

**MEU CORPO, DE QUEM SÃO AS REGRAS?**

**PARTEIRAS TRADICIONAIS E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO NO  
BRASIL: UMA QUESTÃO DE GÊNERO E EDUCAÇÃO**

**MY BODY, WHOSE RULES ARE?**

**TRADITIONAL MIDDENDERS AND THE INSTITUTIONALIZATION OF BIRTH  
INBRAZIL: A ISSUE OF GENDER AND EDUCATION**

**MI CUERPO, ¿DE QUIÉN SON LAS REGLAS?**

**LOS PARTIDARIOS TRADICIONALES Y LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL  
NACIMIENTO EN BRASIL: UNA CUESTION DE GÉNERO Y EDUCACION**

Zoraide Santos Vieira<sup>1</sup>

Rita Maria Radl-Philipp<sup>2</sup>

**Resumo:** O ofício de partejar é uma das mais antigas funções e das quais se encontram registros em quase todas as culturas. Durante séculos o parto foi considerado um cuidar privativo do gênero feminino, realizado por parteiras a mulher era protagonista. Com o advento da medicina, a assistência ao parto seguiu lógica produtivista, intervindo sobre o corpo feminino por vezes de maneira violenta. O conhecimento médico se constituiu lugar masculino e sua linguagem reproduz e corrobora assimetrias e desigualdades de gênero. A mulher não mais sujeito ativo, consciente, capaz de gestar e parir conforme seus desejos, mas um objeto passível do escrutínio médico e das instituições formais do cuidado. O presente estudo traz uma discussão teórica sobre a importância dos conhecimentos das parteiras tradicionais como necessárias ao resgate do protagonismo feminino no momento da parturição. É um estudo qualitativo, exploratório de cunho bibliográfico. Os dados mostraram que a forma como a atenção ao parto caminhou até chegar à atualidade ainda está longe do idealizado, encontra-se muito violento, desumano. O resgate do protagonismo feminino é um dos fatores essenciais para reconstrução de um modelo obstétrico diferente, baseado nos princípios da humanização e que depende de todos aqueles que participam deste momento singular.

**Palavras-chave:** Parteiras. Gênero. Violência Obstétrica.

<sup>1</sup> Professora Adjunta do Departamento de Ciências Humanas, Educação e Linguagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB – Campus de Itapetinga, Bahia. Enfermeira Obstétrica, especialista em Saúde Coletiva- Habilitação Sanitarista. Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente pela Universidade Estadual de Santa Cruz. Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0797-0061>. E-mail: [zoraide@uesb.edu.br](mailto:zoraide@uesb.edu.br).

<sup>2</sup> Professora Titular da Universidad Santiago de Compostela. Facultad de CC. Educación. Catedrática de Sociología. Coordinadora Comité de Investigación Sociología del Género, FES. Directora Centro Interdisciplinario de Investigaciones Feministas e de Estudios de Xénero- CIFEX Coordinadora Master-Doctorado: “Igualdad, Género y Educación”. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9393-7753>. E-mail: [ritamradl@usc.es](mailto:ritamradl@usc.es).

**Abstract:** The profession of midwifery is one of the oldest functions and records of which are found in almost all cultures. For centuries, childbirth was considered a private care of the female gender, performed by midwives, the woman was the protagonist. With the advent of medicine, childbirth care followed a productivist logic, intervening in the female body, sometimes violently. Medical knowledge has become a masculine place and its language reproduces and corroborates gender asymmetries and inequalities. The woman is no longer an active, conscious subject, capable of gestating and giving birth according to her desires, but an object subject to medical scrutiny and formal institutions of care. The present study brings a theoretical discussion about the importance of the knowledge of traditional midwives as necessary to the rescue of female protagonism at the time of parturition. It is a qualitative, exploratory bibliographic study. The data showed that the way in which childbirth care has progressed to the present is still far from idealized, it is very violent, inhuman. The rescue of female protagonism is one of the essential factors for the reconstruction of a different obstetric model, based on the principles of humanization and that depends on all those who participate in this unique moment.

**Keywords:** Midwives. Genre. Obstetric Violence.

**Resumen:** La profesión de partería es una de las funciones más antiguas y de la que se encuentran registros en casi todas las culturas. Durante siglos, el parto fue considerado un cuidado privado del género femenino, realizado por parteras y la mujer era la protagonista. Con el advenimiento de la medicina, la atención del parto siguió una lógica productivista, interviniendo en el cuerpo femenino, a veces de manera violenta. El saber médico se ha convertido en un lugar masculino y el desarrollo de su lenguaje reproduce y corrobora las asimetrías y desigualdades de género. La mujer ya no es un sujeto activo, consciente, capaz de gestar y dar a luz según sus deseos, sino un objeto sujeto al escrutinio médico ya las instituciones formales de atención. El presente estudio trae una discusión teórica sobre la importancia del conocimiento de las parteras tradicionales como necesario para el rescate del protagonismo femenino en el momento del parto. Se trata de un estudio bibliográfico cualitativo, exploratorio. Los datos mostraron que la forma en que la atención del parto ha avanzado hasta el presente aún está lejos de ser idealizada, es muy violenta, inhumana. El rescate del protagonismo femenino es uno de los factores esenciales para la reconstrucción de un modelo obstétrico diferente, basado en los principios de la humanización y que depende de todos los que participan de este momento único.

**Palabras clave:** Parteras. Género. Violencia Obstétrica.

## Introdução

Os seres humanos possuem em comum o fato de terem sido gestados no útero de uma mulher e nascerem através de uma mulher. Para alguns, falar sobre parto é assunto de interesse apenas da mulher que deseja ter ou já tem filhos e dos profissionais envolvidos no processo gravídico puerperal, mas, o nascimento de uma criança é uma questão que envolve toda sociedade já que todos participaram em algum momento deste evento, ou como filhos(as) ou também como mãe e pai. O nascimento é um evento que deve ser conhecido e discutido por toda sociedade.

Para mudar o mundo antes de tudo é preciso mudar a forma de nasce, pois o nascimento é primeira grande experiência perceptivo-emotiva-sensorial da pessoa e, a

maneira como será recebido poderá influenciar na sua compreensão do mundo, esta influência se expande também para mãe e familiares visto que parto pode ser uma experiência transformadora, profunda e rica vivência ou, trágica e malfadada história vivenciada (ODENT, 1981).

O parto, ademais de ser um evento social, é uma temática de extrema relevância nos estudos sobre gênero, principalmente por se tratar de um acontecimento específico que ocorre com as mulheres e em seus corpos. Corpos estes que, conforme Cruz, Radl-Philipp, Cunha (2018) a herança patriarcal busca alienação da mulher ao próprio corpo.

Infelizmente, falar do parto não é apenas citar o quão emocionante é este momento, (quando não o é) mais é falar também sobre desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Ou seja, é falar de quão desumano pode se tornar este evento ímpar na vida de uma mulher e de toda a sua família.

Para Gaskin (2011), o parto é um momento sagrado, não no sentido religioso, mas sim no sentido de respeito ao ser humano, e que não deve ser profanado, desrespeitado sob pena de graves impactos individuais e coletivos. Segundo a autora, trata-se de uma experiência que, se bem efetivada pode ser empoderadora, mas, se a assistência ofertada não for adequada poderá levar a mulher a acreditar que a culpa por esta experiência ruim é sua, de sua incapacidade de parir. É uma experiência que pode repercutir para toda vida.

Dar à luz pode ser a experiência mais empoderadora de uma vida – uma iniciação em uma nova dimensão da consciência mente-corpo – ou pode ser desempoderador, removendo de novas mães qualquer senso de força ou capacidade interior e deixando-as convencidas de que seus corpos foram criados por uma natureza malévola (ou divindade) para puni-los no parto e nascimento. O nascimento pode ser seguido por uma alegria fortalecedora, uma euforia que elas nunca esquecerão, ou por uma depressão que pode tornar a mãe uma estranha para si mesma e para todos que a conhecem (GASKIN, 2011 p. 15<sup>3</sup>).

Durante o período gravídico, o momento de parturição representa a separação física do bebê e da mãe. É um momento carregado de simbologia para a mulher em enquanto mãe, sua história pessoal e de vida e também a histórias de sua mãe, avó e suas ancestrais mais remotas (ODENT, 1981).

Até o aparecimento da medicina moderna, as mulheres pariam seus filhos em casa, e eram assistidas por outras mulheres que sabiam “aparar crianças”. Os acontecimentos relacionados à gravidez, parto e cuidado com as crianças eram decifrados de forma empírica,

<sup>3</sup> Tradução Nossa.

parte de uma cultura essencialmente feminina distante do olhar da medicina acadêmica moderna. As mulheres se valiam de rezas e benzimentos, bem como de instrumentos do mundo doméstico, como a bacia, a tesoura, para cortar o cordão umbilical, e da garrafa de cachaça, para limpar a tesoura, assim como do azeite, óleo ou banha, para as massagens – o parto era um momento de solidariedade entre mulheres que contavam com a ajuda das parteiras, chamadas de “aparadeiras” ou “comadres” (DELPRIORE, 1993).

O processo de medicalização do parto teve início no final do século XIX, com a transferência do controle sobre a gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido para profissionais localizados em maternidades hospitalares, mais especificamente, o médico. Este modelo biomédico vem com a concepção do parto como um evento de risco e, sob o pretexto da suposta segurança foram alterados não apenas o local das mulheres parirem e as pessoas que a acompanhavam como também o processo do trabalho de parto, desde a posição física assumida pelas mulheres até a introdução de medicamentos e outras intervenções capazes de acelerar o nascimento da criança (THÉBAUD, 2002; MOTT, 2005).

Quando a mulher “permite” que outros compartilhem da sua intimidade, ela entrega-se com simplicidade e confiança, submetendo-se ao dito saber científico, não percebeu que estava perdendo o poder sobre seu próprio corpo. A Medicina, detentora das relações de poder na saúde, propõe-se controlar os processos naturais, e com isso a mulher acaba por perder também o direito de escolher as condições do seu parto. A exemplo, na sala de pré-parto, a exposição e a intrusão alheia no corpo feminino são consideradas normais e aceitáveis. O profissional tem o “direito” de manipular a parturiente sem importar-se se ela consente. É uma atitude em que a mulher é vista apenas sob o enfoque biológico, uma visão que se concentra no útero e em seus processos patológicos. Total desconsideração aos aspectos culturais e psicológicos envolvidos no parto.

Com esse novo enfoque as mulheres deixam de ser protagonistas na cena do parto sendo relegadas ao papel de coadjuvantes. Foram deixando de existir no processo e conduzidas a uma cultura do silêncio. Suas intuições, crenças, valores, sabedoria e cultura foram progressivamente apagados (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Acredito ser interessante salientar a contribuição das parteiras no processo de migração dos partos do domicílio para as unidades hospitalares. Segundo afirma Rodhen (2001) as parteiras, em especial as europeias recém-chegadas ao Brasil, corroboraram para o ampliação dos conhecimentos dos médicos na direção à saúde da mulher e principalmente em como conquistar a confiança das gestantes. Conforme Diniz (1996), para que a obstetrícia se

estabelecesse de forma legítima na medicina, foi necessário que a gravidez e o parto, fossem considerados eventos patológicos, requerendo assim a intervenção dos obstetras com seus instrumentos e técnicas cirúrgicas.

Com isso a sabedoria/conhecimento médico obstetra fortaleceu-se na sociedade e conquistaram adeptos, entretanto, um grupo considerável de mulheres continuava parindo em casa, amparadas por outras mulheres, e, quando recorriam ao médico iam também orientadas pela prática leiga das parteiras, dando espaço a um híbrido de medicina erudita e de saber curar.

A trajetória histórica do parto revela a intensa valorização do conhecimento científico e consequente marginalização de práticas sociais cujas bases não sejam científicas como no caso as mulheres curandeiras e parteiras. Tal percepção revela sérias questões de gênero, ao relacionar o saber da mulher como natural e o conhecimento biomédico como cultural. A oposição ocidental entre natureza e cultura expressa a intenção humana de dominar a natureza, as leis naturais. A cultura se sobrepõe a natureza, a transcende, a controla, através, por exemplo, da tecnologia, sendo, portanto, superior. Segundo a autora, as mulheres são consideradas simplesmente mais próximas da natureza que os homens, tendo em vista seus corpos e suas funções reprodutivas – motivo que as desvaloriza, as considera como inferiores, que transcendem menos a natureza que os homens. Estes, identificados com a cultura, controlam o que é natural.

Ao verificarmos algumas ideias defendidas por Escobar (2005) de que, se todo saber é localizado, ou seja, ligado a um lugar é, portanto, plural, diferente do que foi relatado por Santos (2006) como a monocultura do saber, amplamente difundida como verdade pelo pensamento ocidental moderno. Criou-se uma tendência a entender a variação do saber em termos de uma escala progressiva. Nesta escala progressiva e portando hierárquica do saber, o sujeito do saber é avaliado, podendo assumir posição superior ou inferior. Esse processo, nos últimos dois séculos de hegemonia do paradigma da ciência moderna, fez com que sujeitos e diferentes formas de conhecimentos, neste caso as parteiras, fossem destituídos de valor público.

A racionalidade preconizada pela ciência e bastante defendida nessa sociedade produtora de mercadoria preconiza a natureza como algo que precisa ser domesticada, colocada a serviço do processo de produção de valor para o capital. Assim, nessa lógica o único valor existente para a natureza é o seu potencial enquanto mercadoria. Nesta visão, a assistência ao parto seguiu e reforçou uma lógica produtivista, o corpo feminino é concebido

como naturalmente defeituoso justificando assim o grande número de procedimentos intervencionista como prevenção de risco.

Inegavelmente, o processo de construção do saber que orienta a ação das parteiras escapa aos limites da racionalidade cientificista. Conforme afirma Martins (2004, p.61), “Seus saberes decorrem da partilha de um mesmo método de produção de significados”. E, tomando por base as teses de Heller (2004), a vida cotidiana não está por fora da história, mas no centro dos acontecimentos históricos, e é neste espaço que o método de produção de significados das parteiras se torna vivo, material.

Não se pode deixar de enxergar que os avanços científicos, nos mais diferentes campos do conhecimento, nos batem à porta a cada instante e vem trazendo avanços fabulosos em nossa qualidade e prolongamento da vida, entretanto, os rastros deixados no caminho destes avanços científicos denunciam a fragilidade e incompletude deste dito projeto modernizados que visa a construção de um padrão de ciência capaz de promover o desenvolvimento da humanidade.

O presente estudo aborda a dinâmica contraditória entre tradição e modernidade e suas influências no processo do parto. Temos como objetivo geral tecer reflexões acerca da importância dos conhecimentos das parteiras tradicionais como necessárias ao resgate do protagonismo feminino no momento da parturição. Como objetivos específicos: desvendar as relações de gênero presentes na história do parto buscando revelar os significados dos saberes e fazeres circunscritos ao corpo da mulher; discutir parto humanizado numa perspectiva de lugar de poder. Discutir aspectos da violência obstétrica presente no parto medicalizado.

Trata-se de um estudo qualitativo, de cunho exploratório, bibliográfico, parte de discussões e reflexões levantadas na tese de doutorado da autora: O Ato De Partejar: Saberes E Práticas De Parteiras Tradicionais Do Sudoeste Baiano.

## **Parteiras Tradicionais: guardiãs da memória do saber do parto humanizado**

No cenário de reflexões, questionamentos, rivalidades e tensões em relação à assistência à mulher no período reprodutivo, as questões que envolvem a assistência ao parto e nascimento vem sendo com certeza a mais preocupante para a realidade prática, talvez devido ao fato de permitir a visibilidade de fragilidades do paradigma hospitalocêntrico, e da exposição das desigualdades de gênero, e suas não simetrias nas relações de poder entre profissionais e as mulheres em situação gravídico - puerperal (DINIZ, 2005).

Para a Organização Mundial de Saúde – OMS (1997), aquele que presta atendimento à mulher durante a parturição é denominado de parteiro (a), ou seja, o termo significa aquele ou aquela que assiste ao parto, independente de sua formação. A função da parteira é tão antiga quanto à própria humanidade (LARGURA, 1998). Neste momento faremos uma pequena abordagem á história das parteiras tradicionais, empreendendo um olhar sobre as interpretações dadas a esse trabalho nas variadas sociedades e mais atualmente na lógica das políticas de humanização do parto.

O ofício de partejar é uma das mais antigas funções que se tem registro na história da humanidade e das quais se encontram registros em quase todas as culturas (CETREDE/ UFC/UECE, 2007). Conforme afirma DelPriore (1993), o parto, durante muitos séculos foi considerado um cuidar privativo do gênero feminino, realizado pelas mãos das parteiras.

Essas mulheres que assistiam os partos utilizavam-se de conhecimentos empíricos, práticos, transmitidos de geração a geração, de vivências com outras mulheres que também praticavam tal ofício e que atendiam as gestantes em seus domicílios durante todo o ciclo gravídico, inclusive o recém-nascido. Conforme Muraro (2000) desde a antiguidade eram as mulheres que atuavam como as curadoras populares, sendo que com um saber próprio, alcançado ao longo das gerações, elas eram responsáveis por cultivar e curar através das ervas. Ainda segundo essa autora, essas mulheres saíam de casa em casa, de aldeia em aldeia, para prestar assistência a outras mulheres.

Pernoud (1996) destaca que no período medieval, uma mulher em especial marcou seu tempo, escreveu dois livros que norteavam as práticas curativas em geral, sua fama fora tamanha que muitas pessoas faziam viagens longas para buscar tratamento para suas doenças e enfermidades com ela. Por isso seu trabalho sob o ponto de vista médico foi grandioso, respeitável, uma grande mulher a monja Hildegard Von Bigen.

Apesar de toda a importância que as parteiras tinham frente às comunidades, suas atividades continuavam refletindo a imagem de um trabalho inferior, sem um saber científico, adquirido pela prática cotidiana, portanto aplicado de forma clandestina e marginal. Conforme Rezende (1974), os historiadores médicos desqualificavam a assistência dada pelas mulheres cultas ou leigas ao parto, em oposição à assistência médica, masculina, segura e científica.

No final da idade média, quando a sociedade já vivia sob a égide do pensamento católico, no processo de inquisição, muitas parteiras foram tidas como bruxas, difamadas e caluniadas alguém que poderia prejudicar a saúde de outras mulheres e das crianças, com isso, muitas delas foram queimadas e dizimadas (MURARO, 2000). Como consequência, as

mulheres foram privadas do acompanhamento da parteira, essa figura de tradição antiga do cuidar para ajudá-las, cuidá-las e acompanhá-las neste evento importantes da sua vida sexual e reprodutiva (DIAS, 2007).

Entre os séculos XVI e XVII, o cirurgião começa a aflorar no cenário da saúde e processo de cura; segundo Foucault (1980), na Europa do século XVI, cirurgia era atribuição de homens rudes e ignorantes. Por este motivo, a obstetrícia era atribuição de mulheres. Apenas em casos considerados graves, se buscava o auxílio do cirurgião recorria-se ao cirurgião ou ao médico. Pedir que um médico estivesse presente no momento do parto era muito raro devido ao constrangimento de ter seu corpo sendo visto por um profissional homem. Entretanto, pouco a pouco o parto deixa de ser tema apenas de mulheres e passar a fazer parte das atividades médicas.

Conforme Rezende (1974), o cuidado desenvolvido pelas primeiras parteiras foi embasado no desconhecimento e sem discernimento. Os saberes das parteiras eram passados de geração em geração algumas práticas, tais como: feitiços e crendices, bebidas repugnantes e flagelações, que mais poderiam complicar a parturição do que de fato ajudar, não possuíam lógicas ou razão. Ainda conforme o autor, as mulheres mais velhas, multíparas, eram quem iniciava as principiantes. O único aspecto positivo registrado por Rezende para as práticas das parteiras foi a ajuda psicológica prestada por elas às mulheres na hora do parto.

O descrédito no trabalho das parteiras tradicionais não se deu de forma isolada, teve ligação direta com as transformações que ocorreram na sociedade a partir do século XVIII, pois em nome de um projeto modernizador as parteiras, assim como tantos outros atores sociais viram seus saberes serem tidos como inferiores. Os conhecimentos para serem legítimos precisavam estar acoplados a um saber formal.

Desta forma, acredita-se que este discurso modernizador foi determinante na consolidação de um aparato de ideias ligadas ao cuidado com o corpo da mulher. Pelo menos nas grandes cidades, pois se sabe que em muitas regiões brasileiras esses chamados “avanços” nunca ocorreram de fato, e não se intenciona substituição das parteiras por outros profissionais. O parto se institucionalizou enquanto saber médico, passando a ser considerado o único conhecimento legítimo em detrimento de outros tipos de saberes.

Numa sociedade denominada moderna os conhecimentos ligados à obstetrícia e a ginecologia se apresentam dentro de uma lógica masculina no qual o anatômico e o fisiológico são as características levadas em consideração na hora do parto, deixando de lado todas as questões ligadas ao psicológico feminino, e também desconsiderando que

conforme a OMS (1997), 85% das mulheres têm todas as capacidades físicas para gerar e parir.

## **Violência Obstétrica: uma violência de gênero**

A submissão ao controle médico-hospitalar no momento da parturição é parte de uma construção histórica que relega as mulheres a sujeito sem empoderamento, tirando-se inclusive o poder sobre seus corpos e suas decisões. Uma visão patriarcal a qual, como reforça Cantuário (1998) a mulher foi criada para obedecer aos pais, depois ao marido, a fim de manter a aparência de harmonia, capaz de tudo suportar, objetivando desenvolver da melhor forma possível seu papel de filha-esposa-mãe, dentro do universo privado.

A partir do século XX, o parto adquiriu novos sentidos, sendo sua realização intensificada em unidades hospitalares, tornando-se um procedimento cirúrgico a ser realizado por médicos especialistas em obstetrícia, havendo assim, um controle do período gravídico puerperal das mulheres. O parto se tornou um evento medicalizado, com uso de abusivo de medicações para indução do trabalho de parto, realização de tricotomia, enema, episiotomia e amniotomia, entre outros procedimentos (WEISSHEIMER, 2002).

Muitas transformações num curto espaço de tempo. As diversas intervenções e medicalizações durante o atendimento são o que aqui nos referimos como excessos de manipulação, uma desnecessária agressão ao corpo da mulher. Visto que as práticas médicas assumiram o poder de transformar alguns eventos fisiológicos em doença (WEISSHEIMER 2002). Aos poucos, essas práticas desnecessárias geraram a ideia do parto enquanto evento traumático, sendo acompanhado pela dor da solidão e constrangimentos, além de alguns dos protocolos institucionais que reforçam o sentimento de incapacidade e impotência da parturiente sob seu próprio corpo.

A mulher não é mais considerada como um sujeito ativo e consciente, capaz de gestar e parir de acordo com seus desejos, mas um objeto passível do escrutínio médico e das instituições formais do cuidado (como o hospital), o que é entendido, numa perspectiva foucaultiana, como um assujeitamento.

Neste modelo de assistência, conhecido como tecnocrático, caracteriza-se pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas, e se apresenta como neutro em relação aos valores, mascarado sob um discurso de que é adotado por decorrer puramente de conhecimento científico. Na sociedade em que a maioria quase absoluta de partos ocorre em

ambiente hospitalar, o nascimento é encarado como um procedimento eminentemente técnico, comandado e conduzido exclusivamente pelo médico e sua equipe, seguindo suas regras e procedimentos.

Com o aperfeiçoamento dos estudos feministas sobre as questões envolvendo gênero a identificação de diversas formas de opressão, violação e violências a que as mulheres se encontram sujeitas foram amplificadas. Para que as violências de gênero possam ser mais bem compreendidas se faz imprescindível considerar a importância das hierarquias sociais e de poder existentes nas relações entre sexos as quais são bases para o estabelecimento dos papéis sociais de gênero na sociedade criados ao longo dos tempos e que delineia a ideia do domínio masculino sobre o feminino. Uma verdadeira relação não simétrica entre os indivíduos. No percurso da humanidade a história demonstra que as questões de gênero vêm sendo utilizada para justificar poder bem como para demarcar as diferenças entre homens e mulheres (VIEIRA, *et al*, 2022).

O discurso que coloca a mulher em posição de inferioridade ao homem foi desenvolvido durante séculos e sendo reestabelecido ao longo dos anos devido a existência de uma cultura de desigualdade, que subjuga a mulher como um ser dominado pelo homem e responsável, exclusivamente, pelas atividades domésticas e o cuidado dos filhos. (VIEIRA, *et al*, 2020 p.7)

Estamos perante uma sociedade cujo peso da herança patriarcal ainda é bem evidente. As relações sociais se tornam território de luta em prol dos direitos à igualdade entre homens e mulheres. Esse embate evidencia cada vez mais a frágil posição da mulher e sua grave exposição à violências das mais diversas e perversas.

O Comitê Latino Americano define a violência contra a mulher como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológica à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, 1996, p. 6). Dados da OMS (2021) apresentam a triste informação de que uma em cada três mulheres, aproximadamente 736 milhões de mulheres, em algum momento de suas vidas é submetida à algum tipo de violência física ou sexual. Trata-se de um grave problema de saúde pública o qual carece ser estudado mais profundamente para que possa ser enfrentado de maneira mais eficiente e eficaz.

Esta tipologia da violência contra mulher, a violência obstétrica (VO) apesar de ser muito antigo, vem se mantendo protegido através de um fenômeno o qual Saffioti (1996) denomina como “conspiração do silêncio” (p.40), significando que, em geral, não há

denúncias desta violência, impedindo assim, tanto de forma qualitativa quanto quantitativa, que dados reais sejam revelados, para uma melhor compreensão da gravidade da VO.

Para Diniz (2009), é possível evidenciar a VO através de alguns aspectos tais como: negligência no atendimento, excesso de intervenções que provocam dores, desconforto e marcas físicas e psicológicas e, um dos mais frequentes, através da violência verbal ou simbólica. Para ilustrar algumas expressões de VO que as mulheres brasileiras vivenciam no momento do parto, a saber: barriga que tem `cheiro de churrasco`, durante o corte com bisturi a laser na cesariana; ameaça de degolar um bebê ao fazer a cirurgia, caso a mãe não concordasse em ir para a sala de parto; bebês retirados do útero e examinados violentamente, antes de serem entregues às suas mães e pais (PRAZERES; MAIA, 2013).

Segundo Wolff e Waldow (2008), por mais triste que possa parecer, a VO se manifesta de maneira cotidiana na dinâmica das unidades de saúde que assistem à mulher em seu período gravídico puerperal; na concepção dos autores, uma `violência consentida`

A magnitude da VO a coloca em destaque como uma das principais formas de violência contra mulher presentes no Brasil. A pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados” verificou que uma em cada quatro mulheres (25%) sofre algum tipo de violência durante o parto, desde gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência (VENTURE, 2013).

Partindo da conceituação de violência trazida pela OMS (1996) que a define como a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis e da perspectiva sociológica e filosófica de que a violência oportuniza a sociedade perceba suas próprias fronteiras, é possível concordar com Ferreira (2021) ao defender que a base da VO está no ato de infligir dor para punir as sexualidades das mulheres brasileiras. Sendo, portanto, a “imposição da dor como forma de aniquilamento e, portanto, redução do sujeito a objeto, se executa no domínio sobre o corpo social da mulher em seu conjunto” (FERREIRA, 2021, p.12)

O poder de um homem ou de um Estado é medido pela soma de dores que ele é suscetível de prodigalizar sem que nenhuma de suas prerrogativas seja ameaçada pelo repúdio das vítimas ou pelo rigor da lei. A licença de fazer sofrer é a face sombria do poder [...]. A tortura é um tempo pleno da prática do horror. Ela pretende converter o sofrimento em modo de controle político. Pela coerção de uma dor que não tem outros limites a não ser a imaginação dos torturadores, seu objetivo é destruir o sentimento de identidade da vítima [...] ou, simplesmente, dobrá-la à decisão dos carrascos (LE BRETON, 2013, p. 199-200).

Infelizmente essa ideia citada anteriormente é muito antiga, há registros bíblicos de que “com dor terás teus filhos” (BIBLIA, 2005); a dor para parir está relacionada à punição

necessária à mulher por ter sido a culpada pelo pecado e consequente perda da vida eterna de toda a humanidade; uma visão religiosa e misógina que carrega em si a substituição dos sentimentos vivenciados pela mulher no parto o prazer e a alegria substituída pela dor e castigo (BEZERRA, CARDOSO 2006, p.18). Este sofrimento funciona como uma forma de adestramento dos modos de ser “[...] submete a vítima sem ter, necessariamente, de matar, mas deixando-lhe na memória a cicatriz de suas sevícias e do destino que a espera [...]” (LE BRETON, 2013, p. 200).

A replicação deste pensamento no arcabouço histórico e cultural da sociedade leiga e de profissionais de saúde expõe a mulher à violência obstétrica e de gênero, colocando a dor como parte da experiência da maternidade (CRUZ, RADL PHILIPP, CUNHA 2018).

Refletir sobre o corpo feminino na perspectiva paradigmática da saúde torna-se algo necessário e relevante, visto que nesses espaços do cuidar, as questões da violência apresentam-se multifacetadas, carecendo de lupas especiais para enxergá-las (CRUZ, RADL PHILIPP, CUNHA 2018). Neste sentido, as autoras supracitadas consideram a violência obstétrica contra mulher como uma violência de gênero a qual vem sendo perpetuada sob a égide de uma mentalidade androcêntrica – patriarcal.

Para Cruz, Radl-Philipp e Cunha (2018) VO é uma violação aos direitos das gestantes, parturientes e puérperas, retirando destas a autonomia e decisão sobre seus próprios corpos. Ferreira (2021) considera a VO como um ato misógino vigente deste o período da queima das bruxas e que tem por objetivo punir as mulheres as expropriando de seus corpos. Saffioti (1996) reverbera que nesta tipologia de violência a posição de dominador e dominado, exploradores e explorados, as relações entre opressores e oprimidos são muito claramente evidenciadas.

Interessante destacar que o papel masculino de opressor ou explorador aqui abordado não se refere apenas a imagem do homem, mas a de toda dominação exercida sobre o “papel feminino”. Corroborando com o que afirma Radl-Philipp (2010) quando diz que o conceito de gênero surgiu para transpor a visão de masculino e feminino e configurar uma nova forma de identidade feminina, pois as relações de gênero são construídas por meio das experiências sócio-histórica-culturais. Frente a isto, o presente estudo considera a violência de gênero como uma relação entre indivíduos socialmente construídos, onde se manifesta a presença de um (a) personagem que se considera superior e, para legitimar essa posição social apela para violência.

O modelo hegemônico de atenção ao parto em nossa sociedade tem seu sucesso baseado na ciência, resultado direto do uso intensificado da tecnologia e aplicado em instituições fortemente influenciadas pela ideologia do patriarcado dentro de um contexto que visa o lucro (DAVIS-FLOYD, 2001).

A VO encontra-se presente na vida de grande parte das mulheres brasileiras, para a qual o espaço de fala é cerceado em decorrência da invisibilidade desta tipologia de violência, com consequências significativas à saúde da díade mãe-filho, tais como: baixo peso ao nascer, abortos, parto e nascimento prematuro e até mortes materna e fetal, conforme estudos revelados pelo Informe Mundial sobre a Violência e a Saúde (OMS, 2002).

O modelo de atendimento à mulher, centrada no tecnicismo, favorece a violência obstétrica por características tais como a impessoalidade e a falta de percepção do parto como um evento que vai além do fisiológico, mas também cultural e social. O período de gravídico puerperal é muito importante na vida das mulheres e requer cuidados humanizados com qualidade e tendo por base evidências reais e que preze pelo respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos (CRUZ, RADL PHILIPP, CUNHA 2018).

Esta perspectiva aponta para necessidade imperativa de mudar a forma de nascer, recuperar suas raízes, surgiu o movimento pela humanização do parto e do nascimento que, dentre outras questões, reivindica o reconhecimento da mulher como capaz de gestar e parir e, por conseguinte, a sua autonomia quanto às escolhas em relação à gestação e ao parto.

A humanização da assistência possui diversas versões as quais, expressam uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento da mulher. A literatura apresenta várias versões de “humanização” do parto, a primeira destas versões diz respeito à Igreja Católica que, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, penalidade devido ao pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto (DINIZ, 1996).

Na segunda versão, a obstetrícia médica reivindicar seu papel de resgate das mulheres, trazendo: uma preocupação “humanitária” para resolver o problema da parturição sem dor, uma forma de revogar a sentença do Paraíso (MAGALHÃES, 1916). Nesta nova visão a mulher é descrita não mais como culpada que deve expiar seus pecados, mas como vítima da sua natureza, sendo papel do obstetra antecipar e combater os muitos perigos deste evento. O parto é concebido como uma forma de violência intrínseca a um fenômeno ‘fisiologicamente patológica’ (RODHEN 2001).

Diante do sofrimento, a obstetrícia, que representa a imagem do masculino, reivindica sua superioridade sobre o ofício de partejar. E, se o parto era um evento terrível, a obstetrícia médica oferecia um apagamento da experiência através de fármacos os quais mesmo não retirando a dor promovia na mulher o esquecimento total da dor que sentiu e de outras sensações durante o processo, conhecido como parto inconsciente. Esta modalidade elevou em muito os índices de mortalidade da mãe e da criança, sendo considerado inaceitável. Mais tarde, com o surgimento de formas mais seguras de anestesia, esta assistência ao parto que era disponibilizada apenas às mulheres que podiam pagar foi popularizada e estabelecida como modelo de assistência nas áreas urbanas (MARTIN, 2004). O parto hospitalar foi institucionalizado e a assistência das parteiras fora subjugada a lugar dos desprivilegiados.

Outra versão para humanização do parto surgiu na segunda metade do século XX, nesta, as mulheres passariam a viver o parto de forma consciente. Conforme Mold e Stein (1986 *apud* DINIZ, 2005) as mulheres eram imobilizadas na cama, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas; eram mantidas separada de seus parentes, pertences, roupas; submetida a diversos procedimentos que passaram a ser considerados de rotina.

Conforme revela Barros *et al.* (2005) e Costello (2005 *apud* DINIZ 2005), a morbimortalidade materno infantil continuava acentuada, verificou-se que a modalidade da assistência disponibilizada ao parto promovia pobreza das relações humanas, sofrimento físico e emocional, o uso irracional de tecnologia esta realidade deveria mudar para que a morbimortalidade também fosse reduzida. Para tanto, iniciou-se há cerca de trinta anos discussões e mobilizações em prol de priorizar a tecnologia apropriada ao parto e a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores. No Brasil, este movimento é em geral conhecido como humanização do parto.

Na década de 1990, no Brasil, o movimento de humanização toma corpo e diversas estratégias foram empregadas com vias a reduzir a mortalidade materna foram efetivadas através do compromisso de Desenvolvimento do Milênio (ONU, 2015) e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 2004 (BRASIL, 2014). Uma das medidas realizadas foi entrelaçar os saberes da parteira tradicional e o saber biomédico. Para que tal estratégia fosse efetivada se fez necessário ampliar o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, iniciado no ano 2000.

O Governo Federal, através do Ministério da Saúde assumiu como estratégia de política pública, a recomendação ao parto vaginal, reconhecendo e passando a remunerar as

parteiras obstétricas por partos realizados e estimulando o apoio à ação das parteiras leigas nos locais onde os serviços de saúde não oferecem o atendimento ao parto e ao nascimento. Implantando dentre outros serviços e ações, o Programa de Parteiras Tradicionais.

Identifico limitações no processo de valorização da atividade das mulheres parteiras, se por um lado suas histórias de vida revelam que estas são mulheres respeitadas e valorizadas, por outro apontam para a falta de reconhecimento como pessoas prestadoras de serviço, sobretudo para as autoridades ligadas à saúde (PINTO, 2002). O atendimento das parteiras se mantém como assistência disponibilizada para as mulheres pobres que residem em locais de difícil acesso.

Apesar deste programa estar em vigor no país desde o ano 2000, em nossa região nunca ocorreu qualquer atividade de promova uma interação real entre o profissional de saúde e as parteiras, de forma a ocorrer uma troca de conhecimentos entre estes, uma via de mão dupla, e não apenas elas serem orientadas e receberem o kit parteira e se adaptarem à nova realidade.

É sabido que o ofício do partejar não é estático e, embora apresente poucas mudanças em relação a sua execução nos tempos de outrora, como toda prática social, essa atividade está sujeita a mudanças e alterações decorrentes, inclusive, das transformações históricas, observadas em cada contexto comunitário. O Brasil é um país de enormes dimensões geográficas e esta atualização precisa levar em consideração as peculiaridades regionais, mas, na prática isso não ocorre de fato ou por falta de recursos financeiros ou por não disponibilização dos gestores de saúde em aceitar este saber reconhecido como importante.

Enfim, após analisar a suposta ‘valorização’ disponibilizada às parteiras pelo Programa de Parteiras Tradicionais vale questionar o que há de novo afinal nesse processo de ‘valorização’, se observamos que os partos continuam sendo feitos sem nenhum respeito às peculiaridades femininas, os conhecimentos das parteiras não vem sendo compartilhados no interior das instituições de saúde. Em que dimensões as parteiras são valorizadas? Quais os aspectos objetivos que indicam essa valorização? Quem valoriza a atividades dessas mulheres? De fato, quais são os novos espaços de legitimidade conquistados?

A fala sobre a importância da parteira tradicional, presente há algumas décadas, vem sendo modificada na prática, onde se percebe que entrelaçar saber fazer das parteiras não tem sido reconhecido como importante. Vale destacar que o modelo assistencial vigente, o hospitalocêntrico, produz um tipo de violência silenciosas, simbólica que é “ a manifestação do poder simbólico por meio das relações de força entre os grupos de uma formação social

que estão conjuntamente com o poder arbitrário, perpetuando comportamentos e valores de dominação, assegurando a submissão de outro indivíduo ou outro grupo” (BORDIEU, 2012 p. 239)

No que concerne a esta tensão de saberes, Borges (2008) se pergunta: “o que há de melhor na produção do modo de cuidar da ciência e do modo de cuidar do conhecimento de senso comum?” (p. 330). Na resposta da autora, podemos fazer uma alusão a Escobar (2005), quando diz que o saber é plural, está em diversos lugares, é incompleto e finito. Ou seja, os saberes precisam ser respeitados e valorizados. Ao refletir sobre a inserção de parteiras tradicionais nos serviços de saúde, Borges (2008) destaca que a essência base do cuidado ofertado pelas parteiras é a solidariedade entre mulheres, seus saberes e práticas passadas por gerações de mulheres. Respeitar estes saberes distintos poderia ser um caminho eficiente para de verdade humanizar o atendimento à mulher em trabalho de parto.

O exercício do ofício das parteiras materializa-se nas mediações entrecruzadas do saber e do fazer. O conhecimento das parteiras organiza-se a partir de uma totalidade que envolve não só o racional, mas, também, o afetivo, os sentidos, o corporal, o toque, a “alma”. O processo de produção de seus saberes não está submetido à lógica dicotômica que separa o objetivo e o subjetivo, dualiza o tradicional e o moderno.

## Considerações Finais

Nas diversas versões e tentativas de humanização do parto o que se percebe é uma lógica patriarcal permeando todas as modalidades da assistência à mulher. Conforme se sabe, o patriarcado concede direitos sexuais aos homens sobre as mulheres, possui uma base material e corporifica-se. A ordem patriarcal de gênero admitiria a dominação e exploração das mulheres pelos homens, configurando a opressão feminina. Conforme Radl Phillip (2010), a mulher é vítima, pelo simples fato de ser mulher, de pertencer ao sexo feminino e por sua condição social de gênero.

Fica muito claro nesta afirmativa de Radl-Phillip que, no processo dominação - exploração da mulher, os dois polos da relação possuem poder, porém, de maneira desigual. A naturalização das relações de poder vem sendo usado para legitimar as relações de gênero marcadas pela assimetria e a desigualdade e, o lugar de poder assumido pelas parteiras tradicionais vem sendo cassado e relegado à insignificância durante muito tempo e até mesmo

na ideologia da humanização do parto estabelecida no cotidiano das unidades de saúde brasileira.

Infelizmente a política de humanização do parto não se tornou numa realidade em nosso país, o entrave ao alcance deste objetivo são vários dentre estes a incapacidade de resgate das origens do nascimento e para tanto faz-se necessário que os profissionais que atendem com base apenas na ciência, possa estar apto a vislumbrar a beleza e a riqueza advinda do conhecimento de mulheres simples, cuja base de conhecimento excede em muito a visão tecnicista e fria.

## Referências

BEZERRA, Maria Gorette Andrade; CARDOSO, Maria Vera Lucia Moreira Leitão. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e partos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 14, n. 3, p. 14-21, 2006.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Revisão de Frei João José Pedreira de Castro. São Paulo: Editora Ave Maria, 2005.

BORDIEU, Pierre. **Sobre o Estado**. Cursos no Collège da França. Paris: Raisons d'Agir/Seuil, 2012.

BORGES, Moema da Silva. Incorporação do saber de parteiras e benzedeadas às práticas de saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**. v. 19, n. 4, p. 323–332, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais**: O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto\\_nascimento\\_domiciliar\\_parteiras.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf). Acesso em: 04 jan. 2022.

CANTUÁRIO, Maria Zelma de Araújo Madeira. **Maternidade e conjugalidade**: múltiplos discursos na construção de um devir mulher. 1998. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

CRUZ, Zoraide Vieira; RADL PHILIPP, Rita Maria; CUNHA, Tânia Andrade Rocha. Breve discussão sobre a violência obstétrica contra as mulheres: “na hora de abrir as pernas ninguém reclama”. **Revista NUPEM**, Campo Mourão, v. 10, n. 21, p. 110-123, set./dez. 2018.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. v. 75, n. 1, p. S5-S23. 2001.

DELPRIORE, Mary. **Ao sul do corpo**. Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. Rio de Janeiro/Brasília, José Olympio: EDUNB, 1993.

DIAS, Maria Djair. Histórias de vida: as parteiras tradicionais e o nascimento em casa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 476-488, 2007.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Jornal de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. v. 19, n. 2, ago. p. 313-326, 2009.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. 1996. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

ESCOBAR, Arturo. O lugar da natureza e a natureza do lugar: globalização ou pós-desenvolvimento? In: LANDER, Edgardo (org.). **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Set. 2005. p. 21-53. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/lander/pt/Lander.rtf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

FERREIRA, Maíra Soares. **Pisando em óvulos**: a violência obstétrica como uma punição sexual às mulheres. Goiânia: Cegraf UFG, 2021.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

GASKIN, Ina May. **Birth Matters**: A Midwife's Manifesta. New York, U.S.: Seven Stories Press. 2011.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a História**. Trad. Carlos Nelson Coutinho e Leonardo Konder. 7 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

LARGURA, Marília. **A assistência ao parto no Brasil**: aspectos espirituais, psicológicos e sociais: uma análise crítica: por um parto mais humano e solidário. São Paulo; 1998.

LE BRETON, David. **Antropologia da dor**. Tradução Iraci D. Poleti. São Paulo: FAP-UNIFESP, 2013.

MAGALHÃES, Fernando. **Lições de clínica obstétrica**. 2 ed. Livraria Castilho, Rio de Janeiro, 1916.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MOTT, Maria Lúcia. Parteira: O Outro lado da Profissão. **Gênero**, v. 6, n. 1, p. 117-140, 2. sem. 2005.

MURARO, Rose Marie. **Textos da Fogueira**. Brasília: Letra Viva, 2000.

ODENT, Michel. **Gênese do homem ecológico**: mudar a vida, mudar o nascimento: o instinto reencontrado. São Paulo: TAO Editorial, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Genebra/Nova York, 9 de março de 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-3-2021-devastadoramente-generalizada-1-em-cada-3-mulheres-em-todo-mundo-sofre-violencia>. Acesso em: 02 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Editado por Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Antony B. Zwi e Rafael Lozano. Genebra. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) **Maternidade segura**: atenção ao nascimento normal: guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1997.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/odm.aspx>. Acesso em: 02 fev. 2015.

PERNOUD, Régine. **Hildegard de Bingen**: a consciência inspirada do século XII. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.

PINTO, Benedita C. de M. Vivências Cotidianas de Parteiras e ‘Experientes’ do Tocantins. In **Revista Estudos Feministas**, Ano 10, 2º semestre, 2002.

PRAZERES, Michelle; MAIA, Jamila. **Corpos roubados**: panorama da violência obstétrica no Brasil. 2013. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/michelleprazeres/corpos-roubados-panorama-da-violencia-obstetroca-no-brasil>. Acesso em: 28 jan. 2022.

RADL- PHILIPP, Rita Maria. Direitos Humanos e Gênero. **CADERNOS CEDES**: “Educação e direitos humanos: contribuições para o debate”, n. 81, maio-agosto, 2010, p. 135-155.

Relatório final do Observatório de Recursos Humanos em Saúde Estação CETREDE/ UFC/UECE. **Parteiras Cearenses**: História e memória do ofício de fazer o parto. Fortaleza, Ceará, 2007.

REZENDE J. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 1974.

RODHEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

SAFFIOTI, Heleieth I.B. **Violência de Gênero no Brasil**: conceitos versus Dados, CD da SBPC 48, 1996.

SANTOS, Boaventura de Souza. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org.) **Conhecimento prudente para uma vida decente**: um discurso sobre as ciências revisitado. São Paulo: Cortez, 2006, p.777-821.

SILVA, Leila Rangel da; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira; SOUZA, Kleyde Ventura de. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v.14, n.4, p.585-93, out./dez. 2005.

THÉBAUD, Françoise. A medicalização do parto e suas conseqüências: O Exemplo da França no período entre as duas guerras. **Estudos Feministas** 2/2002, p. 415-427.

WEISSHEIMER, A.M. **O parto na cultura teuto-gaúcha** [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002. 125 f.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. **Violência Consentida**: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde Soc. São Paulo*, v.17, n.3, p.138-151, 2008.

VENTURI G, Godinho T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, SESC-SP; 2013.

VIEIRA, Zoraide Santos; CRUZ, Ramon Vieira. Quebrando silêncio sobre a violência contra mulher: um relato de experiência. **Revista Cocar**. v. 16, n.34, 2022, p.1-14.

Recebido em: 2 de agosto de 2022.

Aprovado em: 20 de setembro de 2022.