humanos quando da adoção de certos procedimentos que escapam às políticas públicas já direcionadas à saúde reprodutiva e sexual da mulher (políticas referentes à cesariana, ao aborto, à morte materna, ao câncer de colo uterino, de mama, etc.), como, por exemplo, os casos de negligência médica, violência física, violência verbal e violência sexual que parecem ocorrer dentro dos hospitais durante os partos¹⁰.

Segundo dados publicados em 2009 pelo IBGE¹¹, no Brasil, 98% dos partos são realizados em hospitais. No que tange à cesariana, o governo brasileiro vem fazendo campanhas para a diminuição das taxas há alguns anos¹², porém, de acordo com documentos da UNICEF¹³, o país é líder mundial em número de cesarianas por ano: em torno de 50% dos partos são feitos por via cirúrgica, sendo que na rede pública eles totalizam 37% e na rede privada, alcançam 82%¹⁴. Isto, segundo o que preconiza a

9 Para uma breve discussão sobre direitos sexuais e reprodutivos, ver Ávila, 2003.

10 D'Oliveira et al, em artigo intitulado "Violence against women in health-care institutions: an emergin problem", elencam quatro formas correntes de violência institucional observadas em contexto hospitalar no Brasil, Peru, África do Sul, Tanzania e Nigéria: "negligência; violência verbal, incluindo tratamento áspero, ameaças, repreensão, gritos e humilhação intencional; violência física, inclusive a negação de alívio a dores quando tecnicamente indicado; e violência sexual". (D'Oliveira et al, p.1681, 2002. Tradução livre do trecho: "neglect; verbal violence, including rough treatment, threats, scolding, shouting, and intentional humiliation; physical violence, including denial of pain-relief when technically indicated; and sexual violence."). Outras formas de violência não são abordadas no mesmo artigo, embora as autoras reconheçam certos procedimentos como atos violentos: cesarianas agendadas e/ou eletivas, raspagem de pelos pubianos, corte no períneo, indução do trabalho de parto e privação de acompanhantes de parto.

11 Os dados oficiais mais recentes sobre o número de partos realizados em ambiente hospitalar datam de 2006, segundo estatística do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos), analisada em estudo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), publicado em 2009 (NASCIMENTOS no Brasil: o que dizem as informações? *Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009*, in: *Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica*, n.25, Rio de Janeiro, 2009)

12 Alguns exemplos de campanhas e políticas públicas voltadas ao estímulo do parto via vaginal são o Rede Cegonha, o Prêmio Galba de Araújo e o Programa de Humanização do Parto e Nascimento. Mais informações em PORTAL da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>>. Acesso em: 14 dez. 2012.

13 Para maiores informações, ver GUIA da Gestante e do Bebê. *UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância*, São Paulo: Globo, 2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_quiagestantebebe.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2012; e UM Brasil para as Crianças – A Sociedade Brasileira e os Objetivos do Milênio para a Infância e a Adolescência, Brasil, agosto de 2004. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/umbrasil.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2012.

14 Informações complementares em CESÁREAS superam partos normais pela primeira vez no país. Disponível em : < <http://www.mp.mg.gov.br/portal/public/interno/arquivo/id/30479>>. Acesso em: 14 dez. 2012.

Organização Mundial de Saúde (OMS) – taxa máxima de 15% de partos por cesárea - configuraria uma situação de epidemia. As cesáreas, ainda de acordo com a UNICEF, apenas seriam necessárias diante de indicação de risco para a mãe e/ou para o bebê, e taxas acima dos 15% indicados pela OMS poderiam indicar um uso abusivo desse recurso, aumentando o risco de partos prematuros e de morbidade para mãe e bebê.

A cesariana, portanto, é vista como um dos tipos de parto possíveis e que só deveria ser feito quando houvesse de fato indicação. Em alternativa a ela, há não somente aquele amplamente conhecido como “parto normal”, mas uma vasta gama de categorias que são defendidas pelos que lutam pela expansão do “parto humanizado”, em contraposição ao cenário epidêmico de cesarianas. Existem diversas classificações para os partos: “normal”, “natural” ou “ativo”¹⁵, “VBAC”¹⁶, entre outros – classificações que surgem e ressurgem, entrecortando-se e reunindo em si características em comum. O mais importante para os envolvidos na luta, no entanto, é que sejam *humanizados*, ou seja, que sejam um evento onde as mulheres são as protagonistas, já que seriam elas que deteriam o controle de seus corpos e conheceriam a melhor forma de parir. Assim, elas não só querem lutar pelo direito de não fazer a cesárea como reivindicam poder parir onde e como elas escolhem: em casa, no hospital ou em casas de parto, acompanhadas de quem lhes faz sentir mais seguras, livres de intervenções médicas desnecessárias. Por “intervenções médicas desnecessárias” entende-se, além da indicação de uma “desnecessária”¹⁷, outros procedimentos ditos de rotina realizados dentro de hospitais públicos e privados. No rol das condutas mais citadas estão a episiotomia (corte na região do períneo), a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), a lavagem intestinal, o uso da ocitocina (hormônio acelerador das contrações), o uso de anestesia, o uso de fórceps, jejum de comida e água, exames de toque frequentes (usados para conferir

552

15 Em geral, escutamos os termos “parto normal” e “parto natural” como sinônimos, mas, para os envolvidos na defesa da humanização do parto, existe uma diferença entre os dois: o “parto normal” é apenas aquele em que não há cirurgia, em que o bebê nasce pela vagina, mas pode ter intervenções médicas. Já o “parto natural”, também conhecido como “parto ativo”, é aquele em que a mulher é vista como protagonista do seu parto e em que não há nenhum tipo de intervenção médica.

16 Vaginal Birth After Cesarean (Parto Vaginal Após Cesárea). Um dos argumentos tidos como próprios de uma parcela dos médicos é o de que uma mulher que fez uma cesariana não poderá nunca mais ter um parto vaginal. No entanto, a parcela de profissionais da saúde em prol do “parto humanizado” afirma que isto é perfeitamente possível, e a nomeação VBAC tem se tornado uma bandeira contra os “mitos” que seriam impostos pelos médicos ditos “cesaristas”, ou seja, que prefeririam realizar cesarianas em suas pacientes e que elencariam um rol de “falsos argumentos” para isso.

17 “Desnecessária” é a categoria ética que se refere às cesarianas feitas por imposição médica, sem embasamento científico.

a dilatação e a descida do bebê), o rompimento artificial da bolsa e a posição deitada da mulher.

Segundo ativistas do movimento pela humanização do parto e algumas autoras que têm se dedicado ao tema (D'Oliveira et al, 2002; Hotimsky et al, 2002; Ávila, 2003; Hotimsky & Schraiber, 2005; Diniz, 2009; Aguiar & D'Oliveira, 2011), os procedimentos acima listados vêm sendo objeto de disputa tanto entre profissionais da saúde – quais sejam, obstetras, pediatras e enfermeiros – quanto entre eles e a população de um modo geral. Muitas mulheres em condição de parturição vêm questionando essa diversidade de condutas adotadas, afirmando que não se tratam de condutas baseadas em evidências científicas¹⁸, bem como o próprio campo da medicina e da enfermagem vem se debatendo em relação a tais procedimentos, visto que muitos deles são hoje rechaçados pelo Ministério da Saúde e pela OMS. Ou seja, não somente a cesariana é vista como desnecessária em 85% dos casos como os próprios procedimentos de rotina, em casos de parto normal, já foram questionados pelas entidades responsáveis pelo cuidado à saúde materno-infantil.

O que, portanto, faz com que a adoção de certas condutas seja encarada como violência? Algumas formas de violência parecem ser evidentes: ao ouvirmos relatos carregados de sofrimento em que mulheres denunciam o fato de terem sido amarradas à maca; quando ficamos sabendo de uma mulher que levou um tapa na cara porque gritava de dor no parto (D'Oliveira et al: 2002), ou então que ouviu agressões verbais de médicos e/ou enfermeiros (*"Sofre e não dá um ano e já tá aqui de novo."*), que mandam as mulheres se calar porque estão fazendo muito escândalo – estes são atos cuja essência violenta não se costuma questionar¹⁹. Todavia, outros procedimentos ditos de rotina não

553

18 Um dos motes sempre perseguido pelos ativistas do "parto humanizado" é a chamada "medicina baseada em evidências". Segundo pesquisadora da área médica, Regina Paolucci El Dib (2007), a medicina baseada em evidências (MBE) é definida "como o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica. Em outras palavras, a MBE utiliza provas científicas existentes e disponíveis no momento, com boa validade interna e externa, para a aplicação de seus resultados na prática clínica." (p.1) Para aqueles ativistas, a obstetrícia hoje praticada hegemonicamente no Brasil não levaria em consideração uma série de evidências científicas que mostrariam, por exemplo, que o parto vaginal seria muito mais seguro que uma cesariana. Além disso, ignoraria a falta de necessidade da aplicação de procedimentos como a episiotomia – entre outros –, a qual não teria razões cientificamente evidentes para ser realizada.

19 Em novembro de 2011, a TV Folha divulgou reportagem denunciando maus-tratos direcionados a detentas de penitenciárias do estado de São Paulo no momento do parto. Segundo a reportagem, elas seriam algemadas às camas dos hospitais após serem submetidas a cesarianas agendadas. O caráter de denúncia do vídeo deixa claro o reconhecimento de atentado à dignidade humana que é algemar à cama uma paciente que acabou de dar à luz. Para mais informações, ver PRESAS em São Paulo dizem ter que dar à luz algemadas, Folha de São Paulo, São Paulo, 18 nov. 2011. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1008395-presas-em-sao-paulo-dizem->

são tão facilmente reconhecidos como atos violentos, como é o caso das cesarianas e das intervenções médicas cada vez menos desejadas por um conjunto de mulheres que vêm se manifestando através de atos públicos, passeatas e pelas redes sociais da Internet. E, em não sendo vistos como atos violentos, menos ainda são entendidos como eventos traumáticos e, portanto, passíveis de reparação.

“Políticas do trauma” e necessidade de vocalização

Segundo o antropólogo, sociólogo e médico Didier Fassin, e o psiquiatra e antropólogo Richard Rechtman, no livro “L’empire du traumatisme” (2011), a noção de trauma vem sendo apresentada de modo sempre inquestionável. Trauma tem sido visto como algo que é e está, sempre existindo diante de situações de violência ou acidentes; ele seria uma verdade compartilhada. No entanto, eles propõem refletir sobre essa noção de modo historicizado, pensando a sua construção a partir do desenvolvimento dos domínios da psiquiatria, da psicologia e da psicanálise, entrelaçando essa genealogia com o seu duplo, que seria o reconhecimento, pela sociedade, de que determinados eventos teriam por consequência inevitável traumatizar os sujeitos neles presentes. Diferente do que afirmam ter sido feito até então, eles não pretendem delegar a total responsabilidade à categoria médica pela invenção de uma nova noção, a de trauma, cuja entrada nos ínterims da vida social teria sido feita de forma disseminada. Para eles, o fato das pessoas reivindicarem o status de vítima e, portanto, de se colocarem como traumatizadas por alguma situação e por isso acharem merecer algum tipo de reparação pelos danos sofridos, ou seja, o fato de termos nos movido do status da dúvida da legitimidade de reivindicação pela posição de vítima ao reconhecimento indubitável do sofrimento, isso seria resultado de uma transformação moral daquilo que constitui a humanidade. Tratar-se-ia daquilo que eles denominam “políticas do trauma”: uma articulação entre um evento que é coletivo e que dá sustentação ao trauma e a experiência individual vivida nesse evento coletivo, que servirá de testemunha ao seu aspecto traumático.

Um resultado concreto desse movimento moral tratado no livro seria, segundo eles, a publicação do DSM-III²⁰ em 1980, a terceira edição da classificação de doenças mentais da Associação Americana de Psiquiatria, onde pela primeira vez se vê catalogado o que foi chamado de *transtorno de estresse pós-traumático* (TEPT). Não sem disputas em torno do que viria a definir esse diagnóstico num paciente, acordou-se que a sua identificação clínica estaria baseada no fato de que o paciente teria vivenciado

[ter-que-dar-a-luz-algemadas.shtml](#)>. Acesso em 14 dez. 2012.

20 Do inglês, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

algum momento estressante, cujos resultados seriam sintomas listados pelo DSM-III de acordo com uma série de critérios. De tais critérios, que não cabe aqui elencar, aquele que afirmava efetivamente que qualquer indivíduo normal estaria sujeito a sofrer de estresse caso fosse exposto a um evento traumático teria sido o de maior importância nessas novas classificações de desordem mental. Se antes reações a eventos de violência ou acidentes eram vistos como fraqueza, agora o estresse seria o resultado esperado desses eventos. Não se questionaria mais as vítimas de um trauma, e o diagnóstico do TEPT passaria a conferir aos sujeitos o direito à reparação.

O entendimento de que o vivenciamento de experiências traumáticas poderia ocasionar TEPT não foi algo que se restringiu ao mundo médico, afirmam os autores. De modo mais amplo, ele teria se estendido ao domínio dos movimentos sociais e alguns dos protagonistas dessa reviravolta moral teriam sido feministas americanas e os veteranos da Guerra do Vietnã. Não caberia aqui desenvolver a história desses dois grupos naquele contexto, mas para os fins desse artigo, é interessante notar como uma parcela do movimento feminista travou uma batalha para o reconhecimento do status de vítima de mulheres que haveriam sido abusadas sexualmente quando crianças. Na esteira do reconhecimento cada vez maior de que crianças eram desde há muito abusadas, mulheres teriam começado a *falar sobre o passado*, e com isso trazer à memória aquilo que no presente seria motivo de trauma. Elas começariam, ali, a reivindicar o direito à reparação. No mesmo sentido que os "sobreviventes do Holocausto", elas se punham como "sobreviventes do incesto." Para elas teria sido necessário, então, construir uma memória do abuso, e com a *exposição* do trauma, a reparação lhes seria inegável.

Os exemplos de Fassin e Rechtman são uns dentre muitos outros que refletem um movimento de *compaixão* (Fassin, 2005) resultante de razões humanitárias colocadas em prática pelo discurso dos direitos humanos. As tantas (consideradas) violações aos direitos humanos não poderiam mais ser silenciadas e seria preciso as expor de modo a curar o trauma por elas supostamente causado – lógica mesma da terapia psicanalítica, em que o paciente é estimulado a falar sobre seu sofrimento para buscar a cura. Criar-se-ia, assim, uma necessidade de vocalização das violações.

Mas quais são as violações que se espera serem expostas?

O trabalho da antropóloga sul-africana Fiona Ross (2001) parece elucidativo desse aspecto. Ao discorrer sobre os depoimentos de mulheres na Comissão de Verdade e Reconciliação na África do Sul, após o fim do apartheid, a autora chama a atenção para aquilo que é dito por elas, para aquilo que se espera que elas digam e, especialmente, para aquilo que não é

dito, aquilo que é silenciado nos testemunhos que oferecem sobre a experiência do apartheid.

Segundo a autora, o papel da Comissão era de criar uma memória comum baseando-se na ideia de tornar públicos certos conhecimentos sobre aqueles anos de segregação política e racial. Em outras palavras, acreditava-se que determinadas experiências haviam sido vivenciadas naquele período e reuni-las em depoimentos seria uma maneira de trazer à tona a verdade sobre o apartheid. Querer-se-ia dar voz às vítimas do apartheid que, de acordo o Ato de Reconciliação e Promoção da Unidade Nacional – documento que deu sustentação à Comissão –, são definidas como “Pessoas que, individualmente ou com uma ou mais pessoas, sofreram danos físicos ou mentais, sofrimento emocional, perdas materiais ou significativos prejuízos aos direitos humanos...” (Ato, capítulo I(I) (xix) *apud* Ross: 2001:252)²¹ O papel da Comissão teria sido, portanto, de investigar as violações cometidas pelo Estado sob as políticas do apartheid.

O que chama a atenção de Ross é que a Comissão buscava experiências que estivessem inscritas no corpo, isto é, esperava-se que os testemunhos representassem aquilo que se via como experiências de violência contra a mulher. Era de se esperar que os testemunhos das mulheres trouxessem relatos sobre estupros, por exemplo. Mas ao contrário das expectativas, não foi isso que aconteceu. As mulheres falaram sobre violações cometidas contra os homens de suas vidas: maridos, irmãos, filhos. Não teriam falado de si, não teriam vocalizado a violência que se considerava ser de fato inscrita em seus corpos, como seria o caso de um estupro.

Nesse sentido, a pergunta que a autora se coloca é sobre quem fala, por quem fala e para quem fala. Seu argumento é o de que o modo como as mulheres contaram as histórias vividas, onde pequenos detalhes do cotidiano apareciam, conta muito mais sobre as mudanças profundas da sociedade que vivenciou o apartheid. Mas teria incomodado o fato de elas não falarem sobre si, das experiências de violência sobre seus próprios corpos, pois era isso que se esperava ouvir. Era como se os seus relatos tivessem que confirmar o que já se sabia que o *apartheid* tinha sido. Era como se a história já estivesse escrita, e os depoimentos deveriam apenas ratificá-la. Para Ross, no entanto, o espectador deveria saber ouvir aquilo que está silenciado, aquilo que as pessoas não estão *vocalizando*, mas de que sem dúvida estão *falando*.

O que parece interessante pensar a partir da discussão de Ross é justamente a ideia de que existe uma expectativa daquilo que

21 Tradução livre do trecho: “Persons who, individually or together with one of more persons, suffered harm in the form of physical or mental injury, emotional suffering, pecuniary loss or a substantial impairment of human rights...”

pode e deve ser vocalizado. Isso não foge à discussão de Fassin e Rechtman acima abordada, sobre existir um reconhecimento da legitimidade da vítima e daquilo que ela reivindica como digno de reparação. Há um discurso dos direitos humanos que parece moldado para que certas pessoas possam ser classificadas como vítimas e que certos atos possam ser vistos como violentos, e isso, segundo a literatura trabalhada neste artigo, é fruto de construções históricas específicas. Se a Declaração dos Direitos Humanos se pretende universal, não podemos, é claro, esquecer que o modo como aquilo que ali está escrito é agenciado em cada contexto específico. Em outras palavras, a maneira como em cada contexto se fará uso das categorias de humanidade que buscam ser universais – dignidade, respeito, liberdade, justiça, valor da pessoa humana, igualdade de direitos – estará refletida nas próprias políticas públicas voltadas a atender mulheres, crianças, negros, idosos, homossexuais, etc.

O que quero dizer é que, quando se pensa no contexto onde a categoria “violência obstétrica” está sendo mobilizada, precisamos pensar no que se entende como sendo violência, quem se espera serem suas vítimas e seus perpetradores. Da mesma forma que, na década de 80, feministas americanas teriam reivindicado seu lugar enquanto vítimas de abuso sexual quando crianças, e por isso legitimado o trauma de suas experiências, as mulheres que vêm falando sobre “violência obstétrica” estão reivindicando, de modo ativo, a sua posição enquanto vítimas. O que chama a atenção no seu discurso não é elas dizerem que levaram tapas no rosto ou que foram amarradas à maca – essas são formas de violência há tempos reconhecidas enquanto tais –, mas sim afirmar que certos procedimentos realizados em seus corpos são atos violentos. Afinal, se são procedimentos rotineiros e próprios do saber médico, por que se haveria de vê-los como violentos? O que há na efetuação desses procedimentos que lhes agrega o ingrediente de violência?

Quando olhamos para os depoimentos transcritos anteriormente neste artigo, vemos como a adoção de condutas de rotina são relatadas com sentimento de dor por parte das mulheres. O fato de terem sido submetidas a tais condutas *contra a sua vontade* faz com se sintam violentadas, feridas, maltratadas (“*Me senti ser tratada como um lixo... Senti uma dor que parece que vai te rasgar por dentro, né?, por causa da ocitocina...ahn...e ainda assim é mutilada [pela episiotomia]? É normal?*”). Cria-se um ressentimento, um trauma, uma *vontade de falar*. Mas a vocalização dessas dores choca, pois ainda não se entende esses atos como algo violento, que possa traumatizar, que possa causar dor. A própria polêmica CREMERJ x Dr. Jorge Kuhn é ilustrativa de como a compreensão do que é bom ou ruim para as mulheres na hora do parto é uma questão de entendimento de direitos humanos, ou seja, daquilo que seria representativo de respeito,

de dignidade. Afinal, facilitar a saída do bebê com uma episiotomia ou acelerar o processo do parto com ocitocina, bem como indicar uma cesariana seja para evitar a dor do parto (no caso das cesarianas eletivas), seja para evitar o sofrimento do bebê e da mãe por condições adversas ("*o seu bebê não quer morrer. Se você quiser ir pra casa, assumir essa responsabilidade, pode ir, pode pensar, mas eu tô aqui te falando como seu médico, eu preciso que você confie em mim'...Eu aceitei [a cesárea], né?*"), isso pode não ser apenas uma questão econômica, como é argumentado pelos ativistas do parto humanizado²², mas uma questão moral, uma questão do que se vê como sendo de fato o melhor para mãe e bebê – visão construída histórica e culturalmente.

No mesmo sentido em que o TEPT foi, no passado, catalogado pelo DSM-III – e, insisto, não apenas por um movimento médico, mas também por uma ideia generalizada de aceitação de que eventos possam ser traumáticos –, a dor no parto e a ideia de modernidade e tecnologia associada à obstetrícia são noções construídas culturalmente no Brasil, ensinadas em grandes escolas de medicina do país (Hotimsky, 2005) e que vemos difundidas no cotidiano – afinal, quem nunca viu uma cena de novela em que a mulher sai de casa correndo e chega ao hospital gritando de dor, implorando para acabarem logo com aquilo?

Em suma, o que está em jogo na denúncia da "violência obstétrica" é parte de um movimento que busca alterar a visão de mundo sobre aquilo que é constitutivo de um parto. Um parto não precisaria ser dolorido nem doloroso²³. Ele poderia ser feito à escolha da mulher, do modo como ela se sente à vontade, com quem ela se sente confortável. E ao dizer que elas poderiam fazer

558

22 O principal argumento dos ativistas do parto humanizado quanto aos médicos ditos "cesaristas" é que estes indicam cesarianas abusivamente por razões estritamente econômicas. Por receberem o mesmo valor em pagamento tanto por partos cirúrgicos quanto por partos normais, eles são acusados de apenas pensarem no lucro, em detrimento da saúde da mulher e do bebê. Esse é um argumento sem dúvida válido, uma vez que a questão salarial procede, como tenho visto alguns médicos comentarem em blogs de mães ativistas. Creio, contudo, que existe algo para além das razões econômicas que possa explicar as altas indicações de cesariana – bem como a adoção de procedimentos já abandonados pelas recomendações da OMS e do MS –, e esse "algo" pode estar nas razões morais que estou buscando compreender aqui.

23 A ideia mesma de "dor" é bastante polêmica dentro desse movimento, pois há mulheres que afirmam não sentir nenhuma dor na hora do parto, outras que afirmam que sentem dor, sim, mas que fariam tudo de novo, e ainda outras que dizem que a dor do parto pode ser até mesmo prazerosa, chegando ao ponto de provocar orgasmos. Caberia ponderar, contudo, sobre o que o querer sentir dor diz sobre a própria ideia de ser mãe. O trabalho de Rezende (2012) sobre grupos de gestante nos dá pistas nesse sentido, quando ela aponta para a dimensão sacrificial da maternidade: "a forma 'natural' de parir era mais valorizada por refletir um modelo de maternidade baseado no sacrifício da mãe – que suportaria as dores – pelo filho." (p. 845).

o parto sozinhas, não só estariam questionando o que se entende por esse evento, como estariam reivindicando o direito sobre seus corpos. “Meu corpo, meu parto, minhas escolhas” pode ser entendido como uma denúncia, como uma vocalização, como o pedido de socorro para legitimar a posição de vítima dessas mulheres. Elas *falam* sobre uma violência que percebem como infligida sobre si mesmas, e desta forma abraçam a ideia de que é preciso *falar* para *curar*. Se não podem ser donas de seus corpos no momento do parto, se uma série de procedimentos é adotada sem o seu consentimento ou sem uma explicação clara do por que dessa adoção, isso constituiria, para elas, um ato violento. Elas não querem mais conviver com essa “*frustração silenciosa*” de terem sido vítimas de “violência obstétrica”. Parafraseando uma das mães do vídeo acima referido, elas desejam que a sua voz seja ouvida e que suas histórias não sejam ignoradas.

Considerações finais

É importante olhar para as tentativas por parte de ativistas pelo parto humanizado de chamar a atenção para a necessidade de se denunciar maus-tratos no momento de dar à luz como uma expressão de lutas políticas no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos. Nesse mesmo sentido, também importa atentar para políticas públicas sendo construídas de modo a responder a essas reivindicações e, ao mesmo tempo, dar sustentação a elas. A própria Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde recomendam que sejam feitos mais partos normais do que cesarianas. A episiotomia é elencada como um procedimento em desuso pelo Guia da Gestante e do Bebê, da UNICEF. O governo brasileiro promulgou a Lei do Acompanhante²⁴, que dá direito a toda gestante de ter alguém lhe acompanhando durante o parto.

Desta forma, essas e outras políticas parecem ser resultado de uma tentativa de mudança de visão moral sobre a ideia de parto²⁵, e até mesmo sobre a ideia do que seja dignamente humano, ou humanizado²⁶.

24 Lei número 11.108, de 7 de abril de 2005, “Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.” (PRESIDÊNCIA da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em 17 dez. 2012.)

25 Obviamente, para entender como leis foram promulgadas e como recomendações foram efetivadas por organismos internacionais seria necessário um estudo detalhado de cada uma das agências e instituições voltadas para a implementação destas políticas de modo a entender as relações de poder e os interesses envolvidos. Da mesma forma, não é possível pensar nos médicos como um grupo homogêneo, como o caso do embate CREMERJ x Jorge Kuhn tão bem exemplifica, tampouco pensar as mulheres que experienciam o parto como um grupo sem diversidades.

26 Vide outras políticas de humanização desenvolvidas pelo governo federal, como

Olhar para esse movimento como um esforço de alteração de ideias tidas como hegemônicas sobre o parto possibilita afirmar que a noção de que o parir pode ser “amenizado”, de modo a não causar sofrimento às mulheres, é certamente algo sob disputa. Pois não ser anestesiada ou ser levada a realizar um parto normal, quando o que se quer é uma cesariana, também poderia ser encarado como um ato violento. Ou seja, a própria aceção do que constitua uma violência também deve ser posta em contexto, e a experiência da dor no parto, ou a experiência da maternidade em si podem não ser vistas como processos pelos quais uma mulher necessariamente deve ou quer passar.

A feminista e filósofa francesa Elizabeth Badinter (2010), em livro intitulado *O Conflito – a mulher e a mãe*, embora não use o termo violência em nenhum momento, aponta de modo enfático para a sobrecarga que as mulheres da atualidade estariam sofrendo pelo o que ela chama de “ofensiva naturalista”. Considerando mais especificamente o contexto francês, mas também levando em conta outros países europeus, a autora põe em evidência novos sentimentos em torno da maternidade e questiona o lugar do feminismo neste contexto em que as mulheres colocam-na como algo essencial ao feminino. Para ela, com esta defesa do instinto materno, elas estariam abandonando toda a igualdade de gênero que teriam conquistado até hoje. As pílulas anticoncepcionais, a cesariana e a mamadeira teriam sido, para ela, conquista feministas de valor inestimável. Assim sendo, parir em casa, sem anestésias ou outras intervenções médicas, amamentar até que a criança decida quando parar, recusar qualquer tipo de leite artificial e, no limite, abandonar o trabalho, tudo isso seria um grande retrocesso aos avanços do feminismo. Além, segundo ela, de gerar um sentimento de culpa nas mulheres que não se adéquam ao ideal da “boa mãe”, ou seja, aquelas que não parem naturalmente, que não amamentam por livre demanda, que não se recusam a tomar hormônios para não “contaminar” os bebês, que confiam seus filhos a babás e creches.

Neste sentido, a contribuição de Badinter é importante para entender que existem vozes dissonantes daquelas que veem nos procedimentos rotineiros da obstetrícia atos de violência. Seu livro tem um papel de denúncia na medida em que aponta como exageradas e perigosas as exigências em torno da maternidade, aí inclusa a necessidade de um “parto humanizado” para a plenitude materna. Seriam diversas as aspirações femininas, e – interpretando as ideias da autora para o campo de pesquisa deste artigo – passar por todos aqueles procedimentos rotineiros

o “HumanizaSUS”. Ver O QUE é o HumanizaSUS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288>. Acesso em 17 dez. 2012.

adotados em hospitais poderia ser visto, por alguma parcela de mulheres, como a real humanização da saúde materno-infantil.

Esta é, sem dúvida, uma discussão repleta de controvérsias. É tão importante levar em consideração as mulheres que não se encaixariam no modelo de "boa mãe" indicado por Badinter, quanto atentar para o significado político das formas pelas quais certas mulheres reagem contra um saber médico hegemônico e os significados desta luta para os direitos sexuais e reprodutivos. A ideia deste artigo, assim, foi mostrar o modo pelo qual uma arena de conflitos éticos em torno do parto é constituída e como uma conexão muitas vezes contingente é estabelecida entre forças situadas em polos muito distintos da vida social, renovando o quadro do que é tido como manifestação de violência, quem são suas vítimas e seus perpetradores.

Referencias

AGUIAR, Janáina Marques & D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. 2011. Violência Institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, vol.15, n.36, pp. 79-91.

ÁVILA, Maria Betânia. 2003. Direitos Sexuais e Reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.19, Sup.2, pp. S465-S469.

BADINTER, E. 2010. *Le Conflit: la femme et la mère*. Paris: Flammarion.

DINIZ, Simone Grilo. 2009. Gênero, Saúde Materna e o Paradoxo Perinatal. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.*, v.19, n.2, pp. 313-326.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas et al. 2002. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, v.359, pp. 1681-1685.

EL DIB, Regina Paolucci. 2007. Como praticar medicina baseada em evidências. *Jornal Vascular Brasileiro*, v.6, pp. 1-4.

FASSIN, Didier. 2005. Compassion and Repression: The Moral Economy of Immigration Policies in France. *Cultural Anthropology*, v.20, n.3, pp. 362-387.

FASSIN, Didier & RECHTMAN, Richard. 2011. *L'empire du traumatisme*. Paris: Flammarion.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. 2002. O parto como eu vejo...ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública*, v.18, n.5, pp. 1303-1311.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig & SCHRAIBER, Lilia Bilma. 2005. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.3, pp. 639-649.

REZENDE, Cláudia Barcellos. 2012. Emoção, corpo e moral em grupos de gestante. *RBSE - Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v.11, n.33, pp.

830-849.

ROSS, Fiona. 2001. Speech and Silence: Women's Testimony in the First Five Weeks of Public Hearings of the South Africa Truth and Reconciliation Commission. In *DAS, Veena Remaking a world: violence, social suffering, and recovery* (pp. 250-279). Berkely, Los Angeles, London: University of California Press.

ROSS, Fiona. 2006. La elaboración de una Memoria Nacional: la Comisión de Verdad y Reconciliación de Sudáfrica. *Cuadernos de Antropología Social*, n.24, pp. 51-68.

SARTI, Cynthia Andersen. 2009. Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. *Revista Latinoamericana, Sexualidad, Salud y Sociedad*, n.1, pp. 89-103.

SARTI, Cynthia Andersen. 2011. A vítima como figura contemporânea. *Caderno CRH*, v.24, n.61, pp. 51-61.

SCOTT, Joan Wallach. 1998. A Invisibilidade da Experiência. *Proj. História*, n.16, pp. 297-325.

Material de Internet

ACÇÃO coletiva de divulgação do vídeo Violência Obstétrica – a voz das brasileiras. Blog Mamíferas. Disponível em: <<http://www.mamiferas.com/blog/2012/11/acao-coletiva-de-divulgacao-do-video-violencia-obstetrica-a-voz-das-brasileiras.html>>. Acesso em 17 dez. 2012.

ASSOCIAÇÃO Nacional de Doulas. Disponível em: <www.doulas.org.br>. Acesso em 17 dez. 2012.

CESÁREAS superam partos normais pela primeira vez no país. Disponível em: <<http://www.mp.mg.gov.br/portal/public/interno/arquivo/id/30479>>. Acesso em: 14 dez. 2012.

ASSEMBLEIA Geral das Nações Unidas (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 18 dez. 2012.

GUIA da Gestante e do Bebê. (2011) UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. São Paulo: Globo. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2012.

NASCIMENTOS no Brasil: o que dizem as informações? Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009, in: Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica (2009), n.25, Rio de Janeiro.

O QUE é o HumanizaSUS. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288 . Acesso em 17 dez. 2012.

PARTO com prazer. Disponível em: <http://www.partocomprazer.com.br/> . Acesso em 17 dez. 2012.

PARTO Sabrina, Nascimento Lucas. Disponível em: http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=qiof5vYkPws . Acesso em 17 dez. 2012.

PARTO Sem Dor. Disponível em: <http://www.partosemdor.com.br/> . Acesso em 17 dez. 2012.

PORTAL da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/> . Acesso em: 14 dez. 2012.

PRESAS em São Paulo dizem ter que dar à luz algemadas, Folha de São Paulo, São Paulo, 18 nov. 2011. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1008395-presas-em-sao-paulo-dizem-ter-que-dar-a-luz-algemadas.shtml> . Acesso em 14 dez. 2012.

PRESIDÊNCIA da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm . Acesso em 17 dez. 2012

UM Brasil para as Crianças – A Sociedade Brasileira e os Objetivos do Milênio para a Infância e a Adolescência. (2004) Brasil. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/umbrasil.pdf> . Acesso em: 14 dez. 2012.

VIOLÊNCIA Obstétrica – A voz das brasileiras. (2012) Disponível em http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=eq0uvonF25M . Acesso em 17 dez. 2012.

563

Abstract: The main idea of this paper is to discuss the construction of the ideas of victim" and "violence" mobilized by women who claim to have been victims of "obstetric violence". About this discussion, I try to give an overview of the research that has been developed from two main situations: the "March for Childbirth at Home," which took place in Campinas-SP in June 2012, and the video "Obstetric Violence - the voice of Brazil. ", posted on the Internet in November of the same year. From these situations, the idea is to discuss how the language of human rights is operated to express demands that are put in conflict with an existing medical-scientific discourse. The actors involved in these claims appropriate specific discourses of medicine to reshape them according to their different conceptions of body and care. The intent then is to reflect on what is produced and operated in the "obstetric violence" as well as raise discussions about the speech operated to legitimize the position of victims of such violence. To develop this reflection, it is presented the vocabulary used by a group of women to claim the position of victims in cases of childbirth; it is traced a brief discussion on the current situation of childbirth in Brazil; it is raised a discussion about the construction of the notion of trauma according to the book of Didier Fassin and Richard Rechtman, "L'Empire du

Traumatisme"(2011); finally, it is made a reflection on the necessity of calling the violence inflicted on the subjects according to the work of anthropologist Fiona Ross (2001, 2006). Hence, I try to understand the moral movement around the struggle for "humanized birth," viewing it as an attempt to change the paradigm of what should be a birth, whose tangible results can be seen in public policies for the "humanization" of maternal and child health. The overall objective of the article, therefore, is to clarify some issues around discursive practices enrolled in certain configurations of power and inequality, contributing to a broader debate in the field of Sociology of Emotions. **Keywords:** obstetric violence, notion of victim, trauma, human rights