

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SUÉLLYN MATTOS DE ARAGÃO

O QUE OS DISCURSOS EM TORNO DO TERMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
SINALIZAM AO DIREITO?

CURITIBA

2023

SUÉLLYN MATTOS DE ARAGÃO

O QUE OS DISCURSOS EM TORNO DO TERMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
SINALIZAM AO DIREITO?

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutora em Direito, no Curso de Pós-Graduação em Direito, Setor de Ciências Jurídicas, da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dra. Taysa Schiocchet

CURITIBA

2023

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS JURÍDICAS

Aragão, Suéllyn Mattos de

O que os discursos em torno do termo violência obstétrica sinalizam ao direito? / Suéllyn Mattos de Aragão.
– Curitiba, 2023.

1 recurso on-line : PDF.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Paraná,
Setor de Ciências Jurídicas, Programa de Pós-graduação
em Direito.

Orientadora: Taysa Schiocchet.

1. Grávidas. 2. Violência contra a mulher. 3. Poder.
4. Biopolítica. 5. Obstetrícia. I. Schiocchet, Taysa. II. Título.
III. Universidade Federal do Paraná.

Bibliotecário: Pedro Paulo Aquilante Junior – CRB-9/1626

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DOUTORADO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTORA EM DIREITO

No dia quatorze de março de dois mil e vinte e três às 14:00 horas, na sala 317 - Ruy Corrêa Lopes - Sala de Defesas - 3º Andar e Sala Teams, PPGD UFPR - Prédio Histórico - Praça Santos Andrade, 50 - 3º Andar - Centro. Curitiba/PR + parcialmente remota via Microsoft Teams., foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa de tese da doutoranda **SUÉLLYN MATTOS DE ARAGÃO**, intitulada: **O QUE OS DISCURSOS EM TORNO DO TERMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SINALIZAM AO DIREITO?**, sob orientação da Profa. Dra. TAYSA SCHIOCCHET. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação DIREITO da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: TAYSA SCHIOCCHET (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), LUANNA TOMAZ DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ), MARCOS CLÁUDIO SIGNORELLI, THAMIS ÁVILA DALSENTER VIVEIROS DE CASTRO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA - PUC/RIO), ANGELA COUTO MACHADO FONSECA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), CLAUDIA LEE WILLIAMS FONSECA (UNIVER. FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela APROVAÇÃO. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga de título de doutora está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, TAYSA SCHIOCCHET, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

CURITIBA, 14 de Março de 2023.

Assinatura Eletrônica
21/03/2023 16:52:00.0
TAYSA SCHIOCCHET
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
17/03/2023 17:28:24.0
LUANNA TOMAZ DE SOUZA
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ)

Assinatura Eletrônica
17/03/2023 15:06:37.0
MARCOS CLÁUDIO SIGNORELLI
Avaliador Externo

Assinatura Eletrônica
28/03/2023 17:32:41.0
THAMIS ÁVILA DALSENTER VIVEIROS DE CASTRO
Avaliador Externo (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA -
PUC/RIO)

Assinatura Eletrônica
21/03/2023 14:41:50.0
ANGELA COUTO MACHADO FONSECA
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
22/03/2023 18:29:07.0
CLAUDIA LEE WILLIAMS FONSECA
Avaliador Externo (UNIVER. FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL)

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação DIREITO da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **SUÉLLYN MATTOS DE ARAGÃO** intitulada: **O QUE OS DISCURSOS EM TORNO DO TERMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SINALIZAM AO DIREITO?**, sob orientação da Profa. Dra. TAYSA SCHIOCCHET, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutora está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 14 de Março de 2023.

Assinatura Eletrônica
21/03/2023 16:52:00.0
TAYSA SCHIOCCHET
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
17/03/2023 17:28:24.0
LUANNA TOMAZ DE SOUZA
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ)

Assinatura Eletrônica
17/03/2023 15:06:37.0
MARCOS CLÁUDIO SIGNORELLI
Avaliador Externo

Assinatura Eletrônica
28/03/2023 17:32:41.0
THAMIS ÁVILA DALSENTER VIVEIROS DE CASTRO
Avaliador Externo (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA -
PUC/RIO)

Assinatura Eletrônica
21/03/2023 14:41:50.0
ANGELA COUTO MACHADO FONSECA
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
22/03/2023 18:29:07.0
CLAUDIA LEE WILLIAMS FONSECA
Avaliador Externo (UNIVER. FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL)

AGRADECIMENTOS

Incrível...a vida é uma festa. Chegada a hora de agradecer por tanto, pela aventura...honestamente, ainda não acredito que alcancei esse lugar. Vim em busca de liberdade, encontrei muito mais, dignidade e felicidade plena.

Inauguro esses escritos rememorando a infância, todo percurso acadêmico. Desde as atividades e brincadeiras lúdicas do jardim de infância, cujo objetivo prático eu não conseguia entender (imaginava que estava ali para aprender, não entendia por qual razão naquele local todos passavam a tarde brincando, risos), passando pelo ensino fundamental (fugas das aulas de piano...queria mesmo o futebol), ensino médio (tempo de receber a alcunha de *nerd*), graduação (que saga...o ponto alto, a Medicina Legal), mestrado (o melhor dos mundos, encantada), processos seletivos, disciplinas, coletas de dados e, por fim, o nascimento da tese (mágico, aquele encontro). Emocionante, sobretudo pela significância pessoal do percurso. A Medicina tem sido desde sempre o caminho, o Direito, a grande paixão.

Em verdade, são incontáveis e inomináveis todas pessoas que me abriram os caminhos até aqui e a quem devo reconhecimento. Esse fim, certamente, é fruto de esforço coletivo. São muitas e não mediram esforços para me atender nos momentos difíceis, responder meus questionamentos, ouvir minhas angústias, dividir conhecimentos e me resgatar quando tudo parecia ruir. Certamente sem elas o trajeto teria sido bem mais moroso, doloroso e, talvez, inviável.

O que dizer da orientação conduzida pela professora Taysa Schiocchet? Lembro perfeitamente de como me acolheu, no primeiro contato. Empatia, bondade e generosidade definem aquela ocasião. Era uma quarta-feira, passava das 19h, procurei-a em uma sala do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFPR (PPGD) solicitando ajuda para executar um projeto corajoso...transformar uma profissional da saúde apaixonada pelo Direito e pela Bioética em uma pesquisadora do campo jurídico, transformar ideias e anseios em escritos, artigos. Me ouviu com tamanha humanidade e dádiva que voltei para casa incendiada, tomada pelo desejo de elevar meus esforços ao infinito para conquistar aquele lugar de doutoranda. Meu foco, naquele momento, se tornara absolutamente límpido, nítido. Quando suspirei e o olho iluminou entendi, tive certeza de que era ela, de quem era eu e de que era ali. Que paz minha alma encontrou. Saí dali plena, com energia de vida, convicta. Foi libertador e revigorante encontrar, enfim, tão de perto, o que sempre fez meu olhar brilhar: o Direito em sua plena forma. Tudo fazia sentido...todas as horas dentro de Hospitais, emergências, pacientes,

reflexões, dúvidas...tudo conduziu até ali. Que momento. Impossível esquecer. A Medicina enriquece minha alma, o Direito preenche meus desejos.

Detentora de indescritível conhecimento científico, metodológico e senso ético, prof. Taysa, registro meu eterno reconhecimento pelo seu brilhantismo, genialidade e densidade teórica; minha gratidão pelo acolhimento fraterno, pela empatia, pelo estímulo criativo, pelo tempo e esforço a mim dedicados, por exercer na prática aquilo que prega na academia, por me fazer voar, por propiciar evolução de décadas em meses de contato, por inspirar permanentemente, por me empurrar para o melhor de mim. Agradeço a escuta generosa, o rigor, a leveza, o bom humor, a liberdade acadêmica concedida, o elevado grau das reflexões e problematizações, a tranquilidade e a segurança com que conduziu todo processo construtivo.

A tantos professores...desde o ensino fundamental. Sintetizo-os aqui, de modo a representa-los, todos, meu muito obrigada. Professora Rosângela da Escola Santa Marcelina de Piraí do Sul/PR, professora Denise Nova Cruz da UNIVALI de Itajaí/SC e tantos outros por me inspirarem a dedicar tantas e tantas horas aos livros, tornarem o aprendizado instigante e desafiador, me transmitirem a certeza de que os livros sempre nos recebem calorosamente de volta, ainda que passemos algum tempo afastados. Ainda hoje sonho que esqueci de fazer alguma tarefa ou me atrasei para a aula de português, prof. Rosângela...

Em especial aos professores Solena Ziemer Kusma, Rafael Gomes Ditterich, Eliana Remor Teixeira, Yanna Dantas Ratmann, Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque, Rogério Miranda Gomes, Karin Regina Luhm, Ipojucan Calixto Fraiz e Marcos Cláudio Signorelli, representando aqui o grupo forte da Saúde Coletiva da UFPR, por me conduzirem nos primeiros passos na academia, por me acolherem, aceitarem, integrarem solidariamente, estimularem e fazerem me redescobrir e ressignificar a partir dos seus olhares, especialmente por cultivarem em mim a esperança de dias muito melhores. Por me apontarem, ainda que inconscientemente, modos outros de existir, (re) existir e (re) viver. À professora Eliana, agradeço pelo encontro de almas, não fosse suas palavras tão certas, não estaria aqui, talvez nunca tivesse enxergado com tamanha clareza.

Agradeço aqui muito especialmente ao professor Alfredo dos Santos Oliva, historiador foucaultiano, pela energia de vida, pela incrível disponibilidade e acessibilidade que fornece aos alunos, pelo genuíno dom de ensinar, por vislumbrar o exercício da docência como vocação, pela maestria e generosidade com que compartilha seu conhecimento, por ser inspiração e respiro, por fornecer não apenas apoio técnico e científico, mas conforto e apoio moral, por responder mensagens de whatsapp aos fins de semana e nas madrugadas, sempre com felicidade, paciência, zelo e compaixão. Até agora não acredito que encontrei o Sr. às vésperas

do processo seletivo. Que sorte inacreditável, alguém lá em cima providenciou isso, serei eternamente grata.

Ao querido Promotor de Justiça da Promotoria de Proteção à Saúde Pública de Curitiba, Dr. Marcelo Paulo Maggio, que me recebeu no Ministério Público do Estado do Paraná com tamanha generosidade e alegria, fazendo questão de me incluir à equipe, de repassar conhecimentos, de ensinar diuturnamente, de fornecer dicas valiosas de quem possui além da experiência de décadas, amor incondicional na busca pela concretização do direito à saúde de cada paciente que o procura, por respirar o direito à saúde e nos contagiar nessa busca. Sua ajuda e seu apoio transcendem muitas esferas, desde a leveza da convivência diária, passando pela indicação de fontes bibliográficas certeiras, até a parceria em nossos manuscritos. Muito obrigada pelo incentivo ao meu desenvolvimento e pelas indicações decisivas a essa pesquisa.

Aos professores integrantes da banca examinadora, meu agradecimento pelo pronto aceite ao convite e pelas oportunas e relevantes observações, críticas e sugestões apresentadas por ocasião da banca de qualificação e pelas oportunas e relevantes observações, críticas e sugestões que serão apresentadas por ocasião da banca de defesa, as quais, certamente, consolidarão e delinearão o estudo e todo processo criativo de construção das ideias.

Aos queridos docentes com os quais tive o privilégio de conviver nas disciplinas do PPGD: Marcelo Miguel Conrado, Clayton de Albuquerque Maranhão, Angela Couto Machado Fonseca, Clara Maria Roman Borges, Abili Lázaro Castro de Lima e Luis Fernando Lopes Pereira. O que eles possuem em comum? Genialidade, grau de conhecimento destacado, indescritível qualidade jurídica e acadêmica, mas, sobretudo, humanidade, bom humor, leveza no trato, acessibilidade, felicidade genuína ao ensinar, generosidade e paciência no exercício da vocação.

Ao meu pai, Eurides Carneiro de Mattos, minha gratidão pelo bom humor, pelos bons costumes repassados (flamengo até morrer), pela serenidade, pela leveza da alma, pela presença de espírito, pela sabedoria, pelas perguntas sempre certeiras, por me reconhecer pelo olhar, por me ensinar desde cedo a importância absoluta do senso de foco, do valor das vitórias e do caminho de treino, esforço, determinação e sacrifício até elas.

À minha mãe, Regina Krubniki Carneiro de Mattos, pela força, pela surpreendente disposição, pela admirável energia e pelo ensinamento diário de obstinação.

À minha irmã, Maria Cecília de Aragão, pela discrição, pelo respeito e amor incondicionais, pelo espírito de paz e tranquilidade, pela calma, por observar sem julgamento, por me conferir toda liberdade que a alma deseja, por ser o meu mais lindo oposto, por não me perturbar, por me fazer lembrar que ainda tenho trinta e poucos anos (não oitenta), por colorir

meus mapas no ensino fundamental (aos 3 ou 4 anos de idade), por me oferecer plantão contínuo com informes de moda, beleza, saúde, vida e por salvar meu inglês.

Ao meu esposo, Dilmar Kussik, por ouvir minhas loucuras e se esforçar para demonstrar naturalidade diante delas, pela paciência, pela compreensão, pelo companheirismo, pelo aceite das diferenças, por viver meus sonhos, por me confortar em tantas desventuras, por me trazer confiança e alívio em tempos incertos, por transformar situações inimagináveis em assunto superado, por compreender minhas intermináveis madrugadas no escritório, por entender e respeitar meus desejos e planos, ainda que divergentes dos seus.

Às minhas amigas e aos meus amigos...especialmente por compreenderem minhas ausências, que são muitas, sempre; pelas boas conversas em tempos difíceis, pelas histórias hilárias vividas, pelo respeito ao meu instinto de liberdade, por me trazerem risos tão maravilhosos e inesquecíveis, pela companhia, pelo companheirismo e pelo amor transmitidos. Por terem sempre me oferecido muito mais do que eu mesma podia oferecer: Eliete Frates, Paola Hakenhaar, Juliana Carvalho Pavão, Luana Kira, Ana Paula Massareli, Eva Maria da Silva (Evinha), Ewerson Willi de Lima Pack, Amanda de Cássia Azevedo, Glória Maria Bomfim (Glorinha), Suzane Margaret dos Santos, Cristina Ribeiro, Rosane Ribeiro (Baby)...e todas as meninas do futebol de Piraí do Sul/PR!

Às meninas e mulheres desse país, às pacientes que participaram da pesquisa e me conferiram oportunidade de fala, de lugar de destaque na ciência. Por me transformarem no processo, por me lembrarem as delícias de um bom encontro e me levarem sem destino, por doarem seu tempo e sua energia em favor de outras mulheres.

Por fim, ao meu anjo da guarda por me conferir proteção *pro bono* ininterrupta nos últimos 37 anos, pela luz, generosidade e riqueza que me cercam, por me acordar no meio de tantas madrugadas fornecendo caminhos e respostas, por me indicar soluções e me conferir a certeza de que tudo é superável, por não me cobrar todas as dívidas que sei que tenho e acumulo, por me levar para espaços mágicos, por me fazer ressurgir lá de baixo, por me mostrar, no passo da respiração e no encantamento da alma, quando estou no caminho certo. A vida é mesmo uma festa.

RESUMO

Essa tese analisou discursos de profissionais de saúde e de pacientes gestantes/puérperas de uma maternidade pública do município de Curitiba/PR, acerca da relação profissional de saúde - paciente e da violência obstétrica, a partir da chave de leitura do discurso e do biopoder de Foucault. O objetivo geral do estudo foi o de analisar como os discursos intra-hospitalares sobre violência obstétrica revelam disputas de poder que interessam ao Direito. Para tanto, adotou-se desenho metodológico empírico, exploratório, com realização de entrevistas breves e análise de conteúdo. Os resultados encontrados denotam que há uma categoria central nos discursos coletados em campo sobre a qual todas as demais subcategorias orbitam: as disputas fundadas no saber-poder que permeia as relações estabelecidas entre médicos e pacientes gestantes/puérperas na Obstetrícia. Isso se verificou a partir da categorização das falas do campo em torno de sete categorias: supervalorização da palavra do médico e desvalorização da palavra da paciente; a importância do conhecimento; embate Medicina/Enfermagem; autonomia condicionada/compulsoriedade do parto normal; efeito rebote do plano de parto; discriminação de gênero/raça/cor/classe social/idade e patologização do parto. O campo forneceu indicativos de que os discursos sobre a VO são estruturalmente atravessados por formas de saber-poder, especialmente por meio de tecnologias de poder disciplinar e de biopolítica que circulam continuamente e permanentemente entre os atores principais desse processo: médico, enfermeiro e paciente gestante/puérpera. Identificou-se, ainda, que, o termo em VO, como uma construção discursiva, permanece em disputa e que, para além da questão do saber-poder, a relação profissional de saúde - paciente e o acontecimento da VO são atravessados por categorias estruturais: gênero, raça e classe. A tese também identificou que, no lugar de práticas obstétricas violentas explícitas, como agressões verbais e físicas, foram inseridas, na prática social contemporânea, em substituição, um outro conjunto de modalidades violentas, silenciosas, sutis, subterrâneas, suaves, as quais não são facilmente identificáveis. Como conclusão, a afirmação da tese é a de que os discursos intra-hospitalares sobre violência obstétrica revelam disputas de poder que interessam ao Direito sob dois aspectos, um já reconhecido pela literatura, perene, histórico, institucional e estrutural. Ao mesmo tempo, um outro paradoxal, ambíguo, sinuoso, dinâmico, móvel, flutuante, contra intuitivo e surpreendente, sendo esse segundo a contribuição da tese, aquilo em que ela inova, avança no conhecimento, aquilo em que ela difere do que já há publicado sobre o tema. Essas disputas envolvem a gestão da vida, dos corpos e dos úteros de mulheres gestantes/puérperas. Portanto, sobretudo em função do seu potencial lesivo aos direitos sexuais e reprodutivos, são questões de interesse do Direito.

Palavras-chave: violência obstétrica; poder; biopoder; biopolítica.

ABSTRACT

This thesis analyzed speeches by health professionals and pregnant/postpartum patients at a public maternity hospital in the city of Curitiba/PR, about the doctor-patient relationship and obstetric violence, based on Foucault's discourse and biopower reading key. The general objective of the study was to analyze how intra-hospital discourses on obstetric violence reveal power disputes that are of interest to the Law. Therefore, an empirical, exploratory methodological design was adopted, with brief interviews and content analysis. The results found denote that there is a central category in the discourses collected in the field over which all the other subcategories orbit: the disputes based on the knowledge-power that permeates the relationships established between physicians and pregnant/postpartum patients in Obstetrics. This was verified from the categorization of the field's speeches around seven categories: overvaluation of the doctor's word and undervaluation of the patient's word; the importance of knowledge; clash Medicine/Nursing; conditioned autonomy/compulsory nature of childbirth; rebound effect of the birth plan; gender/race/color/social class/age discrimination and pathologization of childbirth. The field provided indications that speeches about OV are structurally crossed by forms of knowledge-power, especially through technologies of disciplinary power and biopolitics that circulate continuously and permanently among the main actors of this process: doctor, nurse and pregnant patient /postpartum. It was also identified that the term in OV, as a discursive construction, remains in dispute and that, in addition to the issue of knowledge-power, the doctor-patient relationship and the event of OV are crossed by structural categories: gender, race and class. The thesis also identified that, in place of explicit violent obstetric practices, such as verbal and physical aggression, another set of violent, silent, subtle, subterranean, gentle modalities were inserted in contemporary social practice, which are not easily identifiable. In conclusion, the thesis asserts that intra-hospital discourses on obstetric violence reveal power struggles that are of interest to the Law in two respects, one already recognized by the literature, perennial, historical, institutional and structural. At the same time, another paradoxical, ambiguous, sinuous, dynamic, mobile, fluctuating, counterintuitive and surprising other, this being the second contribution of the thesis, what it innovates, advances in knowledge, what it differs from what already exists published on the topic. These disputes involve the management of the lives, bodies and uteruses of pregnant/postpartum women. Therefore, mainly due to their potential harm to sexual and reproductive rights, they are matters of interest to the Law.

Keywords: obstetric violence; power; biopower; biopolitics.

RESUMEN

Esta tesis analizó discursos de profesionales de la salud y pacientes embarazadas/puerperas en una maternidad pública de la ciudad de Curitiba/PR, sobre la relación médico-paciente y la violencia obstétrica, a partir del discurso de Foucault y la clave de lectura del biopoder. El objetivo general del estudio fue analizar cómo los discursos intrahospitalarios sobre la violencia obstétrica revelan disputas de poder que interesan al Derecho. Por lo tanto, se adoptó un diseño metodológico empírico, exploratorio, con entrevistas breves y análisis de contenido. Los resultados encontrados denotan que existe una categoría central en los discursos recogidos en el campo sobre la cual orbitan todas las demás subcategorías: las disputas basadas en el saber-poder que permea las relaciones establecidas entre médicos y pacientes gestantes/puerperales en Obstetricia. Esto se verificó a partir de la categorización de los discursos del campo en torno a siete categorías: sobrevaloración de la palabra del médico y subvaloración de la palabra del paciente; la importancia del conocimiento; choque Medicina/Enfermería; autonomía condicionada/obligatoriedad del parto; efecto rebote del plan de parto; género/raza/color/clase social/edad discriminación y patologización del parto. El campo aportó indicios de que los discursos sobre la VO están estructuralmente atravesados por formas de saber-poder, especialmente por tecnologías de poder disciplinar y biopolíticas que circulan continua y permanentemente entre los principales actores de este proceso: médico, enfermero y paciente gestante/postparto. También se identificó que el término en VO, como construcción discursiva, permanece en disputa y que, además de la cuestión del saber-poder, la relación médico-paciente y el evento de VO son atravesados por categorías estructurales: género, raza y clase. La tesis también identificó que, en lugar de prácticas obstétricas violentas explícitas, como la agresión verbal y física, se insertó en la práctica social contemporánea otro conjunto de modalidades violentas, silenciosas, sutiles, subterráneas, suaves, que no son fácilmente identificables. Como conclusión, la tesis afirma que los discursos intrahospitalarios sobre la violencia obstétrica revelan disputas de poder que interesan al Derecho en dos aspectos, uno ya reconocido por la literatura, perenne, histórico, institucional y estructural. A su vez, otro paradójico, ambiguo, sinuoso, dinámico, móvil, fluctuante, contraintuitivo y sorprendente, siendo este el segundo aporte de la tesis, lo que innova, avanza en el conocimiento, lo que la diferencia de lo ya existente publicado en la tema. Estas disputas involucran el manejo de vidas, cuerpos y úteros de mujeres embarazadas/puerperas. Por tanto, principalmente por su potencial lesión a los derechos sexuales y reproductivos, son materias de interés de lo Derecho.

Palabras-llave: violencia obstétrica; poder; biopoder; biopolítica.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Caminho teórico-empírico percorrido pela tese	30
FIGURA 2 – Fluxograma do discurso em Foucault	58
FIGURA 3 – Estimativa de grau de empiria em pesquisa jurídica.....	64
FIGURA 4 – Modelo simplificado da teoria dos códigos para pesquisa qualitativa.....	83
FIGURA 5 – Biopoder em Foucault.....	101
FIGURA 6 – Poder disciplinar em Foucault	102
FIGURA 7 – Legenda transcrições.....	132
FIGURA 8 – Modelo de DSS proposto por Dahlgren e Whitehead.....	173
FIGURA 9 – Modelo de DSS proposto por Solar e Irwin	173
FIGURA 10 – Eixos temáticos da Tese	233

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Modalidades de violência obstétrica.....	22
QUADRO 2 – Documentos exigidos pelo CEP/CHC e CONEP	37
QUADRO 3 – Sequência procedimental ou percurso metodológico operacionalizado	38
QUADRO 4 – Evolução crítica das versões do roteiro de entrevista	43
QUADRO 5 – Panorama dos entrevistados	47
QUADRO 6 – Frentes de interpretação do discurso em Foucault.....	54
QUADRO 7 – Exemplos exercício do poder disciplinar sobre o corpo da gestante.....	104
QUADRO 8 – Exemplos exercício da biopolítica sobre o corpo da gestante.....	105
QUADRO 9 – Seleção convidada	118
QUADRO 10 – Seleção entrevistada.....	118
QUADRO 11 – Panorama dos entrevistados	130
QUADRO 12 – Categorização dos discursos.....	131
QUADRO 13 – Situações que podem ser mal recepcionadas pelo poder médico.	164
QUADRO 14 – Marcos legais nacionais sobre violência obstétrica	216

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CHC	Complexo Hospitalar do Hospital de Clínicas
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRM	Conselho Regional de Medicina
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
MVFA	Maternidade Victor Ferreira do Amaral
OMS	Organização Mundial da Saúde
PICs	Práticas integrativas e complementares
PPGD	Programa de Pós Graduação em Direito
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	Universidade Federal do Paraná
VO	Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	MÉTODO	31
2.1	DESENHO E PROCESSO	32
2.1.1	Comitê de Ética em Pesquisa	32
2.1.1.1	Tratativa e autorização da instituição participante	33
2.1.1.2	Aprovação do projeto de pesquisa no CEP/CHC	35
2.1.2	Entrevista exploratória episódica semiestruturada	38
2.1.2.1	Fontes de informação: discurso dos envolvidos.....	45
2.1.2.2	<i>Spoiler</i> : pistas sobre o que o campo mostrou.....	46
2.2	DISCURSO EM FOUCAULT	48
2.2.1	Opções metodológicas de pesquisas sociais aplicadas à pesquisa jurídica.....	61
2.2.1.1	Método empírico e exploratório	63
2.2.1.2	Unidade de análise e seleção	67
2.2.2	Pesquisa qualitativa aplicada à pesquisa jurídica	74
2.2.2.1	Categoria analítica biopoder de Foucault	75
2.2.2.2	Codificação e categorização temática.....	79
3	EMPIRIA E TEORIA: CATEGORIAS DO CAMPO E BIOPODER	82
3.1	EM QUE O BIOPODER DE FOUCAULT PODE CONTRIBUIR NESSE DEBATE?	83
3.1.1	Poder sobre corpos gestantes	91
3.1.1.1	Biopoder: diferenças entre poder disciplinar e biopolítica	97
3.1.1.2	Biopolítica como chave de leitura dos discursos do campo	104
3.1.2	Diálogo entre biopoder e as categorias estruturais da VO	108
3.1.2.1	O que está em torno ou para além do poder – raça/gênero/classe.....	109
3.1.2.2	Porque discurso e biopolítica são importantes para essa tese?	113
3.2	O QUE ESTÁ ACONTECENDO AQUI E AGORA?.....	114
3.2.1	Retrato da Seleção: fotografia dos enunciadores	115
3.2.1.1	Personagens e percepções do campo	121
3.2.1.2	Narrativas repisadas – 7 categorias	128
3.2.2	Quem falou o quê?	132
3.2.2.1	Categorias I, II e III – profissionais X pacientes.....	133
3.2.2.2	Categorias IV, V, VI e VII - profissionais X pacientes	146

4	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ENTRE A SAÚDE COLETIVA, A ANTROPOLOGIA E O DIREITO	166
4.1	DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E VO ESTRUTURAL	168
4.1.1	Em que contexto social se dá a violência obstétrica?	172
4.1.1.1	Sistema Único de Saúde: indutor ou freio?.....	174
4.1.1.2	Prática humanizada: modos outros de re(existir) na Obstetrícia	179
4.1.2	VO estrutural	181
4.1.2.1	VO como construção discursiva.....	186
4.1.2.2	Gênero-Raça no debate sobre a VO	192
4.2	COMO O DIREITO SE POSICIONA EM RELAÇÃO À VO?.....	198
4.2.1	O estado da arte do marco legal latino-americano	200
4.2.1.1	O silêncio do Direito.....	202
4.2.1.2	Condições de superação do silêncio do Direito	205
4.2.2	Em que medida a violência obstétrica interessa ao Direito?.....	207
4.2.2.1	Violência obstétrica em perspectiva normativa no cenário internacional e nacional.	210
4.2.2.2	Lacunas normativas	219
5	CONCLUSÕES.....	220
	REFERÊNCIAS	233
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	254
	APÊNDICE B – FICHA DO INFORMANTE.....	257
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	258
	APÊNDICE D – CONVITE DE PESQUISA.....	260
	APÊNDICE E – INSTRUÇÕES PARA PARTICIPAR DA ENTREVISTA	261
	APÊNDICE F – VÍDEO CONVITE	262
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	263

1 INTRODUÇÃO

Primeiro alerta importante: se você chegou aqui apenas agora, não tendo acompanhado meu percurso desde o início do doutorado, alerta que essa tese se divide em antes da qualificação (AQ) e depois da qualificação (DQ). Preciso fazer esse anúncio porque se sucedeu uma transformação integral e transversal em muitos aspectos: espírito de criação; implicação da pesquisadora na pesquisa; explicitação do local de fala da pesquisadora para melhor compreensão e interpretação do campo pelo leitor; modo de utilização da teoria para análise do empírico; perspectiva ampliada/livre na análise dos dados; modo de situar os indivíduos entrevistados, apresentando o contexto das falas; desenho metodológico, estrutura e organização geral da tese...enfim, uma transformação de A à Z, ou melhor, de F (Foucault) a S (Suéllyn).

Não vou me deter muito no que era a tese anteriormente, mas a resumo em uma palavra: sistematização. Construí, inicialmente, uma tese absolutamente sistematizada, organizada, explicada, teorizada, que tentava casar milimétrica e sistematicamente trechos da teoria foucaultiana e dados empíricos sobre violência obstétrica. Na apresentação dos dados, eu o fazia de forma epidemiológica, em grupos, compondo as falas em blocos de falas assemelhadas, de forma a anonimizar, arrisco dizer invisibilizar, cada indivíduo ouvido no campo. Foram horas e mais horas pensando na melhor organização possível, na fundamentação técnica mais rigorosa possível, no rigor metodológico, no cumprimento das regras éticas do Comitê de Ética, na reverência ao autor do marco teórico, no zelo com a escrita acadêmica, nas regras da ABNT, nos elementos visuais que poderiam facilitar o trabalho do leitor...De tal forma que, em dado momento, tudo se tornou meio sóbrio demais, asséptico, estéril, frio, distante, excessivamente acadêmico. Esse era o cenário antes de minha banca de qualificação.

Minha banca de qualificação ocorreu em 15 de março de 2022. Nessa data, levei uma chacoalhada da antropologia. A banca foi formada pelas professoras Ângela Couto Machado Fonseca, Cláudia Fonseca e Luanna Tomaz de Souza. E foi da professora Cláudia que a antropologia sussurrou aos meus ouvidos: havia muito mais naqueles dados do que eu havia conseguido extrair e, sob a ótica antropológica, aquela formatação de tese que eu havia construído apresentava problemas. Pior, a verdadeira riqueza e profundidade das falas dos entrevistados eu havia deixado de fora na ânsia pela sistematização dos dados.

Pois bem, vamos às transformações. Remexi não só na tese, mas nos próprios processos de criação, processos internos, lembranças, vivências, experiências e perspectivas para reestruturar todo trabalho e tentar conferir relevância e brilho ao empírico, não

descuidando de algumas regras acadêmicas, da seriedade do trabalho e da base teórica. Mas tudo com mais leveza, fluidez, plenitude, enfim, alijando os pesos excessivos e desnecessários. Essas foram as circunstâncias de produção dessa tese e a partir desse encontro, além do encontro com os entrevistados em campo, é que o objetivo da pesquisa foi sendo redimensionado e reformulado.

Um dos principais compromissos que assumi na banca, por entender necessário e bem vindo, foi a minha própria implicação na pesquisa. Essa implicação não é nada comum em áreas como o Direito, a Medicina, mas muito bem explorada na Sociologia e na Antropologia, por exemplo. E para chegar a essa inclusão pessoal no campo pesquisado, precisei mergulhar na minha história, na minha origem, meu espaço de fala, meu lugar no mundo. Percebi que, sem essa perspectiva, a narrativa toda se esvazia, se esfacela, não se encaixa, não faz muito sentido, perde-se o fio condutor do texto.

Assumo, a partir daqui, minha subjetividade como componente essencial da análise, um compromisso com a reflexividade, a revelação da pesquisadora como ser social, não escondendo sua identidade do leitor, soltando as amarras de minhas tradições disciplinares e se atirando na direção de uma inspiração antropológica, uma abertura para a possibilidade de outras lógicas, de outras dinâmicas culturais, de outras formas de análise e de apresentação de dados. Torço para conseguir realizar uma costura interdisciplinar e não cair no vazio, tentando chegar a generalizações a partir de dados particulares, em uma perspectiva aberta, observando os dados e criando hipóteses (FONSECA, 1998). Enfim, tento dialogar com o campo da antropologia a partir de meu lugar de fala: uma pesquisadora médica que desenvolve uma tese de doutorado em direito sobre violência obstétrica. Mergulho nessa nova experiência aprendendo novas noções, conceitos, habilidades e emoções. Ciente dos riscos (risos).

Nasci em 1983 em Ponta Grossa-PR. Nunca sofri VO, não sou mãe. Tenho 38 anos, residi toda minha infância em Pirai do Sul-PR e, depois, para fins de estudo, me mudei para Curitiba-PR. Minha primeira infância foi, de certo modo, marcada por medo e violência. Sou filha biológica de um homem que trancafiava minha mãe e eu (ainda na barriga) em casa e proibia qualquer tipo de visita ou contato com o mundo exterior. Sei, por relatos de outras pessoas, que sofremos muitas violências físicas, chutes na barriga de minha mãe e coisas do tipo. Não sei detalhes porque todos a minha volta sempre tentaram me poupar de ouvi-los. Falar disso é, sem dúvidas, aterrorizante, não tenho lembranças conscientes, mas muitas inconscientes, muitas sensações, arrepios e angústias. Um dia esse homem esqueceu uma janela parcialmente aberta, minha mãe pediu socorro, alguém avisou minha avó materna e ela nos resgatou. Quando cresci e precisei começar a frequentar a escola é que tive dimensão real de

tudo, começaram a me contar algumas coisas, havia medo de sequestro na saída na escola e eu vivia em uma tensão constante, não podia ir à casa de amiguinhos porque minha mãe tinha muito medo de que alguém da família do meu pai me sequestrasse e cometesse outras atrocidades. Graças a Deus tenho poucas lembranças. Lembro de alguém ter me dito que encontrei esse homem em um mercado uma vez, não percebi, inclusive porque não lembro do seu rosto, simplesmente apaguei da memória. Quando eu estava na faculdade fiquei sabendo que uma meia irmã minha, de cerca de 17 anos de idade, filha desse homem com outra mulher, foi levada morta ao hospital. A notícia que correu a cidade é a de que ela era mantida presa em um quartinho desde o nascimento, ele a alimentava por meio de uma portinha, ela nunca tinha visto a luz do sol, nunca tinha tido contato com televisão nem nada do mundo exterior. Morreu presa com uma pneumonia. Diziam que no velório todos se assustaram com a palidez da menina. A última notícia que tive é a de que ele perambulava coletando reciclados pela cidade. Não sei se outras pessoas estão sofrendo na mão dele no momento. Parece um filme de terror, mas é a minha história. É daí que eu venho.

Desde que fomos resgatadas, fui criada pelos avós maternos, que me deram amparo, amor, casa, comida e estudo. Impossível não ir às lágrimas ao fazer esse registro. Primeiro porque nunca o fiz, segundo porque sequer havia parado para pensar em como toda minha história, de alguma forma, está conectada e me fez chegar ao meu tema de pesquisa. Não consigo dimensionar e descrever a coragem e a força que meus avós maternos tiveram, mas sei que é dali que vem minha energia de vida, minha vontade, minha obstinação e minha força. Minha mãe biológica, depois de alguns anos, reconstruiu a vida, casou-se novamente e teve outros dois filhos.

A minha adolescência foi de estudo, me mudei para Curitiba-PR em 1999 para fazer o ensino médio e estudar para o vestibular. Sempre soube que só o estudo me afastaria de tudo que vivi no passado, tinha clareza quanto a isso desde muito cedo. Nunca tive certeza de qual curso prestar no vestibular, pensei em engenharia, filosofia, medicina...curiosamente, naquele momento, sequer me passava pela cabeça que eu me encantaria com o direito. Fiz uma escolha, a possível naquele momento, muito em virtude da influência da família e do senso comum de que a medicina é uma profissão muito bonita, de reconhecimento público e capaz de me propiciar uma vida melhor.

Por fim, escolhi a Medicina. Conclui a graduação em 2008 em Santa Catarina, na UNIVALI-SC, em Itajaí. Já no quarto da faculdade, momento em que passamos a frequentar com maior frequência os hospitais e ambulatórios por conta do internato médico, passei a me sentir meio fora de lugar nesses espaços, distante dos interesses dos colegas, dos tipos de

atividades realizadas, dos tipos de pesquisas desenvolvidas, dos conteúdos das conversas, daquele meio, daquela *vibe*, por assim dizer.

O bloco do curso de Medicina, àquela época, era o último em localização dentro da estrutura física do campus. Todos os dias, antes de ir para a aula, eu passava pelo bloco do Direito com um certo brilho nos olhos...quando as portas das salas de aula estavam abertas, parava para ouvir alguns minutos das aulas, olhava para aquele espaço jurídico com um quê de desejo, de “não sei bem porque nem o quanto, mas isso me chama”. E foi ali, cursando o quarto ano de Medicina, dentro do Hospital (me lembro da roupa que eu usava, calça jeans, camiseta azul e tênis branco), que cheguei à conclusão de ali não era o meu lugar no mundo exatamente e isso era angustiante de todas as formas. Primeiro porque havia muito suor e investimento financeiro de minha família naquele projeto, segundo porque eu não tinha encontrado ainda uma pulsão que me fizesse sentir viva. A essa altura, no final da graduação, uma das minhas colegas de classe, cuja antiga parceira de escrita de trabalho de conclusão de curso (TCC) havia se mudado para outro Estado, me convidou para fazer o TCC com ela. Ela já havia definido o tema e o recorte: estava estudando laudos cadavéricos no Instituto Médico Legal de Itajaí-SC. Lembrei que eu tinha uma “queda” pela disciplina de Medicina Legal e que esse convite me aproximaria desse campo.

E foi assim, acompanhando essa colega e coletando dados para o TCC, que entrei pela primeira vez no prédio que era uma mistura de Delegacia de Polícia, IML e outros anexos correlatos. Era sábado à tarde, durante a semana não havia tempo em virtude das aulas em tempo integral e dos plantões obrigatórios do internato, nos sobrava os finais de semana para a coleta de dados. Na primeira entrada, já senti um respiro diferente, um ar diferente, uma energia diferente, um desejo, uma vontade, uma plenitude de alma...naquele espaço minúsculo e escuro, de estrutura já maltratada pelo tempo, comecei a encontrar o meu lugar no mundo. Eu já me interessava muito pelas aulas teóricas de Medicina Legal, mas ali, no campo, comecei a ter as sensações de que aquele interesse era muito maior do que eu mesma pudesse mensurar naquele momento.

Dali foi o ponto de partida para a virada. Minha fusão incomum Medicina – Direito, que se concretiza agora, iniciou naquele tempo e espaço. De lá para cá, no meio do caminho, passei pela especialização em Medicina do Trabalho, na qual eu me aproximei da perícia médica, pelo mestrado em Saúde Coletiva, na qual eu me aproximei de professores e autores que me inspiram e, aos poucos, fui tendo clareza de quais eram meus desejos, tanto do ponto de vista acadêmico quanto do ponto de vista profissional.

Ainda nos meses finais da faculdade prestei concurso público para o IML de Santa

Catarina e fui aprovada. Logo na sequência, fui aprovada na residência médica (especialização) em Medicina do Trabalho no Hospital do Trabalhador (UFPR) em Curitiba-PR. Com alguma dúvida e triste por não poder escolher as duas opções, optei pela formação, ou seja, pela residência médica em Curitiba-PR. No meio da residência fui aprovada em um concurso público para atuar como perita médica previdenciária no INSS. Assumi e trabalhei lá durante seis anos. Pouco tempo depois, fui aprovada em um concurso público para atuar como médica do trabalho na UFPR. Assumi e trabalho lá até hoje. Fruto da aprovação em outro concurso público, em 2016 saí do INSS e assumi cargo no Ministério Público Estadual do Paraná (MPPR). Foi no MPPR que me aproximei do Direito da Saúde e do Direito Médico, passei a trabalhar com questões de gestão em saúde e erro médico, principalmente. Ali meu olho começou a brilhar novamente.

Há muitos temas na linha de intersecção entre Medicina e Direito que me interessam: erro médico (responsabilidade civil, ética e penal médica), judicialização da saúde, aborto, neurodireito, genética aplicada ao direito, acesso a medicamentos não disponíveis no SUS, consentimento do cônjuge para esterilização cirúrgica da mulher....e tantos outros. Em uma reflexão consciente, eu diria que escolhi o tema da violência obstétrica por uma espécie de interesse às avessas. Sou mulher, não desejo a maternidade e sempre pensei que essa escolha devesse ser respeitada, que a minha autonomia individual para decidir sobre o meu corpo devesse ser respeitada. Quando ouvi a primeira vez sobre o dispositivo legal que exige autorização do cônjuge para a realização de uma ligadura tubária (esterilização) na mulher, por exemplo, quase não acreditei que aquilo pudesse ser verdade, não no mundo contemporâneo. Penso que o meu desejo de respeito ao corpo da mulher, de modo geral, é o que me mobilizou ao tema da violência obstétrica, assim como me mobilizou nas pesquisas sobre o aborto, sobre a terminalidade da vida e sobre outros temas no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. Em uma reflexão sobre o que está no meu inconsciente, diria que, provavelmente, as violências que sofri ainda como feto na barriga de minha mãe, estão, de algum modo, conectadas a essa escolha, ainda que não tenham sido violências praticadas por profissionais de saúde, o fato constitutivo é o mesmo: a violência praticada contra mulheres gestantes e contra seus fetos.

Essa sou eu, esse é o caminho por onde andei e esses são os afetos e o contexto que me levaram ao tema da VO. Esse é o lugar de onde eu falo nessa tese, minhas concepções partem desse lugar. No decorrer da tese, farei o exercício de incluir nas análises uma espécie de autoanálise, tentando inserir meu próprio contexto nas interpretações que farei do campo. Buscando conferir honestidade à pesquisa, anuncio: essa é minha trajetória, meu percurso pessoal, meu passado que, somado às minhas tendências, ao meu engajamento político e às

competências teórico-analíticas desenvolvidas para a criação da tese, nortearam toda pesquisa. E claro, essa história não é fixa, nem linear, não é um fato no tempo, as partes são reconstruídas na temporalidade, adquirem novos significados, dela surgem inquietações, desejos. Almejo a plenitude, o prazer de viver plenamente, de sentir meu olho brilhar todos os dias, de me sentir viva, de me sentir presente naquilo que eu me proponho a ser e a fazer. Do ponto de vista pessoal, essa é a motivação da tese. Que o meu desejo tenha encontrado o desejo de quem eu encontrei pelo caminho!

Apresento essa breve trajetória para mostrar como me aproximei desse tema, desse campo, como a VO entrou em minha agenda de pesquisa. Convido agora o leitor a mergulhar nesse universo, a rever algumas noções, a conhecer outras possibilidades, a lançar novos olhares sobre antigos problemas, a desmistificar perspectivas, a se lançar nesse desafio que é a construção de uma pesquisa empírica em Direito sobre VO por uma médica.

O termo **violência obstétrica** (VO) surgiu na América Latina, nos anos 2000, a partir de movimentos sociais em defesa do nascimento humanizado, vertente contrária à concepção cientificista, tecnicista, mecanicista e hospitalocêntrica da gestação. A concepção mecanicista, surgida no século XVIII e intensificada no século XX (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; SENTIDOS DO NASCER, 2015), remete o evento fisiológico da gravidez a algo artificioso, disfuncional ou patológico, no sentido de “tratar” a gestação como distúrbio ou enfermidade ao invés de acompanhá-la como evento natural aos corpos femininos. É o que convencionou-se chamar de patologização, institucionalização ou medicalização do parto. O termo VO, desde sua criação, como se verá de modo mais aprofundado adiante, permanece em disputa.

Segundo Foucault (1980), a medicina moderna, compartilhando com a episteme científica emergente ao final da Idade Média, intensificou o projeto da Modernidade criando condições históricas de afirmação da sua racionalidade ao constituir o desvinculamento dos fenômenos vitais do domínio teocêntrico a que estavam submetidos, objetivando-os no corpo somático e subordinando-os às disciplinas científicas e à institucionalização dos processos reprodutivos.

O primeiro problema decorrente da institucionalização dos processos reprodutivos é justamente o fato de que ela não contempla uma relação protagônica de e entre mulheres durante a vivência da gestação, do parto e do puerpério. As mulheres são deslocadas pela autoridade do saber médico, autorizado pela ciência e tecnologia a tocar e fundamentalmente controlar o corpo da parturiente, um saber dirigido e orientado pela bússola técnica. A proeminência do hospital como espaço adequado para o processo obstétrico obriga a escrutinar os interesses sublimados pelo poder da ciência, levando ao questionamento de uma consciência coletiva que aceita como

natural, legítimo e idôneo que crianças nasçam em um lugar de doença (CUEVAS, 2009). O protagonismo, no parto hospitalocêntrico, tende a ser da ciência e da Medicina e não da gestante.

A expressão “violência obstétrica” traduz-se por práticas violentas adotadas por profissionais de saúde em desfavor de gestantes ou lactantes. Elas vão desde a medicalização excessiva da assistência ao parto até a violência física (PICKLES, 2015). A VO ocorre, por exemplo, quando profissionais da saúde exercem manobras e atos no corpo da mulher de forma descomedida, abusiva e intervencionista, alterando o processo de parturição fisiológico (JUAREZ et al., 2012).

O conceito, como dito, segue em disputa, não é um conceito fechado. Na prática dos serviços de saúde, ele demonstra-se mais amplo, possui gradações e nuances sutis e capciosas que vão desde falta de urbanidade e cortesia, passando por destrato, até chegar em agressões verbais, morais e físicas, conforme representado no quadro 1, a seguir.

O quadro foi elaborado pela autora a partir da leitura e modificação de conceitos citados por autores e atores reconhecidos pela literatura, tais como Simone Grilo Diniz, Alessandra Sampaio Chacham, Cariny Ciello, Maria do Carmo Leal, Liana Carvalho Riscado; Claudia Bonan Jannotti; Regina Helena Simões Barbosa, Giovanna Balogh, Charles Dalcanale Tesser, Roxana Knobel; Halana Faria de Aguiar Andrezzo e Organização Mundial da Saúde.

QUADRO 1 - Modalidades de violência obstétrica

Modalidade	Descritor	Conceito
Física	Episiotomia	Incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto.
Física	Ponto do marido ou Husband Stich	Sutura (ponto) na região da vulva (introito da vagina), habitualmente após a prática da episiotomia, com finalidade de deixar a vagina apertada para preservar o prazer masculino nas relações sexuais pós parto.
Física	Intervenções com finalidades didáticas	Objetificação da mulher a partir da realização de intervenções e manobras de duvidosa indicação técnica em prol do treinamento de estudantes e médicos residentes (toques vaginais desnecessários).
Física	Medidas de aceleração do parto	Abreviação da duração do parto normal em razão de desejo individual do médico, de finalidade de antecipar a desocupação de leitos ou de qualquer razão não motivada por critérios técnicos reconhecidos cientificamente. Habitualmente realizada com a utilização de ocitocina.
Física	Manobra de Kristeller	Técnica consistente na aplicação de pressão na parte superior do abdômen da gestante com o objetivo de facilitar a saída do bebê.
Física	Restrição da posição para o parto	Obrigatoriedade de manutenção da gestante em uma dada posição durante o trabalho de parto, habitualmente a de litotomia (disposição dos pés da paciente acima ou no mesmo nível que os quadris, com o períneo posicionado à beira da maca de exame).

Física	Imposição de intervenções não consentidas	Não obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido acerca do aceite ou recusa a procedimentos, invasivos ou não, tais como: amniotomia (ruptura artificial/provocada da bolsa amniótica), episiotomia, transfusão sanguínea, utilização de fórceps (instrumento de metal utilizado para auxiliar na extração do bebê do útero) ou vácuo extrator (espécie de ventosa utilizada para auxiliar na extração do bebê do útero), esterilização cirúrgica, entre outros.
Física	Agressão física ou violência sexual	Tapas, beliscões, não fornecimento de analgesia durante o parto, assédio sexual, estupro.
Física	Má prática profissional (erro profissional)	Práticas técnicas inadequadas sob o viés da negligência, imprudência ou imperícia (erro médico-hospitalar).
Moral	Cesariana por dissuasão ou coação da mulher ou por conveniência do médico	Indicação de parto cesariano sem correspondente justificativa técnica fundamentada na medicina baseada em evidências ou indicação à revelia de recomendação científica.
Moral	Cuidado indigno	Peregrinação da gestante por serviços de saúde em busca de atendimento, tricotomia (raspagem de pelos localizados na pele) sem consentimento, impedimento de alimentação/ingesta hídrica durante o parto, ausência de analgesia durante o parto, desinformação, proibição da presença de acompanhante.
Moral	Constrangimento verbal e acusações	Agressões verbais e humilhações manifestadas principalmente sob a forma de frases de cunho preconceituoso, vexatório e intimidador: “na hora de fazer, você não reclamou”, “na hora de fazer, você estava gostando, não é?”, “se você gritar é pior”, “não reclama não, porque ainda vai doer muito”, “ano que vem você está aqui de novo”, “não adianta chorar agora”, “para de gritar senão seu bebê vai nascer surdo”, “faz força, você quer matar seu bebê?”.
Moral	Violações da privacidade	Violação da confidencialidade de informações clínicas/sensíveis, exposição do corpo da mulher em salas de parto e centros obstétricos inadequados do ponto de vista estrutural.
Moral	Recusa de assistência, negativa de atendimento emergencial ou abandono	Recusa de atendimento emergencial ou de internação sob alegação de superlotação, de referência inadequada ou de ausência de suporte de profissional especializado em Obstetria.
Moral	Intervenções aceitas com base em informações parciais ou desvirtuadas	Informações fornecidas pela equipe terapêutica à gestante de modo parcial, inverídico, indutor, coercitivo ou manipulador (induzindo a escolha da gestante para cesariana ou parto normal).
Moral	Discriminação	Discriminação com base em preconceitos de qualquer natureza, relativos a classe social, raça, cor, gênero, orientação sexual, idade, entre outros.
Moral	Antecipação ou postergação injustificada da alta hospitalar	Antecipação ou postergação da alta hospitalar à revelia do quadro clínico e de justificativa tecnicamente aceitável sob a ótica do estado atual do conhecimento.

FONTE: elaborado pela autora a partir da leitura do referencial teórico citado no texto (2023).

Para se ter em mente a **magnitude da problemática** do acontecimento da VO, vale mencionar que em 2014 a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu que, em todo o mundo, muitas mulheres sofrem tratamento desrespeitoso, abusivo ou negligente durante o parto. Diante do cenário, a OMS elaborou uma “Declaração para a prevenção e eliminação do

desrespeito e abuso durante o parto”¹ (WHO, 2014).

Embora a quantificação exata do tratamento que se qualifica como maus-tratos obstétricos seja desconhecida, estudos da Tanzânia e do Brasil relatam prevalência >70%, enquanto em países europeus a prevalência gira em torno de 20% (WILLIANS *et al.* 2018).

No Brasil, as discussões acerca do cuidado digno ao parto só tiveram início em 1993, com a fundação da Rehuna (Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento). Posteriormente, em 2000, esses debates tomaram corpo com a eclosão da primeira Conferência Internacional para a Humanização do Nascimento (SADLER *et al.*, 2016; TOLTON; SIGNORELLI, 2018).

No campo sanitário, os principais grupos acadêmicos nacionais que trabalham com o tema estão ligados à Fundação Oswaldo Cruz, com a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”², coordenada pela Prof. Maria do Carmo Leal, e à Fundação Perseu Abramo, com o estudo “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”³. O estudo da Fundação Perseu Abramo, divulgado em 2010, mostrou que uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre algum tipo de violência durante o parto (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010). Esses indicadores se tornam ainda mais preocupantes considerando que os nascimentos anuais no Brasil somam mais de três milhões de crianças e, seguindo a tendência mundial de hospitalização na atenção ao parto, 98,5% das mulheres brasileiras tiveram seus filhos em uma instituição de saúde, fato que evidentemente amplia a exposição das gestantes à violência praticada nos serviços de saúde reprodutiva (VIVEIROS DE CASTRO, 2020).

No campo jurídico, o dossiê “Violência Obstétrica: Parirás com Dor”, elaborado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra as Mulheres, instaurada pelo Senado Federal em 2012, identificou que, apesar de a assistência hospitalar ao parto ser considerada quase universal no país, conclusão exarada com base no número de consultas de pré-natal realizadas, mantêm-se elevadas as taxas de morbimortalidade materna e neonatal (VICTORA *et al.*, 2011; CIELLO, 2012).

No cenário estadual, igualmente, informações do Ministério Público Estadual do

¹ Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf;jsessionid=31981DC8983DDBE1EB74BACE02EC0BBE?sequence=1.

² Para mais informações, ver: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf> e https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-311X20140013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 set. 2020.

³ Para mais informações, ver: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_org_br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf. Acesso em: 19 set. 2020.

Paraná indicam a relevância do acontecimento da violência contra a mulher gestante (PARANÁ, 2017). Na esfera municipal, em Curitiba/PR, a preocupação com as denúncias de violência obstétrica tem se refletido, concretamente, em iniciativas legislativas (PARANÁ, 2019). Todos esses dados empíricos fornecem indícios da dimensão do problema no âmbito nacional, estadual e municipal e reforçam a **justificativa técnica e social** acerca da importância do tema da tese.

Grosso modo, a literatura médico-sanitário que trata do tema da VO volta-se predominantemente ao debate sobre os tipos ou modalidades de práticas violentas e sobre os limites da autonomia médica quanto às decisões técnicas que envolvem a gestação e o parto (bioética). A literatura jurídica, por seu turno, pende ao debate punitivista, buscando enquadramentos normativos que coíbam a prática da VO. Parece importante olhar para a lacuna existente entre essas duas abordagens, relacionada às condições estruturais que fizeram com que o termo VO e com que o acontecimento VO surgissem e se fizessem valer (**lacuna de pesquisa**). Essa tese vai debater as construções discursivas relacionadas à relação profissional de saúde - paciente⁴ e à VO e as disputas a elas ligadas. É nesse caminho e nessa lacuna que a tese pretende figurar, investigando não a ocorrência, as formas ou as modalidades desse tipo de violência, tampouco a tipificação civilista ou penalista de cada uma delas, mas sim, os aspectos e fundamentos relativos às condições de possibilidade do acontecimento da VO, às condições estruturais que circundam o tema e que apareceram nos discursos do campo.

Condições estruturais no sentido de um conjunto organizado de circunstâncias, de uma combinação de acontecimentos, de um estado de coisas que resulta de um contexto, do modo como estão organizados os fundamentos de um processo, de algo que ultrapassa a esfera individual e se dá no coletivo e no institucional, de forma sistematizada e reiterada.

Veja um exemplo prático. Em tese, as mulheres gestantes/puérperas dispõem de um leque de possibilidades quanto à condução da gestação: podem ou não buscar atendimento em um serviço de saúde, podem escolher a via de nascimento do bebê, podem escolher o acompanhante no momento do parto, podem escolher amamentar ou não, podem escolher parir em um hospital ou em casa, entre outras escolhas. Porém, a opção, a ação de escolher entre as alternativas, não é dada ao acaso, pelo contrário, ela é conduzida por outras condutas, conduzida por outras ações. A depender da informação que a paciente recebe da sociedade, da família, da

⁴ A tese tratará não apenas da relação entre médicos e pacientes, mas da relação entre profissionais de saúde e pacientes. Embora a literatura em Bioética tradicionalmente adote o termo relação médico pacientes para falar, de modo geral, das relações entre profissionais de saúde e pacientes, opto por utilizar a denominação relação profissional de saúde – paciente para destacar a importância de todas as profissões de saúde no contexto de estudo da tese.

mídia, do Estado, dos profissionais de saúde, por exemplo, ela opera essas escolhas. Esse é um exemplo de como discursos de verdade baseados no saber-poder biomédico podem atuar para determinar comportamentos e ações de mulheres gestantes/puérperas. A depender, por exemplo, do conteúdo do discurso que circula na política de verdade estabelecida sobre o parto normal, a mulher pode escolher submeter-se a cesariana e vice-versa.

A pergunta que se faz é: por que mulheres, que, por vezes, dispõem de um campo vasto de condutas possíveis de serem adotadas com relação à gestação, à parturição e ao puerpério, escolhem e agem dentro de uma determinada racionalidade? Por que escolhem uma e não outra opção? Os resultados de campo fornecerão pistas para essa resposta.

A expectativa é a de que, conhecidas as disputas em torno do acontecimento da VO que apareceram nos discursos do campo, se torne viável pensar o problema de modo mais amplificado, direcionado e assertivo no sentido de se reconhecer as possibilidades de entendimento e enfrentamento da questão. Considerando que o construto violento envolvendo a mulher gestante reúne condições de ameaçar ou lesar a dignidade e o bem-estar próprio ao direito à saúde, pode-se afirmar que a mais acurada percepção e compreensão das condições de possibilidade desse acontecimento se mostra capaz de enriquecer a resposta social e jurídica ao tema, inclusive contribuindo para o aperfeiçoamento de comportamentos e normas.

Com esse norte, a hipótese central da tese é a de que os discursos sobre a VO coletados em campo tenham conteúdos ligados ao exercício do biopoder baseado em conhecimento, ao saber-poder trabalhado por Foucault. Nesse sentido, sobre os **contornos e limites do tema**, a pesquisa possui como escopo o estudo das relações de poder imbricadas na relação médico-paciente gestante/puérpera, isto é, o estudo do poder na microfísica das relações cotidianas dos atendimentos médicos prestados a pacientes gestantes/puérperas.

De característica teórico-empírica, a tese faz um recorte na temática da VO no Brasil/Paraná/Curitiba para estudar, experimentalmente, a forma e o conteúdo do discurso de profissionais da saúde e de pacientes gestantes/puérperas vinculados a uma maternidade pública do município de Curitiba, tendo como pano de fundo ou suporte teórico e metodológico, respectivamente, as relações de saber-poder estudadas por Foucault e as noções foucaultianas sobre o discurso.

Com o objetivo de oferecer um contraponto normativo aos dados sociológicos coletados em campo, a pesquisa toma como pressuposto ou **enquadramento jurídico norteador** as normativas estaduais e municipais existentes no Brasil acerca da VO. Esse marco legal será analisado, sobretudo, no capítulo que discute a ausência de lei nacional sobre a VO, uma espécie de silenciamento do Direito com relação ao tema.

Conforme mencionado, o marco teórico referencial a guiar o itinerário da tese repousa na obra de Michel Foucault. A tese trabalha com a noção do exercício do saber-poder no micro espaço da relação profissional de saúde - paciente, com a genealogia do poder e com o biopoder. O recorte da análise, que olha para as relações de poder existentes entre profissionais de saúde e pacientes gestantes/puérperas, é um dos fundamentos que explica a escolha do referencial teórico e metodológico de Michael Foucault (1979) nessa tese. De modo sistematizado, as justificativas para a **escolha do referencial teórico e metodológico de Foucault** são fundadas em três argumentos: **(i)** a microfísica do poder é campo privilegiado de análise de Foucault e o ponto central da tese trata justamente das relações de poder no micro espaço/microfísica das conexões cotidianas entre profissionais de saúde e pacientes gestantes/puérperas; **(ii)** a aproximação de Foucault com a pesquisa social de campo dialoga com a tese, vez que ela se utiliza de pesquisa social empírica e vai a campo em busca da resposta para o problema de pesquisa; **(iii)** as noções de formações e construções discursivas trabalhadas por Foucault forneceram inspiração para a análise de conteúdo realizada sobre os resultados das entrevistas coletadas em campo.

Foucault, embora não tenha se voltado ao estudo da VO, se aprofundou em temas que a ela se relacionam de modo bastante estreito. Alguns procedimentos e noções estudadas pelo autor, como a analítica do poder; o poder produtivo (que incita e produz); o poder normalizador; o poder voltado à vida biológica; a medicalização; o micropoder; o dispositivo da sexualidade; o discurso de verdade; a intervenção sobre a realidade coletiva em nome da vida; a regulação social dos corpos pela disciplina (individualizante); a normalização da população (totalizante); a arqueologia do saber; a genealogia do poder; a formação discursiva e o poder de “fazer viver e deixar morrer” (FOUCAULT, 1999; GIACOMONI; VARGAS, 2010; ZORZANELLI; CRUZ, 2018), são fundamentais a essa pesquisa, vez que permeiam toda a construção e a utilização do saber médico-científico, a relação social cotidiana entre médico e paciente gestante/puérpera e a própria relação entre a sociedade e a mulher.

Como dito, Foucault também possui uma relação particular com a pesquisa social de campo. Sua formulação prescreve que as articulações teóricas são elaboradas a partir de um certo campo empírico, o que ele chama de *problematização* (FOUCAULT, 2004, p. 242). Compulsando algumas das formulações metodológicas foucaultianas, torna-se evidente que esse eixo empírico é central em sua obra. Essa tese também possui uma aproximação qualitativa/empírica com a compreensão foucaultiana de que a pesquisa é um elemento de subjetivação, uma “*experiência em que sujeito e objeto se formam e se transformam um em relação ao outro, um em função do outro*” (FOUCAULT, 2004, p. 237). Assim compreendido

pois, a pesquisadora, ao observar e registrar as experiências vivenciadas em campo, ao mesmo tempo, forma e transforma o objeto de pesquisa, o campo e a si mesma, ou seja, influencia e impacta nos resultados do estudo.

O aporte teórico-metodológico de Foucault também possui grau de profundidade, especificidade e singularidade que se harmoniza com o objeto a ser investigado, vez que contribui com a estruturação e a sustentação da investigação empírica acerca das condições estruturais que aparecem nos discursos sobre a VO vindos do campo. Ou seja, a escolha desse marco teórico-metodológico, juntamente com a contribuição social exploratória, pode viabilizar **avanço** no campo do conhecimento quanto à identificação e ao debate dos elementos estruturais que podem estar ligados a esse tipo de violência, possibilitando, eventualmente, a elaboração e o desenvolvimento de abordagens, ações e instrumentos - preventivos e propositivos - mais certos no enfrentamento do problema.

Por fim, outro ponto importante de aproximação entre o tema da VO e a teoria foucaultiana é a própria noção da existência de um sujeito parturiente dentro da relação médico-paciente. Esse sujeito só existe dentro do discurso médico. Ou seja, o sujeito que aqui será estudado só existe a partir desse discurso e dessas práticas de saber-poder biomédicas definidas nesse determinado espaço e tempo histórico, ele só é constituído e só existe nesse contexto e nessas delimitações, dentro desse dispositivo de saber-poder.

Assim, de modo esquemático, pode-se dizer que a tese está estruturada em quatro grandes fases. Na **fase 1** se fará o estudo das noções foucaultianas sobre discurso e sobre formações discursivas. Esse será o ponto de partida a inspirar a análise de conteúdo que será realizada sobre os dados do campo. Na **fase 2** se fará o estudo da categoria analítica foucaultiana biopoder a fim de verificar a possibilidade de sua utilização como chave de leitura dos discursos sobre a VO coletados em campo. Na **fase 3** se fará a coleta empírica dos dados em campo (entrevistas) tendo como pano de fundo teórico e metodológico o saber-poder e o discurso em Foucault. Na **fase 4** se fará a análise de conteúdo dos discursos do campo de modo a contrastar os resultados empíricos com a categoria analítica biopoder de Foucault a fim de buscar pontos de aproximação e distanciamento.

Uma pesquisa com esse recorte, de natureza empírica, transdisciplinar, que se utiliza da análise das inter-relações entre Direito positivo e sociedade (DIAZ, 1992), pode contribuir com o Direito de modo a aferir as mútuas imbricações entre as normas jurídicas e a sua destinatária maior, a sociedade e seus comportamentos. O presente estudo o faz de forma a explorar o campo e a identificar o que ele, dentro dos limites metodológicos desse tipo de pesquisa, pode sinalizar ao Direito. No caso em questão, buscando fazer um contraponto entre

as práticas de saúde nos ambientes hospitalares obstétricos e o modo como o Direito delas se apropria.

Portanto, verifica-se que a problemática enfrentada na tese situa-se no espaço de análise de interseção entre: (i) o biopoder de Foucault; (ii) o discurso dos indivíduos que compõem a relação médico-paciente gestante/puérpera coletados no campo; (iii) o panorama normativo brasileiro acerca da VO. Dessa maneira, refletindo-se a partir dos elementos de revisão bibliográfica, do exame de realidade e da lacuna do conhecimento teórico mencionados, formula-se o seguinte **problema de pesquisa**: Como os discursos intra-hospitalares sobre violência obstétrica revelam disputas de poder que interessam ao Direito? Fornecer resposta científica a essa questão é a contribuição que o presente estudo pretende oferecer ao estado atual do conhecimento.

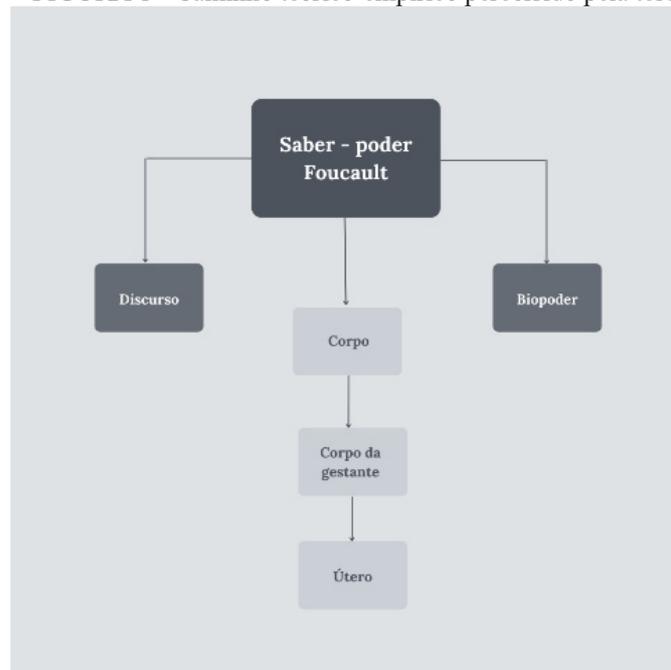
A partir do problema de pesquisa foi definido o **objetivo geral** da tese: Analisar como os discursos intra-hospitalares sobre violência obstétrica revelam disputas de poder que interessam ao Direito. Ou seja, me interessa o modo como os discursos revelam as disputas de poder, a formação, a construção desses discursos.

Para atingi-lo, foram esquadrihados os seguintes **objetivos específicos**:

- (a) Apropriar-se da categoria analítica biopoder de Foucault, fazendo-o sob a perspectiva da relação médico-paciente gestante/puérpera – **cumprido nos itens 2.2.2.1, 3.1.1.1 e 3.1.1.2.**
- (b) Verificar se os discursos sobre a VO coletados em campo podem ser compreendidos a partir da categoria analítica biopoder de Foucault – **cumprido nos itens 3.2.2.1 e 3.2.2.2.**

Desse modo, a tese percorrerá o percurso teórico-empírico indicado na figura 1, a seguir:

FIGURA 1 - Caminho teórico-empírico percorrido pela tese



FONTE: Elaborado pela autora (2023).

Em sua estrutura/plano, a tese foi dividida em quatro grandes capítulos. O **primeiro capítulo** diz respeito à introdução. Nesse ponto, apresento o tema da VO e os contornos gerais da pesquisa, delimito o tema, apresento o marco teórico adotado, o problema de pesquisa, o método escolhido e o percurso a ser trilhado no desenvolvimento da tese.

O **segundo capítulo**, de caráter metodológico, busca apresentar o detalhamento integral dos métodos e técnicas empregados no planejamento da pesquisa, no desenho do estudo e na coleta, análise e discussão dos dados empíricos. Nesse sentido, foram pormenorizados: o método empírico e exploratório; a entrevista episódica semiestruturada; o cenário; as pessoas/seleção; as fontes de informação (discursos) e os trâmites relativos ao Comitê de Ética em Pesquisa.

O **terceiro capítulo**, de caráter teórico-empírico. Nesse ponto, apresenta-se o substrato teórico foucaultiano sobre biopoder que ampara a tese, de modo a confrontá-lo com os resultados empíricos do campo. Um mergulho na genealogia do poder que marca o pensamento de Foucault em busca de fundamentos para a análise dos discursos coletados em campo.

Por fim, têm-se o **quarto capítulo**, de caráter social e jurídico, concentra-se no debate do contexto social maior, estrutural, que está envolvido nas práticas obstétricas violentas. No primeiro bloco, são trabalhados os determinantes sociais da saúde, o SUS e a VO estrutural. No segundo bloco, que abre o debate jurídico, volta-se a questão para o posicionamento do Direito em relação ao acontecimento da VO e em relação aos próprios discursos sobre a VO. Nesse ponto, faço uma análise crítica acerca das limitações do Direito para tratar do tema, reflito sobre

o que o campo jurídico faz e o que pode fazer em favor de paciente, profissionais de saúde e instituições que estão implicados no acontecimento da VO.

2 MÉTODO

A tese apresenta desenho metodológico empírico, exploratório, com realização de entrevistas episódicas e semiestruturadas e análise de conteúdo a partir de *insights* foucaultianos sobre o discurso. Assim, em suma, está formado o sustentáculo correspondente ao 1º capítulo de pesquisa da tese (metodológico).

Mais importante que a alcunha dos tipos metodológicos, entretanto, talvez seja a explanação das camadas analíticas e do percurso metodológico trilhado no desenvolvimento da tese. Como dito, o referencial teórico e metodológico escolhido para a fundamentação da tese parte das contribuições de duas fases do pensamento foucaultiano: a genealogia do poder (biopoder), quanto ao aspecto teórico, e a arqueologia do saber (discurso), quanto ao aspecto metodológico.

No primeiro plano, correspondente ao biopoder de Foucault, encontra-se o cerne teórico ao qual filia-se a tese, isto é, o estudo do poder positivo sobre a vida, aquele que incita e produz, que transpassa as relações sociais cotidianas entre médicos e pacientes gestantes/puérperas. No segundo plano, correspondente ao discurso em Foucault, encontram-se os *insights* que foram a base da codificação e da categorização temática dos dados coletados em campo. Assim, a análise e a discussão dos dados coletados em campo englobam tanto elementos do biopoder de Foucault como elementos do discurso em Foucault.

Ressalto, desde logo, que busquei uma *aproximação* entre os dados do campo e Foucault, não uma *aplicação* de Foucault a esses dados. Embora utilize a nomenclatura *dados* ou *falas* do campo, sinalizo ciência quanto ao fato de que, em Foucault, o campo não fornece dados ou falas propriamente, mas sim, acontecimentos (conceitos, sujeitos e objetos). Ou seja, algo que não está posto, mas sim, é construído, formado.

O estudo foi desenvolvido a partir de procedimento empírico, utilizando-se de estratégia de realização de entrevistas remotas/virtuais realizadas com profissionais de saúde e pacientes gestantes/puérperas vinculados ao ambulatório de pré-natal e ao centro obstétrico da maternidade do Complexo Hospitalar de Clínicas (CHC) da UFPR. Os dados empíricos foram confrontados com o marco teórico de Foucault (biopoder e discurso) e, a partir disso, se deram os resultados, as discussões e as conclusões do estudo.

Ou seja, a pesquisa analisou determinados argumentos (pressuposto foucaultiano do biopoder e do discurso) em um contexto definido (discursos vindos de indivíduos ligados à maternidade do CHC da UFPR). Isto é, utilizou-se regras de inferência, partindo de fatos conhecidos (discursos de profissionais de saúde e de pacientes gestantes/puérperas) para

aprender sobre fatos desconhecidos (causas estruturais da VO), procurando ultrapassar argumentos retóricos e a mera sistematização taxonômica de categorias abstratas, fazendo um mergulho empírico e aplicado com o olhar voltado para a conduta humana e para os fatos sociais.

Ao longo da tese, passo pela teoria de Foucault, pela empiria do campo e pela norma para fazer uma espécie de provocação às Teorias do Direito, convocando-as a cravarem os pés na realidade de aplicação das leis; a conectarem-se à sensibilidade social, ao pluralismo, ao diálogo com a Medicina e a Antropologia; a abrirem-se a novos métodos, linguagens e multiplicidades de olhares; a libertarem-se de qualquer compromisso com respostas preestabelecidas; a recuperarem o zelo pelo método e a fidelidade aos procedimentos de investigação (CUNHA; SILVA, 2011). Gostaria de fazer o marco legal da VO encarar a dura realidade dos corredores hospitalares, convocá-lo a levar em consideração as complexas relações de forças, conceitos, pessoas, objetos, dispersões, pluralidades e embates constituídos estrutural e conjunturalmente no acontecimento da VO.

2.1 DESENHO E PROCESSOS

O desenho metodológico da tese envolveu duas grandes etapas. A **primeira etapa**, de cunho teórico, englobou o estudo das fases do pensamento foucaultiano, especialmente no que concerne ao discurso (arqueologia do saber) e à categoria analítica biopoder (genealogia do poder). A **segunda etapa**, de cunho teórico-empírico, envolveu a execução de trabalho de campo, com coleta de dados por meio de entrevistas virtuais realizadas com profissionais de saúde e pacientes gestantes/puérperas vinculados à maternidade do CHC da UFPR, localizado no município de Curitiba/PR. A partir da junção dessas duas etapas está estruturado todo desenho metodológico da pesquisa, em suas vertentes conceituais, perspectivas e operacionais.

Detalhando-se essas etapas, de modo esquemático, a presente tese está estruturada em cinco fases. Na **fase 1**, fiz o estudo das noções foucaultianas sobre discurso e biopoder a fim de verificar a possibilidade de utilizá-los como base ou chave de leitura para a compreensão do conteúdo dos discursos sobre a VO que seriam coletados no campo. Na **fase 2**, fiz a coleta dos dados em campo (entrevistas), tendo como pano de fundo essas noções sobre discurso e saber-poder em Foucault. Na **fase 3**, fiz o confronto dos resultados do campo com as noções foucaultianas sobre discurso e biopoder a fim de buscar pontos de aproximação e similaridade. Na **fase 4**, apresentei e discuti os resultados desse confronto. Na **fase 5**, debati as limitações do uso das noções de discurso e de biopoder para a leitura e compreensão dos discursos sobre a

VO. Nos próximos tópicos, detalho como desenvolvi cada uma dessas fases.

2.1.1 Comitê de Ética em Pesquisa

A pesquisa envolve a participação direta de seres humanos (entrevistas), portanto, a tese seguiu as diretrizes e as normas definidas nos termos da Resolução n. 196/1996 (BRASIL, 1996) e da Resolução n. 466/2012 (BRASIL, 2012), ambas do Conselho Nacional de Saúde. Nesse sentido, em todo planejamento e execução da tese, busquei assegurar direitos fundamentais aos participantes da pesquisa, incorporando-se às etapas do estudo marcadores bioéticos de autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade.

Para além do envolvimento humano direto, cumpre registrar que o tema da pesquisa envolve questão sensível: a violência praticada por profissionais de saúde contra pacientes gestantes/puérperas. Portanto, um dos grupos estudados é composto por indivíduos notadamente vulneráveis (mulheres gestantes/puérperas). Também por esse motivo foram redobradas as precauções éticas e metodológicas da tese.

Nos tópicos que seguem, apresento o delineamento do passo a passo de submissão da pesquisa ao Sistema CEP/CONEP, integrado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), estes últimos, responsáveis por analisar protocolos e aspectos éticos dos projetos.

Ressalto que, apesar de reconhecer a importância de que qualquer pesquisa envolvendo seres humanos tenha de passar por um Comitê de Ética em pesquisa, o pressuposto ético de uma pesquisa vai, em verdade, muito além disso. A ética em pesquisa envolve pressupor que meus interlocutores de pesquisa (entrevistados, inclusive) vão ler o que foi escrito e que cabe a mim, enquanto pesquisadora, justificar a eles, em termos éticos e políticos, o que foi realizado. Isso envolve buscar descrever os discursos do campo sem trair os interlocutores entrevistados, ou melhor, sem trair o que eles tentaram me dizer.

2.1.1.1 Tratativa e autorização da instituição participante

O Complexo Hospitalar de Clínicas da UFPR, localizado em Curitiba/PR, estabelecimento em que realizei a etapa empírica da tese, foi fundado em 1961 e se constitui no maior Hospital Público do Estado do Paraná. Possui atendimento 100% SUS e atualmente é gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). É reconhecido nacional e internacionalmente como referência na assistência em nível terciário, no ensino e na pesquisa.

Sua missão institucional é a de ser referência de excelência na formação de profissionais de saúde, na atenção à saúde, na inovação tecnológica e na sustentabilidade, atuando com inserção e integração na rede de serviços de saúde a partir das necessidades da população⁵. O CHC da UFPR é composto pelo Hospital de Clínicas (HC) e pela Maternidade Victor Ferreira do Amaral (MVFA).

Dada sua dimensão e importância, o CHC possui notoriedade nas atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão. Constitui-se em um cenário de elevada representatividade para o desenvolvimento de projetos, estudos e atividades, principalmente aqueles voltados à saúde humana. Além disso, o CHC possui histórico de contribuição no campo de estudos da saúde da mulher e da saúde sexual e reprodutiva, tanto assim que, em 2021, representante do Hospital, na pessoa do Gerente de Ensino e Pesquisa do CHC, Dr. Rosires Pereira de Andrade, foi condecorado com a Medalha Mérito FEBRASGO 2021. A condecoração representa o reconhecimento da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) pela trajetória e importante contribuição científica ao desenvolvimento da Ginecologia e Obstetrícia no Brasil. É desse campo que vieram todos entrevistados, profissionais de saúde e paciente gestantes/puérperas.

Todas as pesquisas realizadas no CHC carecem de aprovação pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) da instituição e, posteriormente, de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da instituição (CEP/CHC). A GEP procede à avaliação inicial da factibilidade da pesquisa, ou seja, verifica a existência de estrutura, de aprovação por parte das unidades, serviços ou departamentos envolvidos e de previsão de financiamento. Em média, são analisadas entre trinta e cinquenta solicitações mensais de execução de pesquisa no CEP/CHC.

Assim, para obter a autorização institucional necessária à viabilização da tese realizei, inicialmente, contato telefônico com as unidades e serviços da UFPR responsáveis pelo cadastro e pelo atendimento a gestantes/puérperas no pré-natal e no centro obstétrico do CHC: **(i)** Unidade Materno Infantil, de responsabilidade da Sra. Letícia Siniski de Lima; **(ii)** Unidade Ginecologia, de responsabilidade do Sr. Mário Augusto Muggiati e **(iii)** Unidade de Regulação Assistencial, de responsabilidade da Sra. Jéssica de Oliveira Veloso Vilarinho. Apresentei a proposta da tese, encaminhei o projeto via e-mail para análise e, por fim, coletei assinatura desses responsáveis no documento “declaração de concordância dos serviços envolvidos”, exigido pela GEP e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Essas foram as

⁵ Para mais informações institucionais, ver o sítio eletrônico: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/chc-ufpr/ensino-e-pesquisa/gerencia-de-ensino-e-pesquisa/apresentacao-e-contatos>.

etapas necessárias à formalização do projeto junto à GEP. No próximo tópico, apresento as etapas que cumpri para a formalização do projeto junto ao CEP/CHC.

Antes de partir para o próximo tópico, importante ressaltar que a população de estudo da tese advém tanto do HC quanto da MVFA. Isso porque os dados cadastrais utilizados provêm das bases do CHC, às quais contêm tanto dados derivados do HC quanto dados derivados da MVFA. Vale lembrar também que podem ser atendidas no CHC e na MVFA pacientes de todo Estado do Paraná, vez que essas unidades integram a rede de atenção à saúde da mulher do SUS no Estado e são consideradas referências para o atendimento de gestantes e puérperas. Isso significa dizer que a população estudada contém representantes de pacientes gestantes/puérperas tanto de pré-natal e de parto de baixo risco (MVFA) como de pré-natal e de parto de alto risco (HC). Essas pacientes foram encaminhadas ao CHC pelas unidades básicas de saúde (UBS) de Curitiba/PR ou por unidades de saúde de outros municípios do Estado do Paraná que tenham o CHC como referência para encaminhamentos. Essa listagem de municípios está definida no Plano Diretor de Regionalização do Paraná⁶.

Sobreleva relatar, por fim, que durante a coleta das entrevistas, verifiquei que as equipes de profissionais de saúde e as pacientes gestantes/puérperas da MVFA haviam sido recentemente transferidas/relocadas para o HC. Isso ocorreu em razão de reorganização dos fluxos de atendimento motivada pela pandemia de COVID-19. Nesse período (maio/2021), a MVFA havia deixado de receber pacientes gestantes/puérperas, passando a atender apenas pacientes acometidos pela COVID-19.

2.1.1.2 Aprovação do projeto de pesquisa no CEP/CHC

O arranjo documental e logístico para aprovação do projeto de tese no Comitê de Ética em Pesquisa do CHC (CEP/CHC) envolveu cinco passos.

O primeiro passo abrangeu o contato preliminar com o CEP/CHC. No primeiro momento, acessei o sítio eletrônico do serviço⁷ e identifiquei o rol de documentos exigidos. Na sequência, realizei contato telefônico⁸ com o referido Comitê para esclarecimento de dúvidas acerca da tramitação administrativa dos projetos.

No segundo passo, preenchi, eletronicamente, os documentos exigidos pelo CEP/CHC

⁶ Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/pdr_compilado_final_correcao_em_08_07_2016_0.pdf.

⁷ Site CEP/CHC, disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr/comite-etica>.

⁸ Contato telefônico CEP/CHC: (41) 3360.1041. Horário de atendimento: 08:30 às 14:00 horas.

e pela CONEP⁹ para fins de dar *start* ao processo administrativo de avaliação do projeto e solicitei as assinaturas da professora orientadora (pesquisadora principal), conforme quadro 2, a seguir:

QUADRO 2 - Documentos exigidos pelo CEP/CHC e CONEP

Documento	Assinatura responsável
Carta de encaminhamento do pesquisador	Pesquisadora principal
Projeto detalhado	Não se aplica
Check list documental do projeto	Pesquisadora principal
Declaração do orientador do projeto	Pesquisadora principal
Declaração do responsável institucional	Pesquisadora principal
Declaração de compromisso da equipe de pesquisa	Pesquisadora principal e pesquisadora doutoranda
Qualificação dos pesquisadores	Não se aplica
Termo de consentimento livre e esclarecido	Pesquisadora doutoranda
Declaração de concordância dos serviços envolvidos	Serviços envolvidos
Declaração de ausência de custos do CHC	Pesquisadora principal

FONTE: elaborado pela autora (2023)

*Além dos documentos gerados nas etapas posteriores: folha de rosto emitida no site Plataforma Brasil e declaração de instituição participante assinada pela GEP.

No terceiro passo, em conjunto com a professora orientadora, efetuei o cadastro do projeto no site Plataforma Brasil, vinculado à CONEP, sendo designada como pesquisadora principal e responsável institucional pela pesquisa a professora orientadora, vinculada ao Programa de Pós Graduação em Direito (PPGD) da UFPR, Taysa Schiocchet. Na ocasião, foram inseridos na Plataforma Brasil os documentos exigidos pela CONEP mencionados no quadro 4. Após essa submissão, o sistema gerou a “Folha de Rosto” do projeto.

O quarto passo envolveu o contato direto e presencial com a GEP, momento em que entreguei, em via impressa, os seguintes documentos para análise do gerente de ensino e pesquisa do CHC, Dr. Rosires Pereira de Andrade: projeto detalhado, declaração de concordância dos serviços envolvidos e folha de rosto da Plataforma Brasil. De posse desses documentos, a GEP analisou o projeto, aprovou-o e procedeu à assinatura da “Folha de Rosto”.

Por fim, o quinto e último passo envolveu a inserção da “Folha de Rosto”, assinada pela pesquisadora responsável e pela instituição proponente, no projeto cadastrado no site Plataforma Brasil, o que culminou com a etapa final de submissão do projeto ao CONEP na data de 14 de janeiro de 2021.

O estudo foi aprovado pelo CEP/CHC em 14 de fevereiro de 2021, sob o Certificado

⁹ Disponível no site: <https://plataformabrasil.saude.gov.br/>.

de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de nº 42119521.6.0000.0096, parecer consubstanciado de nº 4.539.852, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466, de 12 de dezembro de 2012 (ANEXO A).

Em síntese do trajeto metodológico apresentado até aqui, têm-se, no quadro 3, a operacionalização da engrenagem de planejamento, trâmite ético, captação e tratamento de dados da tese, também chamada de sequência procedimental metodológica ou simplesmente passo a passo.

QUADRO 3 - Sequência procedimental ou percurso metodológico operacionalizado

	Etapa	Procedimento	Referência
1ª FASE Planejamento	Conhecimento do objeto de estudo e elaboração do plano de pesquisa	Levantamento e aprofundamento bibliográfico	Lakatos (1996) Minayo (1993) Minayo (1996) Flick (2009a) Gil (2010)
		Planejamento e desenho do percurso teórico-metodológico	
		Definição de autores e <i>softwares</i> utilizados	
		Definição da seleção/participantes: critérios inclusão e exclusão	
		Definição de protocolos de coleta e análise de dados	
		Elaboração do roteiro de entrevista	
2ª FASE Comitê de Ética em Pesquisa	Trâmite ético	Aprovação do projeto em ata do Colegiado do PPGD	Resolução CNS n. 196/1996 Resolução CNS n. 466/2012
		Contato com a direção da maternidade participante para apresentação da proposta	
		Formalização de documentos necessários ao CEP/CHC	
		Submissão e aprovação do projeto no CEP/CHC	
3ª FASE Coleta de dados	Operacionalização da coleta	Solicitação de listagem contendo dados cadastrais (nome e telefone) de profissionais de saúde e pacientes gestantes/puérperas vinculados à maternidade participante	Gibbs (2009)
		Sorteio probabilístico a partir da listagem fornecida para definição dos participantes a serem convidados	
		Envio do convite via aplicativo de mensagens <i>Whatsapp</i> para os participantes sorteados	
		Envio de instruções, <i>links</i> e TCLE via aplicativo de mensagens <i>Whatsapp</i> para os convidados que aceitaram participar	
		Recebimento dos TCLEs assinados dos convidados que aceitaram participar	
		Entrevistas	
	Agendamento das entrevistas <i>on line</i>		
	Realização e gravação de entrevistas <i>on line</i> via plataforma <i>Google Meet</i>		
	4ª FASE Análise de dados	Codificação e categorização	
Codificação descritiva dos textos transcritos			
Categorização temática dos trechos codificados – criação de categorias analíticas pela pesquisadora			
Confronto com marco teórico		Correlação das categorias criadas pela pesquisadora com a teoria foucaultiana sobre discurso e biopolítica	Foucault (1996)
		Análise crítico-interpretativista dos resultados com base no referencial foucaultiano sobre discurso e	

		biopolítica	
5ª FASE Resultados	Apresentação e discussão dos resultados	Apresentação e descrição dos resultados das transcrições das entrevistas	Flick (2009b) Gustin, Dias, Nicácio (2020) Resolução n. 1/2005 – PPGD/UFPR
		Interpretação, discussão e explicação dos resultados com base no referencial foucaultiano sobre discurso e biopolítica	
		Comparação e contraste dos resultados com resultados anteriores da literatura	
		Checagem das proposições/hipóteses da pesquisa	
		Defesa da tese de doutorado	
		Preparação de recorte dos resultados para publicação no formato de artigo científico	
		Devolutiva dos resultados aos participantes do estudo	

FONTE: elaborado pelas autoras (2023).

2.1.2 Entrevista exploratória episódica semiestruturada

Entrevista é modo de coleta de dados que envolve a informação verbal de um participante. Normalmente, é de natureza conversacional e guiada pela agenda mental do pesquisador (YIN, 2015, p. 244), traduzida, na maioria dos casos, em um roteiro ou questionário de entrevista. O objetivo da entrevista na pesquisa qualitativa é obter, ao final, um relatório do campo contendo experiências internas e externas (WEISS, 1994).

Na modalidade de entrevista semiestruturada, na qual há formulação de um roteiro semiestruturado de questões a serem lançadas ao entrevistado, o entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada (MARCONI; LAKATOS, 2004, p. 94), tendo em vista que as perguntas são semiabertas. Nesse sentido, o pesquisador tem oportunidade de ir além do roteiro programado, incluindo, excluindo, reformulando ou adaptando questões. Certamente, o cuidado quanto à postura do entrevistador, ao local da entrevista, à técnica de coleta e aos recursos tecnológicos deve ser redobrado a fim de não impor, constranger ou objetivar o participante, deixando livres as vozes a emergirem, sendo fiel não apenas ao conteúdo proferido, mas às entonações, pausas, timbres e silêncios (MARCONI; LAKATOS, 2004).

Nessa tese, os participantes da pesquisa foram interpelados a falar e a falar sobre tópicos específicos acerca da relação profissional de saúde - paciente e da VO selecionados pela entrevistadora. Isto é, a pesquisa tratou de um recorte de interesse acadêmico da pesquisadora, não necessariamente contendo elementos de apelo de interesse para os entrevistados. A fala desses entrevistados também não se deu de modo aleatório, pelo contrário, ela seguiu ritmo e cadência impostos pela pesquisadora a partir do roteiro de entrevista. São entrevistas exploratórias pois, a partir delas, busquei descobrir ideias e intuições e explorar alternativas na

tentativa de adquirir maior familiaridade com o fenômeno pesquisado.

O convite para participar da pesquisa foi realizado por contato telefônico, via mensagem de texto ou ligação (aplicativo *Whatsapp*), realizado durante a semana, em horário comercial. Os participantes, portanto, tiveram, de certo modo, suas rotinas interrompidas para atenderem ao contato de uma pesquisadora por eles desconhecida, estranha às suas lembranças. Há vários fatores psicossociais que levam indivíduos a participarem de pesquisas científicas: interesse em contribuir com o pesquisador, interesse em contribuir com o desenvolvimento da ciência, interesse pelo tema, desejo de falar sobre o tema, identificação com o propósito da pesquisa e facilidade e simplicidade no processo de participação. Como nenhuma contrapartida direta foi oferecida pela pesquisadora em troca da participação, pode-se dizer que essas são as principais motivações que levaram as pessoas a aceitarem participar da pesquisa e a responderem as perguntas durante a entrevista. Dezenove dos trinta indivíduos convidados aceitaram participar da pesquisa, o que representa uma taxa de captação de 63%. Essa taxa, a qual particularmente considero alta devido às dificuldades inerentes ao modo de contato telefônico/remoto, pode estar relacionada, em parte, às perspectivas e interesses dos convidados, mas também às facilidades e a flexibilidade de horário propiciados pelo modelo de entrevista virtual disponibilizados pela pesquisadora.

Além desses fatores relacionados à probabilidade de participação em pesquisas em geral, há outros elementos específicos que podem mobilizar profissionais de saúde e pacientes gestantes/puérperas a aceitarem o convite para falar sobre relação profissional de saúde - paciente e sobre VO.

Quanto às motivações dos profissionais de saúde, pode ser mencionado o interesse em, conhecida a temática da pesquisa, dispor de voz e vez para tratar do tema, em uma espécie de autodefesa prévia, antecipada, um resguardo de que sua versão irá compor as conclusões do estudo. Outro ponto a ser considerado é a possível curiosidade desses profissionais em conhecer o conteúdo das questões postas durante a entrevista e o tom adotado na pesquisa, se “imparcial/isento” ou pendente a alguns dos eixos da relação profissional de saúde - paciente.

Quanto às motivações das pacientes gestantes/puérperas, pode ser mencionado o possível medo de desligamento do serviço em caso de negativa de participação (embora eu tenha explicado que isso não ocorreria), a curiosidade sobre tema eventualmente desconhecido, o sentimento de prestígio e valorização de sua voz, o desejo de contribuir com a ciência e o interesse em eventualmente adquirir algum conhecimento que instrumentalize a mulher dentro da relação profissional de saúde - paciente. No caso de convidadas que eventualmente já sofreram algum tipo de VO no passado, a literatura médica indica alguns fatores que fazem

com que essa mulher não deseje falar sobre a violência sofrida: medo, dependência afetiva e/ou econômica, medo de novas agressões, falta de confiança nas instituições e falta de apoio familiar (SOUZA; ROS, 2006; CORDEIRO, 2018).

Sob a ótica foucaultiana, esse elemento do “por que fala” na pesquisa possui implicação no “fazer falar”, que combina procedimentos de confissão e discursividade científica. No postulado de uma causalidade geral e difusa isso se dá com base na premissa de que se deve dizer tudo e se é permitido interrogar sobre tudo. No método da interpretação isso se dá com base na premissa da duplicação da revelação da confissão pela decifração por quem ouve (FOUCAULT, 1977).

Particularmente, não corroboro com a aplicação dessa premissa de que se é permitido interrogar sobre tudo no universo da pesquisa. Algumas questões que eram de meu interesse acadêmico enquanto pesquisadora, por serem importantes para responder o meu problema de pesquisa (dados pessoais sensíveis como renda, origem financeira do sustento da casa, número de companheiros, bairro de residência, etc.), não foram incluídas no roteiro de entrevista com vistas a resguardar a intimidade desses entrevistados, não os invadir, enfim, a evitar algum constrangimento ou desconforto para eles, um pressuposto ético mesmo, *accountability*. Com uma entrevista breve não é possível estabelecer laços de confiança que permitam adentrar em algumas questões. Convidei-os a falar sobre relação profissional de saúde - paciente e VO, foi o que eu fiz.

Naturalmente que esse tipo de pesquisa, baseado em entrevistas curtas, possui limitações quanto à possibilidade de captação de dimensões profundas, vez que o peso da análise fica quase que exclusivamente em cima do discurso verbal e corporal do entrevistado. Não vemos as inevitáveis (e nada repreensíveis) discrepâncias entre discurso e prática ou outros tipos de linguagem que técnicas de entrevista têm mais dificuldade de alcançar. Todavia, a partir do problema de pesquisa definido, esse foi o método escolhido por mim enquanto pesquisadora, tendo conhecimento de que a transcrição das palavras dos entrevistados não é a versão definitiva da realidade (FONSECA, 1998).

Foi o que busquei desenvolver nessa tese: uma conversa virtual/*on line* com os participantes selecionados, com certo grau de flexibilidade para inclusões, exclusões, reformulações e adaptações das questões postas no roteiro de entrevista previamente delineado. A modalidade virtual foi escolhida em razão da pandemia de COVID-19, causada pelo vírus Sars-CoV-2, e da necessidade de cumprimento das medidas de distanciamento social por ela impostas. Sobre a modalidade virtual, importante mencionar que há estudos que indicam que, no que diz respeito à qualidade da coleta dos dados, entrevistas *on line* podem ser tão eficazes

quanto entrevistas tradicionais, chamadas de *face to face* (OLIVEIRA *et al*, 2009).

O início da coleta de dados empíricos da tese ocorreu em 10/05/2021, após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa do CHC e após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes. Todo o trâmite da coleta (convite, assinatura do TCLE e entrevistas) se deu na modalidade *on line* por meio do aplicativo de mensagem *Whatsapp* e da plataforma de reuniões *Google Meet*. O TCLE foi formulado conforme modelo disponibilizado pelo CEP/CHC¹⁰ (apêndice A).

Os indivíduos selecionados para participar da pesquisa a partir da seleção probabilística/randomizada receberam convite via mensagem de texto e áudio e/ou ligação por meio de aplicativo de mensagem *Whatsapp* (apêndice D), além de instruções textuais para operacionalizar a participação (apêndice E) e vídeo contendo apresentação da pesquisadora e explicação do estudo (apêndice F). O agendamento de data e horário das entrevistas foi definido a partir da preferência e disponibilidade do participante. As entrevistas foram realizadas remotamente pelo aplicativo *Google Meet*.

As entrevistas foram realizadas de maneira individual entre a pesquisadora e cada um dos participantes e foram gravadas com autorização deles para possibilitar posterior transcrição literal e linear (AZEVEDO, 2017). Antes do início da entrevista, a pesquisadora procedeu ao preenchimento da chamada “ficha do informante”, a qual contém dados de caráter epidemiológico, tais como idade, raça, estado civil e escolaridade (apêndice B).

Foram realizadas um total de 19 entrevistas, sendo 11 com profissionais de saúde e 8 com pacientes gestantes/puérperas, todos vinculados à maternidade do CHC da UFPR. As entrevistas tiveram duração média de 16min10s cada. Toda coleta foi realizada durante a pandemia de COVID-19, no ano de 2021.

Uma das características de pesquisas qualitativas é o pequeno número de pessoas contempladas nos dados. Propõe-se fazer uma análise intensiva de poucas pessoas. O tamanho restrito do universo é justificado pela natureza *qualitativa* da análise (FONSECA, 1988). Nessa tese, considero que não realizei uma pesquisa intensiva propriamente dita, mas sim, uma pesquisa exploratória, esse parece ser o termo mais adequado para descrever o que fiz.

Quando do exame de qualificação dessa tese, a professora Cláudia Fonseca, membra da banca, sugeriu pensar na ideia de retornar ao campo, fazendo novas entrevistas com os mesmos participantes, para coletar dados adicionais que seriam interessantes ao debate. Essa talvez seja uma das únicas sugestões da banca de qualificação que eu, enquanto pesquisadora,

¹⁰ Disponível em: <http://8www2.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr/comite-etica>. Acesso em: 10 jan. 2021.

não acolhi. Forneço agora, a exposição de motivos que sustenta essa escolha.

A primeira questão é que, refletindo sobre os *feedbacks* que recebi durante o exame de qualificação, me pareceu que a quantidade e a qualidade dos dados empíricos que eu já tinha em mãos não se traduziam em problemas metodológicos. A percepção que tive, após rever e analisar a gravação com os comentários da banca, é que o problema estava no formato de organização, apresentação e análise dos dados.

A segunda questão é que o material que coletei nas entrevistas, ao final, resultou em 95 laudas transcritas para análise, além das gravações em vídeo de cada uma das entrevistas. Ou seja, o material do campo já estava farto, já havia muito conteúdo para análise e discussão. O que faltava era refinar, aprofundar e sofisticar as análises e a discussão dos dados.

A terceira questão é que o fator tempo foi determinante na decisão, tanto o tempo da pesquisadora quanto o tempo dos entrevistados, tanto dos profissionais de saúde como das pacientes gestantes/puérperas. Quanto aos profissionais de saúde porque tirá-los dos seus postos de trabalho por cerca de 20 minutos em plena pandemia ou conseguir convencê-los a me atender nos finais de semana ou horários de folga, foi uma tarefa difícil. A sobrecarga de trabalho, física e mental, imposta a trabalhadores de saúde que atuam em ambiente hospitalar é fator conhecido. Muitos deles aparentavam estar apressados ou cansados durante as entrevistas. Quanto às pacientes gestantes/puérperas porque quase que em sua totalidade elas estavam com seus bebês no colo, desempenhando múltiplas tarefas enquanto concediam a entrevista, tais como amamentar, balançar o bebê na tentativa de cessar o choro, atender a pedidos de outros familiares...enfim, um cenário meio caótico em que, sinceramente, me senti constrangida por estar tomando aqueles 20 minutos daquela mulher. Quanto à pesquisadora porque, no ano de 2021, quando da coleta empírica, eu estava em fase de trabalho remoto em meus dois empregos, o que me deu flexibilidade para realizar as entrevistas no momento em que os participantes desejavam e me deu um ganho de tempo considerável para realizar todas as etapas da pesquisa. Desde o final de 2021, entretanto, precisei retornar ao trabalho presencial em meus dois empregos. Todos esses fatores em conjunto, de pesquisados e pesquisadora, inviabilizaram um retorno ao campo para coleta de dados adicionais.

Quanto à possível limitação do estudo consistente em exclusão digital, que poderia deixar de fora da pesquisa indivíduos que não possuem acesso a celular, internet e aplicativo de mensagens *Whatsapp* ou que não dispõem de competências digitais para utilizá-las, observou-se que, na prática, esse limitador não se configurou em obstáculo, vez que todos os participantes sorteados e convidados dispunham dessas tecnologias e não apresentaram dificuldades em acessá-las. Ou seja, não se observou, no campo, exclusão digital de acesso, de uso ou de

qualidade de uso de tecnologias.

O roteiro de entrevista (apêndice C) foi composto por nove questões semiabertas elaboradas com o objetivo de gerar dados capazes de responder o problema de pesquisa da tese. Conforme mencionado, o roteiro foi utilizado como guia, mantendo a característica de flexibilidade da entrevista semiestruturada, a qual possibilita a inserção, exclusão, reformulação e adaptação de questões, a depender da dinâmica percebida no momento da coleta do dado.

As questões inseridas no roteiro de entrevista foram divididas em quatro tópicos. No **tópico 1**, foram lançados questionamentos sobre como é, na percepção dos entrevistados, a relação entre médico e paciente gestante/puérpera. No **tópico 2**, foram lançados questionamentos sobre a autonomia da gestante/puérpera e a autonomia do médico quanto às decisões que envolvem a gestação, o parto e o puerpério. No **tópico 3**, foram lançados questionamentos sobre discriminação e preconceito na relação entre médico e paciente gestante/puérpera. No **tópico 4**, foram lançados questionamentos específicos sobre a VO. Em todas as questões foi enfatizado, no momento da enunciação da pergunta, que os questionamentos deveriam ser respondidos sob a perspectiva, a percepção e o lugar de fala do entrevistado.

O roteiro de entrevistas foi construído em etapas e finalizado após a elaboração de três versões, conforme disposto no quadro 4.

QUADRO 4 - Evolução crítica das versões do roteiro de entrevista

Versão	Data	Conteúdo
1.	Janeiro/2021	Formuladas questões gerais a fim de compreender as possíveis origens estruturais da VO a partir da perspectiva da análise de conteúdo dos discursos de profissionais de saúde e pacientes gestantes/puérperas
2.	Março/2021	Implementadas alterações no roteiro a partir de novas incorporações teóricas à tese e de novo delineamento do problema de pesquisa, tornando o foco do estudo mais nitidamente voltado às relações de saber-poder em Foucault
3.	Abril/2021	Recebidas colaborações da orientadora da tese, professora Dra. Taysa Schiocchet, e de pesquisador integrante da banca de defesa da tese, professor Dr. Marcos Claudio Signorelli

FONTE: elaborado pela autora (2023).

As entrevistas foram gravadas em dois dispositivos eletrônicos simultaneamente por motivo de segurança na preservação dos dados. Uma gravação em áudio ocorreu via aplicativo “gravador de voz”, encontrado na plataforma *Play Store*, acessada em *smartphone android*. Outra gravação, em áudio e vídeo, ocorreu via programa “OCam”, encontrado via site¹¹, acessado em *laptop*. Ambas as gravações foram armazenadas no *laptop* da pesquisadora. A partir disso, foram geradas cópias de segurança desse material em dois dispositivos externos

¹¹ Site do programa OCam: <https://ocam.br.download.it/>.

(*pen drive* e HD externo) e em duas nuvens eletrônicas (*OneDrive* e *Google Drive*), perfazendo um total de 5 cópias para cada uma das gravações.

Como recurso técnico inicialmente empregado no tratamento dos dados foi utilizado o *software Google Docs* para transcrição literal e linear das entrevistas. O comando utilizado para transcrição é denominado “digitação por voz” e se encontra na aba “ferramentas” do *software*. Do ponto de vista operacional, para viabilizar essa transcrição dos arquivos de áudio/vídeo, foi necessário instalar o *software VoiceMeeter* e alterar as configurações de som do *laptop*: nos dispositivos de saída e entrada de som foram alterados os campos “alto-falante” e “microfone” para “*VoiceMeeter*”.

Após a utilização do *software Google Docs* para a transcrição automatizada das entrevistas, a pesquisadora revisou todos os arquivos de texto gerados e promoveu a conferência e a edição das degravações a partir dos conteúdos originais dos áudios/vídeos gravados (pontuação, inserção de trechos não transcritos, etc.). Para a padronização do material transcrito, utilizou-se de símbolos propostos por Pretti (1999), modificados e adaptados pela pesquisadora.

Em linhas gerais, durante as entrevistas, busquei a aproximação horizontal entre sujeito e objeto, tomando-se como pressuposto que a minha presença, enquanto pesquisadora, impacta e se interconecta com os entrevistados no campo. Tentei vislumbrar as riquezas epistêmicas decorrentes dessa aproximação. Ao mesmo tempo, como efeito potencialmente negativo dessa abordagem, têm-se o revés da moeda, a possibilidade de viés e influência da pesquisadora nos resultados do campo, um limitador impossível de ser aferido ou eliminado, inerente ao método de entrevistas, porém, possível de ser mitigado por meio de rígidos controles metodológicos. Essa noção, de limitação própria da pesquisa baseada em entrevistas, me acompanhou, enquanto pesquisadora, durante todo o desenvolvimento da tese, desde o seu surgimento até sua finalização, traduzindo-se em um esforço constante e contínuo para minorar os potenciais efeitos negativos da relação entre objeto e sujeito, tal como a possibilidade de influência, consciente ou inconsciente, nos resultados.

Na pesquisa que se utiliza de entrevistas o pesquisador observa, emula e, em alguma medida, modela a realidade observada, tendo em vista que o espaço formado entre pesquisador-pesquisado já não será mais o mesmo a partir da intervenção. Essa modalidade de pesquisa busca tratar as pessoas pesquisadas como protagonistas de fato e de direito, como agentes ativos, providencia acesso ao saber de grupos vulnerados, trabalha com a produção coletiva de conhecimento e envolve, notadamente, duas dimensões: conhecimento e participação, compreende, portanto, o campo como possibilidade de novas revelações.

Nessa perspectiva, a escolha da pesquisa baseada em entrevista para compor o método da tese possui relação com o referencial sócio empírico foucaultiano e se dá em uma dimensão ontológica crítica no processo de produção do conhecimento. Isso se dá na medida em que a tese busca desnudar as condições de possibilidade de existência dos discursos sobre a relação profissional de saúde - paciente e sobre o acontecimento da VO que se fazem valer, tornando visíveis discursos eventualmente desvalorizados e inserindo-os na constelação de discursos que se referem ao tema. Parte-se da premissa de cumplicidade entre pesquisador e pesquisado, não descuidando do rigor metodológico e tendo em mente que, profissionais de saúde e pacientes gestantes/puérperas, ambos, podem contribuir para a construção do conhecimento no espaço de pesquisa da saúde e dos direitos da mulher, em uma noção de construção coletiva do saber. Foi com essa perspectiva, de espaço de troca e intercâmbio de experiências, de pluralidade, que realizei as entrevistas.

2.1.2.1 Fontes de informação: discurso dos envolvidos

A coleta de dados do estudo ocorreu por meio de fonte direta e primária (sem intermediador entre o pesquisador e a fonte) e o objeto de análise consistiu no discurso proferido pela seleção estudada, composta por profissionais da saúde e pacientes gestantes/puérperas vinculados à maternidade do CHC da UFPR. A seleção incluiu pacientes gestantes e puérperas vez que foram utilizadas bases de dados cadastrais de pacientes vinculadas ao pré-natal (gestantes) e ao centro obstétrico (puérperas) do hospital pesquisado.

Analisar discursos consiste em uma abordagem multidisciplinar típica das ciências sociais e humanas, envolve se debruçar sobre discursos orais inscritos em suportes variados, como por exemplo, na legislação, nas propostas legislativas, nos estudos históricos, nas mensagens de mídia, nos documentos e nos depoimentos (GUSTIN, 2002). Nessa tese, analisei o conteúdo dos discursos orais provenientes de entrevistas transcritas sob a forma de discursos escritos. Essa análise se deu a partir das noções foucaultianas sobre discurso e biopoder.

Segundo Bardin (2011), na análise de conteúdo dos discursos, por meio da hermenêutica crítica, se estrutura a elaboração e a análise de unidades de significado com o objetivo de sistematizar a captura da essência do fenômeno. A técnica consiste em examinar o material selecionado pelo pesquisador, buscando classificá-lo em temas ou categorias que auxiliam na compreensão da essência do objeto, para além do que está posto (OLIVEIRA, 2008). Desse modo, parte-se de um amplo e complexo conjunto de dados com o intuito de gerar elementos manipuláveis, estabelecer relações e inferir conclusões (FLICK, 2009).

Nessa tese, utilizo a análise de conteúdo dos discursos para tentar abrir a caixa de condições de possibilidade do acontecimento da VO em busca de suas causas estruturais eventualmente invisibilizadas ou naturalizadas. Nessa análise, a partir dos pressupostos do discurso em Foucault, considero que a linguagem opera por planos discursivos inseridos em um contexto singular linguístico, histórico e ideológico não aleatório e marcado pelas ordens de saber-poder.

Afinal, que efeito de sentido tem o discurso produzido sobre a VO? Como tal sentido é apropriado e reapropriado pelo receptor do discurso, uma vez que suas possibilidades de sentido continuam em aberto? São questões que se colocam ao pesquisador interessado em compreender o emaranhado de significados e ressignificações de um texto ou de uma fala nos quais a linguagem se faz mediação entre o homem e seu entorno. Mais do que acessar uma dimensão oculta do real, o pesquisador participa de uma intervenção sobre o social (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005, p. 320).

É a expectativa última dessa tese: para além de acessar as possíveis causas estruturais do acontecimento da VO, assumo a participação, enquanto pesquisadora, em uma espécie de intervenção sobre o conjunto de signos, de significados, de ressignificações e de relações que envolvem o discurso de profissionais de saúde e de pacientes gestantes/puérperas acerca do acontecimento da VO.

2.1.2.2 *Spoiler*: pistas sobre o que o campo mostrou

Nesse ponto, ofereço um *spoiler* ao leitor na tentativa de tornar a leitura da tese mais fluida, interessante e instigante. Antecipo um panorama sobre o que encontrei no campo. Conversei com 19 pessoas, cujas características gerais estão contidas no quadro a seguir.

QUADRO 5 - Panorama dos entrevistados

		Gênero	Raça	Idade	Profissão	Estado Civil	Filhos	Escolaridade	Grupo
1	Agnes	M	Branca	30	Médica veterinária	Casada	1	Superior	Paciente
2	Chloe	M	Branca	18	Dona de casa	Solteira	2	Ensino Médio	Paciente
3	Mia	M	Branca	33	Fisioterapeuta	Casada	2	Superior	Paciente
4	Lina	M	Branca	32	Dona de casa	Casada	2	Ensino Médio	Paciente
5	Eloah	M	Branca	30	Dona de casa	Viúva	4	Ensino Médio	Paciente
6	Sofia	M	Branca	31	Dona de casa	Casada	3	Superior incompleto	Paciente
7	Raika	M	Branca	35	Repositora	Casada	2	Ensino	Paciente

					mercado			Médio	
8	Maya	M	Branca	24	Dona de casa	Casada	1	Ensino Médio	Paciente
9	Emma	M	Branca	30	Médica	Solteira	0	Pós-Graduação	Profissional saúde
10	Lucca	H	Pardo	33	Enfermeiro	Casado	2	Pós-Graduação	Profissional saúde
11	Luna	M	Branca	47	Enfermeira	Divorciada	6	Pós-Graduação	Profissional saúde
12	Gael	H	Branca	33	Enfermeiro	Solteiro	0	Pós-Graduação	Profissional saúde
13	Greta	M	Negra	42	Enfermeira	Casada	1	Pós-Graduação	Profissional saúde
14	Alana	M	Branca	43	Enfermeira	Casada	2	Pós-Graduação	Profissional saúde
15	Nina	M	Parda	32	Enfermeira	Solteira	0	Pós-Graduação	Profissional saúde
16	Lia	M	Branca	41	Enfermeira	Divorciada	0	Pós-Graduação	Profissional saúde
17	Bento	H	Pardo	30	Enfermeiro	Solteiro	0	Pós-Graduação	Profissional saúde
18	Maitê	M	Branca	29	Enfermeira	Solteira	0	Pós-Graduação	Profissional saúde
19	Lena	M	Branca	29	Enfermeira	Solteira	0	Pós-Graduação	Profissional saúde

FONTE: elaborado pela autora (2023).

Entrevistei 8 pacientes gestantes/puérperas. Elas têm entre 18 e 35 anos; todas são brancas; todas possuem, no mínimo, o ensino médio, sendo que três delas possuem ensino superior (ainda que uma seja incompleto); cinco delas são donas de casa e se dedicam ao cuidado do bebê recém-nascido e três trabalham fora como médica veterinária, fisioterapeuta e repositora de mercado; seis são casadas, uma é solteira e uma é viúva; quatro têm dois filhos cada, duas têm um filho cada, uma tem três filhos e uma tem quatro filhos.

Entrevistei 11 profissionais de saúde. Eles têm entre 29 e 47 anos; três são homens e sete são mulheres; todos possuem pós-graduação; há uma única médica no grupo, os outros dez são enfermeiros/as; seis são solteiros, três são casados e dois são divorciados; sete não possuem nenhum filho, dois possuem dois filhos, um possui um filho e um possui seis filhos.

Conversamos não apenas sobre VO, mas também sobre a relação profissional de saúde - paciente na Obstetrícia, sobre as relações entre médicos e enfermeiros enquanto integrantes da equipe de saúde que assiste a mulher gestante/puérpera e sobre as questões estruturais que estão no entorno da VO.

Ouvi discursos sobre a questão das diferenças entre o valor conferido à palavra do médico e o valor conferido à palavra da gestante; sobre a importância das categorias “conhecimento” e “informação” no acontecimento da VO; sobre as disputas que estão em jogo entre médicos e enfermeiros integrantes das equipes de saúde que prestam cuidados à mulher;

sobre as limitações impostas ao exercício da autonomia das pacientes gestantes/puérperas, inclusive quanto às decisões que envolvem a via de nascimento do bebê e as manifestações de vontade inseridas no instrumento do plano de parto; sobre as questões estruturais que atravessam o acontecimento da VO, tais como classe, gênero e raça e sobre a patologização do evento parto. Trago aqui uma palinha do que vivi e ouvi no campo.

Dos profissionais de saúde, ouvi discursos como:

“Então não é à toa que a gente caiu nessa lei da cesárea, né, queeee, na minha visão {enfermeira} é a maior representação da falsa autonomia da mulher”.

“A gente recebe, por exemplo, mulheres muito inseguras na hora do trabalho de parto ou que pedem cesárea, agendam cesárea, o que eu, como enfermeira, acho o fim da picada, éhh, enfim”

“Eu sinto que quando a paciente chega por exemplo com plano de parto ela é tratada já “ai meu Deus, chegou uma mulher chata”.

Por outro lado, das pacientes, ouvi discursos como:

“Eu acredito que a VO seja poor, pela questão dooo (i) preconceito, as vezes de a pessoa, a gestante, falar alguma coisa e o profissional de saúde não gostar, se sentir assim desautorizado, não querer considerar a palavra da gestante”.

“Eles {médicos} tavam conversando bem de boa, bem tranquilo, de repente mudou, até o jeito assim de conversar sabe, ele num gostou de eu ter optado pela cesárea, como se eu não pudesse escolher, mas não falaram nada, fizeram cesárea”

“Eu não tava aguentando (i), queria cesárea, mas eu não pude escolher, a médica falou que, que ela ia fazer parto normal mesmo, dos dois bebês --, eu queria ter feito uma cesárea”.

Faço o convite: continue a leitura atenta da tese, mais à frente você vai encontrar os registros de tudo que ouvi no campo, são mais de cem trechos de entrevistas selecionados, todos contextualizados e debatidos à luz da teoria foucaultiana e da literatura sobre VO.

2.2 DISCURSO EM FOUCAULT

O material coletado no campo, *corpus* resultante da transcrição literal e linear das entrevistas realizadas, foi organizado, sistematizado e analisado por meio de técnica de análise de conteúdo. Essa análise de conteúdo teve como ponto de partida os *insights* e as noções foucaultianas sobre o discurso e sobre as formações e práticas discursivas. O enfoque da tese foi o de analisar os dados do campo por meio da chave de leitura do discurso e do biopoder em Foucault, isso envolveu considerar a construção e as disputas em torno do termo “violência obstétrica” e os elementos estruturais que compõem a VO estrutural.

O grande tema “discurso” em Foucault é composto fundamentalmente a partir de conceitos de discurso, enunciado, formação discursiva e regime de verdade, todos presentes na fase da arqueologia do saber (1ª fase da obra de Foucault). Nessa etapa, o autor começou a delinear seu primeiro grande problema de pesquisa ou objeto de estudo: compreender as regras que norteiam os significados e a formação dos saberes, as regras de formação das epistemes e formações discursivas das diferentes épocas, as regras de formação, de transformação e de correlação que fazem com que um determinado saber possa existir em uma determinada época. Em outras palavras, compreender como se deu a produção do sujeito subjetivado, moderno, único, como se produziu essa dimensão de indivíduo que adotamos na contemporaneidade.

Na fase arqueológica, Foucault desenvolve um procedimento de escavação de camadas, de abrir essas camadas para tentar desvendar como são produzidos os discursos que se cristalizaram (processos de cristalização) em um determinado campo e se estabeleceram na superfície. Foucault escava ao fundo dessas camadas. Ele busca compreender e revelar como uma categoria vai sendo reproduzida e como ela vai produzindo ações, se materializando, como uma ideia se torna tão forte a ponto de se tornar hegemônica e obscurecer outras ideias (FOUCAULT, 1986). Diferente da análise historiográfica, em que há começo, meio e fim, a análise arqueológica não se preocupa com a linearidade temporal. O início da análise se dá no ponto onde o analista determina que ela inicia, onde ele produz o recorte de seu interesse, aquele que vai ajudar a responder o problema de pesquisa que se busca compreender, esse é o ponto de partida na arqueologia.

Na arqueologia, Foucault lança novos olhares sobre problemas que já existem, ele se afasta da tradicional filosofia francesa da década de 60. Dialoga com ela, mas, ao mesmo tempo, dela se afasta. Essa tradicional filosofia francesa trabalhava basicamente com **(i)** epistemologia, **(ii)** fenomenologia e **(iii)** marxismo. E a arqueologia não se encontra em nenhum desses três territórios, ela se afasta, se distancia desses três pilares. Foucault coloca as coisas de outra maneira, trabalha com uma filosofia da *suspeita*. A epistemologia, por exemplo, se ocupa dos processos de justificação ou verificação, busca determinar juízos como verdadeiros ou falsos, busca pela verdade e pela mentira. E essa preocupação com o verdadeiro e o falso não está no campo de interesse de Foucault. Para ele, isso não importa, não é o campo de pergunta que ele estabelece. Foucault vai dizer que um enunciado, antes de ser verdadeiro ou falso, existe. E a preocupação da arqueologia é justamente compreender qual a ordem do saber que existe e que funciona em um dado momento. E para isso é preciso buscar as regras que são históricas, singulares e contingentes, o que foi que permitiu que esse discurso existisse dessa forma e fosse inserido naquele local.

Foucault reconhece duas vertentes da tradição que tratam o problema do conhecimento e da verdade. Uma primeira vertente, do pensamento ocidental, que relaciona sujeito e conhecimento/verdade pelo *fio do conhecimento*. Essa vertente entende que o sujeito é um sujeito de conhecimento, conhecimento entendido como movimento natural, como aquilo que internamente articula as práticas (Sócrates, Platão, Aristóteles, Espinosa). E uma segunda vertente que pensa a noção entre sujeito e conhecimento/verdade pelo *fio da história*, da contingência, do conhecimento não como natural, mas como relação de forças (pré-socráticos, sofistas, Nietzsche). É dessa segunda vertente que a arqueologia de Foucault se aproxima.

A arqueologia é um procedimento, é, ao mesmo tempo, um arquivo e uma busca por diferentes registros, ela busca o princípio do que foi constituído como uma arquitetura válida. Ela quer encontrar o princípio não no sentido temporal, mas no sentido de quais foram as condições de existência, de organização, quais foram as regras que ordenaram e fizeram funcionar um saber em um determinado tempo histórico. Portanto, ela olha para o saber como uma constituição, como uma ordem. A arqueologia não é uma história da evolução, é uma história da descontinuidade, das rupturas. Para Foucault, o saber tem uma determinada contingência, um campo, uma arquitetura, em um dado tempo histórico. Nessa tese, essa noção de arquitetura é trabalhada a partir do conceito de VO estrutural, ou seja, qual é o campo, a arquitetura, o contexto, as circunstâncias, as condições que possibilitam o acontecimento da VO? E qual é o campo, a arquitetura, o contexto, as circunstâncias, as condições em que se deram os discursos sobre a VO coletados no campo?

A arqueologia exige o trabalho da *suspeita* das generalizações e das universalizações e esse trabalho se instala nesse lugar em que nenhuma das tradições vale. A arqueologia está preocupada em compreender as regras de formação dos saberes, são elas que fazem com que um determinado saber possa existir em uma dada época. Essa ordem regrada dos saberes em diferentes épocas organiza os objetos de saber, seu modo de existência, os sujeitos do conhecimento na sua posicionalidade e os conceitos de saber válidos dentro dessa configuração. Uma determinada formação discursiva é, assim, uma singularidade, uma raridade dada por uma contingência histórica muito específica e própria.

Em outras palavras, a arqueologia quer singularizar o discurso, vê-lo naquela ordem, naquela conjuntura, naquela formação, com aquelas regras. De tal forma que a arqueologia não se ocupa das produções de significados, ela quer compreender *as regras que norteiam os significados*. Para Foucault, os saberes e os discursos sustentados por esses saberes disputam hegemonia, alguns conseguem se consagrar, outros são soterrados ao segundo plano, uns se sobrepõem aos outros, uns se fazem valer, outros sucumbem. Ele busca investigar, justamente,

quais são os mecanismos que fazem com que determinados saberes fiquem na superfície e outros sejam soterrados. O discurso possui sempre um cenário e Foucault quer entender o que faz um discurso se projetar tanto, produzir tanta ação a ponto de produzir novos discursos, produzir novas materialidades.

O procedimento arqueológico pretende cavar esse processo para identificar o regime que traz a ideia de verdade sobre um acontecimento, pessoa ou instituição, ou seja, qual o **regime de verdade** (política de verdade, vontade de verdade) que gera efeitos de verdade, especialmente a naturalização de um processo. O efeito de verdade seria o momento em que determinada prática se torna tão verdade que ela é naturalizada e ninguém mais se pergunta como aquilo se deu, como foi produzido. Em outros termos, Foucault quer saber como se constrói, de fato, uma ideia de verdade. Isto é, como foi o processo que transformou aquilo em um fato, uma verdade. Ele trata da verdade como um processo e não como algo dado, a verdade seria um acordo sobre o sentido de algo e esse acordo se daria a partir de um regime de verdade, ou seja, de um processo que externaliza e transforma esse algo em um acordo coletivo. Essa tese não pretende definir o termo VO. Quero saber como o termo VO e o acontecimento VO foram constituídos, produzidos, como se deu essa produção, como foi esse processo que formou e projetou esse conceito como um fato.

Foucault quer entender como determinado discurso foi inserido em um dado contexto e identificar quais outros discursos ficaram de fora, ele tenta reconfigurar o estatuto do discurso. Assim, o procedimento arqueológico joga luz sobre sujeitos enunciadorees que passam despercebidos por outros instrumentos metodológicos, Foucault quer saber justamente quem ficou de fora e por que. Quando Foucault fala em procedimento da arqueologia, portanto, ele está tentando pensar a posição que o analista deve assumir frente ao objeto de seu estudo. Na tese, essa questão de jogar luz sobre discursos que “ficaram de fora” irá aparecer na discussão das falas das pacientes entrevistadas e em como, muitas dessas pacientes, percebem, elas próprias, seus discursos desvalorizados no contexto da relação profissional de saúde - paciente.

Foucault procura desvendar como o sujeito enunciador se transformou nesse sujeito, quem colocou ele nessa posição, qual foi o arranjo social que produziu aquilo e fez daquilo uma posição legítima, verdadeira. Ele escava e vai reconstruindo a história, remexe no cenário em que estão dispostos os discursos para dizer que aquele enunciador e aquele discurso analisados não estão lá por acaso, eles foram inseridos, são fruto de um primeiro recorte que os produziu como fato. Foucault quer pensar qual é o processo que produziu aquilo como fato, ou seja, como foi que o discurso se tornou verdade. O sujeito em Foucault, portanto, é sempre pós-discursivo, construído na relação social que por sua vez é norteada por discursos hegemônicos

(FOUCAULT, 1986).

Foucault define o **discurso** (documento, arquivo) como o conjunto de enunciados que provêm de um mesmo sistema de formação, por exemplo, discurso econômico, discurso psiquiátrico, discurso biomédico, etc. Em outras palavras, o discurso em Foucault não é só um instrumento, uma via de expressão das coisas, é prática, fala, escrita, linguagem, acontecimento, evento, ação, resultado da relação e da interação social.

O discurso em Foucault é o que está abaixo da linha das racionalizações, submerso, ele diz respeito ao ver, ler e dizer regrado do saber, diz respeito a essa tessitura não visível que ordena os modos do saber. O discurso em Foucault não possui relação com conteúdo, significados, signos ou hermenêutica, mas sim, com as regras arqueológicas que norteiam o modo de significar, o modo de falar, o modo de posicionar, ou seja, com a *forma* do discurso. O discurso está abaixo do que é dito, é aquilo que organiza e esquadrinha o que é dito. Para Foucault, portanto, importam a forma de dizer e as regras que ordenam esse sistema. Nessa tese, utilizei esses preceitos foucaultianos para realizar uma análise de conteúdo dos discursos que, além dos significados, tentar também levar em consideração a forma e o contexto do que foi dito.

O discurso em Foucault, portanto, seria um conjunto de *performances* ou de atos de formulação, uma série de práticas, uma sequência de **enunciados**. Foucault multiplicou o sentido do discurso, referindo-se ora em relação a todos os enunciados, ora em relação a um grupo individualizável de enunciados, sempre em busca de sua descrição fenomenológica, tentando reencontrar, a partir do discurso, quais são as intencionalidades do sujeito falante, do pensamento que está se formando. Pode-se dizer que o discurso em Foucault é um conjunto de enunciados e os enunciados estão apoiados em um conjunto de signos formados pelos seguintes componentes: referente/objeto, sujeito, campo/domínio associado e materialidade específica. Já as modalidades enunciativas possuem relação com quatro perguntas básicas lançadas por Foucault: **(i)** quem fala?; **(ii)** de onde fala?; **(iii)** por que fala?; **(iv)** para quem fala?. O interesse de Foucault, portanto, não está voltado para “o que fala”, não diz respeito ao conteúdo do discurso e sim à *forma* do discurso, ou seja, quem disse/fez, em determinado momento (temporalidade), em determinado campo do saber (espacialidade).

Foucault define a **formação discursiva** como um conjunto de regras anônimas e históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definem em uma dada época e para uma dada área social, econômica, geográfica ou linguística as condições de exercício da função enunciativa (FOUCAULT, 1986, p. 153). As noções de formação discursiva e enunciado remetem uma à outra. Como dito, o autor propõe quatro hipóteses para delinear os instrumentos

próprios da arqueologia que servem de substrato para descrever as formações discursivas: referente/objeto, sujeito, campo/domínio associado e materialidade. Elas vão além da interpretação e da formalização, estão relacionadas às condições históricas de possibilidade (*priori histórico*) que permitiram que em um dado momento apenas determinados enunciados tenham sido efetivamente viabilizados e possibilitados.

Foucault, portanto, distingue três frentes de interpretação relativas ao discurso: **(i)** em relação ao **enunciado** (determinada posição, de onde ele se move); **(ii)** em relação à **proposição/significante** (uma posição em um determinado campo de saber) e **(iii)** em relação à **frase/significação** (objeto do trabalho da interpretação). As diferenças dessas três frentes são marcadas pelo objeto, pelo sujeito, pelo campo/domínio associado e pela materialidade (quadro 6).

QUADRO 6 - Frentes de interpretação do discurso em Foucault

	Enunciado	Proposição/significante	Frase/significação
Objeto	O enunciado remete a um referencial constituído pelas regras que definem as condições históricas de surgimento dos objetos	A proposição remete a um referente que determina seu valor de verdade	A frase remete a um correlato que lhe confere sentido
Sujeito	O sujeito do enunciado está determinado pelo conjunto de regras que determinam quem pode proferi-lo e a partir de quais condições. Ou seja, o estatuto de quem pode, por regramento ou por tradição, por definição jurídica ou por aceitação espontânea, pronunciar determinados enunciados	O sujeito sintagmático é o sujeito da proposição	O autor é o sujeito da frase
Campo/ domínio associado	Para a interpretação, as relações entre os enunciados são de ordem lógica ou retórica	Para a proposição, trata-se da ordem sintática ou lógica	Para a significação, trata-se de descrever um domínio de associações que está constituído pelas relações que podem ser estabelecidas entre enunciados que compartilham um mesmo estatuto e que pertencem a unidades heterogêneas
Materialidade	A materialidade dos enunciados constitui um conjunto de instâncias que possibilitam e regem sua repetição	A materialidade dos signos constitui a materialidade da proposição	A materialidade da escritura ou do som constitui a materialidade da frase

FONTE: elaborada pela autora (2023) com base em Castro (2009).

Assim, em seu projeto arqueológico, Foucault se utiliza da ferramenta metodológica

do discurso para encontrar a construção discursiva invisibilizada¹², fazendo-a surgir na complexidade que lhe é característica, desnaturalizando-a. Os discursos e toda sua multiplicidade passam a constituir o ponto focal das práticas investigativas foucaultianas, devendo ser encarados em sua materialidade e em sua implicação na constituição de práticas e de sujeitos (BUJES, 2007). Foucault afirma que o discurso não está dado, mas sim, que ele é construído, constituído por relações não aleatórias e não naturais, especialmente, por relações de poder.

De acordo com Foucault, cumpre interrogar os discursos em dois níveis: **(i)** o de sua produtividade tática, questionando que efeitos recíprocos de poder e saber os discursos proporcionam e **(ii)** o de sua integração estratégica, questionando que conjuntura e que correlação de forças tornam necessária a utilização dos discursos em tal ou qual episódio dos diversos confrontos produzidos (FOUCAULT, 1977). Em todas essas análises, Foucault trata do discurso como fenômeno linguístico e social regulado e indissociável do exercício do poder. O sujeito, em Foucault, constitui e é constituído pelo discurso e o discurso, por sua vez, é constituído por relações de poder.

De tal modo que, para Foucault, o discurso é produzido notadamente em razão de relações de poder, um duplo e mútuo condicionamento entre práticas discursivas e não discursivas que, ao mesmo tempo, integra e produz a realidade, o poder e os saberes. Ao fim, tudo estaria imerso e amarrado às relações de poder e saber: enunciados, visibilidades, textos, instituições, falas, visões, ações, tudo ultrapassaria a esfera da mera “expressão” e apresentaria regularidades intrínsecas a si mesmo, por meio das quais se define uma rede conceitual que lhe é própria. Segundo Foucault, as regras de formação dos conceitos não residem na consciência de cada um, mas sim, estão contidas nos discursos, se impondo a todos aqueles que falam dentro de um determinado campo discursivo, de um contexto específico.

“...gostaria de mostrar que o discurso não é uma estreita superfície de contato, ou de confronto, entre uma realidade e uma língua, o intrincamento entre um léxico e uma experiência; gostaria de mostrar, por meio de exemplos precisos, que, analisando os próprios discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes entre as palavras e as coisas, e destacar-se um conjunto de regras, próprias da prática discursiva. (...) não mais tratar os discursos como conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdo ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse *mais* que os torna irreduzíveis à língua e ao ato da fala. É esse *mais* que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever (FOUCAULT, 1986, p.56).

¹² O discurso não se trata apenas daquilo que o desejo manifesta, mas é também aquela coisa que é objeto do desejo: “[...] o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nós queremos apoderar” (FOUCAULT, 1996, p. 10).

Justamente em busca desse *mais* mencionado por Foucault é que se volta a presente tese, no sentido de utilizar as reflexões foucaultianas sobre discurso para manter a análise na exterioridade dos discursos sobre a VO coletados em campo, viabilizando, a partir dessa perspectiva, a assimilação das singularidades, das contingências, das representações sociais, das condições de existência, dos limites, do contexto, das condições estruturais, das correlações e das exclusões implícitas nos conjuntos dos enunciados coletados em campo. Sobretudo no que se refere a discursos de dois tipos de atores: discurso biomédico/obstétrico e discurso de mulheres gestantes/puérperas na condição de pacientes, ambos fundamentais à análise que essa tese pretende fazer.

Nos estudos de Foucault sobre o discurso há um elemento essencial que será trabalhado nessa tese: a questão da sexualidade, tanto do ponto de vista individual quanto do ponto de vista coletivo. O discurso que envolve a sexualidade tem se multiplicado há três séculos e, se ele trouxe consigo interditos e proibições, ele também garantiu a solidificação e a implantação de todo um despropósito sexual positivo. Esse discurso vinculou-se a uma prática médica insistente, indiscreta, ativa, provocadora e volúvel ao proclamar suas repugnâncias, pronta a correr em socorro da lei, cúmplice do que denunciava. Essa medicina instaurou toda uma licenciosidade do mórbido, reivindicando outros poderes, arvorando-se em instância soberana dos imperativos da higiene, pretendendo assegurar o vigor físico e a pureza moral do corpo social, prometendo eliminar os degenerados. Em nome de uma urgência biológica, justificou racismos oficiais então iminentes e os fundamentou como verdade (FOUCAULT, 1977).

Foucault fala da medicina da sexualidade, aquela que espia, organiza, provoca, anota, relata e acumula uma imensa pirâmide de observações e de prontuários. Um verdadeiro aparelho em torno do sexual para produzir a verdade, mesmo que para mascará-la, fazendo desaparecer, ao longo dos registros, aquilo que a propósito da sexualidade tenha sido dito e mostrado pelas pacientes e também visto ou solicitado pelos médicos. A verdade da sexualidade se tornou, por meio de práticas discursivas, coisa essencial, útil e perigosa (FOUCAULT, 1977). A essa tese interessa particularmente o modo como a medicina da sexualidade atravessa a relação profissional de saúde - paciente e o cuidado ofertado à mulher gestante/puérpera e o modo como, em alguma medida, o controle da sexualidade pode se transformar em controle da reprodução, da parturição e do puerpério.

Foucault explica como a civilização praticou uma *scientia sexualis* desenvolvida ao longo dos séculos para dizer a verdade do sexo a partir de procedimentos que se ordenam em função de um saber-poder. A colocação do sexo em discurso e o reforço do despropósito sexual

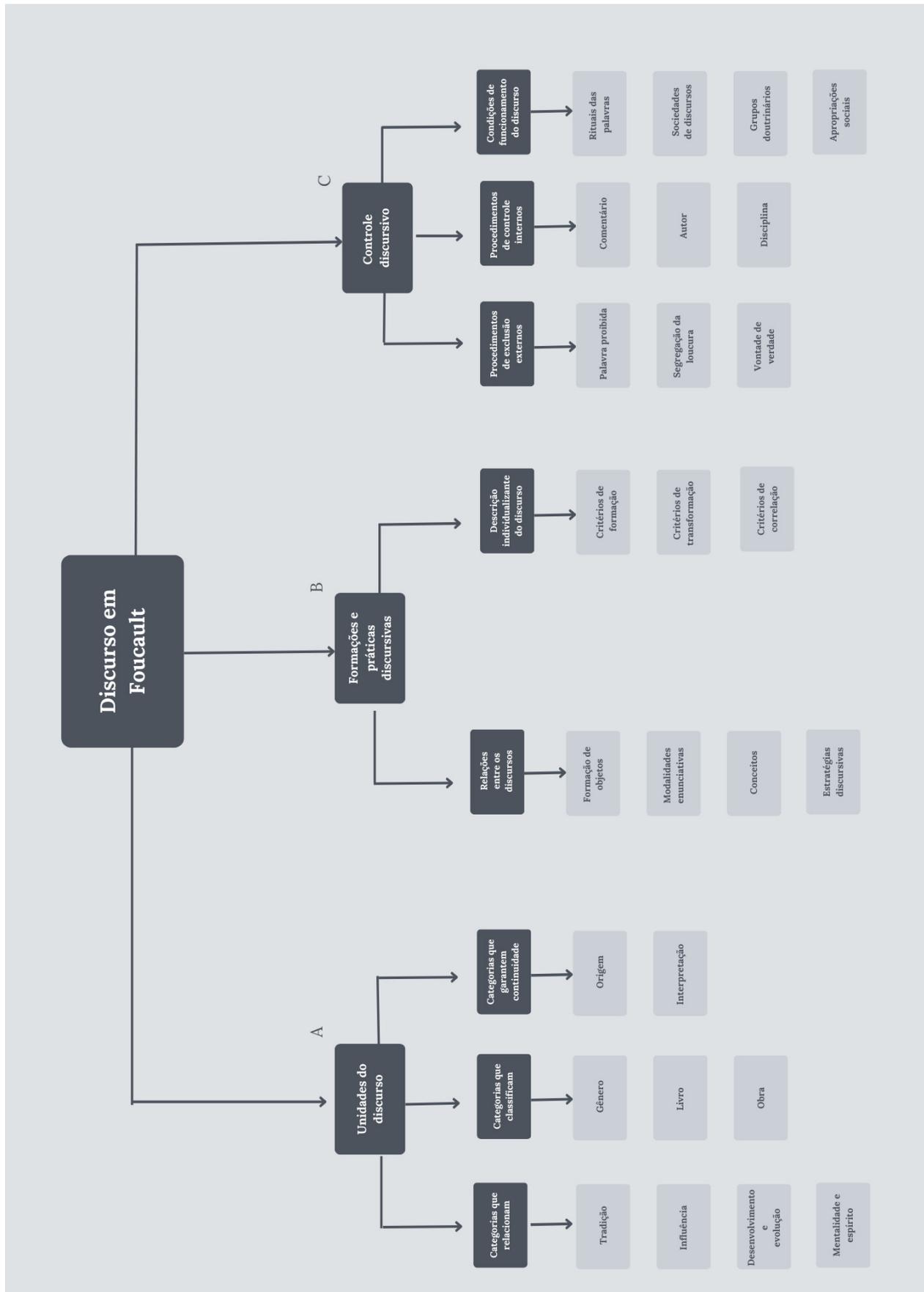
são duas peças do mesmo dispositivo que se articulam graças ao elemento central de uma confissão que obriga à enunciação da singularidade sexual. A confissão, a enunciação em si, é um ritual do discurso, é a matriz que rege a produção do discurso sobre o sexo (FOUCAULT, 1977). No caso da VO, essa teorização de Foucault pode ser pensada, por exemplo, quando a medicina estimula, por meio da aplicação de técnicas apuradas de anamnese e propedêutica médica, que a paciente fale sobre sua saúde reprodutiva e, de posse dessas informações, julga, denuncia e condena escolhas não legitimadas pela prática médica, tais como o abortamento provocado.

O controle da sexualidade, engendrado por meio do discurso da sexualidade e do discurso biomédico, ocorre a partir da articulação entre os procedimentos da confissão e a discursividade científica: **(i)** codificação clínica do “fazer falar” (combina o exame, sinais e sintomas com confissão); **(ii)** postulado de uma causalidade geral e difusa (dever de dizer tudo e o poder de interrogar sobre tudo); **(iii)** princípio de uma latência intrínseca à sexualidade (funcionamento do sexo como algo obscuro e clandestino); **(iv)** método da interpretação (duplicação da revelação da confissão pela decifração por quem ouve) e **(v)** medicalização dos efeitos da confissão (os efeitos são recodificados na forma de operações terapêuticas, o sexo aparece como um campo de alta fragilidade patológica). De tal modo que o controle biomédico da sexualidade aparece nesses dois sentidos: de interrogatório e de problematização, de exigência de confissão e de integração a um campo de racionalização (FOUCAULT, 1977).

Nesse cenário, na produção do discurso biomédico a respeito dos processos de gestação, parturição e puerpério, o médico fica incumbido de dizer a verdade da paciente, decifrando o que ela diz e mostra a respeito desses processos. Trata-se de um sistema em que ocorre a multiplicação e a intensificação dos prazeres ligados à produção da verdade sobre o sexo e a reprodução, uma rede sutil de discursos, saberes, prazeres, poderes e processos que disseminam a sexualidade na superfície das coisas e dos corpos, que a excitam, a manifestam, fazem-na falar, implantam-na no real e lhe ordenam dizer a verdade. Em última análise, trata-se de um fluxo de obstinação dos poderes e a conjugação do saber com o prazer, resultando em mecanismos positivos, produtores e multiplicadores de discursos, indutores de prazer e geradores de poder (FOUCAULT, 1977). Esses elementos apontados por Foucault atravessam a relação entre médico e paciente gestante/puérpera e impactam na maneira como o fruto mais evidente e materializado do sexo (gestação) é tratado no campo biomédico, isto é, os procedimentos de confissão e discursividade científica extrapolam o campo da sexualidade para atingir o campo da reprodução, da procriação e do parto, enfim, dos corpos contendo outros corpos.

Em suas reflexões sobre discurso, Foucault problematiza três categorias fundamentais: **(i) unidades do discurso, (ii) formações e práticas discursivas e (iii) controle discursivo.** Esses conceitos são apresentados na figura 2, a seguir. Para essa a tese, importam, especialmente, os conceitos contidos nos itens B e C, correspondentes às formações e práticas discursivas e ao controle discursivo.

FIGURA 2 - Fluxograma do discurso em Foucault



FONTE: elaborado pela autora (2023)

No que se refere às **unidades do discurso (A)**, Foucault enumera três grupos de categorias: (i) categorias que relacionam discursos; (ii) categorias que classificam discursos e (iii) categorias que garantem uma continuidade infinita (CASTRO, 2009).

No grupo **i (categorias que relacionam discursos)**, têm-se as noções de: **(a) tradição** (em toda mudança e em toda novidade há um fundo permanente); **(b) influência** (causalidade entre indivíduos, obras, conceitos ou teorias); **(c) desenvolvimento e evolução** (reagrupamento de uma sucessão de fatos ou discursos dispersos a partir de um mesmo princípio organizador) e **(d) mentalidade e espírito** (nexo simbólico entre fenômenos simultâneos ou sucessivos pertencentes a uma mesma época) (CASTRO, 2009).

No grupo **ii (categorias que classificam discursos)**, têm-se as noções de: **(a) gênero**, **(b) livro** e **(c) obra**. Segundo Foucault, a unidade dos discursos não pode identificar-se, limitar-se ou encerrar-se com a unidade material do *livro* vez que, para além do começo, do título e das linhas finais, está implicado um conjunto de referências a outros discursos e a outros autores. Além disso, não são as mesmas, ainda quando materialmente semelhantes, a unidade de uma antologia, a unidade de uma publicação de fragmentos póstumos ou a unidade de um tratado de matemática, por exemplo. A mesma indeterminação afeta a noção de *obra*. Com respeito à função da noção de *gênero*, não é a mesma a relação que estabelece um autor com os seus textos publicados sob o próprio nome ou servindo-se de um pseudônimo ou entre obras acabadas e publicadas e aquelas inacabadas, por exemplo (CASTRO, 2009).

No grupo **iii (categorias que garantem uma continuidade infinita)**, têm-se as noções de: **(a) origem** e **(b) interpretação**, que autorizam a remeter todo acontecimento, por mais novo que se apresente aparentemente, a uma origem historicamente inverificável. Ou, em outros termos, a buscar para além da formulação dos enunciados, para além do dito, o não dito, a intenção do sujeito, sua atividade consciente ou o jogo de forças inconscientes (CASTRO, 2009).

No que se refere às **formações ou práticas discursivas (B)**, etapa metodológica de descrição dos fatos, Foucault enumera dois grupos de categorias: **(i) relações entre os discursos** e **(ii) descrição individualizante do discurso**.

No grupo **i (relações entre os discursos)**, têm-se quatro critérios de investigação para estabelecer relações entre os discursos e suas unidades: **(a) regras de formação dos objetos**, **(b) regras de modalidades enunciativas**, **(c) regras dos conceitos** e **(d) regras de estratégias discursivas** (CASTRO, 2009).

No grupo **ii (descrição individualizante do discurso)**, têm-se três critérios de investigação: **(a) critérios de formação**: a individualidade de um discurso não depende da

unidade de um objeto, nem da estrutura formal, nem tampouco de uma arquitetura conceitual coerente, mas sim, da existência de regras de formação para seus objetos, para suas operações, para seus conceitos, para suas opções teóricas. Individualizar uma formação discursiva consiste, portanto, em definir esse jogo de regras; **(b) critérios de transformação**: visa definir as condições precisas, em um dado momento, que permitiram estabelecer novas regras de formação dos objetos, das operações, dos conceitos e das opções teóricas, ou seja, definir o umbral de transformação de novas regras; **(c) critérios de correlação**: só se pode considerar uma formação discursiva autônoma caso se possa delimitar as relações que a determinam, definindo-a e situando-a em relação a outros tipos de discursos e em relação ao contexto não discursivo em que funciona (instituições, relações sociais, conjuntura econômica e política, etc.) (CASTRO, 2009).

No que se refere ao **controle discursivo (C)**, Foucault enumera três grupos de categorias: (i) procedimentos de exclusão externos do discurso; (ii) procedimentos de controle internos do discurso e (iii) condição de funcionamento do discurso/rarefação.

No grupo **i (procedimentos de exclusão externos do discurso)**, têm-se as noções de: **(a)** proibições relativas ao objeto do discurso, às circunstâncias em que ele pode ser pronunciado e ao sujeito que pode pronunciá-lo, ou seja, a *palavra proibida*, que opera por atos de interdição; **(b)** oposição ou divisão da razão-loucura por meio da *segregação da loucura*, que opera por atos de separação e rejeição e **(c)** antítese entre verdadeiro e falso a partir de uma *vontade de verdade*, que opera pelo consenso da verdade. A palavra proibida envolve o tabu do objeto, o ritual da circunstância e o direito de quem profere o discurso. A segregação da loucura diz respeito à oposição razão e loucura, sendo essa última não aceita, ouvida e considerada, mas sempre excluída. Por fim, a vontade de verdade refere-se ao sistema histórico que prevê o exercício do discurso de alguns (quem pode dizer) em limites previamente definidos. As três hipóteses (a, b, c) configuram procedimentos de exclusão que se exercem sobre os atos de elaborar e proferir discursos, incidem sobre eles, funcionam como sistemas de interdição, segregação ou eliminação que põem em jogo o poder e o desejo (CASTRO, 2009).

No grupo **ii (procedimentos de controle internos do discurso)**, têm-se as noções de: **(a) comentário**, que opera por identidade e repetição; **(b) autor**, que opera como agrupamento do discurso e de sua significação e **(c) disciplina**, que permite construir discursos apenas dentro de um jogo restrito. Significa dizer que os discursos, eles mesmos, exercem seu próprio controle, funcionando de maneira restritiva e coercitiva. São procedimentos de controle interno que funcionam para conjurar o acaso da aparição do discurso. O *comentário* permite dizer algo além do texto, reafirmando-o, como se existissem apenas dois tipos de textos, os primários e os

secundários, sendo que os secundários não fazem outra coisa senão repetir o que já foi dito em uma pretensa verdade originária (primários). O *autor* não se refere ao autor individual, mas como princípio de agrupamento do discurso, como unidade e origem de suas significações, como representação de sua coerência, aquilo determinado pelas instituições e pela sociedade sobre quem pode praticar um determinado tipo de discurso. Já a *disciplina* se projeta tanto para o princípio do autor quanto para o princípio do comentário. No caso do autor, definindo regras para objetos, métodos, técnicas, instrumentos e proposições tidas como verdadeiras. No caso do comentário, estabelecendo como ponto de partida o que é exigido para a construção de novos enunciados. Isto é, a disciplina ou a disciplinarização dos saberes determina as condições que uma proposição deve cumprir para poder pertencer a um domínio determinado do saber, para poder ser considerada verdadeira ou falsa, ou seja, ela define um campo de requisitos exigíveis às proposições por meio de estratégias de eliminação/desqualificação de saberes inúteis e não caros (CASTRO, 2009).

No grupo **iii (rarefação)**, têm-se as noções de: **(a) rituais das palavras;** **(b) sociedades de discursos;** **(c) grupos doutrinários** e **(d) apropriações sociais**. Trata-se de procedimentos que limitam o intercâmbio e a comunicação dos discursos e que determinam a apropriação social do discurso. Os *rituais* das palavras restringem o discurso ao preestabelecem propriedades singulares e papéis aos sujeitos, eles definem a qualificação daqueles que podem entrar na ordem do discurso. As *sociedades dos discursos* fazem os discursos circular em espaços fechados, distribuindo-os segundo regras restritas, como o segredo técnico e científico e a não permutabilidade. Os *grupos doutrinários* ensejam o sentimento de pertença a uma classe ou grupo, no sentido de aceitação, ligam os indivíduos a certos tipos de enunciados e lhes proíbem outros. As *apropriações sociais* funcionam por meio de sistemas que mantêm ou modificam a apropriação do discurso por indivíduos ou grupos, ou seja, tratam da manutenção ou da modificação do discurso a depender do lugar de fala do enunciador (CASTRO, 2009).

A partir dessas noções foucaultianas sobre o discurso, especialmente quanto ao impacto da sexualidade nessas análises, às formações e práticas discursivas e ao controle discursivo, a tese pretende, a partir da análise de conteúdo dos discursos coletados em campo, desnudar a arqueologia do saber e a genealogia do poder dentro da relação profissional de saúde - paciente gestante/puérpera, especificamente no âmbito da Obstetrícia. Em última instância, o esforço de pesquisa busca compreender o modo como práticas de poder, dominação e hierarquização podem ser apropriadas por saberes, pela Medicina e pela ciência de forma a induzir ou a agenciar práticas de médicos, pacientes gestantes/puérperas, enfermeiros e outros envolvidos no acontecimento da VO. Em outras palavras, a estratégia metodológica adotada

pela tese procura saber como elementos técnicos, científicos e biomédicos estão funcionando como estratégia de saber-poder para auferir, por meio de práticas discursivas ou controle discursivo, o agenciamento da vida e do corpo de pacientes gestantes/puérperas no que se refere à condução de suas gestações, parturições e puerpérios.

2.2.1 Opções metodológicas de pesquisas sociais aplicadas à pesquisa jurídica

Essa tese utiliza metodologia social à pesquisa jurídica, fazendo-o a partir da aplicação das noções foucaultianas sobre discurso (apresentadas no tópico anterior) e sobre biopoder (a serem apresentadas no capítulo 3) à leitura de discursos acerca da relação profissional de saúde - paciente e do acontecimento da VO. Trata-se, portanto, de pesquisa que se utiliza de estudo teorizado de dados controlados, a qual busca correlacionar dados empíricos à noções foucaultianas de discurso e biopoder.

A pesquisa aprofunda conceitos foucaultianos capazes de fornecer subsídios que permitam compreender os fatores estruturais que estão ligados à relação profissional de saúde - paciente gestante/puérpera e ao acontecimento da VO, ou seja, as circunstâncias e as possibilidades de acontecimentos que gravitam em torno do termo VO e do próprio acontecimento da VO. Além disso, a pesquisa coteja os resultados dessa teorização sobre os dados empíricos com o estado da arte do marco legal brasileiro acerca da VO. Busca-se, ao final, uma compreensão, ainda que parcial e exploratória, restrita aos limites do método adotado, sobre o que se fala sobre a VO no contexto pesquisado e de que forma o que se fala se correlaciona com o Direito, ou seja, como o Direito se posiciona em relação ao conteúdo das narrativas coletadas no campo. Os limites do método a que me refiro serão explorados mais adiante, mas dizem respeito a três fatores: representatividade da população estudada, número de indivíduos entrevistados e tempo de entrevista.

Via de regra, a maior parte das pesquisas jurídicas ocupa-se exclusivamente da epistemologia, da dogmática ou da hermenêutica, campos dotados de menor grau de empiria. É o que demonstra a figura 3, de Veronese (2006). Na classificação proposta pelo autor, essa tese situa-se no campo das *consequências*, vez que se debruça sobre estudo empírico que busca conhecer o modo como é aplicado o Direito na relação entre médico e paciente gestante/puérpera no contexto da VO e o modo como isso se correlaciona ou não com o conteúdo dos discursos coletados no campo.

FIGURA 3 - Estimativa de grau de empiria em pesquisa jurídica

Mais empírico ↑ Menos empírico	Conseqüências	“Como é aplicado o direito?”	Ciências empíricas
	Interpretação	“Como analisar o direito?”	Hermenêutica
	Descrição	“Como estão organizadas as normas?”	(a) dogmática; e (b) ciências empíricas
	Pressupostos teóricos	“O que é o direito?”	Epistemologia

FONTE: Veronese (2006).

A restrita ou limitada utilização da pesquisa empírica no Direito tem sido alvo de críticas nas últimas décadas. Bittar (2016) apresenta um posicionamento crítico em relação à prática da pesquisa jurídica que se faz no Brasil justamente porque ela é efetivada sem empiria e porque o conhecimento produzido é estritamente exegético, excetuando-se raríssimos esforços de grupos de pesquisa. O autor critica a forma como tem se desenhado a relação entre Direito e as demais Ciências Sociais e aduz que a interdisciplinaridade pode modificar o costume de isolamento cultural que a tradição positivista provocara no Direito.

Nesse sentido, o autor afirma que, como o Direito não pode ser conhecido senão como fenômeno social, é necessário que o seu estudo, caso se deseje profundo e adequado, seja realizado com base na interdisciplinaridade, o que levaria a superar os caminhos monológicos da tradição dos estudos positivistas, centrados na autocompreensão do Direito a partir das normas jurídicas. A interdisciplinaridade incrementaria a qualidade da reflexão jurídica e estimularia reflexões mais completas e críticas em função da capacidade de interconexão com outras áreas do conhecimento. O autor afirma que é pluralizando os olhares sobre o Direito que se promove, contemporaneamente, um movimento de compreensão mais aberto, dilatado e qualificado sobre os múltiplos aspectos envolvidos nas discussões jurídicas (BITTAR, 2016, p. 43).

Em busca de produzir conhecimento que colabore com essa interdisciplinaridade, essa tese propõe-se a analisar, com atenção meticulosa às singularidades e aos processos estruturais, o conteúdo dos discursos de profissionais de saúde e de pacientes gestantes/puérperas acerca da relação profissional de saúde - paciente e do acontecimento da VO. Tento congregar esforços das áreas da Medicina e da Saúde (áreas em que cursei graduação e mestrado, respectivamente), do Direito (área em que curso o doutorado) e da Filosofia (área em que me debrucei sobre Foucault durante o doutorado) para colaborar, em alguma medida, com a construção de um conhecimento que pretende ser interdisciplinar no campo de estudos sobre a VO.

Adianto que, ao final da pesquisa, foi possível identificar algumas aproximações e alguns distanciamentos entre o conteúdo dos discursos sobre a VO, o acontecimento da VO e o enquadramento normativo brasileiro que regula o tema. A tese, sob nenhuma hipótese, busca o estudo da norma em sentido puro ou isolado, pelo contrário, busca o estudo do contexto social em que ela opera, busca ultrapassar o isolamento metodológico do Direito, da Medicina e da Sociologia, diminuindo o fosso teórico-empírico nessas três grandes áreas do conhecimento. É nesse lugar de conexão em que se coloca a presente tese.

2.2.1.1 Método empírico e exploratório

A tese apresenta desenho metodológico empírico e exploratório e se utiliza de entrevistas episódicas semiestruturadas na coleta de campo. Abro aqui um parêntese para falar sobre essa escolha. Como foram realizadas entrevistas curtas, uma das limitações da pesquisa foi motivada justamente pela dificuldade em se criar vínculos e laços com os entrevistados, a realidade é que havia pouco tempo para isso. Explico a escolha.

Ela se deu em razão de três motivos principais: (i) a coleta em campo foi realizada durante a pandemia de COVID-19 (maio/2021); (ii) existia limitação de tempo da pesquisadora (dois empregos + doutorado); (iii) existia limitação de tempo dos entrevistados (profissionais de saúde em meio a uma pandemia e mães com seus filhos recém-nascidos). Ante esse cenário, tive que fazer uma escolha: ou entrevistava menos pessoas e conferia um tempo maior para cada entrevista ou entrevistava mais pessoas e conferia um tempo menor para cada entrevista. Optei por fazer um maior número de entrevistas de menor duração. Especialmente porque já tive dificuldades em convencer os participantes a conceder uma entrevista de 20 minutos a uma desconhecida. Ampliar esse tempo não me pareceu uma estratégia viável, principalmente porque minha seleção de estudo é notadamente assoberbada: profissionais de saúde com dois ou três vínculos de trabalho em plena pandemia, mulheres com filhos recém-nascidos e eu, pesquisadora, com dois empregos + doutorado.

Naturalmente que a entrevista, ainda mais sendo breve, é sempre um pequeno recorte da realidade, muitas vezes, a partir dela não é possível identificar contradições e lacunas entre o “falado” e o “vivido” pelo entrevistado. Isso é uma limitação da pesquisa e a assumo como parte inerente aos meus resultados.

O que se pretende fazer na tese é analisar os discursos coletados em campo para verificar se há ali conteúdos que se conectam ao biopoder de Foucault, de modo a testar as hipóteses de pesquisa, as quais se fundam em dois pilares: (a) Os discursos sobre a VO podem

ser compreendidos a partir da categoria biopoder de Foucault?; (b) Há conteúdos ligados ao biopoder de Foucault nos discursos sobre a VO coletados em campo?

As características das perguntas formuladas dialogam com o posicionamento teórico de Foucault, sobretudo no que se refere ao empirismo e às práticas discursivas, concebidas como o conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definem, em uma dada época e para uma determinada área social, as condições de exercício da função enunciativa (FOUCAULT, 2004, p. 136). Essas regras históricas sobre os saberes em diferentes épocas organizam os objetos de saber, seu modo de existência, os sujeitos do conhecimento na sua posicionalidade e os conceitos de saber válidos dentro dessa configuração. É isso que norteia os modos de significar os discursos sobre as práticas obstétricas violentas que serão aqui debatidos. Na sequência, indico as exposições de motivos que justificam e reforçam as escolhas metodológicas ora mencionadas.

O método de procedimento empírico é aquele em que se faz um experimento, ou seja, observa-se ou modela-se a realidade pesquisada para comprovar ou refutar hipóteses. Ele utiliza-se de regras de inferência, parte de fatos conhecidos para aprender sobre fatos desconhecidos. De acordo com Epstein e King (2013), o elemento central de uma pesquisa empírica é a referência a fatos. É exatamente o que se pretende fazer nessa tese, observar a realidade (coletar e analisar o discurso) para avaliar as hipóteses formuladas. Como a evidência que se está a tratar na pesquisa é não numérica (forma e conteúdo do discurso), a técnica escolhida é a qualitativa, que trabalha com dados não numéricos.

Nas pesquisas que se utilizam de entrevista difere-se, na investigação, a condição em que se coloca o pesquisador em relação ao objeto de estudo: ele é ou se torna um integrante do campo investigado e dele participa efetivamente. Nesse sentido, dois casos podem ocorrer: **(i)** o pesquisador já integra o campo investigado, seja como funcionário de determinado órgão, seja como associado, representante, frequentador ou morador (observação natural); **(ii)** o pesquisador torna-se um membro do campo investigado (observação artificial). Vale dizer que, em ambos os casos, o pesquisador participa sem qualquer motivação imediata de transformar aquele ambiente, apenas busca conhecê-lo (GUSTIN, 2002).

Nessa tese, a pesquisadora é classificada como observadora artificial, vez que se tornou membro do campo de investigação no decorrer da pesquisa, ou seja, não integrava previamente os cenários de estudo, formados pelo ambulatório de pré-natal e pelo centro obstétrico da maternidade do Complexo do Hospital de Clínicas de Curitiba. Cautelas metodológicas foram adotadas por parte dessa pesquisadora com vistas a reduzir a possibilidade de incorporação de subjetividades e de elementos ideológicos à tese, tais como a randomização dos participantes,

a gravação audiovisual das entrevistas e a auditoria dos resultados de pesquisa pela professora orientadora.

Aqui, vale um breve parêntese. Como mencionado na introdução, os entrevistados falaram a uma pesquisadora acadêmica graduada em Medicina. Essa informação se apresenta de maneiras diferentes para pacientes gestantes/puérperas e para profissionais de saúde. Nesse ponto, a riqueza teórico-metodológica de Cláudia Fonseca (2017) acerca do “posicionamento” do pesquisador funciona como inspiração. Fonseca lembra que a posição do pesquisador pode oscilar no tempo e no espaço em uma pesquisa de campo: ora sendo ele posicionado como cúmplice, como colaborador, alguém merecedor de receber confissões, informações e detalhes só entregues aos de confiança; ora sendo ele posicionado como o “outro”, aquele que não faz parte daquela categoria, aquele que não “sentiu na pele” o sofrimento, o exótico, o distante, o curioso (FONSECA, 2017).

O fato de a ouvinte ser uma pesquisadora, por si só, traz implicações no processo de enunciação do discurso dos entrevistados. Como a entrevista é um momento oportuno para expressão de experiências não reveladas em outros contextos, para revisitação da própria história, para percepção profunda dos eventos vivenciados e para constituição de sentidos e de mobilização de afetos (SIONEK; ASSIS; FREITAS, 2020), esses aspectos podem influenciar tanto a forma quanto o conteúdo dos discursos enunciados.

Também o fato de o enunciador dispor da informação de que seu discurso está sendo gravado e será, posteriormente, analisado em detalhes pela pesquisadora, pode gerar certa modificação tanto da forma quanto do conteúdo dos discursos. Por exemplo, o entrevistado pode utilizar linguagem diversa daquela adotada no seu dia a dia (mais ou menos técnica, por exemplo) ou se sentir constrangido em revelar que desconhece determinado conceito ou fenômeno a ponto de omitir essa informação do entrevistador.

É muitas vezes na tentativa de ajustar sua narrativa às expectativas do pesquisador que o informante tece seus exageros: para entreter seu interlocutor tanto quanto para manipulá-lo. Assume-se um determinado tipo de discurso — aquela parte de sua vida — que considera adequado naquele contexto da entrevista. Um discurso nem falso, nem verdadeiro, mas que representa apenas uma dimensão de uma realidade social multifacetada. Reações de dissimulação, adulação, hostilidade, franqueza ou indiferença — é um dado fundamental da análise que diz muito sobre relações de desigualdade e dominação. Mas é um engano igualmente ingênuo reduzir a realidade àquela dimensão que diz respeito a nossa presença. Ousamos imaginar que existe vida social além da situação pesquisador-pesquisado e — quem sabe — além da relação dominante-dominado (ou, pelo menos, algo que não se explica só em

função dela) (FONSECA, 1995).

No contexto dessa tese, o impacto da informação sobre “para quem fala” do ponto de vista dos profissionais de saúde pode representar, por exemplo: maior ou menor conforto e liberdade para relatar percepções acerca da VO, utilização de linguagem predominantemente técnica, utilização de exemplos de casos concretos, transmissão de mensagens diretas à classe médica e/ou à classe da enfermagem, cuidado com a utilização de determinados termos para se referir aos colegas de trabalho, abrandamento de críticas em relação à postura assumida por profissionais de saúde, ocultação de faltas graves praticadas por profissionais de saúde e constrangimento em relatar condutas inadequadas praticadas por esses profissionais.

Por sua vez, o impacto da informação sobre “para quem fala” do ponto de vista das pacientes gestantes/puérperas pode representar: minimização da gravidade dos fatos ao enunciar violências sofridas, vergonha pelo desconhecimento técnico ou por ter sido vítima de violência, transferência e contratransferência (projeção de sentimentos originários de outros relacionamentos), tentativa de não melindrar profissionais responsáveis por seu atendimento, constrangimento ao enunciar críticas aos profissionais de saúde, abrandamento das críticas voltadas aos profissionais de saúde, preocupação com a manutenção da “reverência” e do respeito em relação ao médico e silenciamento.

Isso se torna ainda mais importante em razão do modelo de assistência à saúde predominante no Brasil: um modelo biomédico e não centrado no paciente. Esse modelo baseia o papel do médico exclusivamente na eliminação de doenças e lhe confere grande autoridade e poder, os quais se manifestam na relação estabelecida entre ele e o paciente. O encontro que ocorre durante a consulta médica é centrado no médico ou na doença e a perspectiva do paciente é considerada pouco relevante (ROTTER; HALL, 2006). O relatório Flexner de 1910 é o marco histórico que consolidou o modelo biomédico na Medicina moderna. Ele enfatiza a necessidade de aprofundar o conhecimento funcional do corpo humano e favorece esse processo por meio da organização do ensino médico em departamentos e disciplinas (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Esse modelo biomédico apresenta características bem descritas por Foucault, como o disciplinamento dos saberes, os instrumentos de normalização, a medicalização da sociedade, a estatização do biológico e o direito de *fazer viver e deixar morrer* praticado com auxílio da Medicina (FOUCAULT, 1977; FOUCAULT, 1999).

Sob a ótica foucaultiana, esse elemento do “para quem fala” na tese possui implicação no campo ou domínio associado, que aduz que a interpretação dos discursos se dá apenas a partir da interação social, da relação social estabelecida entre dois ou mais indivíduos (FOUCAULT, 1986). Todos esses fatores que envolvem a forma dos discursos coletados em

campo estão implicados, direta ou indiretamente, nas análises conteudísticas desses mesmos discursos. Tudo isso impactou nos resultados dessa tese. Fecho parênteses.

Embora eu não tenha realizado entrevistas em profundidade, parto de uma espécie de inspiração antropológica, estimulada pela pesquisadora Cláudia Fonseca, membra da banca de qualificação, para tentar apresentar e discutir os resultados de maneira mais interessante. Tento conferir brilho aos dados do campo buscando valorizar a interlocução com os entrevistados, fazendo uma descrição densa da realidade (na medida do possível - dentro do método adotado), enfatizando os contextos detalhados e os bastidores (na medida do possível - dentro do método adotado), abrindo-me para a realidade, desenvolvendo a capacidade de contemplar os fatos, arriscando-me a sacudir ideias pré-concebidas na vida acadêmica, dotando os dados de alguma materialidade política, valorizando o diário de campo, mostrando a potência do empírico, almejando colocar o leitor dentro do campo virtual em que estive (visualizando-se ali), detalhando minhas impressões e reações nesse campo, bem como as reações dos entrevistados, esmiuçando aquele cotidiano que vivi durante a coleta, as subjetividades, criando dúvidas, levantando possibilidades. Enfim, levantando hipóteses sobre os hiatos e as assimetrias que existem entre a nossa maneira de ver as coisas e a dos outros, entendendo o terreno e, só depois, procurando entender a representatividade que vem dele. Um percurso entre o encontro tenso entre o individualismo metodológico (que tende para a sacralização do indivíduo) e a perspectiva sociológica (que tende para a reificação do social) (FONSECA, 1998).

Os preceitos propostos por Mariza Peirano (2014) para classificar uma boa etnografia são um horizonte do qual eu gostaria de, ao menos, tentar me aproximar. Novamente, resalto, dentro das limitações do método que escolhi. Segundo a autora, boas etnografias cumprem, pelo menos, três condições: (i) consideram a comunicação no contexto da situação; (ii) transformam para a linguagem escrita o que foi vivo e intenso na pesquisa de campo, transformando experiência em texto; e (iii) detectam a eficácia social das ações de forma analítica. Nas palavras de Fonseca (1998), isso equivaleria às seguintes etapas: (i) Estranhamento (de algum acontecimento no campo); (ii) Esquematização (dos dados empíricos); (iii) Desconstrução (dos estereótipos preconcebidos); (iv) Comparação (com exemplos análogos tirados da literatura) e (v) Sistematização do material em modelos alternativos.

2.2.1.2 Unidade de análise e seleção

A coleta de dados da pesquisa está baseada na realização de entrevista individual

semiestruturada (apêndice C) realizada remotamente/virtualmente com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e pacientes gestantes/puérperas vinculados ao ambulatório de pré-natal e ao centro obstétrico da maternidade do Complexo do Hospital de Clínicas de Curitiba, escolhido como cenário do estudo. A seleção inclui pacientes gestantes e puérperas, vez que foram utilizadas bases de dados cadastrais de pacientes vinculadas ao pré-natal (gestantes) e ao centro obstétrico (puérperas).

Trata-se, portanto, de método que envolve a triangulação de fontes para fins de dirimir as possibilidades de viés de seleção. A triangulação não é um método em si, mas sim, uma estratégia de pesquisa que combina métodos, teorias, fontes, dados ou investigadores, adequando-os a determinadas realidades (MINAYO et. al., 2005, p. 71). O fundamento da triangulação é a interdisciplinaridade e sua finalidade é a de enriquecer ou a de tornar mais seguro o método científico. Neste sentido, triangular, no caso dessa tese, é combinar e cruzar múltiplos pontos de vista de diferentes atores da relação médico-paciente gestante/puérpera (incluída aqui a pesquisadora), integrando a visão desses diferentes informantes a respeito do mesmo acontecimento, a VO. Assim, com finalidade de diminuir a possibilidade de viés de seleção, é que se optou por triangular dados no sentido de trabalhar com informantes dos dois polos do acontecimento da VO: profissionais de saúde e pacientes gestantes/puérperas. Ressaltando que eu, como pesquisadora e profissional de saúde/médica, também estou implicada e interfiro nessa triangulação.

A escolha do local de estudo, a maternidade do Complexo do Hospital de Clínicas de Curitiba, está baseada em dois fundamentos principais. Em primeiro lugar porque ela faz parte da rede SUS e, juntamente com o Hospital Evangélico Mackenzie, o Hospital do Trabalhador e a Maternidade Bairro Novo, é um dos serviços que mais realiza partos no município de Curitiba¹³. Ou seja, escolhi esse local por se tratar de uma referência importante no cuidado da saúde materna dentro do sistema público de saúde do Estado do Paraná/PR. Em segundo lugar porque há algum grau de aproximação entre mim, enquanto pesquisadora, e o local, vez que sou servidora da UFPR. Esse fato colaborou no acesso, na acolhida e na receptividade que tive no campo e assegurou maior viabilidade da pesquisa, inclusive para fins de cumprimento de todas as exigências e trâmites relativos ao Comitê de Ética em Pesquisa (assinaturas de chefias de serviços, etc.).

Como mencionado, os entrevistados na tese falam de dentro de um serviço público de saúde vinculado ao SUS. Pelo lado dos profissionais de saúde, incluindo a pesquisadora, isso

¹³ Notícia disponível em: <https://www.plural.jor.br/noticias/vizinhanca/conheca-as-maternidades-onde-mais-nascem-bebes-em-curitiba/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

pode apresentar implicações no que se refere à forma e ao conteúdo dos discursos proferidos. Por exemplo, ainda que com a garantia do sigilo da pesquisa, esses profissionais entrevistados podem ter modificado forma ou conteúdo de algumas falas em virtude do receio da possibilidade de impacto desse conteúdo no relacionamento com colegas de trabalho e com as chefias do serviço em questão. É um cenário que conta com profissionais concursados, as equipes são relativamente estáveis e não há tanta rotatividade. Além disso, esse lugar de onde falaram os profissionais de saúde fez aparecer nos discursos algumas questões específicas e particulares relativas à organização e à estrutura do CHC da UFPR. Não lancei perguntas sobre essas questões, mas elas apareceram espontaneamente nas falas dos profissionais de saúde. Essas repercussões provavelmente seriam diferentes se a pesquisa ocorresse no sistema privado de saúde, vez que, nesses serviços os vínculos e as relações de trabalho são habitualmente diferentes e as perspectivas e interesses dos profissionais que ali atuam também podem ser.

Pelo lado das pacientes gestantes/puérperas essas implicações sobre o “de onde fala” podem ser ainda mais pronunciadas. Um exemplo disso se refere à possível necessidade de continuidade do uso do serviço sobre o qual essas mulheres enunciaram. Em que pese todas as garantias sobre o sigilo dos dados coletados na pesquisa e o fato de a tese não ter como objetivo a avaliação da satisfação do usuário com relação ao serviço, o impacto desses fatores foi perceptível. A minha impressão foi a de que alguns silêncios dessas pacientes entrevistadas estavam relacionados a esse fator. Outra repercussão foi quanto à disponibilidade dessas pacientes em participar da pesquisa. Como se trata de um serviço público, é comum haver algum elemento de gratidão e vinculação afetiva dessas mulheres para com esse serviço. Em alguns casos, elas não possuem planos de saúde e o SUS é a única porta a acolhê-las. Em um serviço privado talvez eu não tivesse uma receptividade tão acolhedora ou disponível das pacientes, vez que não há uma vinculação forte entre as pacientes e os serviços. A paciente tem a possibilidade de escolher qualquer estabelecimento credenciado àquela operadora de saúde, inclusive pode migrar de local de atendimento, opção nem sempre disponível no SUS.

Outra importante repercussão desse local de fala dos entrevistados tem a ver com a possibilidade de viés de seleção ou viés de expectativas de respostas socialmente aceitas (LUA *et al.*, 2018) em virtude do espaço em que cada um dos entrevistados está posicionado. A questão do estigma do serviço público e do SUS (REIGADA; ROMANO, 2018), como se verá adiante, apareceu em alguns discursos coletados no campo.

Estudos mencionam que o poder de pressão exercido pelos usuários do sistema público de saúde é baixo, pois não há necessidade de captação de clientela como existe no setor privado. Há um sentimento geral de gratidão por parte do usuário do sistema público. A dificuldade de

conseguir atendimento resulta em baixa expectativa pela qualidade do serviço, ou seja, o simples fato de ser atendido já pode produzir satisfação, as pessoas não esperam muito mais das instituições públicas. Assim, em muitos casos, os usuários evitam criticar os serviços em virtude desse viés, tanto pelo medo de perder o acesso quanto pela relação de dependência que estabelecem com os profissionais de saúde que ali atuam (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005; VAITSMAN; ANDRADE, 2005; FRÉZ; NOBRE, 2011).

Isso faz sentido no contexto estudado nessa tese, pois os serviços públicos prestados pelo CHC são considerados referência em saúde materno-infantil em todo Estado do Paraná. Na lógica da rede SUS há, inclusive, certa disputa entre pacientes na tentativa de serem encaminhados ao CHC, pois vigora no senso comum uma percepção de que o local possui maiores e melhores condições técnicas e estruturais para prestar atendimento do que hospitais de menor porte, por exemplo. Embora isso nem sempre seja uma relação linear, de estrutura hospitalar x qualidade do atendimento, muitas pacientes creem nessa premissa e acreditam que devem ser gratos pelo simples fato de conseguirem ser recebidos pelo CHC, deixando, por vezes, submersos ou apagados eventuais episódios inadequados ou violentos que tenham sofrido nesse ambiente.

Nesse ponto, o aporte teórico de Cláudia Fonseca (2017), em sua minuciosa análise de lócus de “dentro e fora” na pesquisa de campo, serviu de inspiração e alento, ora firmando os limites territoriais do campo pesquisado, ora fornecendo sementes para subverter qualquer demarcação nítida, ora situando-me como uma espécie de cúmplice, ora posicionando-me como o “outro” (FONSECA, 2017). Ou seja, eu, uma médica pesquisadora desconhecida por aqueles entrevistados falando por uma tela virtual, uma mulher sem filhos ouvindo outras mulheres que são mães, uma estudante de pós-graduação conversando com pessoas que também são estudantes ou o foram há pouco tempo, enfim, são muitas as possibilidades de leitura que os entrevistados tiveram para me posicionar ora como “dentro” daquele campo, ora como “fora” daquele campo.

O primeiro passo para a coleta dos meus dados se deu a partir da solicitação formal de dados pessoais (nomes e contatos telefônicos) dos indivíduos a serem convidados a participar da pesquisa ao gestor responsável pelo banco de dados que contém informações cadastrais de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e de pacientes gestantes/puérperas vinculados à maternidade do Complexo do Hospital de Clínicas de Curitiba. Nessa etapa, foram coletados, em planilhas eletrônicas do *Microsoft Excel*, nomes e contatos telefônicos de profissionais e de pacientes gestantes/puérperas que possuíam cadastro ativo junto ao Hospital mencionado no período compreendido entre 16/03/2020 e 16/03/2021. Essa primeira etapa de seleção

corresponde à seleção intencional da população de estudo (SAUNDERNS; TOWNSEIND, 2019).

Quanto à seleção intencional, os meus entrevistados foram escolhidos com base em critérios de: **(i)** homogeneidade e heterogeneidade; **(ii)** fruição de saber técnico ou popular em Obstetrícia; **(iii)** proximidade e transversalidade com a prática obstétrica.

O primeiro critério, homogeneidade e heterogeneidade, provém do Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS), que consiste em um método qualitativo de pesquisa desenvolvido por Nicolaci-da-Costa a partir de seus estudos no campo da psicologia clínica (NICOLACI-DA-COSTA, 2007). Esse recurso foi desenvolvido com o intuito de trazer à tona em entrevistas transformações e conflitos psicológicos e mentais que muitas vezes *não são verbalizados explicitamente* pelos entrevistados porque eles próprios não têm consciência desses aspectos. Esse método possui fases pré-fixadas: seleção da amostra (fase 1), construção do roteiro de entrevistas (fase 2), entrevistas (fase 3), transcrição literal e linear dos depoimentos (fase 4) e análise dos depoimentos coletados (fase 5). Neste estudo, foram utilizados critérios de seleção da fase 1 do MEDS. Segundo essa metodologia, os procedimentos adotados para promover o recrutamento da seleção a ser entrevistada devem seguir um de dois princípios básicos: a *heterogeneidade* ou a *homogeneidade* de características chaves dos participantes.

Quanto à heterogeneidade, um dos melhores exemplos da aplicação desse princípio é o da estratégia de "variação máxima", que dita que os participantes devem ser propositalmente selecionados por apresentarem características diferentes naquelas dimensões que são importantes para a pesquisa. Já a preocupação com a homogeneidade da seleção, em contrapartida, se manifesta por meio do recrutamento de participantes a partir de critérios similares específicos e pré-estabelecidos em função dos objetivos da pesquisa (MAXWELL, 2005). Segundo Turato (2003), estes critérios podem almejar uma homogeneidade fundamental (por exemplo, uma patologia ou uma característica em comum) ou uma homogeneidade ampla (por exemplo, atributos pessoais em comum, como idade, gênero, ocupação, classe social).

A heterogeneidade está representada nessa tese por duas categorias de sujeitos: profissionais de saúde e pacientes gestantes/puérperas, cada qual inserida em um determinado contexto e espaço social. Já a homogeneidade fundamental está representada no fato de que todos os sujeitos entrevistados dispõem de saberes, científicos ou populares, a respeito da gestação e do corpo da mulher, o que se traduz em potencial de concederem informações capazes de aprovisionar resposta social ao problema de pesquisa.

Os outros dois critérios, fruição de saber técnico ou popular em Obstetrícia e proximidade e transversalidade com a prática obstétrica, foram por mim criados a partir da

seguinte premissa: critérios que colocam na roda da conversa os principais atores envolvidos na relação profissional de saúde - paciente no universo da Obstetrícia.

Após aplicados esses critérios iniciais, em uma segunda etapa de seleção, defini os sujeitos que efetivamente participaram do estudo. Fiz isso por meio de método randômico/probabilístico do tipo aleatório simples sem reposição. Em outras palavras, sorteei, dentro da listagem contendo nomes e contatos telefônicos previamente selecionados, por meio do *software Microsoft Excel* (função ALEATÓRIOENTRE), um elemento do grupo a ser convidado a participar das entrevistas. Esse processo foi repetido até que foram sorteadas as “n” unidades da seleção, no caso, 30 pessoas convidadas. Diz-se sem reposição pois cada elemento foi amostrado uma única vez, ou seja, após o indivíduo ser sorteado ele foi retirado da listagem (BUSSAB; MORETIN, 2006).

O tamanho final da seleção, composto pelo número de pessoas de fato entrevistadas, foi definido por saturação teórica (MAGALHÃES; LIMA, 2013). Saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da Saúde. É utilizada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma seleção em estudo, interrompendo a captação de novos componentes quando o conteúdo coletado passa a se repetir. O fechamento da seleção por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (DENZIN; LINCOLN, 1994; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Um ponto importante a ser considerado quanto ao número de participantes entrevistados diz respeito ao fato de que pesquisas qualitativas utilizam, tradicionalmente, número de participantes consideravelmente menor quando comparadas às pesquisas quantitativas. Isso se dá em razão do volume de dados analisados, do grau de profundidade que a análise qualitativa requer e do tempo que isso demanda (WEISS, 1994; TAYLOR, 2001; RUBIN; RUBIN, 2005). Parte-se também desse pressuposto para justificar o número de participantes dessa tese. No total, foram convidados 30 indivíduos e entrevistados, efetivamente, 19 indivíduos, os demais se recusaram a participar da pesquisa.

Como critérios de inclusão do estudo, estabeleci os seguintes parâmetros: profissionais de saúde e pacientes gestantes/puérperas vinculados ao ambulatório de pré-natal e ao centro obstétrico da maternidade do Complexo do Hospital de Clínicas da UFPR cujos cadastros pessoais estavam ativos no banco de dados do CHC no período compreendido entre 16/03/2020 e 16/03/2021. Por seu turno, como critérios de exclusão, defini: indivíduos não localizados a

partir do número telefônico que constava no cadastro de dados fornecido pelo CHC (mudança de número, número errado, etc.); números de telefone que não dispunham de recurso de aplicativo *Whatsapp* (verificado no momento da inserção do número telefônico na agenda do celular da pesquisadora) e indivíduos que não responderam às mensagens de texto e de áudio e às ligações via aplicativo *Whatsapp* quando do convite para participar do estudo.

Os dados foram coletados no período compreendido entre 01/06/2021 e 30/06/2021 e analisados entre 01/07/2021 e 01/07/2022.

Três fatores metodológicos que considero como limitações do estudo consistem em: **(i)** reduzida representatividade da população estudada, vez que derivada de uma única maternidade pública do Município de Curitiba; **(ii)** limitado número de indivíduos entrevistados; **(iii)** tempo de entrevista relativamente curto; **(iv)** a utilização de entrevistas remotas; **(v)** não inclusão de maior número de entrevistadas negras e **(vi)** não inclusão de entrevistadas migrantes, deficientes e indígenas em função da seleção randômica (sorteio). Naturalmente, essas limitações acarretam em reflexos/entraves quanto à possibilidade de generalização e de abstração dos resultados encontrados para outros cenários e outras populações.

Todavia, em que pese tais limitações, há elementos que justificam essas decisões metodológicas adotadas: **(i)** o resultado da técnica de saturação teórica demonstrou ser exatamente esse, no contexto estudado, o número adequado de participantes selecionados; **(ii)** há inegável grau de representatividade e heterogeneidade na seleção, vez que foram analisados discursos de dois grupos sociais distintos: profissionais de saúde e pacientes gestantes/puérperas; **(iii)** para além do número, há que se considerar o grau de profundidade das entrevistas realizadas, sendo importante registrar que as entrevistas resultaram em considerável volume de dados a serem analisados; **(iv)** há entraves burocráticos, como necessidade de acesso ao campo/instituições e autorizações e documentos exigidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa que impediram, do ponto de vista prático, que outras maternidades públicas ou privadas fossem incluídas na pesquisa; **(v)** o contexto pandêmico e as limitações da pesquisadora e dos pesquisados explicados no item 2.1.1.1 explicitam os motivos pelos quais se optou por entrevistas breves e remotas; **(vi)** na segunda etapa da seleção utilizou-se método de seleção randômico (participantes sorteados).

Outro fator metodológico a ser considerado como limitação do estudo possui relação direta com a profissão exercida por mim, pesquisadora (médica). Isso gera dois riscos principais à tese. Um primeiro, relacionado à possibilidade de interferência em razão de conflito de interesse, ostensivo ou não, consciente ou inconsciente, por parte da pesquisadora, sobretudo

com risco de viés de confirmação na coleta e na análise de dados. Um segundo, relacionado à possibilidade de influência, voluntária ou involuntária, consciente ou inconsciente, que a profissão da pesquisadora gera no comportamento e nas respostas fornecidas pelos entrevistados, os quais, eventualmente, podem amoldar o discurso em sua forma e conteúdo (de modo positivo ou negativo, atenuante ou agravante), diante da informação sobre a profissão da pesquisadora.

Oportuno ressaltar ainda que em decorrência das limitações de circulação impostas pela pandemia de Covid-19, nenhuma etapa da pesquisa empírica se deu de modo presencial. A divulgação do estudo, o convite para participação, o envio/recebimento do TCLE, a realização das entrevistas e a devolutiva preliminar dos resultados aos participantes se deram de forma remota/virtual, via aplicativo de mensagens (*Whatsapp*).

Relembro aqui as sábias considerações de Cláudia Fonseca (2000) a respeito das limitações dos métodos de pesquisa. Fonseca (2000), em uma conclusão libertadora a todos os pesquisadores, esclarece que não existe método sem calcanhar de Aquiles. Ela explica que é obviamente importante fazer a exegese sistemática de qualquer método escolhido pelo pesquisador, refletindo sobre suas fragilidades. Alerta, no entanto, que, em certos casos, este processo de "eterna autovigilância epistemológica" leva a uma espécie de paralisia. Ou seja, ao almejar corrigir todos os defeitos possíveis e assim evitar qualquer crítica, ao tentar "dar conta de tudo" ou fazer "o estudo definitivo" de seu tema, o pesquisador pode incorrer no erro de deixar de tirar pleno proveito da perspectiva pela qual optou. A autora afirma que reconhecer os limites inevitáveis do método tem efeito contrário: libera o pesquisador para explorar ao máximo as vantagens de sua proposta. É com esse espírito que encaro a proposta metodológica dessa tese: apresento as limitações e fragilidades e tento explorar ao máximo a perspectiva escolhida.

2.2.2 Pesquisa qualitativa aplicada à pesquisa jurídica

A análise qualitativa de dados é um fenômeno que se caracteriza por um processo que tem como foco a fidelidade ao universo de vida cotidiano das pessoas. Ela está baseada nos mesmos pressupostos da pesquisa qualitativa (ALVES; SILVA, 1992). Segundo André (1983), ela visa apreender o caráter multidimensional dos fenômenos em sua manifestação natural, bem como captar os diferentes significados de uma experiência vivida, auxiliando a compreensão do indivíduo no seu contexto. Trata-se de lógica oposta àquela utilizada em pesquisas quantitativas, que possuem limites claramente mais estreitos para a leitura de dados. De modo

simplificado, se diz que a pesquisa quantitativa quantifica, mede ou mensura o objeto de pesquisa em percentuais e estatísticas, já a pesquisa qualitativa, por seu turno, procura entender ou compreender o objeto de pesquisa em profundidade.

Nessa pesquisa, utilizo de investigação qualitativa no intuito de não deixar escapar à análise de conteúdo dos discursos sobre a relação profissional de saúde - paciente e a VO sua complexidade, sua profundidade, as relações de força, as transformações históricas e singulares das estruturas sociais e a dimensão contingente das práticas humanas. Nas palavras de Goldman (1993), isso se dá de forma a superar dinâmicas de fragmentação a partir da elaboração de uma visão que unifica os diferentes, mantendo interligados vertentes e momentos do social, do político e do técnico, todos subordinados à realidade dos fatos investigados. Busca-se, ao final, suprimir a pré-noção, desmascarar formas mistificadoras, voltar na pluralidade da origem, perceber a dispersão dos começos, a constituição das fundações, aquilo que foi fabricado e instalado (filosofia do acontecimento), integrando todos esses conceitos, pessoas e objetos, fazendo deles instrumentos úteis na investigação do objeto de pesquisa.

É por esse meio que pretendo atingir o objetivo da tese, compreendendo e explorando a multiplicidade de discursos coletados em campo ou, em termos foucaultianos, a *constelação* ou o *arquivo* de discursos estabelecido por uma *vontade de verdade*, conectando esses conteúdos às noções de discurso e de biopoder de Foucault. Assim, perquirindo os discursos do campo e fazendo a sua contraposição com o arcabouço teórico, parto em busca das condições de possibilidade, do contexto de existência, das condições estruturais ligadas aos discursos sobre a VO e ao próprio acontecimento da VO. O estudo volta-se, assim, à exploração da constituição estrutural da VO, isto é, aos processos de interpretações e perspectivas, aos embates de forças entre diferentes significações, às lutas entre diferentes compreensões acerca do termo VO e do acontecimento VO. Trata-se, portanto, de uma aproximação fenomenológica que busca compreender com alguma profundidade o objeto de estudo.

2.2.2.1 Categoria analítica biopoder de Foucault

Antes de partir em busca de possíveis pontos de conexão entre as noções foucaultianas de discurso e biopoder e o conteúdo dos discursos sobre a VO coletados em campo, retomo, brevemente, a linha trilhada por Foucault para explicar a relação entre saber e poder, a partir da qual foi construída a categoria analítica biopoder, fundamental a essa tese.

A partir do século XVIII as estratégias punitivas do poder soberano perderam força. Diante disso, foram sendo desenvolvidas outras estratégias para disciplinar a população, os

sujeitos e seus corpos. Ganharam importância, nesse momento, instituições como conventos, quartéis, escolas, manicômios, hospitais e a família. Ocorreu uma desqualificação da morte, marcada pelo desuso dos rituais macabros que a acompanhava. A vida passou a ser o foco de todo poder e foi sobre ela que o poder passou a estabelecer seus pontos de fixação. A morte tornou-se apenas o limite, o momento que escapa à vida. E o saber, como reforço de autoridade, passou a ter importância central nesse novo cenário.

Segundo Foucault (1999), dessa maneira, o século XVIII foi o século do disciplinamento dos saberes. Isso se fez a partir do estabelecimento de critérios de seleção que permitiram descartar o que se considerava falso saber ou saber menor por meio de instrumentos de normalização, homogeneização, centralização e regularização dos saberes. Surge, nesse momento, a ciência. Ela foi tomada como domínio geral, selecionou alguns saberes e desclassificou outros. Foi a ciência que passou a definir o que era verdade e a classificar sujeitos entre autorizados/qualificados e proibidos/desqualificados de enunciar. Uma verdadeira rotação de enunciados.

De acordo com Foucault, o poder sempre se configura por meio de dispositivos, como discursos e práticas concretas em campos, com extensões variadas. Como mencionado, o poder não é algo estanque e de direção única, pelo contrário, é móvel e múltiplo, envolve forças de direções opostas que estão sempre a trabalhar, a se movimentar. Não é homogêneo nem maciço, é algo que circula, não é, está. Não está localizado nem pode ser apossado. Se exerce em uma rede em que os indivíduos circulam e estão sempre em posição de serem submetidos ao poder e, simultaneamente, praticarem o poder. O poder, em Foucault, se move, trafega, se desloca, se estende, se modifica. Há reagrupamentos, reviravoltas, alianças, novas distribuições e novas posições. Um todo contra todos, uma guerra generalizada que atravessa o corpo social e a história.

Foucault percebeu, nesses seus estudos sobre saber-poder, um elemento central às suas análises: a sexualidade. Segundo o autor, o dispositivo da sexualidade tornou-se objeto central de discursos e de práticas de saber e poder. A sexualidade funcionaria não apenas para o controle dos corpos individualizados, mas também para um domínio coletivo a partir do qual seria possível regular, planificar, manipular e estimular macro acontecimentos, como taxas de natalidade, morbidade, longevidade, mortalidade e fluxos migratórios. Foi assim que o sexo e seus efeitos (gravidez) se tornaram objeto central de disputa política, de disputa de poder sobre os corpos (CANDIOTTO, 2011).

Aqui encontra-se, exatamente, um dos pontos de convergência entre os estudos foucaultianos sobre o saber-poder e os discursos sobre a VO coletados em campo que essa tese

pretende analisar. *A priori*, para falar de saber-poder, a tese poderia tratar de violações ou inadequações praticadas em outros tipos de relação profissional de saúde - paciente, sem fazer o recorte específico da Obstetrícia. Todavia, a Obstetrícia é um campo estratégico, ela não foi escolhida como campo de estudo ao acaso. Há indicativos concretos, a serem apontados na discussão dos resultados de campo, de que os efeitos do exercício do saber-poder biomédico sobre corpos de mulheres gestantes são potencialmente mais perigosos do que o exercício do saber-poder biomédico sobre outros corpos, outros tipos de pacientes. Há uma vulnerabilidade incontestável no corpo da gestante que envolve sua sexualidade: ela é mulher e ela porta em seu útero um outro corpo.

Ao se referir à analítica do poder, Foucault sempre frisou que pouco se importava com a definição do termo poder, mas sim, com sua operacionalização, com os campos que ele produz e com os efeitos que ele suscita. Foucault afirma que o poder não deriva de uma fonte única ou de uma instância transcendente. Na realidade, ele se materializa horizontalmente no conjunto das práticas discursivas e não discursivas dos diferentes tecidos e grupos societários, nos deslocamentos. O sujeito, assim, é sempre efeito de relações de poder, seja em razão de mecanismos disciplinares que o normalizam, seja em razão de processos de subjetivação e de embate agonístico entre as forças do querer e as potências da liberdade (CANDIOTTO, 2011).

No caso do acontecimento da VO, pode-se usar a primeira hipótese de Candiotta (2011), de mecanismos disciplinares normalizadores, como alegoria para se explicar as imposições técnicas estabelecidas em protocolos biomédicos que regulam práticas terapêuticas destinadas às pacientes gestantes/puérperas. A segunda hipótese de Candiotta, de processos de subjetivação e de embate agonístico entre as forças do querer e as potências da liberdade, pode ser utilizada como alegoria para se falar do medo vivenciado por pacientes gestantes/puérperas que foram violentadas por profissionais de saúde, que pode funcionar como propulsor ou inibidor, fazendo com que a mulher, por exemplo, tenda ou não a procurar atendimento médico durante a gestação, tenda ou não a relatar e a denunciar uma violência sofrida dentro do ambiente hospitalar.

É sobre esses deslocamentos de poder, no contexto específico da relação profissional de saúde - paciente obstétrica, que trata a tese. A pesquisa empírica realizada pretende compreender como o saber-poder se move entre médicos e pacientes gestantes/puérperas, entre médicos e enfermeiros e entre as próprias gestantes/puérperas. Quero compreender quais são as forças, os discursos e os dispositivos utilizados na prática do exercício do saber-poder biomédico sobre corpos de mulheres gestantes/puérperas e compreender como o disciplinamento de saberes técnicos e não técnicos pode resultar em um ciclo vicioso de

subjugação e dominação.

Em Foucault (1999), a genealogia do poder seria o contraponto, uma espécie de inserção dos saberes renegados na hierarquia do poder próprio da ciência, um mecanismo para dessujeitar os saberes históricos e torná-los livres. Ou seja, uma possibilidade de resistência, com capacidade de oposição e luta contra a coerção de um discurso teórico unitário, formal, científico, soberano e intocável. Nas palavras de Deleuze e Guattari (1995), a reativação dos saberes locais *menores* contra a hierarquização e a sistematização científica do conhecimento e de seus efeitos de poder. Uma tática para dar fôlego aos saberes dessujeitados.

Na presente tese, essa genealogia pode ser representada por uma tática destinada a trazer ao topo da pirâmide do conhecimento os saberes populares de pacientes gestantes/puérperas que, eventualmente, tenham sido desvalorizados ou minimizados em comparação aos saberes e conhecimentos científicos. Isto significa abrir o diálogo entre o discurso biomédico, técnico científico, e os discursos populares no sentido de dessujeitar mulheres, reativar conhecimentos populares locais e subverter a regra hierárquica entre saber científico e saber não científico.

Para Foucault, saber e poder se apoiam e se reforçam mutuamente. É o saber o elemento mais importante na análise do poder. Em seus estudos, Foucault propõe uma visão ascendente: o poder visto, em primeiro lugar, desde suas extremidades, desde baixo, como algo que não se possui, mas que se exerce mediante o saber (CASTRO, 2009). É justamente o que pretende a tese, analisar os discursos sobre a VO desde baixo, em busca dos discursos das extremidades, em busca dos discursos que se fazem valer e dos discursos que ficam de fora, sobretudo os discursos minimizados ou desvalorizados pelo regime de verdade.

Segundo Foucault, as relações de poder se definem por modos de ação que não atuam direta e imediatamente sobre os outros, mas sobre suas ações, exigem que o outro seja reconhecido e mantido como um sujeito da ação. Isto é, o poder é um conjunto de ações que têm por objeto outras ações possíveis, ele opera sobre um campo de possibilidades: induz, separa, facilita, dificulta, estende, aproxima, limita ou impede ações do outro. Por essa razão, o poder se exerce apenas sobre sujeitos livres, que dispõem de um campo de várias condutas possíveis. Ele se exerce somente quando o sujeito pode deslocar-se e, no limite, escapar a ele. Isso significa que onde as determinações estão saturadas (escravidão, por exemplo) não há relações de poder, ou seja, a liberdade aparece como condição da existência do poder (CASTRO, 2009).

Esse conceito foucaultiano, de necessidade da existência de um campo de possibilidades e liberdades para o exercício do poder, pode ser útil para se pensar a condição

da mulher gestante no acontecimento da VO. Conforme questionado na introdução da tese, o que leva mulheres que dispõem de um campo vasto de condutas possíveis de serem adotadas com relação à gestação, à parturição e ao puerpério, escolherem e agirem dentro de uma determinada racionalidade? Por que escolhem uma e não outra opção? Os resultados de campo fornecerão pistas para essa resposta.

É a partir dessa linha entre saber e poder que se desenha a noção de biopoder de Foucault. É sobre esse biopoder que se assenta toda estrutura e base teórica dessa tese. O biopoder pode ser entendido como conjuntos de tecnologias do poder ou de técnicas de poder que se dividem em poder disciplinar e biopolítica. É a entrada do corpo e da vida nos cálculos do poder. É essa categoria analítica, o biopoder, que será usada na tese como chave de leitura para a análise de conteúdo dos discursos coletados em campo. O aprofundamento teórico da categoria biopoder se dará em tópicos específicos, mais adiante (3.1.1.1).

2.2.2.2 Codificação e categorização temática

A partir das noções teóricas foucaultianas sobre discurso e biopoder, os discursos coletados em campo nessa tese foram organizados, sistematizados, codificados, categorizados e, posteriormente, submetidos à análise de conteúdo.

Foram coletados discursos de 19 participantes entrevistados¹⁴. A duração média de cada entrevista foi de 16min10s ou 5 laudas transcritas, totalizando 306 minutos ou 95 laudas transcritas. A partir dos resultados das transcrições das entrevistas, foram selecionadas as frases e parágrafos de conteúdo/temática recorrentes, que apareceram com maior frequência. Essa triagem resultou, inicialmente, em um total de 150 trechos selecionados. Essa foi a etapa de codificação.

Na sequência, esses trechos codificados foram categorizados em sete categorias temáticas criadas pela pesquisadora a partir do confronto do conteúdo desses trechos com as noções foucaultianas de discurso e biopoder e com o problema de pesquisa: **(i)** supervalorização da palavra do médico e desvalorização da palavra da paciente; **(ii)** a importância do conhecimento; **(iii)** embate Medicina/Enfermagem; **(iv)** autonomia condicionada/compulsoriedade do parto normal; **(v)** efeito rebote do plano de parto; **(vi)** discriminação de gênero/raça/cor/classe social/idade e **(vii)** patologização do parto.

A ordem numérica das categorias (I, II, III, IV, V, VI e VII) corresponde à ordem em

¹⁴ O detalhamento da coleta e do instrumento de coleta constam nos tópicos seguintes da tese.

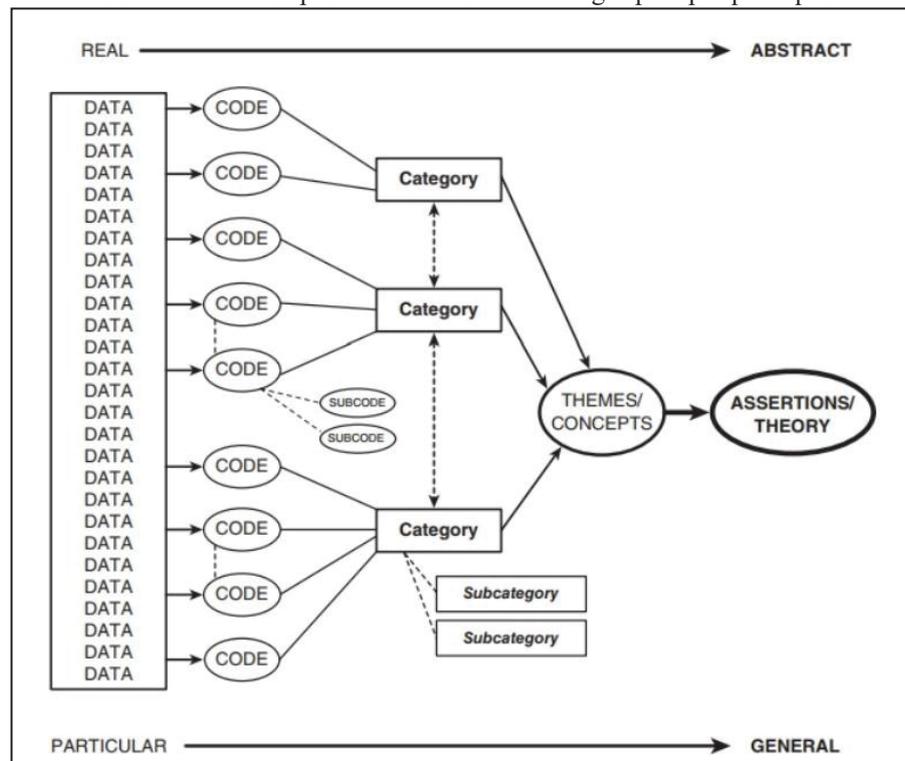
que eu as visualizei durante a dupla leitura das transcrições das entrevistas. Fiz, inicialmente, uma leitura flutuante, para um primeiro contato com o material transcrito. Posteriormente, cerca de 15 dias após, fiz uma segunda leitura, nesse caso, em profundidade, examinando o conteúdo em suas minúcias. Após essa segunda leitura defini as categorias. Essa foi a etapa de categorização temática de conteúdo e esses foram os critérios primários escolhidos para a organização e a interpretação dos dados do campo.

As categorias foram criadas a partir de critérios e regras lógicas descritos por Carlomagno e Rocha (2016). Os autores indicam que, em um rol de categorias tecnicamente adequado: **(i)** há regras claras de inclusão e exclusão de conteúdo nas categorias; **(ii)** as categorias são mutuamente excludentes (exclusividade); **(iii)** as categorias não são amplas (homogeneidade); **(iv)** as categorias contemplam todos os conteúdos possíveis (exaustividade); **(v)** há objetividade nas categorias (confiabilidade).

Tentei atender às premissas propostas pelos autores em cada um desses preceitos. Quanto ao aspecto **(i)**: foram incluídos nas categorias os conteúdos mais recorrentes e excluídos os conteúdos menos recorrentes, sendo considerados mais recorrentes aqueles que apareceram em sete ou mais frases/parágrafos e menos recorrentes aqueles que apareceram em até seis frases/parágrafos. Quanto ao aspecto **(ii)**: os conteúdos selecionados não são passíveis de classificação em mais de uma categoria. Quanto ao aspecto **(iii)**: as categorias criadas são estritas e homogêneas, pois não abarcam coisas diferentes dentro de uma mesma categoria. Quanto ao aspecto **(iv)**: nenhum conteúdo recorrente ficou de fora de uma categoria, ou seja, não houve resíduos ou necessidade de criação da categoria “outros”. Por fim, quanto ao aspecto **(v)**: os dados categorizados são passíveis de igual classificação por analistas diferentes, isto é, a categorização adotada pode ser replicada por qualquer pesquisador (CARLOMAGNO; ROCHA, 2016).

A figura 4 ilustra o modo como foi estruturado esse processo teórico-criativo para formulação das sete categorias ora mencionadas. Em síntese, parti dos dados brutos (transcrições), encontrei códigos importantes e pertinentes ao problema de pesquisa (frases/parágrafos) e, por fim, agrupei esses códigos em categorias.

FIGURA 4 - Modelo simplificado da teoria dos códigos para pesquisa qualitativa



FONTE: Saldaña (2016).

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia, de acordo com os critérios previamente definidos). Isto é, é uma operação ou um conjunto de operações que visa representar o conteúdo de um material sob forma diferente do original, a fim de facilitar, num estado posterior, a sua consulta e referência. A análise, nesse contexto, se faz principalmente por meio de classificação-indexação e por meio de procedimentos de transformação que possuem o objetivo de representar de forma condensada as informações provenientes dos elementos pesquisados, permitindo a elaboração de um documento secundário composto pelo máximo de informações sobre o objeto estudado (BARDIN, 2011).

A partir dessa categorização, realizei a análise de conteúdo dos trechos incluídos em cada categoria e discuti os resultados com base nas noções de discurso e de biopoder de Foucault, como se verá no próximo tópico.

3 EMPIRIA E TEORIA: CATEGORIAS DO CAMPO E BIOPODER

Os dados não falam por si. Pelo contrário. Diz Fonseca (1998) que, dependendo da lente usada para examiná-los, o mesmo material empírico pode inspirar leituras opostas — ora em termos de “dinâmica sociais”, ora em termos de “patologia”. Tudo depende das perguntas que orientam nosso olhar, como emolduramos o material.

Nas discussões que serão apresentadas a seguir, além da base teórica foucaultiana, trago a inspiração da antropologia, buscando o aspecto social da análise para combater uma tendência oriunda do individualismo metodológico de isolar o sujeito de seu contexto. Tento consertar aqui o equívoco cometido nas versões anteriores da tese. Tento não esfacelar os dados na tentativa de organizá-los, tento reconstruí-los, edificá-los.

Ressalto que não fiz uma pesquisa antropológica, não fiz uma etnografia, nem uma netnografia. Mas aproveitei toda inspiração e auxílio oferecido pela professora Cláudia Fonseca, antropóloga, para oxigenar meus dados, falar com eles de perto, olhá-los de outros ângulos, vasculhá-los nas miudezas, conectá-los em rede, analisa-los no todo.

A primeira vez que estive em um centro obstétrico foi na graduação, durante o internato. Lembro-me de uma das colegas de turma falar algo como, “nossa, ninguém veio recepcionar a gente”. Na hora, ri muito. Porque àquela altura eu já tinha ideia de que, se muitas vezes as pacientes não recebiam a atenção devida, imagine nós, meras acadêmicas. Desde a primeira vez, sempre achei o ambiente do centro obstétrico meio hostil, frio, escuro, desconfortável, não privativo...assim como o centro cirúrgico, com o agravante de que, no centro obstétrico, as pacientes são ainda mais sensíveis e vulneráveis. Tanto as salas de parto como as salas cirúrgicas são locais tensos, agitados. São muitas atividades e responsabilidades para cada um dos profissionais de saúde, não há tempo para se encantar, para admirar o momento do nascimento. Há muito trabalho a fazer, na maioria dos estabelecimentos, é serviço em cima de serviço, um ritmo frenético. Honestamente, dá uma certa inveja de quem está ali apenas admirando o momento do parto. Sempre vi os profissionais de saúde em uma outra vibração, a do agito, da corrida contra o tempo, da execução de tarefas, sobra pouco ou nenhum tempo para esse contemplamento dos acontecimentos.

Nessa tese, por conta da pandemia de COVID-19, não visitei o centro obstétrico nem o ambulatório do Hospital pesquisado para coletar os dados empíricos. Toda coleta e ambientação foi realizada de forma *on-line*, estive na casa, no trabalho ou no automóvel dos entrevistados por alguns minutos. E, por mais que essa ida virtual a campo possa ter seus aspectos negativos, enquanto pesquisadora, só observei aspectos positivos: falei com pessoas

no conforto de seus lares, algumas debaixo de cobertas, balançando seus bebês recém-nascidos, tomando um café quente em dia frio, com roupas confortáveis (de ficar em casa), sem preocupação com cabelo ou maquiagem, em um ambiente acolhedor, enfim, um encontro com menos regras, sem horários ou normas rígidas. Do lado de cá da câmera, procurei ofertar o mesmo tipo de conforto e leveza: estive à vontade durante as entrevistas, sem trajes formais, de dentro do escritório de minha casa.

Ou seja, minha experiência com o campo virtual foi muito positiva, só tenho boas lembranças da coleta de dados. Uma experiência bem diferente, aliás, das lembranças que tenho dos ambientes hospitalares...frio, escuridão, solidão, silêncio absoluto ou barulho constante, isolamento, tristeza, cansaço, esgotamento, agitação...enfim, a experiência que tive com as entrevistas virtuais foi maravilhosa.

3.1 EM QUE O BIOPODER DE FOUCAULT PODE CONTRIBUIR NESSE DEBATE?

A partir de agora mergulho no marco teórico de Foucault que dará sustentação para a discussão dos dados empíricos que virá na sequência. Nesse capítulo tento responder em que medida Foucault e sua categoria biopoder podem se conectar com o conteúdo dos discursos coletados em campo, com o que se passa na relação profissional de saúde - paciente e com o acontecimento da VO.

Na medida em que Foucault vai aprofundando seus estudos desenvolvidos na fase arqueológica (1ª fase da obra de Foucault), ou seja, vai aprofundando a noção sobre o modo como conceitos, sujeitos e objetos (acontecimentos¹⁵) são constituídos por regras que norteiam seus significados dentro de uma ordem de saber, vai se tornando importante pensar como é que isso foi constituído, como essas coisas se agenciam, o que as move. Na arqueologia, Foucault vai afirmar que o sujeito não é o fundamento que planeja, projeta e realiza o saber e o conhecimento, o sujeito deixa de ser visto como *dado* e passa a ser visto como *construído*, *constituído*. De tal modo que, na primeira fase de sua obra, Foucault retira a caracterização supra-histórica e essencialista do sujeito.

Nessa trajetória, em busca de compreender como esses acontecimentos são constituídos, Foucault se aproxima cada vez mais da noção de poder, essa noção está presente especialmente na fase da genealogia do poder (2ª fase da obra de Foucault). A genealogia de Foucault remete à ideia de genealogia da moral de Nietzsche (século XIX). O método

¹⁵ A irrupção de uma singularidade única e aguda, no lugar e no momento de sua produção (FOUCAULT, 1980, p. 46-51).

genealógico surge em Nietzsche como uma crítica à genealogia clássica e, em particular, aos genealogistas ingleses e suas leituras metafísicas e moralistas da história. A partir dessa crítica, Nietzsche cria um novo método que busca instituir uma historicidade autêntica, uma história genealógica crítica, ele retira a concepção transcendental, natural e teológica que perpassava os sentidos da moral da genealogia inglesa e tenta assentá-la em um tempo e em um espaço. Segundo Foucault, a genealogia de Nietzsche é cinza e rigorosa. Cinza porque trabalha com fato documentado, com o verdadeiramente constatável, com o que realmente aconteceu. Rigorosa porque é um procedimento minucioso e metódico. É dessa inspiração que Foucault parte para construir sua própria genealogia.

A genealogia de Foucault é um procedimento, uma tática, uma análise prática meticulosa que vai se ocupar das constituições do sujeito e das constituições do poder, ela vai buscar verificar como isso tudo foi constituído. Ela procura sair dos sistemas das grandes significações e vai afirmar que cada acontecimento tem uma história com mutações, desvios e embates. Ela se organiza, portanto, como esse lugar de afrontamento histórico. A arqueologia vai pensar em saberes historicamente constituídos, já a genealogia vai se ocupar das constituições do sujeito e das constituições do poder. Entre a arqueologia e a genealogia de Foucault não há nem continuidade nem ruptura, há uma linha tênue: a arqueologia olha para formações históricas, já a genealogia traz com muita força o signo do presente.

De tal forma que, se na arqueologia os conceitos, sujeitos e objetos (acontecimentos) são constituídos, a genealogia quer buscar essa constituição, pois entende que esses acontecimentos são resultantes da proveniência e da emergência, ou seja, de um longo processo de diferentes interpretações e perspectivas, de uma batalha interpretativa. Foucault vai dizer que, se um determinado sentido é válido em um determinado tempo, esse sentido possui um ramo de herança, tem na sua formação outras dispersões, uma luta de diferentes compreensões. A genealogia em Foucault é justamente buscar o sentido válido nessa história das diferentes proveniências, desvios, encontros e embates de forças e identificar qual sentido se fez valer, se fez prevalecer.

A genealogia de Foucault pode ser situada em três posições. Uma primeira posição, como uma história política da verdade, no sentido de que, se a própria verdade foi desconstituída na arqueologia e, portanto, existe um regime de verdade ordenado por regras, a genealogia vai tentar compreender as relações de força, compreender como essas regras são atravessadas por um jogo e um embate de forças. Uma segunda posição, como uma história não metafísica, não trans histórica, no sentido de desconfiar de um começo mágico, de rejeitar a hipótese de que exista uma verdade estabelecida fora dos processos de constituição e de

condição de possibilidades das formações discursivas que são criadas em um embate e em um jogo de forças. Uma terceira posição, como uma tática ou estratégia contra histórica, no sentido de rejeitar a história metafísica.

O retorno à origem operado pela genealogia, portanto, volta-se à pluralidade e não à unidade da origem, busca perceber a dispersão e a multiplicidade dos começos, os fenômenos que se entrecruzassem, sempre tendo em mente que as coisas não têm uma significação nem uma identidade intrínseca no começo, pois o que existe na origem é um complexo encontro de forças. Assim, a genealogia é a atenção meticulosa às singularidades históricas (um dado embate, em um dado encontro, com um dado efeito), aos processos contingentes, uma meticulosa análise documental do que se passou.

As diferenças entre o termo “origem” como habitualmente se conhecem e o termo “origem” cunhado por Foucault para tratar da genealogia são marcadas por dois conceitos: proveniência e emergência. A proveniência designa a qualidade de uma força. Já a emergência designa o lugar do afrontamento, do embate.

A proveniência possui quatro sentidos, sendo três deles operacionais (modo de atuar genealógico): **(i)** Tronco de descendência - cada grupo tem um tronco de proveniência comum; **(ii)** Dispersão do acontecimento - lógica das pluralidades, da dispersão (opera para trás e para frente); **(iii)** Herança - signo aparente de uma identidade. Combinando-se esses três sentidos, têm-se o que se busca com a genealogia: a raiz comum (tronco) a fim de marcar a ruptura dessa raiz pela dispersão, impondo a rejeição de uma individualização na história, rompendo com a ideia de tradição. O quarto sentido **(iv)** seria o de buscar os efeitos desses começos nas dispersões que lhe são próprias no corpo.

A proveniência, portanto, diz respeito à articulação entre corpo e história, vez que é no corpo que os acontecimentos são gravados. Foucault busca demonstrar a heterogeneidade, a proliferação de fatos que se encontram na origem das coisas, revelando o que há de acidental, descontínuo e conflituoso na história, isto é, as brechas e fissuras. A proveniência tende a ser ocultada das narrativas históricas pois, ao se tentar construir um discurso coerente e linear sobre a origem dos fatos, as narrativas tendem a desconsiderar elementos que possam causar descontinuidade ou ruptura à formulação proposta. Assim, para uma genealogia minuciosa, deve-se partir da análise das relações entre corpo e história em busca dos acontecimentos heterogêneos que formaram esse binômio. Em última instância, a proveniência permite a dissociação do “eu” das identidades artificialmente construídas. Aqui entra a questão do corpo na criação da história, uma articulação fundamental ao debate proposto por essa tese. A história da VO, do termo VO e do acontecimento VO, não é uma história linear. Como já mencionado,

é uma história que permanece em disputa, há conflitos e descontinuidades desde a criação e a conceituação do termo. E essas rupturas, esses conflitos, fazem parte dos discursos sobre a VO e fazem parte da própria construção do acontecimento VO.

Por sua vez, a emergência é pensada como o ponto de surgimento, o lugar do embate, o encontro das forças, o cenário da batalha, a lei singular de um aparecimento que se produz a partir de um estado de forças. Ela possui três sentidos: **(i)** Lugar vazio da luta - teatro sem lugar; **(ii)** Jogo ininterrupto de dominação - violência meticulosamente repetida, ou seja, ora uma força se apodera de outra e se faz valer; **(iii)** Apropriação de regras - regras de regime de verdade, de um funcionamento institucional, de uma determinada leitura de sujeito.

A emergência, então, trata do local dos acontecimentos, do ponto de surgimento, da entrada em cena de forças, da maneira como se associam as significações dos acontecimentos com as relações de poder. Sua análise procura determinar, nas descontinuidades dos acontecimentos, os diferentes e circulantes sistemas de dominação, submissão e confronto a que os fatos estão associados, vez que aquilo que emerge nos acontecimentos e sua significação depende do estado das forças em um dado tempo. Em outras palavras, a interpretação dos acontecimentos está orientada pelas perspectivas daqueles que estão em disputa. Para Foucault, interpretar é se apoderar de um sistema de regras que não tem em si uma significação própria e impor uma nova direção, entrar em um novo jogo. Interpretar é embate, é ponto de encontro de uma luta. Novamente aqui cabe a conexão com o tema da tese. Em uma alegoria a essa noção foucaultiana, pode-se dizer que o local do embate, o ponto de surgimento, o cenário da batalha do acontecimento VO é a relação profissional de saúde - paciente. E a interpretação sobre o que está acontecendo na relação profissional de saúde - paciente está orientada pelas perspectivas daqueles que estão em disputa nessa relação: profissionais de saúde e pacientes. Interpretar uma ação de um profissional de saúde como violenta é se apoderar de um sistema de regras de significação e impor uma nova direção, inscrever um novo jogo.

Na fase genealógica, Foucault se aproxima da ideia de que as posições da arqueologia do saber (quem fala, de onde fala, por que fala e pra quem fala), todas elas, são posições de poder, são elas que fazem os discursos circular. O que está em jogo é o espaço em que está se produzindo e o *modus operandi* dos acontecimentos: materialidade, prática, indivíduos, coisas, ou seja, o poder produzindo coisas e pessoas, pois o discurso é ação e não existe poder sem ação.

A genealogia, diferente da arqueologia, está mais voltada à coleta e à análise de sedimentos, preocupa-se em perceber como Estado, religião, Economia e Medicina vão sendo capilarizados e capitaneados em relações de poder de modo a sujeitar saberes específicos. Ela

faz o exercício de estabelecer um recorte temporal, de buscar a disposição de algumas coisas até onde é possível, de entender o presente a partir de um recorte do passado.

Para formular sua noção de poder Foucault rompe com o conceito de poder existente até então, aquele vinculado à teoria jurídica – poder soberano. Ele passa a pensar o poder fora do Estado, fora da soberania e fora das instituições. Ele deixa de olhar para as instituições e passa a olhar as relações, pensa o poder como ação, relação, como movimentos de poder. Para Foucault, o poder não está condicionado a uma pessoa, a uma instituição ou a um sistema específico, como o proletariado x burguesia, por exemplo. Fosse assim, se perderia a riqueza da microfísica do poder, o movimento, a ação, a circulação do poder. Para Foucault, o poder circula, transita entre e pelos indivíduos que o constituem, é sempre fruto de um cálculo estratégico, não há poder que se exerça sem uma série de miras e objetivos.

Poder é imanente às relações e às coisas que o instituem, poder não está fora da interação, não é uma instituição pronta, cristalizada, não é passível de titularidade, não está em uma pessoa, ninguém detém ou contém o poder. Onde há poder, ele se exerce e se exerce desde baixo. Poder, portanto, se constrói durante a relação, se encontra no momento do acontecimento das relações que o instituem. O poder não se apoia em posições binárias (dominantes x dominados), vez que todos são dominantes e todos são dominados, esses lugares circulam e se alternam. É o poder que movimenta as ações e relações e as estratégias são pensadas com esse objetivo, de fazer circular o poder, de movimentar o campo. E o que está na base do poder, segundo Foucault, são os instrumentos de formação e acúmulo do saber (FOUCAULT, 1986).

Foucault não escreveu uma teoria do poder nem dedicou um livro ou escrito exclusivo ao tema. Uma teoria do poder possui um pressuposto que Foucault rejeita, uma teoria supõe que há algo a ser teorizado, um dado da realidade. A teoria se ocupa de descrever, definir. Já a analítica do poder de Foucault não trata de descrever o seu objeto, mas sim, de olhar as práticas de poder onde e quando elas acontecem, de compreender o funcionamento das práticas, ressaltando que esse funcionamento compõe a própria prática.

Foucault estabeleceu uma série de análises espraiadas, em sua maioria políticas e históricas, sobre o funcionamento do poder e seus efeitos, suas técnicas, suas tecnologias (conjuntos tecnológicos) e suas estratégias, renegando, sempre, que o poder tenha uma essência única, afirmando, pelo contrário, que ele apresenta reinvenções e adaptações diversas ao longo da história.

Foucault, portanto, não buscou saber o que é o poder, mas sim como ele funciona, seus mecanismos, suas relações. Tratou dos sistemas de diferenciação que permitem atuar uns sobre os outros, das modalidades instrumentais que se utilizam, das formas de institucionalização, do

tipo de racionalidade em jogo, dos esquemas de dominação e resistência, do enfretamento de forças, dos saberes sujeitos e desqualificados, da insurreição dos saberes contra os efeitos centralizadores do poder, da genealogia de um saber histórico e da utilização desse saber como tática.

Foucault toma distância de posições e correntes tradicionais habitualmente utilizadas para analisar o poder e inaugura uma espécie de reelaboração epistêmica sobre ele. Como ponto central dessa reelaboração, Foucault afirma que o poder é sempre indissociável a alguma forma de saber, de modo que exercer o poder torna-se possível, somente, mediante conhecimentos que servem de instrumento e justificação. Foucault investiga o modo como as relações de sujeição nos microespaços cotidianos produzem os indivíduos, ele vai a fundo, trata das relações que se entrecruzam, convergem e se opõem entre sujeitos que ocupam posições assimétricas a partir do poder exercido com base no saber.

Essa noção foucaultiana, sobre o saber-poder, constitui a base teórica que subsidia essa tese. Partindo desse pressuposto teórico de Foucault, a tese analisa os discursos sobre a VO a partir da chave de leitura da categoria analítica biopolítica. Esse percurso, entre a teoria de Foucault e os discursos sobre a VO, é trilhado, metodologicamente, a partir da análise de conteúdo das narrativas coletadas em campo. Conforme visto em tópico anterior, a questão do conhecimento/saber na relação profissional de saúde - paciente apareceu explicitamente em vários discursos da categoria II – a importância do conhecimento. Também a questão da valorização de alguns saberes (técnico científico) e a desvalorização de outros (popular) apareceu no campo como algo importante para se pensar a relação profissional de saúde - paciente e o acontecimento da VO (categoria I).

Como mencionado, para Foucault, as relações de poder são uma *agitação perpétua*, uma espécie de movimentação permanente, sem lugares demarcados. O indivíduo é, ao mesmo tempo, receptor e emissor de poder, portanto, a imagem que melhor descreveria o poder seria uma *rede* em que se entrelaçam vetores instáveis lançados por receptores e por produtores de poder. Ou seja, quem é submetido hoje pode subjugar amanhã (FOUCAULT, 1999). Além disso, as relações de poder em Foucault não se constituem em algo voluntário, consciente e intencional do sujeito, trata-se de estratégia sem estrategista. A estratégia sem sujeito é aquela tópica, que se dá nos termos do combate, no acontecimento que precisa ser exercitado no momento da efetivação da luta. É preciso pensar quem supera o que: a força que se faz valer é poder, a força que é subjugada é resistência. Nesse ponto, trago como alegoria os discursos da categoria III do campo, os quais revelam a *agitação perpétua* entre Medicina x Enfermagem a qual atua sobre as relações médico paciente e produz efeitos.

Foucault absolutamente rejeita a hipótese de poder estritamente repressivo e interdito. Ele sustenta que o poder vai muito além disso e que limitar-se à fatia repressiva da noção de poder seria totalmente insuficiente para compreendê-lo e demarcá-lo. Foucault chegou à conclusão, a partir de estudos empíricos, que poder é categoria ou instância positiva, fabricante ou produtora de individualidade, é modo de ação que atua sobre a ação alheia. Isto é, o poder volta-se às incitações, às práticas e estratégias que visam à produção de determinado comportamento ou ação, às formas de conduzir condutas, induzindo-as, facilitando-as, dificultando-as ou limitando-as. O poder é, portanto, uma forma de relação e de ação.

Foucault trabalha com a noção de poder nas microrelações como capacidade e oportunidade de impor ao outro sua própria vontade, um jogo de forças onde quem possui mais capacidade de exercer força sobre o outro obtêm maior subjugação. Um esquema de autoridade e neutralização das demais vontades, com organização, administração, controle e rejeição das vontades alheias. Nessa tese, se pretende pensar o jogo de forças arraigado na relação profissional de saúde - paciente gestante/puérpera e compreender que efeitos pode produzir o esquema de autoridade conferido ao médico pelo saber técnico-científico, pela academia, por organizações corporativas (Conselhos de Classe) e pelo próprio corpo social.

Em Foucault, o saber-poder opera como catalisador de pensamentos, multiplicador de bifurcações nos caminhos predeterminados das ideias, facilitador ou obstáculo, acelerador ou retardador dos acontecimentos. Permeia tudo e todos, é uma espécie de rede ou campo que recobre a microfísica cotidiana, não se resume nem se esgota, é ação sobre a ação dos outros:

Não há relação de poder sem a constituição correlata de um campo do saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder (Foucault, 1987, p. 27).

Foucault busca uma análise ascendente do poder, ou seja, de baixo para cima. A partir de mecanismos *infinitesimais* procura revelar como opera o poder, seus fenômenos, suas técnicas e seus procedimentos desde baixo. Ele investiga como os níveis de baixo, no plano individual das microrelações cotidianas, intervêm historicamente criando mecanismos de controle, de exclusão do anormal e de proibição de determinados discursos. Foucault vai além e identifica agentes e operadores do poder: o círculo imediato, as células, a família, o médico, a escola, os pais, a polícia. Ele explica como, em um dado momento, em uma conjuntura determinada, mediante algumas transformações, esse exercício do poder tornou-se economicamente lucrativo e politicamente útil, razões pelas quais foi colonizado e sustentado por mecanismos globais e pelo próprio Estado (FOUCAULT, 1999).

É a partir desse recorte foucaultiano que se dá a cadência da presente tese. Procuro

analisar, do ponto de vista empírico e a partir dos níveis mais substanciais da relação profissional de saúde - paciente, quais discursos circulam sobre a VO e o que esses discursos podem representar em termos de saber-poder. Busco compreender, nesse compasso, quais acontecimentos em torno da VO podem ter relação com uma estrutura de saber-poder dentro da relação profissional de saúde - paciente, compreender quais são os mecanismos, as relações, os instrumentos, as racionalidades, as forças e os esquemas de dominação e resistência que ali vigoram. Inclusive compreendendo a VO como algo que surge como um contra discurso, como uma forma de resistência contra o modo de gestão do corpo parturiente, um corpo que não pertence a si mesmo. Uma forma de resistência que, nem ela própria, escapa do poder.

A tese pretende compreender, enfim, o que os discursos sobre a VO coletados em campo sinalizam ao Direito a partir da perspectiva do saber-poder de Foucault, ou seja, a partir das lentes do saber-poder. A hipótese é a de que o saber-poder figure como um elemento importante na construção dos discursos sobre a VO e na construção do próprio acontecimento da VO. Afinal, quais forças operam sobre os direitos sexuais e reprodutivos de pacientes na Obstetrícia? O que está em jogo no tabuleiro das relações médico paciente na Obstetrícia e como isso é capaz de produzir práticas obstétricas violentas?

Foucault destaca um elemento chave no campo das forças que operam na relação profissional de saúde - paciente capaz de ajudar a responder essas questões: a sexualidade. Não a sexualidade em si, mas o sistema de poder que a controla. Um poder *radicalmente heterogêneo* que se pratica por uma multiplicidade de sujeições e técnicas, que utiliza estratégias globais de controle dos corpos e da reprodução humana, tais como o desenvolvimento da Medicina, a medicalização do comportamento e a valorização do saber técnico. Esses fatores estão diretamente ligados ao exercício do saber-poder e dialogam com os achados do campo: estratégias de valorização do discurso técnico científico e desvalorização do discurso popular, a centralidade dada ao conhecimento, técnicas de subversão do instrumento do plano de parto, sujeição da vontade da mulher quanto à via de nascimento do feto e patologização do parto. Todos são exemplos de sistemas que operam sobre a sexualidade do corpo feminino.

Na *História da Sexualidade* Foucault aponta como em um determinado momento histórico a relação entre sujeito e desejo foi posta nos seguintes termos: os desejos devem ser colocados abaixo da razão e essa relação é mediada por uma premissa que impõe a necessidade de controle, de governo de si. O que aparece na relação entre sujeito e desejo/prazer em Foucault são esses entrecruzamentos típicos de uma sociedade disciplinar e biopolítica em que há o encontro de regimes de verdade e de práticas de poder na figura da medicalização e da

cientificidade da sexualidade e do desejo. Ou seja, ocorre o atravessamento dos desejos por uma verdade médica.

A patologização da gestação e do parto, os cinquenta e cinco mil (55.000) tipos patológicos categorizados pela CID-11¹⁶, a medicalização, a postura médica intervencionista, o exercício da autoridade médica prescritiva, o julgamento médico sobre as decisões da mulher a respeito de sua sexualidade, o julgamento médico sobre as escolhas da maternidade (número de filhos, filhos fora do casamento, gestações de risco), a depreciação do saber popular (doulas, pacientes), a interdição sobre a expressão de dor da mulher no momento do parto...tudo isso configura o *corpus* de poder heterogêneo a que Foucault se referia, uma potente miscelânea de estratégias de sujeição de corpos femininos.

Assim, a base teórica que sustenta a tese, como dito, parte do pressuposto de que os discursos sobre VO e o próprio acontecimento da VO podem estar relacionados, em alguma medida, ao saber-poder médico que opera na relação profissional de saúde - paciente. Um poder que opera pelo exercício de conduzir condutas, de dispor a probabilidade, de dispor o campo de ação de indivíduos por meio de técnicas específicas de poder disciplinar e de biopoder. Poder disciplinar e biopoder, como se verá nos tópicos seguintes, são dispositivos que tornaram possíveis e duradouras as relações de saber-poder na sociedade.

3.1.1 Poder sobre corpos gestantes

Foucault ensina que até o século XVIII o corpo foi alvo de castigos como forma de punição. Já no final do século XVIII e início do século XIX os festivais públicos de punição foram desaparecendo e o corpo deixou de ser o objeto principal da repressão. Não mais se apresentavam corpos esquartejados, amputados, marcados, expostos, vivos ou mortos, como espetáculo.

Foi a grande reviravolta do histórico para o biológico, do constituinte para o médico. A punição foi deixando de ser um espetáculo para assumir uma concepção negativa. Ocorreu o desaparecimento do *supplicio* do corpo, a exibição da morte como show foi se extinguindo. Ao discutir essa transição, Foucault aponta a emergência de novas tecnologias de saber-poder que têm a vida e a governabilidade do social como objetos (LAZZARATO, 2011).

A vida passa, então, a ser o centro do poder. E dentro do conjunto vida, composto por

¹⁶ O CID-11 entrou em vigor em janeiro de 2022. Não houve alteração significativa em relação ao capítulo que trata da gestação, do parto e do puerpério (capítulo 18). Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>. Acesso em: 25 abr. 2022.

vários segmentos, está a sexualidade e seus efeitos, um campo estratégico para as tecnologias do poder e para a subjugação de corpos femininos, especialmente em razão do papel que esses corpos sempre ocuparam: é por meio deles que se produzem novos corpos. Nesse contexto, rapidamente se descobriu que a sexualidade é um dos elementos mais dotados de instrumentalidade, utilizável no maior número de manobras, podendo servir de ponto de apoio e de articulação às mais variadas estratégias. A partir daí, passam a ser pensadas novas técnicas para maximizar a vida. Ocorre um agenciamento político da vida, por assim dizer.

Em outras palavras, após o século XVIII, o objetivo das práticas punitivas não mais estava na morte do corpo, mas em tocá-lo o mínimo possível. Os carrascos foram substituídos pelos guardas, médicos, psiquiatras, psicólogos e educadores, esses é que deveriam controlar e ditar ordens, vigiar e impor autoridade (BRIGHENTE; MESQUIDA, 2011). A Medicina, nesse momento, começa a despontar como instrumento importante de disciplina, vigilância e poder sobre os corpos.

Para prover esse novo cenário, foram constituídos outros dispositivos de saber e poder, uma série de aparatos disciplinares, de técnicas e instrumentos, denominados de saberes disciplinares. A Medicina e o Direito, historicamente, emergem enquanto parte desses saberes, servindo como produtores de normas legitimadoras da lógica disciplinar, normas que estabelecem padrões e critérios de normalidade (poder normalizador), critérios esses que são delineados por discursos de saber e acoplados a relações de poder. Esses saberes ocupam um lugar estratégico pois se localizam entre o saber científico e a gestão política, entre a produção de verdade sobre as regularidades e a produção de verdades sobre as irregularidades, entre o normal e o patológico, entre a saúde e a doença, entre o cidadão e o criminoso, entre o corpo livre e o corpo subjugado. São saberes-disciplinas que vinculam as práticas científicas e as práticas políticas de intervenção tanto ao corpo-espécie como ao corpo-população. Dessa forma, os saberes disciplinares surgem como um mecanismo de produção e adaptação às normas — que assumem o estatuto de verdade — e de governança do sujeito e do social (HUR, 2013).

O corpo e a vida das mulheres ganham especial destaque nesse contexto, vez que congregam não apenas corpos passíveis de serem docilizados e utilizados como força de trabalho, mas, sobretudo, porque passam a ser encarados como verdadeiras máquinas de parir, ora para aumentar taxas de natalidade, ora para diminuí-las, a depender dos vetores de forças. Essa é uma informação que denota que mesmo no século XVIII, quando sequer se cogitava falar em VO, a prática muito provavelmente existia, velada sob o manto da governamentalidade e dos indicadores epidemiológicos.

Vale dizer que as dinâmicas que envolvem o poder sobre os corpos gestantes implicam em diferentes e complexos planos e acontecimentos. No plano dos sujeitos, a busca pela docilidade do útero feminino abarca um processo não linear envolvendo personagens que ora são esmagados pelo poder, ora exercem esse poder, em uma flutuação não determinística. No plano genealógico, envolve o binômio normal-patológico, em que a patologização do parto pode funcionar como argumento de autoridade que garanta controles ditos “necessários e urgentes” aos corpos femininos. É com essa perspectiva, dos diferentes campos de saber-poder, que a tese analisou empiricamente os discursos de três personagens fundamentais da relação profissional de saúde - paciente: médico, enfermeiro e paciente gestante/puérpera.

Uma das maneiras mais eficientes de controlar corpos é justamente modelando a expressão da sexualidade, campo tático que envolve a reprodução humana. O corpo parturiente, único da espécie humana capaz de gerar outra vida, seja ele de uma mulher cis ou de um homem trans, entra em um esquema de poder que o investiga, o desarticula, o alinha e o recompõe por meio de mecanismos, técnicas e tecnologias de poder que o moldam com objetivos específicos. Como é capaz de trazer ao mundo novos corpos, a mulher passa a ter sua sexualidade esquadrihada sob o viés do interesse comum, sua saúde passa a ser problematizada pela Medicina e pelo Direito e seu corpo passa a ser objeto de grande disputa.

Os procedimentos médicos considerados como “padrão” no parto hospitalar podem se constituir em um exemplo do exercício do poder sobre os corpos femininos. Eles revelam técnicas sutis de dominação e reforçam uma obediência não opcional. À mulher gestante, usuária do sistema público ou privado de saúde, é dada a possibilidade de escolher ter seu parto assistido em ambiente hospitalar, *desde que* ela se sujeite às regras impostas por uma política de verdade baseada no saber (técnico científico).

Essa representação exemplificada aproxima o debate ao conceito foucaultiano dos *corpos dóceis*. Para Foucault, é dócil um corpo que pode ser submetido, utilizado, transformado e aperfeiçoado (FOUCAULT, 2004). Por certo, uma gestante que tem suas vontades constringidas por protocolos de atendimento, fluxogramas, diretrizes médicas, regras contratuais e memorandos hospitalares é mais facilmente submetida, utilizada e transformada. O corpo gestante, *per se*, em razão de uma série de processos fisiológicos e hormonais, já apresenta algum grau de vulnerabilidade. Além disso, opera, nesse cenário, a preocupação de uma mãe em assegurar o bem estar e, no limite, a vida de um filho. Não é difícil obter submissão, inclusive voluntária, nesse contexto.

Foucault fala dessa ligação entre poder, saber e sexualidade. O sexo é tido como elemento estratégico pois é acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie. A

sexualidade é o conjunto dos efeitos produzidos nos corpos, nos comportamentos e nas relações sociais por um certo dispositivo pertencente a uma tecnologia política complexa. Ela é padronizada entre o normal e o patológico, sendo as sexualidades consideradas anormais não reinscritas em circuitos de produção. Essa afirmação sobre a sexualidade é sempre acompanhada pela ênfase de um discurso destinado a dizer a verdade sobre o sexo, a modificar sua rota, a subverter a lei que o rege, a mudar seu futuro (FOUCAULT, 1977). Ou seja, há sempre um discurso que determina quais formas de sexo e reprodução são aceitáveis e quais são condenáveis; quantos filhos a mulher deve parir em uma dada época histórica; quais filhos serão aceitos e quais serão renegados; quais as normas que devem reger o momento do parto; em que ambiente e sob que condições deve se dar o parto; como deve ser conduzido o período puerperal; etc.

A sexualidade, longe de ter sido reprimida nas sociedades capitalistas, se beneficiou, ao contrário, de um regime de liberdade constante. Foucault trata dessas técnicas polimorfas de poder que invadiram a sexualidade por modos de *ação*. Especialmente a partir do século XVIII ocorre a *colocação do sexo em discurso*, uma verdadeira explosão discursiva com a criação de mecanismos de crescente incitação, disseminação e implantação da sexualidade. Desde então, nada sobre o sexo deveria escapar de formulação, de controle técnico e de utilidade (FOUCAULT, 1977).

Essa incitação política, econômica e técnica a falar do sexo se deu sob a forma de análise, contabilidade, classificação, regulação e racionalidade. O sexo passou a se inserir em sistemas de utilidade, sendo normatizado para o bem de todos, passou a funcionar e a ser administrado segundo um padrão ótimo. Os Estados passaram a ser povoados não conforme progressão natural, mas em razão da indústria e da produção, homens passaram a ser multiplicados na medida da vantagem de suas forças de trabalho, estreitaram-se os limites entre o biológico e o econômico. O sexo tornou-se, assim, objeto de disputa envolvido em uma teia de discursos, saberes e poderes, um objeto de Medicina e de saber sobre o qual se deve dizer exaustivamente. Foram criados incitações e aparelhos a falar, ouvir, registrar, transcrever, observar, interrogar e formular o sexo, uma incitação regulada e polimorfa ao discurso, uma explosão discursiva. Isto é, o que é próprio das sociedades modernas não é o fato de terem condenado o sexo a permanecer na obscuridade, mas sim, o fato de terem devotado a falar dele sempre (FOUCAULT, 1977).

Nesse contexto, de explosão discursiva da sexualidade, se insere a mulher gestante/puérpera que é foco dessa tese. Na modernidade, as condutas, medidas, características e ações dessa mulher passam a ser circunstanciadamente ouvidas, registradas, observadas,

interrogadas, examinadas, formuladas, transcritas, interpretadas, geridas, conduzidas, solicitadas, isoladas, interpeladas, intensificadas e incorporadas. Campanhas de educação reprodutiva passam a circular em massa, cada parto e cada nascimento passam a ser computados, esquadrihados e medidos com a régua de dispositivos discursivos de uma política de verdade. O parto ganha *status* de inauguração de um novo corpo e, portanto, novos registros, interrogatórios, exames, formulações, transcrições, interpretações, gestões, conduções, solicitações, isolamentos, intensificações e incorporações. Um *start* para um ciclo moto perpétuo valiosíssimo para controlar a vida. Naturalmente, dotado de normas e regras de desenvolvimento sexual e de práticas reprodutivas. Ante os desvios da norma, se instituem controles, tratamentos médicos, condenações morais e jurídicas.

A mecânica do poder que atinge a sexualidade do corpo feminino atribui-lhe uma realidade analítica e permanente que classifica corpos e estabelece uma ordem. Essa forma de poder implica proximidades, exames e observação insistentes. A medicalização da sexualidade é, ao mesmo tempo, efeito e instrumento, o sexo e o parto passam a ser *coisa médica*. O poder toma a seu cargo a sexualidade e são criados dispositivos de *saturação sexual*, não por forma de lei nem por efeitos de interdição, mas sim, pela redução das sexualidades singulares. O poder não fixa fronteiras para a sexualidade, mas provoca suas formas perquirindo-as ao infinito. Não exclui sexualidades, mas usa do corpo para especificar indivíduos. Não opõe barreiras, mas fixa lugares de máxima saturação, determinando o que fica de fora — sexualidades periféricas (FOUCAULT, 1977).

As mecânicas contemporâneas de poder que atingem a paciente gestante/puérpera e sua sexualidade não proíbem nem interditam. É possível procriar quantas vezes se deseje, ter filhos de pais diferentes, ter filhos fora do casamento, ter filhos em uma produção independente (reprodução assistida), ter filhos sabidamente portadores de patologias ou síndromes, ter novos filhos após um filho anterior ter apresentado doenças ou síndromes, ter o parto assistido por doulas ou enfermeiras obstetrizes, ter um parto domiciliar, não ter filhos, ter filhos por meio da adoção, ter filhos apesar do diagnóstico de doença sexual transmissível, ter filhos sem saber de qual parceiro sexual ele provém, ter novos filhos apesar de ter apresentado doença gestacional anterior, ter filhos sem dispor de condições materiais para criá-los...tudo isso é permitido. Entretanto, o corpo social fixa esses lugares como pontos de *saturação sexual*, isto é, essas práticas e contextos são permitidos, porém, há um devir nesse lugar, eles são especificados e categorizados em uma sexualidade periférica. Não há interdição. Muito pior, há discriminação dissimulada sob uma aura de aceitação, um quê de normalidade aparente que encobre toda uma engrenagem de saber-poder que determina como devem ser os processos reprodutivos, as

escolhas e o corpo da mulher. Em outros termos, essas opções são permitidas, mas se a mulher as escolher, pagará um preço social alto por isso.

O mecanismo médico, a investigação, o relatório e os controles não dizem não a todas as sexualidades improdutivas. Na realidade, funcionam como mecanismos de dupla incitação entre prazer e poder. Prazer, do sujeito que submete, em exercer um poder que questiona, fiscaliza, espreita, espia, investiga, apalpa e revela. Por outro lado, prazer, do sujeito submetido, por ter que escapar a esse poder, fugir-lhe, enganá-lo ou travesti-lo. Trata-se de captação e sedução, confronto e reforço recíprocos, *perpétuas espirais* de poder e prazer. Foucault, a respeito desse ponto, propõe quatro hipóteses para explicar porque o poder precisa instituir um saber sobre o sexo: **(i)** regra de imanência — foco local de saber-poder; **(ii)** regra das variações contínuas — relações saber-poder são matrizes de transformação; **(iii)** regra do duplo condicionamento — micro e macroscópico; **(iv)** regra da polivalência tática dos discursos — o discurso veicula e produz poder, reforça-o, mas também a mina, expõe, debilita e permite barrá-lo (FOUCAULT, 1977).

Sob a prática do poder, os corpos gestantes e puerperais são submetidos e subjugados em diferentes ângulos, graus e camadas. Entre as possibilidades estão a *histerização do corpo da mulher*, quando seu corpo é analisado, qualificado e desqualificado como integralmente saturado de sexualidade; a *socialização das condutas de procriação*, com incitações ou freios à fecundidade por meio de medidas sociais e fiscais; a *psiquiatrização do prazer perverso*, com normalização e patologização de condutas sexuais e a *problematização* do funcionamento da gestação. Tudo isso pode se configurar em um dispositivo histórico, uma rede em que a estimulação dos corpos, a incitação ao discurso, a afirmação dos conhecimentos e o reforço dos controles encadeiam-se uns aos outros, segundo grandes estratégias de saber-poder, retroalimentando-se e perpetuando-se.

O *dispositivo da sexualidade*, para Foucault, consiste em técnicas móveis, polimorfos e estruturais de poder que engendram uma extensão permanente dos domínios e das formas de controle de um corpo que produz e consome. Ele tem como razão de ser o proliferar, inovar, anexar, inventar e penetrar nos corpos de maneira cada vez mais detalhada, controlando as populações de modo cada vez mais global. Em outras palavras, uma intensificação do corpo, sua valorização como objeto de saber e como elemento nas relações de poder (FOUCAULT, 1977).

O processo gestacional, como parte fundamental desse dispositivo da sexualidade, é, sem dúvida, um dos principais focos dessas técnicas e formas de controle sobre o corpo. Impossível pensar o controle de uma população sem antes acessar seu cerne, seu ponto zero,

seu habitat de partida: o útero da mulher. Evidente a ação de marcadores de gênero nesse dispositivo de poder sobre o sexo: é a mulher e não o homem quem carrega um novo corpo dentro de si. E é ela quem possui o poder de fazer esse corpo viver ou morrer. Some-se a isso o fato de haver, a partir do século XVIII, a emergência dos saberes técnicos, com processos de confisco, apropriação e desqualificação de saberes ditos menores, particulares, locais, artesanais, populares. A partir de então, saberes independentes e heterogêneos sofreram uma classificação hierárquica de subordinação, com níveis de corte e estratos qualitativos. Na Medicina, isso se deu principalmente a partir da homogeneização, da normalização e da centralização do saber médico, com imposição de regras homogêneas à práticas terapêuticas, com a codificação da profissão médica e com as campanhas de higiene pública.

Interessa particularmente a essa tese compreender o modo como se dá a apropriação e a eventual desqualificação dos saberes populares, artesanais e não científicos de mulheres gestantes/puérperas, compreender a forma como esses saberes podem ser desvalorizados/minimizados pelo saber médico e pelos códigos da Obstetrícia. Ou seja, compreender a forma como se dá a estratificação hierárquica entre saberes que permitem ao corpo da paciente gestante/puérpera ocupar uma posição vulnerável à prática de violências e a imposições.

Foucault, ao tratar das relações entre saber, poder e sexualidade, fala da tomada de poder sobre o indivíduo enquanto ser e corpo biológico, denominando-a de *estatização do biológico* ou *biologização do político*. Essa estatização se configura na maciça transformação do direito do *fazer morrer e deixar viver* para o direito do *fazer viver e deixar morrer*. Ou seja, a mudança de padrão do exercício de poder com finalidade de atuar positivamente sobre a vida, empreender sua gestão, sua majoração e sua multiplicação por meio de controles precisos e regulatórios (FOUCAULT, 1977). A presente tese toca nesse ponto quando discute a gestão do corpo da paciente gestante/puérpera e de todo ciclo gravídico-puerperal com o propósito de regulá-los, controlá-los, esquadrihá-los, vigiá-los e conduzi-los de acordo com os interesses marcados pelo saber-poder técnico científico.

Segundo Foucault, essa tomada de poder sobre os corpos pode se dar efetivamente de duas formas. A primeira, ocorre em uma perspectiva individual. Ela se dá por meio de formulações gerais, técnicas e sistemas de disciplina e de vigilância que visam preservar a docilidade-utilidade — é dócil um corpo que pode ser submetido, utilizado, transformado e aperfeiçoado (FOUCAULT, 2004, p.117). A segunda, ocorre em uma perspectiva coletiva e populacional. Ela é chamada de biopolítica da espécie humana e se dá por meio de instrumentos epidemiológicos e estatísticos (FOUCAULT, 1999). No tópico seguinte, apresento as

características dessas duas formas de biopoder e suas possíveis correlações com o universo da relação profissional de saúde - paciente na Obstetrícia.

3.1.1.1 Biopoder: diferenças entre poder disciplinar e biopolítica

Como mencionado em tópico anterior, no século XIX se instala uma nova forma de se exercer o poder, ela vem transformar a arte do direito soberano de *fazer morrer e deixar viver*, penetrando-lhe e ao mesmo tempo modificando-a. Essa nova fase trata do poder de *fazer viver e deixar morrer* (FOUCAULT, 1999, p. 287). É um novo paradigma, Foucault, com isso, vai afirmar que poder não é repressão, pelo contrário, poder é ação.

Após o declínio do poder soberania se sucedem na ordem teórica de Foucault dois conjuntos de tecnologias do poder ou de técnicas de poder normalizador, também chamados de biopoder: poder disciplinar **(a)** e biopolítica **(b)**. É a entrada do corpo e da vida nos cálculos do poder. Nesse ponto, quando Foucault trata desses conjuntos de tecnologias do poder, ele está aplicando o seu procedimento genealógico para compreender o funcionamento do poder enquanto ele atua, se exerce.

Essas novas tecnologias de poder vão cuidar de um padrão de conduta a ser obedecido e também do estabelecimento de sanções para controle do sujeito, o poder passa a ser objetivador e subjetivador no sentido de produzir práticas que imprimem naquele corpo uma identificação objetiva e subjetiva (poder, sujeito e verdade). É a articulação entre o poder e a vida. Foucault vai mostrar isso a partir da leitura de fenômenos empíricos. Tanto poder disciplinar quanto biopolítica são biopoderes, são formas de agenciamento concreto da vida e são poderes normalizadores. As duas formas, poder disciplinar e biopolítica, não são exclusivas do Estado, pelo contrário, Foucault vai afirmar que esses são poderes que se exercem na microfísica, em nível subestatal.

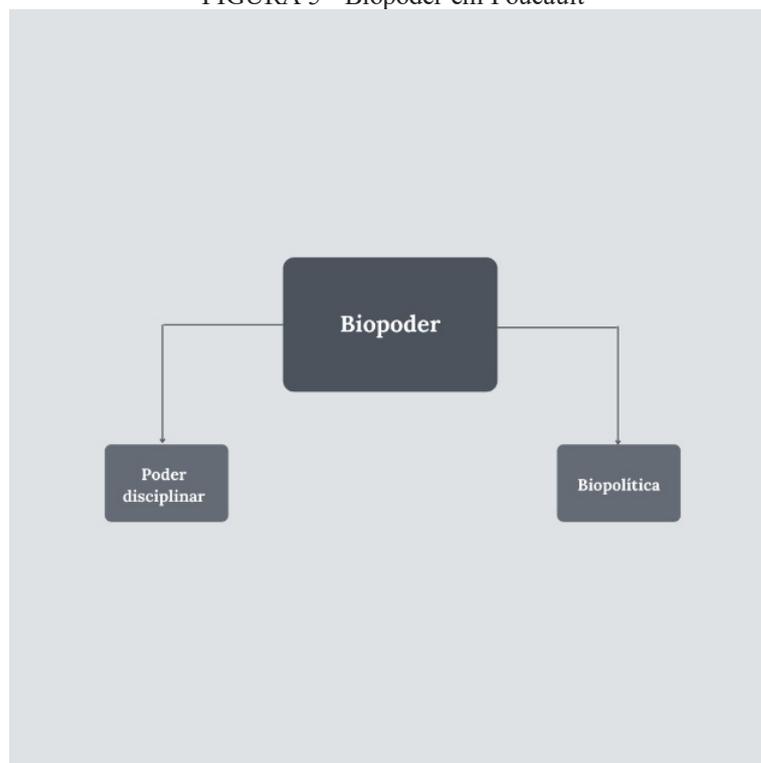
Uma das principais diferenças entre esses dois tipos de poderes normalizadores diz respeito à posição assumida entre o normal e o anormal e a norma. Os mecanismos disciplinares são *normação*: classificam os corpos como normal e anormal a partir da norma, guiado pela norma, é a norma que confere a permissão de operar sobre eles, ou seja, há uma precedência da norma. Já a *normalização* disciplinar se estabelece a partir de um modelo, a disciplina tenta trazer tudo para dentro desse modelo e o resultado dele é a norma, a norma é posterior.

A *normação* pelos dispositivos de segurança diz respeito a processos no interior de um campo coletivo, parte de algo que é dado pelos processos coletivos, pelas estatísticas. Já os mecanismos da biopolítica são *normalização* em sentido estrito: o normal e o anormal são

anteriores, deles se deduz a norma, a norma é o resultado posterior, ou seja, há uma superveniência da norma.

O poder disciplinar surgiu primeiro e, embora ele não tenha se esgotado, ele perdeu força a partir de meados do século XVIII, abrindo espaço para a biopolítica. Poder disciplinar e biopolítica não são antagônicos, em verdade, se complementam e se articulam. De modo bastante sintético, pode-se dizer que os mecanismos disciplinares se referem ao corpo individual e os mecanismos de biopolítica referem-se à população.

FIGURA 5 - Biopoder em Foucault



FONTE: elaborado pela autora (2023).

Foucault menciona a sexualidade, a Medicina e a higiene como exemplos concretos da incidência conjunta dessas tecnologias de poder, influências diretas sobre os processos orgânicos (corpo e disciplina) e biológicos (população e biopolítica). No ponto que interessa a essa tese, importa dizer que a paciente gestante/puérpera pode ser alcançada tanto pelo poder disciplinar quanto pela biopolítica, isto é, pode ser conduzida, gerida e subjugada tanto do ponto de vista individual, quanto do ponto de vista coletivo. Mais à frente, serão apresentados exemplos que assim indicam.

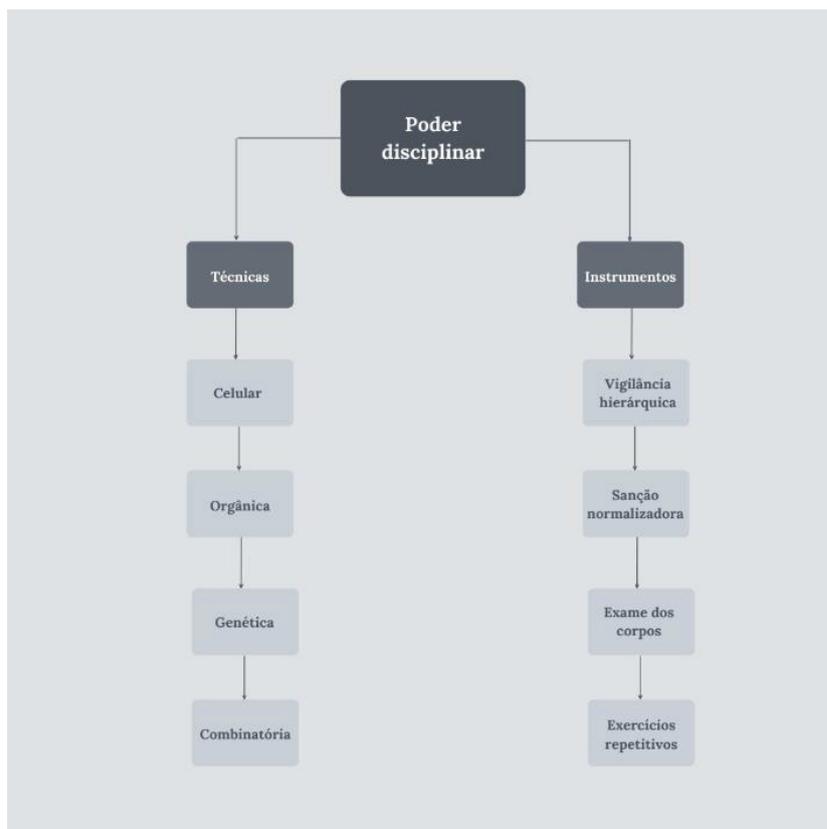
O poder disciplinar **(a)** é exercido sobre o corpo-individual e seus detalhes, está fundamentado nas instituições, é um tipo de poder especializado, um poder que se exerce em uma instituição e, para Foucault, há um saber que dá suporte a essa instituição. Ele estuda fenômenos individuais, sua organização interna extrai tempo e ação, vigia de modo pan-óptico

sem recorrer à força ou à violência (diferente do poder soberano). Opera de modo discreto, silencioso, travestido de regularidade e legalidade. Utiliza como estratégias a regra, a norma disciplinar, a regulamentação, a normalização e a vigilância hierárquica. Busca preservar a docilidade-utilidade, seu objetivo é aumentar a força econômica do corpo e reduzir sua força social e política. Opera a individualidade por meio de uma categorização onde tudo é anotado. A disciplina apregoa que os corpos devem ser vigiados, treinados, utilizados e punidos de acordo com os padrões de uma sociedade. É uma tecnologia que se caracteriza pela anatomopolítica e tem como efeito a individualização. É o corpo-homem.

O poder disciplinar tem o adestramento do corpo ou a normatização da subjetividade como sua maior função para retirar e apropriar, para ampliar suas aptidões e fazer crescer sua utilidade e docilidade. As forças não são amarradas pelo poder disciplinar com função de reduzi-las, pelo contrário, são conectadas para multiplicá-las. O poder disciplinar assegura a sujeição constante por meio de uma relação de docilidade-utilidade. Atua com vigilância contínua, perpétua e permanente por meio de técnicas de controle do tempo e organização do espaço, objetivando o máximo de rapidez e eficácia. **É a série corpo – organismo – disciplina – instituições** (FOUCAULT, 1987).

Há técnicas **(i)** e instrumentos **(ii)** específicos de poder disciplinar. Eles estão representados na figura 6.

FIGURA 6 - Poder disciplinar em Foucault



FONTE: elaborado pela autora (2023).

As técnicas **(i)** são classificadas por Foucault em: **(a)** celular; **(b)** orgânica; **(c)** genética e **(d)** combinatória. A técnica celular trata da distribuição de corpos no espaço por meio de clausura, quadriculamento e localizações funcionais com objetivo de ordenar a multiplicidade. A técnica orgânica trata do controle da atividade, com regulação de horários e ajuste do corpo a imperativos. A técnica genética trata da serialização de atividades sucessivas. Por fim, a técnica combinatória trata da composição de forças e séries cronológicas (CASTRO, 2009).

Os instrumentos **(ii)** são classificados por Foucault em: **(a)** vigilância hierárquica; **(b)** sanção normalizadora; **(c)** exame dos corpos e **(d)** exercícios repetitivos. A vigilância hierárquica trata do funcionamento automático e anônimo. A sanção normalizadora trata da mediação de capacidades e da imposição de fronteiras entre o normal e o anormal. O exame dos corpos trata da combinação do olhar que vigia com a sanção normalizadora. Por fim, os exercícios repetitivos tratam do modo como o corpo incorpora e se adequa ao valor exigido (CASTRO, 2009).

No ponto que interessa a essa tese, é de se dizer que o exercício do poder disciplinar sobre o corpo da mulher gestante/puérpera pode se manifestar em diferentes aspectos. Alguns exemplos, mencionados pelos entrevistados do campo e observados na prática médica da pesquisadora, constam no quadro 7, a seguir.

QUADRO 7 – Exemplos exercício do poder disciplinar sobre o corpo da gestante

Identificador	Exemplo
1.	Repreensão e coação diante de expressões verbais e não verbais de dor da gestante no momento do parto com objetivo de obter silêncio
2.	Coação da gestante para que ela se submeta a parto cesariano com objetivo de fazê-la escolher a via de nascimento de preferência de manejo clínico do médico
3.	Coação da gestante para que ela se submeta a parto normal com objetivo de fazê-la escolher a via de nascimento de preferência de manejo clínico do médico
4.	Adoção de posturas ameaçadoras por parte da equipe de saúde com objetivo de fazer a gestante desistir de denunciar práticas violentas
5.	Proibição da adoção de determinadas posturas físicas no momento do parto com objetivo de obrigar a gestante a adotar postura mais confortável ao trabalho do médico
6.	Submissão da gestante a medidas artificiais para aceleração do parto com finalidade de satisfazer demandas particulares do médico
7.	Ausência de fornecimento de analgesia durante o parto com objetivo de suprir lacuna de estabelecimento de saúde que não dispõe de número suficiente de anestesistas/salas cirúrgicas
8.	Má informação ou desinformação prestada pelo médico com finalidade de obter da gestante obediência frente as suas prescrições

FONTE: elaborado pela autora (2023).

Essas situações ilustram o modo como o poder disciplinar pode atuar sobre corpos de mulheres gestantes/puérperas, tanto com relação às técnicas quanto em relação aos instrumentos. Nas possibilidades mencionadas no quadro 7, têm-se exemplos da técnica celular (5), técnica orgânica (7), técnica combinatória (4), instrumento de exame dos corpos (1) e instrumento de exercícios repetitivos (8).

Como visto, o poder disciplinar volta-se ao corpo individual. Já a biopolítica (b) é de outra ordem, está em outra escala, possui outros instrumentos de suporte. Essa tecnologia se dirige à multiplicidade dos corpos, em nível de massa global, afeta conjuntos próprios da vida, como nascimento, morte, produção e doença. A biopolítica é o exercício de regular, administrar, gerenciar a vida dentro de um conjunto. Refere-se a práticas de poder que se voltam ao conjunto dos processos biológicos que atuam uns sobre outros, com movimentos próprios, para, a partir da observação e da medicação desses fenômenos, serem definidos os fenômenos que são regulares e os que são irregulares, as situações que são preferenciais e as que são não preferenciais, o ótimo e o não ótimo, enfim, a normalidade e anormalidade. É o corpo-espécie, um modelo que se afasta do modelo clássico da soberania, de sujeito de direito ou cidadão, e também se afasta do corpo individual das disciplinas. A biopolítica coloca-se num lugar distinto, de implantação perversa de anormalidade. Foucault vai afirmar que é a partir da análise de determinadas práticas, em um processo histórico e contingente, que se cria um critério de normalidade, ou seja, esse critério não surge aleatória ou naturalmente. E esse critério é o que vai acomodar e classificar os indivíduos, que vai atravessar os corpos estabelecendo normas e padrões de normalidade e anormalidade, que vai punir o anormal e premiar o normal.

A biopolítica perpetua-se até a Idade Contemporânea, está presente e é facilmente

identificável na história atual. Ela tem como alvo o corpo múltiplo, o corpo político (população), o biológico, o homem como ser vivente pertencente a uma espécie biológica, a massa populacional, a proliferação (nascimentos e mortalidade), as estatísticas e os índices sociais. Possui objetivo de *fazer viver e deixar morrer*, de intervir em processos vitais. Não substitui, mas combina-se com o poder disciplinar, utiliza-se de recursos e conhecimentos científicos e estatísticos, produz os riscos e as maneiras de reduzi-los, estuda fenômenos em série (FOUCAULT, 1999). É a estatização da vida biologicamente considerada (CASTRO, 2009).

A biopolítica trabalha com a noção de dispositivos de segurança, de intervenções sobre o meio e de regulações. Escancara a importância assumida pelas ciências biomédicas, pelo saber médico, pelo conhecimento científico e pela biotecnologia no exercício do poder. Procura controlar eventos fortuitos, visa o equilíbrio global, a homeostase, a acomodação, a segurança do conjunto. É a série **população – processos biológicos – mecanismos regulamentadores – Estado** (FOUCAULT, 1999). A biopolítica utiliza-se de mecanismos de previsão, de medida estatística, de ações globais. Pode, por exemplo, fazer a vida proliferar, fabricar alvo vivo, como um vírus ou uma bactéria. É voltada à coletividade, não aos sujeitos.

No ponto que interessa a essa tese, é de se dizer que o exercício da biopolítica sobre o corpo da mulher gestante/puérpera pode se manifestar em diferentes aspectos. Alguns exemplos, mencionados pelos entrevistados do campo e observados na prática médica da pesquisadora, constam no quadro 8, a seguir.

QUADRO 8 - Exemplos exercício da biopolítica sobre o corpo da gestante

Identificador	Exemplo
1.	Estabelecimento de políticas públicas e programas sociais impostos pelo Estado para estimular a reprodução humana ou, pelo contrário, esterilização em massa da população a fim de produzir diminuição da taxa de fecundidade
2.	Realização de campanhas publicitárias em massa com objetivo de influenciar o comportamento coletivo de gestantes/puérperas a fim de que elas pratiquem determinadas ações que se amoldem ao preconizado em políticas públicas quanto à escolha da via de nascimento, ao aleitamento materno, à vacinação do recém-nascido, etc.
3.	Estabelecimento de uma política de natalidade para controle populacional
4.	Precarização ou inviabilização do acesso das gestantes/puérperas aos serviços de saúde com finalidade de “diminuir a demanda” do SUS e mascarar seus problemas de subfinanciamento
5.	Imposição de restrições por parte do sistema público de saúde que dificultam ou inviabilizam o exercício da autonomia e da liberdade de escolha de gestantes/puérperas com finalidade de manter intocada a autonomia dos profissionais de saúde
6.	Instituição de protocolos e diretrizes técnicas rígidas emitidas por estabelecimentos de saúde, Comitês, Comissões, Conselhos de Classe e Sociedades de Especialidade Médicas com finalidade de fornecer guarida para o exercício da autonomia profissional médica
7.	Imposições morais lançadas pelo corpo social à sexualidade e à gestação com finalidade de castrar desejos e práticas tidas como inaceitáveis ou impróprias

FONTE: elaborado pela autora (2023).

Essas possibilidades mencionadas no quadro 8 ilustram o modo como a biopolítica

pode atuar sobre corpos de mulheres gestantes/puérperas. No recorte da presente tese, a biopolítica pode ajudar a compreender, por exemplo, porque algumas gestantes/puérperas são classificadas como dignas de receberem tratamento médico cordial e respeitoso e outras não. Porque algumas gestantes são classificadas como passíveis de sofrerem violência e outras não e como isso se traduz em dois cenários absolutamente distintos: mulheres que concebem o evento do parto como uma experiência extraordinária e mulheres que concebem o evento do parto como um momento de horror.

O que há de diferente entre essas mulheres? Por que à mulher branca, de posses, é permitido fertilizar *in vitro* em luxuosas clínicas de reprodução assistida independentemente do número de gestações anteriores ou de parceiros sexuais e à mulher negra, que não dispõe de recursos, é permitido, nas entrelinhas, apenas um dado número de gestações, em determinada idade e dentro de um esquema patriarcal de família tradicional heterossexual? O que acontece aqui? Foucault fornece pistas. O sexo e a procriação tornaram-se alvos centrais de um poder que se organiza em torno da gestão da vida, mais do que da ameaça da morte (FOUCAULT, 1977).

Essa tese volta-se, especialmente, ao estudo dos discursos sobre a VO e ao estudo da possibilidade de utilização do saber-poder médico com finalidade de garantir o controle e o ajustamento dos fenômenos do ciclo gravídico-puerperal por meio de escalas de hierarquização social, relações de dominação, hegemonia e manutenção do poder. Esses elementos, quando estruturalmente engendrados, podem fornecer indicativos daquilo que se busca compreender na presente tese: o que os discursos sobre a VO sinalizam sobre as causas estruturais do acontecimento da VO?

3.1.1.2 Biopolítica como chave de leitura dos discursos do campo

A biopolítica de Foucault é a principal categoria analítica utilizada para a leitura e interpretação dos dados do campo nessa tese. É a partir da chave de leitura ou das lentes da biopolítica que os discursos do campo foram analisados e problematizados.

Como dito no tópico anterior, a biopolítica é o exercício do poder sobre a vida coletiva, a gestão dos elementos naturais, da naturalidade da população. É a ação exercida pelo Estado sobre populações, mas não só pelo Estado, também por estratos e sujeitos subestatais. Pode-se dizer que se constituem nos primeiros objetos de saber e nos primeiros alvos da biopolítica um conjunto de processos, como a proporção de nascimentos, a proporção de óbitos, a taxa de

reprodução, a taxa de fecundidade e a expectativa de vida. Ou seja, a biopolítica trata, no fundo, de diferentes processos ligados à procriação humana.

População, para Foucault, nunca é um fenômeno primário e originário, não é algo dado e sim constituído, depende de uma engrenagem e uma estrutura histórica que a crie, de um recorte, de variáveis que a caracterizem, a nomeiem, a classifiquem e a submetam. Ou seja, população é um modo de selecionar e organizar os sujeitos por meio de critérios, por exemplo, critérios de raça, gênero e classe social.

Assim, quando a biopolítica opera na população ela não opera diretamente sobre a população, em verdade, ela opera sobre as variáveis que ordenam e que fazem existir um determinado nicho populacional, no ponto que interessa a essa tese, sobre marcadores/variáveis de raça, gênero e classe social. Esse é o elemento crucial dos mecanismos de segurança, eles operam e movem essas variáveis. Os mecanismos de segurança, portanto, vão tentar operar sobre esses fenômenos de conjunto repetitivos coletivos para alterá-los, com intuito de majorar alguns e de inibir outros. Isto é, a biopolítica se utiliza de gestão e administração como forma de alterar determinados fenômenos coletivos.

Os processos biológicos passam a ser analisados em nível biológico na biopolítica, observados em conjunto, de forma a marcar um acontecimento, um fenômeno. E o modo como é medido esse fenômeno é dado a partir do critério de preferível e não preferível, de normal e de anormal, do que está dentro ou fora das curvas superiores e das curvas inferiores. A regulação da biopolítica em si não é positiva nem negativa, mas ela é sempre perigosa, porque qualquer agenciamento concreto da vida carrega perigo, sobretudo quando esse agenciamento não é percebido, sentido, diagnosticado, porque aí torna-se ainda mais remota a possibilidade de o sujeito reagir a ele. Ou seja, Foucault pensa as forças produtivas do poder como forças que podem ter resultados negativos ou positivos, não se trata se uma via de mão única, não há um algoz e um vitimizado, quem pratica o poder também pode ser vítima dele.

De tal forma que a biopolítica tem como objeto o corpo múltiplo, os fenômenos de série, o controle do aleatório, a população, o homem como ser vivente pertencente a uma espécie biológica. Ela estuda fenômenos de massa, de longa duração, opera por mecanismos de previsão, estimativa estatística e medidas globais, persegue o equilíbrio da população, sua homeostase, sua regulação (CASTRO, 2009).

A biopolítica é observar a massa como uma coleção de processos biológicos. Um poder que tem como objeto a coleção desses processos. Ela observa o movimento desses processos, os quais, individualmente, não dizem nada, mas, em grande escala, indicam algum fenômeno que tem regularidade e possibilidade de previsão. A biopolítica, portanto, é a vida como alvo

da regulamentação, a medida da regularidade e da previsibilidade para que determinadas decisões possam ser tomadas.

Nas palavras de Foucault (2008, p. 56):

Biopolítica é essa série de fenômenos, um conjunto de mecanismos através dos quais aquilo que na espécie humana constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral do poder. Como a sociedade, ou melhor, as sociedades ocidentais modernas, a partir do séc. XVIII voltaram a levar em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana. (FOUCAULT, 2008, p. 56).

Em outros termos, a biopolítica cuida da demografia, procura gerir as características demográficas, as quais são estimuladas ou reprimidas de acordo com interesses econômicos e políticos a fim de manter uma certa regularidade. Foucault demonstra como isso é utilizado de forma estratégica, uma estratégia de saber-poder.

Nessa engrenagem, os corpos gestantes, produtores de novas vidas, possuem papel fundamental. Não é possível falar em controle de fecundidade, natalidade e mortalidade sem passar pela sexualidade, pelos corpos femininos e pela gestação. O útero e todo aparelho reprodutor da mulher são postos à prova a partir dos objetivos biopolíticos, tornam-se passíveis de repressão, agressão e violência, sobretudo se afrontarem discursos econômicos, sociais e políticos estabelecidos por uma política de verdade. É nesse contexto que pode se inserir a VO, com a possibilidade de corpos femininos serem violentados caso não se amoldem à expectativa social, moral e política pautada pela hegemonia do saber-poder que vigora. Para a mulher que tenta subverter essa lógica, manifestando, por exemplo, intenção de exercer plena e individual autonomia na condução de seu ciclo gravídico-puerperal, há mecanismos de segurança prontos a agir.

São os fenômenos biopolíticos que fazem com que se introduza no final do século XVIII uma Medicina com função de higiene pública, de centralização da informação no médico, de coordenação de tratamentos, de normalização do saber médico, de medicalização da população. A biopolítica lida com a noção de coletivo, de população no sentido científico, político e biológico. Ela trata de fenômenos que, quando observados sob a ótica individual, parecem aleatórios e imprevisíveis, mas quando observados em conjunto, mostram-se fenômenos em série. A biopolítica implanta mecanismos de previsões, estatísticas, medições globais e interfere no nível das determinações dos fenômenos que envolvem o nascer e o morrer. Estabelece mecanismos reguladores que fixam uma espécie de aprumo na população, instala instrumentos de previdência no aleatório da vida e da morte, destinados a potencializar forças

e extraí-las. Busca estados globais de equilíbrio e regularidade, busca assegurar sobre os corpos não uma *disciplina*, mas uma *regulamentação*.

É da possibilidade de regulamentação do corpo da paciente gestante/puérpera que também trata essa tese. Precisamente percorrendo o caminho em direção ao contexto, aos marcadores/variáveis e às estruturas que circundam a relação profissional de saúde - paciente e o acontecimento da VO, buscando compreender o modo como se dá esse trajeto entre as bases da relação profissional de saúde - paciente (saber-poder) e as violações vistas nas salas de parto e maternidades. Tento problematizar na tese o que pode vir a partir da produção médica, sanitária e jurídica em torno da expressão VO e em torno do acontecimento VO. E não me refiro aqui apenas a aspectos negativos. A mobilização dessa produção pode gerar efeitos positivos, direitos, a individualização dos direitos, a gramática dos direitos em uma perspectiva individualista e subjetiva, empoderamento feminino, consciência corporal, melhor gestão do ciclo gravídico-puerperal, a inserção do tema violência contra mulher na pauta social, a circulação desse tema. Embora esses aspectos positivos não tenham aparecido com força nos resultados do campo, tomo como pressuposto que eles fazem parte da lógica do possível, tendo em vista que a biopolítica carrega esse traço neutro, não é, em si, nem positiva, nem negativa, mas sim, pode produzir efeitos que são positivos e efeitos que são negativos.

A biologia é o instrumento por excelência da biopolítica. A Medicina, por seu turno, é o espaço de sua operacionalização, disseminação e catalisação no espaço social. Nesse sentido, propaga-se, por meio desses mecanismos de controle, um ideal de corporeidade em que a saúde é um valor supremo a ser buscado em termos populacionais. Surge uma noção de perigo eminente de doença e os riscos de adoecer tornam-se elementos fundamentais para a regulamentação da vida. É a Medicina, portanto, quem opera como elemento vital na consolidação da união entre o *poder disciplinar* e o *poder de regulamentação* (ZORZANELLI; CRUZ, 2018).

Conforme mencionado, a biopolítica pode ser aplicada por um sujeito individual, no ponto que interessa a tese, por profissionais de saúde ou instituições que os representam. Não porque há uma vontade individual, intencional, uma consciência, uma estratégia, um desejo ou um projeto com esse interesse. Mas sim porque isso é um modo de poder e uma racionalidade de poder muito presente, a sociedade está organizada dentro dela. O que o sujeito pode fazer é se tornar cúmplice dela. Ou seja, o médico não cria a biopolítica, não coloca a biopolítica, mas ele opera num horizonte de racionalidade de poder que o antecede, que já está dado, que já está posto desde a segunda metade do século XVIII. O médico é inserido em um contexto de

discurso e de biopolítica que o antecede e, independente do médico, esse contexto de discurso e de biopolítica continua a existir.

De tal forma que a biopolítica possui estreita relação com o domínio da Medicina sobre o modo como se estruturou o saber sobre indivíduos considerados doentes, sobre a experiência clínica como forma de conhecimento, sobre a definição do estatuto do doente na sociedade, sobre a instauração de uma relação entre os socorros e o saber, sobre o uso do discurso científico, sobre a obediência ao conteúdo da experiência médica, sobre a introdução da linguagem médica nos campos de origem e manifestação da verdade, sobre a doença exposta à inquirição do olhar e da linguagem, sobre o homem como sujeito e objeto de seu próprio conhecimento (FOUCAULT, 1980).

No centro dessa conjunção entre Medicina e biopoder encontram-se a sexualidade, a gestação e os corpos gestantes como campos estratégicos tanto do poder disciplinar como da biopolítica. Primeiro porque os três, sexualidade, gestação e corpos gestantes, referem-se a um acontecimento corporal sujeito a controle disciplinar individualizante. Segundo porque os três também se inserem, por seus efeitos de procriação, em processos biológicos amplos que dizem respeito à massa da população. A sexualidade, a gestação e o corpo da gestante, portanto, estão exatamente na linha de intersecção entre corpo individual (poder disciplinar) e população (biopolítica). E isso é perigoso.

Isto é, há, claramente, um espaço demarcado pela Medicina entre poder disciplinar e biopolítica. A Medicina, e no ponto que interessa a essa tese, a Obstetrícia, opera por meio de um saber-poder que tem o privilégio e a prerrogativa de incidir sobre ambos, corpo individual e população, podendo produzir tantos efeitos disciplinares (individuais) como efeitos regulamentadores (coletivos). A Medicina e a Obstetrícia podem se utilizar da norma para circular entre um e outro. Acaso os corpos gestantes se afastem dos trilhos da norma, há mecanismos de segurança a serem instituídos. Seria a VO um desses mecanismos?

3.1.2 Diálogo entre biopoder e as categorias estruturais da VO

No início do projeto do doutorado, quando decidi por trazer Foucault para o referencial teórico da tese, pensei em suas reflexões sobre o discurso, sobre o biopoder, sobre a microfísica do poder e em como tudo isso poderia se conectar aos discursos sobre a VO e ao próprio acontecimento da VO. Mergulhei nesse referencial teórico durante meses e, desde o início, vi potencial para conectar alguns pontos das noções foucaultianas a algumas questões envolvendo a relação profissional de saúde - paciente na Obstetrícia. Naturalmente que eu não

tinha ideia do que eu encontraria nos discursos do campo, mas desconfiava que o poder, sobretudo o saber-poder biomédico, de alguma forma, se conectava a essas complexas discussões.

E isso, de fato, em alguma medida, aconteceu. Mas talvez não da maneira que eu imaginava lá no início. No começo da pesquisa tentei fazer uma espécie de “casamento perfeito” entre as categorias foucaultianas sobre o discurso e os dados empíricos coletados em campo. Por uma série de razões isso não se mostrou viável e produtor. Nessa tentativa, acabei “engessando” a discussão e perdi a riqueza dos dados do campo, a força da fala daqueles profissionais de saúde e daquelas pacientes com quem conversei.

Revi a lógica estrutural da tese, mas mantive minha hipótese inicial de que noções foucaultianas sobre discurso e biopoder poderiam ser úteis como chave de leitura para os discursos sobre a VO coletados em campo. Aos poucos, fui refinando a escolha dos conceitos e categorias a serem utilizados, delimitando melhor os horizontes e tateando a fim de verificar até onde Foucault poderia contribuir nesse debate. Cheguei, ao final, nesse resultado que apresento hoje.

De todas as narrativas que ouvi no campo, extraí sete grandes categorias temáticas. Ao final do percurso trilhado até aqui concluo que todas elas, em maior ou menor grau, estão conectadas ao exercício do saber-poder sobre a vida, sobre o corpo, sobre a sexualidade, ou seja, a um exercício de poder sobre a vida que se dá com base em conhecimento, uma condução de condutas a partir do exercício do poder biomédico.

Eu diria que o grande avanço teórico que tive nesse percurso, além da incorporação de noções da VO estrutural e dos seus marcadores de raça, gênero e classe na tese, talvez tenha sido o fato de perceber que, embora haja espaço para se trabalhar com Foucault e suas noções de discurso e de biopolítica no âmbito da relação profissional de saúde - paciente e no acontecimento da VO, há limites bem demarcados nesse espaço. E essas demarcações são de três ordens, principalmente.

Uma primeira demarcação de ordem histórico-temporal, vez que Foucault não estudou, especificamente, a violência contra a mulher, nem a violência contra a mulher gestante. Uma segunda demarcação de ordem de pauta teórica, vez que o foco dos estudos de Foucault foi o poder e não propriamente a reprodução humana, a mulher ou os racismos. Uma terceira demarcação de ordem de limitação conceitual, vez que o saber-poder, isoladamente, não é capaz de fornecer respostas completas e profundas para muitas das questões relacionadas à VO estrutural, às condições de possibilidade que fizeram com que o termo VO e o acontecimento VO se fizessem valer e passassem a circular.

No próximo tópico detalho essas demarcações e ofereço argumentos iniciais, a serem aprofundados no tópico 4.1.2.2, que indicam porque é inviável utilizar apenas as categorias foucaultianas sobre discurso e biopoder para se pensar os discursos sobre a VO e para se pensar o próprio acontecimento da VO.

3.1.2.1 O que está em torno ou para além do poder – raça/gênero/classe

Em alguns de seus estudos, Foucault tratou da questão racial. Ele mostra, em *Il faut défendre a société'l*, que o conceito de raça não é nem necessária nem originariamente um conceito biológico. Ele designa determinado corte histórico-político, fala de duas raças quando há dois grupos que não têm a mesma origem local, nem a mesma língua, nem a mesma religião. Também fala de duas raças quando, no seio de uma sociedade, coabitam dois grupos que não têm os mesmos costumes e os mesmos direitos (CASTRO, 2009).

Foucault vai dizer que o racismo é muito mais profundo que uma velha tradição, muito mais profundo que uma velha ideologia, é outra coisa. Há uma especificidade no racismo moderno e o que faz sua especificidade não está ligado às mentalidades, às ideologias. Está ligado à técnica do poder, à tecnologia do poder. Segundo Foucault, o que inscreveu o racismo nos mecanismos do Estado foi justamente a emergência do biopoder, do poder sobre a vida e sobre os corpos. Neste momento o racismo se inscreve como mecanismo fundamental do poder, de tal forma que não há funcionamento moderno do Estado que, em um determinado momento, dentro de determinados limites e em determinadas condições, não passe pelo racismo (CASTRO, 2009).

Além de algumas referências dispersas em seus artigos e intervenções, a problemática do racismo emerge na obra de Foucault em *La volonté de savoir* e no curso do *Collège de France* do ano de 1976. Em *Il faut défendre a société* Foucault se ocupa do racismo moderno, isto é, do racismo biológico e de Estado, da formação do biopoder e da evolução do conceito de luta de raças. Uma primeira forma de racismo biologicista é a que aparece no século XIX, com a teoria da degeneração. Para Foucault, o racismo não foi, primeiramente, uma ideologia política. Foi uma ideologia científica que circulava por todas as partes, em Morel e em outros expoentes da teoria da degeneração (CASTRO, 2009).

Em *La volonté de savoir*, a propósito dos mecanismos de poder e do racismo, Foucault distingue entre uma simbólica do sangue e uma analítica da sexualidade. O sangue foi um dos elementos essenciais e característicos dos mecanismos do poder até final do século XVIII: diferenças de castas, linhagens, suplicios, etc. O poder fala e se manifesta através do sangue.

Com a formação do dispositivo de sexualidade, os mecanismos do poder se dirigem para o corpo, para a vida, a progenitura, a população. Pois bem, segundo a análise de Foucault, a analítica da sexualidade não sucedeu, simplesmente, à simbólica do sangue; ambos os mecanismos tiveram pontos de interação e de interferências. Foucault explica que, a partir da segunda metade do século XIX, a temática do sangue foi convocada para vivificar e sustentar com toda sua força histórica o tipo de poder político que se exerce através dos dispositivos de sexualidade. O racismo se forma – em sua concepção moderna, estatal e biologizante – nesse ponto. Um ordenamento eugenésico da sociedade que dava conta de comportar a extensão e a intensificação dos micropoderes sob a alcinha de uma estatização ilimitada. Acompanhava-se da exaltação onírica do sangue superior, que implicava, por sua vez, no genocídio sistemático dos outros e no risco de expor a si mesmo a um sacrifício total (CASTRO, 2009).

Il faut défendre la société é uma genealogia do conceito de luta de raças, de guerra de raças. Foucault faz remontar essa genealogia até o século XVII e até a formação da historiografia moderna. Tal discurso, depois da Revolução Francesa, no século XIX, sofreu duas grandes transformações. Por um lado, a formação do discurso da luta de classes, o discurso revolucionário. Por outro lado, sua transcrição biológica, o racismo moderno. Neste último, à diferença do primeiro, o racismo não aparece como o instrumento da luta de uma classe contra outra, mas como uma estratégia global do Estado, uma estratégia que a sociedade exerce sobre si mesma em termos de purificação permanente e normalização social. O tema da guerra histórica (batalhas, invasões, vitórias) será substituído, então, pelo tema biológico, pós-evolucionista, da luta pela vida. A luta terá, agora, um sentido biológico: diferenciação das espécies, seleção do mais forte, manutenção das raças mais bem adaptadas. Também o tema de uma sociedade binária (duas raças, dois grupos diferentes) será substituído por um monismo biológico que se encontra ameaçado pelos elementos heterogêneos que se infiltram. O Estado não será, então, o instrumento de uma raça contra outra, mas o garante da integridade, da superioridade e da pureza da raça. Assim se dá a transcrição biológica do discurso da guerra de raças, o racismo moderno (CASTRO, 2009).

A primeira função do racismo moderno é a de introduzir uma ruptura no domínio da vida do qual o poder se fez valer, ruptura entre o que deve viver e o que deve morrer. A segunda função é a de fazer funcionar a antiga relação de guerra (se queres viver é necessário que possas matar) de uma maneira nova: entre minha vida e a morte de outro, existe, agora, uma relação biológica: a morte do outro não é simplesmente a condição da minha vida, mas da vida em geral; a morte do outro fará a vida em geral mais saudável e mais pura. Desde esse ponto de vista, o racismo é a condição de exercício do moderno direito de violentar, ele aparece onde a

morte é requerida: na colonização, na guerra, na criminalidade, nos fenômenos da loucura e da doença mental, etc. Assim, por exemplo, a guerra vai aparecer, em torno do final do século XIX, não simplesmente como uma maneira de fortalecer a própria raça, eliminando a raça adversa (segundo os temas da seleção e da luta pela vida), mas igualmente como uma maneira de regenerar a própria raça. Quanto maior seja o número daqueles que morrem entre nós, mais pura será a raça a que pertencemos (CASTRO, 2009).

Essa noção do racismo moderno proposta por Foucault pode ser utilizada para se pensar como o marcador raça atravessa os discursos e o acontecimento da VO. E não me refiro apenas à raça em *stricto sensu*, mas a noção de raça aqui entendida como a formação de dois grupos diferentes, os quais não possuem as mesmas origens, os mesmos costumes, os mesmos direitos. Homem x mulher, masculino x feminino, médico x paciente, procriador x não procriador, detentor de saber científico x detentor de saber popular. Pensar na constituição e na formação desses grupos fornece uma boa base para se pensar como o saber-poder os atravessa de modo diferente, como repercute nesses grupos de maneiras diferentes. O desenvolvimento desse racismo biológico, médico e social a partir do final do século XIX, desde então, atravessa os corpos de maneira desigual, atravessa o corpo da mulher de uma maneira muito particular. Isso vai funcionar, em diversos momentos históricos, como princípio de eliminação, segregação e normalização da sociedade, sobretudo por meio de dispositivos da sexualidade. Um desdobramento de uma única raça em uma raça e uma sub-raça, com funções essencialmente conservadoras e de dominação.

O discurso, a partir da entrada do racismo moderno, passa a ser o discurso do enfrentamento entre as raças, uma contra história, de servidão, uma *clivagem histórico-política*. Não há mais batalha no sentido da guerra, mas no sentido biológico, ocorre a diferenciação entre a espécie, a seleção natural, surge o conceito de pureza de raça. Isto é, ocorre uma espécie de transferência da matriz jurídica para a biológica, uma higiene silenciosa e uma política médica e social de eliminação onde o inimigo passa a ser o negro, a mulher, o deficiente. Um instrumento a um só tempo discursivo e político, um esquema binário de oposição entre dois grupos.

Foucault não tratou das categorias “gênero” e “sexismo” propriamente ditas, ao menos não com essa nomenclatura. Os estudos sobre gênero surgiram ou se organizaram com maior força na década de 1990 e Foucault faleceu em 1984. Entretanto, Foucault, de certa forma e em alguma medida, lançou alguns *insights* e reflexões sobre o que hoje se denomina gênero. Já na década de 1970, Foucault trabalhava com a noção de masculino e feminino e a noção de sexualidade como uma construção, como um elemento histórico, algo constituído. Assim,

algumas questões relacionadas aos debates sobre gênero que existem no tempo presente estão, de algum modo, assentadas sobre um alicerce que foi, em algum grau, trabalhado por Foucault, na medida em que ele discutiu questões importantes sobre a sexualidade.

Em uma abstração, esse binarismo e a clivagem da raça a que Foucault se refere podem ser ilustrados, no tempo contemporâneo, por dois cenários contrastantes relacionados à relação profissional de saúde - paciente na Obstetrícia. De um lado, corpos de gestantes brancas, em primeira gestação, jovens, com escolaridade em nível superior, atendidas via convênio de saúde, em clínicas de reprodução assistida. De outro lado, corpos de gestantes negras, em enésima gestação, idosas, sem escolaridade, atendidas via SUS. A prática, infelizmente, demonstra que há um abismo de segregação e normalização entre esses dois grupos, tão importante a ponto de, no limite, à mulher branca ser permitido uma dezena de tentativas de fertilização artificial e à mulher negra ser proibido gestar por meio de esterilização forçada.

Essas noções foucaultianas sobre raça e gênero, muito embora úteis ao debate a que se propõe a tese, são claramente insuficientes para dar conta da complexidade que envolve o terreno movediço da VO.

O que está em torno ou para além do saber-poder nos discursos coletados em campo são as noções de raça, gênero e classe aqui mencionadas, as quais também foram trabalhadas por Foucault, todavia, não na mesma profundidade com que o discurso e o poder.

Esse em torno é o que é chamado nessa tese de condições estruturais, são elas que, de certa forma e em alguma medida, sustentam a violência contra a mulher gestante. Esses marcadores de vulnerabilidade são fundamentais para se pensar a relação homem x mulher e a relação médico x paciente, enfim, para se pensar o conteúdo dos discursos sobre a VO coletados em campo. Dada a importância dessas condições estruturais no debate sobre a VO, elas serão aprofundadas em tópico específico, mais adiante (4.1.2.2).

3.1.2.2 Porque discurso e biopolítica são importantes para essa tese?

O objetivo principal da utilização do marco teórico de Foucault na produção dessa tese foi o de testar a hipótese de que a categoria analítica biopoder pode ser útil como chave de leitura para tratar dos resultados que viriam do campo. Isto é, útil como lente para a análise e a interpretação dos discursos dos profissionais de saúde e das pacientes entrevistadas. Nesse sentido, como se verá no próximo capítulo, que apresenta o diálogo de Foucault com o campo, pode-se dizer que os aportes teóricos do autor foram de grande valia, fornecendo *insights*

importantes sobre as formações discursivas e sobre o exercício do poder sobre a vida e os corpos. Esses aportes me permitiram fazer conexões entre a teoria e os dados empíricos.

Menciono alguns argumentos que justificam a importância e a pertinência do uso do marco teórico de Foucault para se pensar a relação profissional de saúde - paciente na Obstetrícia, para se pensar os discursos sobre a VO e, em última análise, para se pensar o próprio acontecimento da VO. Apresento-os brevemente.

Em primeiro lugar, a base da relação profissional de saúde - paciente na Obstetrícia se dá em um exercício direto de poder sobre uma nova vida, um novo ser. Todo ritual dessa relação possui um novo corpo como objetivo final, o novo feto a nascer soma-se à vida da mãe e, nesse sentido, se age sobre duas vidas simultaneamente, a um só tempo. E isso não se dá apenas em termos individuais, mas, também, em termos coletivos, da espécie. Essa é uma característica da Obstetrícia que a diferencia das demais relações médico paciente. O âmago da questão é um novo corpo, ainda em formação, cheio de vulnerabilidades, já exposto a toda uma conjuntura e estrutura social de gênero e raça que o atravessa ainda no útero. Não precisa nascer para sofrer as consequências do biopoder, isso pode acontecer dentro do corpo da mulher, no útero.

Em segundo lugar porque há uma marcação bem específica, uma construção de sujeitos muito particular na relação profissional de saúde - paciente. Há um sujeito médico e há um sujeito paciente nessa relação. E o que marca a diferença entre esses dois sujeitos é o saber, o saber científico x o saber popular. Uma diferença que pode funcionar como justificativa para hierarquização na relação o que, por sua vez, pode funcionar como elemento justificador de uma série de violações à voz, à vez, à autonomia, à dignidade e à liberdade da mulher gestante. É o saber-poder se fazendo valer no microespaço da Obstetrícia, uma forma sutil de sujeitar corpos e vontades, um embate epistêmico em que o conhecimento pode ser o responsável pelo fato de a voz de alguns se fazer valer, pelo domínio de um sobre o corpo do outro, pelo agenciamento da vida que contém outra vida em seu útero.

Em terceiro lugar porque a sexualidade, o sexo e o seu produto final, tão bem trabalhados por Foucault, estão no cerne das camadas de vulnerabilidade que atravessam a mulher gestante. As noções foucaultianas dão conta de explicar como o discurso da sexualidade se articulou ao discurso biomédico para formar procedimentos de confissão e de discursividade científica que podem contribuir para o exercício do poder sobre o corpo da mulher gestante. Ou seja, a combinação de exame, sinais e sintomas com confissão; o dever de a paciente dizer tudo e o poder de o médico interrogar sobre tudo; o funcionamento do sexo como algo obscuro e clandestino; a duplicação da revelação da confissão pela decifração do diagnóstico médico; a recodificação dos efeitos da confissão na forma de operações terapêuticas; a patologização da

gestação, que passa a aparecer como um campo de alta fragilidade nosológica. Isto é, um conjunto de tecnologias e instrumentos biomédicos da sexualidade e do seu fruto vivo.

Atribuo, portanto, a esses três argumentos principais a validade da utilização das noções foucaultianas sobre discurso e biopoder nessa tese: (i) o exercício do biopoder não sobre uma vida individual, mas sobre um coletivo de vidas no âmbito da relação profissional de saúde - paciente na Obstetrícia; (ii) as repercussões do sujeito médico e do sujeito paciente e suas diferenças de posicionalidade em relação ao saber: saber científico de profissionais de saúde x saber popular de mulheres gestantes e (iii) a concatenação sinérgica entre exercício de saber-poder sobre a vida e sobre corpos de mulheres gestantes e os dispositivos da sexualidade. Esses argumentos serão aprofundados à luz dos dados do campo, no próximo tópico.

3.2 O QUE ESTÁ ACONTECENDO AQUI E AGORA?

Essa é a pergunta feita por Foucault utilizada como ferramenta pelo autor para analisar o que está acontecendo em um determinado espaço, em um dado tempo (FOUCAULT, 1984). Com essa problematização Foucault quer compreender a filosofia dos acontecimentos, porque determinados acontecimentos (práticas, conceitos, sujeitos, objetos) se dão de determinada forma em um espaço e em um tempo contingente, singular, quais são as circunstâncias e as condições de possibilidade que permitiram que aquele acontecimento se posicionasse daquela forma, se fizesse valer. E porque outros tantos acontecimentos ficaram de fora da mesa, não prosperaram no embate.

Nessa tese, pretendo compreender não a verdade da VO nem o acontecimento da VO em si, mas sim, compreender os *discursos* sobre a VO. O que os discursos sobre a VO que circulam em um determinado espaço (CHC de Curitiba), em um dado tempo (2021), sob uma determinada forma (entrevistas virtuais curtas), sinalizam ao Direito? Esse é meu objeto de pesquisa, meu interesse maior.

Nas palavras de Cláudia Fonseca (2000), os dados não falam por si mesmos, são moldados pelo pesquisador a temas de debate pertinentes ao campo acadêmico. Fonseca explica que os fragmentos tirados do diário de campo dão lugar a enredos e encenações montados explicitamente para dialogar com ideias existentes. É um pouco o que tento fazer com os trechos pinçados do meu diário de campo e das entrevistas realizadas para a construção dessa tese.

Assim, nos próximos tópicos, descrevo os resultados do campo, busco explicá-los a partir do referencial teórico e metodológico de Foucault, compará-los com resultados de pesquisas assemelhadas, confrontá-los com o marco legal da VO e especulá-los acerca das

lacunas que permanecem em aberto. A expectativa é a de que, ao final, essa discussão possa fornecer pistas e direcionamentos capazes de colaborar com o cumprimento do objetivo proposto pela tese.

Como se verá adiante, os resultados, em sua essência, em seu conjunto, naquilo que os une, traduzem e apontam para uma matriz teórica maior, predominante, que funciona como fio condutor que orienta e direciona todo debate que sustenta a tese: o saber-poder biomédico. As entrevistas oferecem uma visão geral sobre o que os profissionais de saúde e as pacientes pensam sobre a relação profissional de saúde - paciente e sobre os fatores que influenciam essa relação, sobre a qualidade da atenção ofertada/recebida e sobre o acontecimento da VO.

3.2.1 Retrato da Seleção: fotografia dos enunciadores

A população de estudo foi composta por profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e pacientes gestantes/puérperas ligados à maternidade do CHC de Curitiba/PR, especificamente ao setor de pré-natal e ao centro obstétrico. O quantitativo de entrevistas se deu conforme indicado nos quadros 9 e 10.

QUADRO 9 - Seleção convidada

	População CHC*	Convidados	Aceite	Recusa/Falta
Profissionais saúde	83*	15	11	04
Pacientes gestantes/puérperas	5.053**	15	08	07
Total	5.136***	30	19	11

FONTE: elaborado pela autora (2023).

* Sendo 32 médicos e 51 enfermeiros.

** Sendo 1.958 de pré natal e 3.095 de parto.

*** População cadastrada nas bases de dados da maternidade do CHC entre 01/03/2020 e 01/03/2021.

QUADRO 10- Seleção entrevistada

	População CHC*	Entrevistados
Profissionais saúde	83*	11
Pacientes gestantes/puérperas	5.053**	08
Total	5.136***	19

FONTE: elaborado pela autora (2023).

* Sendo 32 médicos e 51 enfermeiros.

** Sendo 1.958 de pré natal e 3.095 de parto.

*** População cadastrada nas bases de dados da maternidade do CHC entre 01/03/2020 e 01/03/2021.

A média de idade do grupo entrevistado foi de 33 anos e a mediana de 32 anos. Quanto ao grupo de pacientes, todas as entrevistadas eram puérperas, não havia nenhuma gestante no momento da entrevista.

Registro, antes de adentrar nos resultados das entrevistas (falas do campo), minhas

impressões registradas no diário de bordo da pesquisa. São apontamentos que, por diferentes razões, me chamaram a atenção durante a coleta de dados.

Os convites para participar das entrevistas, no geral, foram melhor recebidos pelos convidados quando realizados via ligação telefônica pelo aplicativo de mensagem *Whatsapp*. Os convites realizados exclusivamente por mensagem de texto, áudio e vídeo pelo mesmo aplicativo não se mostraram uma alternativa exitosa. Isso me surpreendeu porque, de início, imaginei que as pessoas não gostariam de ser incomodadas com uma ligação. Mas me pareceu que a proximidade e o vínculo formados com a ligação são sensivelmente maiores do que a proximidade e o vínculo formados por mensagens de texto ou voz.

Em cinco casos maridos/mães de pacientes gestantes/puérperas atenderam as ligações telefônicas na qual eu fazia o convite para elas participarem da pesquisa. Esses maridos e mães não franquearam acesso à paciente: informaram que ela não participaria da pesquisa. Esse foi um dado que me causou estranhamento, me assustou, na verdade. Não esperava encontrar esse tipo de controle e resistência, fiquei alguns dias perplexa pensando em como era a rotina e o dia a dia dessas mulheres, que tipo de liberdade dispunham, que tipo de outras restrições os maridos/mães impunham...

Das 11 recusas, em 8 casos houve recusa formal/imediata do convidado ou ausência de retorno das mensagens e ligações; em 2 casos o convidado faltou à entrevista; em 1 caso o convidado pediu para entrevistadora entrar em contato após alguns meses, o que ficou inviabilizado pelo cronograma de pesquisa. Nos casos em que a entrevista foi realizada logo na sequência ao momento do convite, nenhum entrevistado faltou. Quando houve agendamento da entrevista para outra data/horário, ocorreram os 2 casos de falta.

Como as entrevistas foram realizadas na modalidade virtual e, portanto, os participantes conversaram com a pesquisadora de dentro de suas residências, locais de trabalho ou automóveis, em alguns casos, houve interrupção da entrevista por sons de choro de bebê, falas de familiares e ruídos de animais de estimação. Isso contudo, não prejudicou o andamento da entrevista, não houve necessidade de suspensão.

Durante o campo percebi que entrevistas mais longas (> 20 min), muito provavelmente, ficariam inviabilizadas em razão dos compromissos inadiáveis das participantes puérperas relacionados aos cuidados prestados aos filhos recém-nascidos e às atividades de trabalho dos profissionais de saúde. A sensação que tive é a de que, não pelo tema ou por qualquer outra coisa, mas pelo tempo investido, os entrevistados tinham limitações para estarem ali naquele momento conversando comigo. A impressão é a de que as entrevistas foram concedidas de muita boa vontade, mas, inegavelmente, aquelas pessoas dispunham de pouco

tempo para conversar sobre qualquer coisa com uma desconhecida. Tive que disputar um tempo precioso da vida dessas pessoas com as obrigações de trabalho, com o cuidado dos filhos e com os afazeres domésticos delas. Eu, como pesquisadora, também corria contra o tempo. Coletei as entrevistas no período em que cursava 6 disciplinas simultâneas no doutorado, trabalhava em dois empregos, escrevia minha tese, estudava e ainda vivia...Ou seja, ninguém tinha um minuto a perder ali.

Notei que algumas gestantes/puérperas demonstraram certas reservas em expor alguns aspectos negativos vivenciados na relação profissional de saúde - paciente, tanto no que se refere aos profissionais médicos como no que se refere ao serviço hospitalar. Notei que as críticas foram, tanto quanto possível, suavizadas no discurso e tomadas de ressalvas, de um tom ameno, de cortesia.

Apenas uma participante, Eloah, 30 anos, dona de casa, viúva, mãe de quatro filhos, pediu para ficar com a câmera do computador desligada durante a entrevista. Não por acaso, foi a entrevista em que tive mais dificuldade de construir qualquer tipo de vínculo e a entrevista que gerou menor quantidade e qualidade de dados. Não perguntei se a viuvez era recente, mas essa é uma hipótese, de que ela estava ainda em luto, o tom de voz era baixo e a fala um pouco arrastado.

Na grande maioria das entrevistas, a pergunta sobre como é na prática a relação profissional de saúde - paciente foi respondida sobre como *deveria ser* a relação profissional de saúde - paciente. Esse amoldamento do discurso pode ter diferentes causas: o fato de, na prática, essa relação não ser considerada a ideal; o fato de a entrevistadora ser médica; o fato de ser mais fácil falar sobre o plano ideal do que ter que refletir sobre o plano real, entre outros.

Percebi resistência de alguns profissionais da enfermagem em acatar, recepcionar e acolher a opção da gestante por cesariana. Em capítulo específico pontuarei quantas ocorrências foram, mas elas me chamaram atenção. Em alguns casos, não me senti à vontade para dialogar sobre isso, vez que não compartilho desse posicionamento.

O silêncio de várias pacientes gestantes/puérperas a respeito da pergunta em que questioneei sobre as possíveis causas da VO me fez pensar que essa é uma questão que não havia sido antes pensada/problematizada pelas entrevistadas ou que o conteúdo da resposta, por alguma razão, pudesse gerar desconforto ou constrangimento a ponto de elas não desejarem enunciá-lo. Muitas pareceram ter sido pegas de surpresa com relação ao tema, ou seja, aparentemente, não tinham refletido sobre aquelas questões anteriormente. Outra hipótese é a de que elas não tenham ficado à vontade para falar, seja porque a pesquisadora é médica, seja porque não houve tempo hábil para gerar uma relação de confiança (*rreport*). Registro que tive

que quebrar várias camadas de objeção em cerca de 20 ou 30 minutos: convencer a convidada a atender ligação telefônica de uma desconhecida que dizia ser pesquisadora; convencê-la a clicar em dois *links* enviados via aplicativo de mensagem *Whatsapp* (e se fossem vírus? golpe virtual? roubo de dados?); convencê-la a conceder uma entrevista a uma desconhecida; ajudá-la a manusear a plataforma de reunião *on-line* com a qual muitas não estavam habituadas; convencê-la a falar sobre um tema delicado como a VO; convencê-la de que valia a pena interromper as atividades do seu dia a dia para colaborar com uma pesquisa...Ufa! Não foi nada fácil.

Em alguns casos, antes mesmo de eu terminar a pergunta sobre a relação profissional de saúde - paciente, algumas pacientes gestantes/puérperas responderam algo como “não houve problema e o atendimento foi bom”. Nas perguntas que questionavam aspectos positivos e negativos da relação profissional de saúde - paciente, as pacientes gestantes/puérperas também tenderam a enfatizar, valorizar e a se alongar mais nas respostas acerca dos aspectos positivos. Isso me causou estranhamento, deu a impressão de que elas tiveram receio em falar sobre os aspectos negativos, mesmo eu já tendo esclarecido que o sigilo estava assegurado e que nada do que fosse ali falado impactaria nos seus atendimentos no CHC. Trago dados da literatura que levantam algumas hipóteses explicativas sobre o que pode estar por trás do silêncio identificado no campo.

Em um estudo de Arachu e Savage (2015) foram entrevistadas mulheres logo após elas receberem alta pós-parto em um hospital público. As autoras verificaram que a maioria das mulheres que sofreram violência obstétrica falou sobre isso de forma resignada. Segundo as autoras, essa resignação pode ter origem na reflexão crítica da mulher sobre as circunstâncias que poderiam eventualmente levá-la ao óbito, na percepção de que sua sobrevivência dependia dos profissionais do hospital e no desenvolvimento de uma rejeição autônoma à Obstetrícia (ARACHU, 2019).

Swartz e Lappeman registraram o silêncio que reinava na maternidade em que pesquisaram. As autoras afirmam que, quando questionados sobre esse silêncio em suas entrevistas, os profissionais de saúde ficaram surpresos. Diante desse silêncio, as autoras questionam: Embora esse silêncio possa ter causado alguma angústia, podemos rotulá-lo como uma forma de violência? O silêncio foi imposto às pacientes e causou algum desconforto? Ou as pacientes optaram pelo silêncio, encarando-o como um descanso bem-vindo? (LÉVESQUE; FERRON-PARAYRE, 2021).

Já segundo Salter *et al* (2021), o silêncio sentido em maternidades é uma consequência não intencional da atual estrutura de cuidados maternos e da dinâmica de poder, de racismo e

de sexismo institucionalizados (SALTER *et al*, 2021).

Outras autoras descrevem o silêncio em maternidades como forma de resistência ou preferência adaptativa, ou seja, a preferência de tolerar abusos em um cenário de opções restritas entre os estruturalmente carentes (NUSSBAUM, 2001). Ou como um tipo especial de falha em exercer plenamente a capacidade de reflexão que a maioria de nós tem, uma falha que envolve circunstâncias que ou limitam nossa consciência das opções que temos em algum caso particular ou nos fazem reconhecer que as opções que preferimos são inacessíveis e, portanto, nos incentivam a não perder tempo considerando-as. Enfatizam-se aqui as circunstâncias que coagem as mulheres a pensar que a violência obstétrica é aceitável, que a superlotação dos hospitais e outras questões de infraestrutura são a fonte da falta de privacidade, a fonte da linguagem áspera e a fonte de atrasos que não ameaçam a vida. Esses desconfortos não são percebidos como culpa dos profissionais de saúde do hospital, principalmente se eles ainda conseguem medicalizar seu corpo entregando tratamentos e realizando procedimentos apesar da superlotação – fator percebido como externo à própria condição de sujeição e à vontade da paciente (TERLAZZO, 2016).

Segundo Castro e Savage (2019), a violência obstétrica é uma forma coercitiva de governança reprodutiva que impede as mulheres de escolher preferências autônomas sobre como gostariam de vivenciar o processo de parir e as impedem de reconhecer que opções alternativas podem estar disponíveis. Mulheres que temem por suas vidas ou pelas vidas de seus filhos recém-nascidos, mesmo aquelas que percebem que estão sendo negligenciadas, podem desenvolver uma maior capacidade de refletir criticamente sobre as circunstâncias coercitivas que podem eventualmente levá-las a morrer, chegando a conclusão de que a sua sobrevivência e a sobrevivência do seu filho dependem da equipe do hospital, desenvolvendo, assim, uma rejeição autônoma ao termo violência obstétrica, silenciando sobre qualquer coisa que remeta a esse termo. Uma normalização dos maus-tratos que tem o papel de limitar as expectativas das mulheres em relação aos cuidados recebidos e a desencorajar sua disposição em expressar queixas (CASTRO, SAVAGE, 2019).

Sob a ótica foucaultiana, o silêncio em maternidades também pode dizer respeito ao conjunto de regras que determinam quem pode proferir o discurso, ou seja, o estatuto de quem pode, por regramento ou por tradição, por definição jurídica ou por aceitação espontânea, por disputa hierárquica, pronunciar determinados enunciados (CASTRO, 2009). Pode ser que essas pacientes, por regramento social, não se sintam livres para proferir discursos críticos à prática médica obstétrica, sobretudo por estarem falando para uma entrevistadora médica.

Quando pedi para os participantes falarem palavras, positivas ou negativas, que

representassem a relação profissional de saúde - paciente, ouvi, na maioria dos casos, “paciência”, “respeito”, “empatia”, “confiança”. Ocorre que esse dado não bate com o silêncio que ouvi em algumas respostas. Se a relação é de paciência, respeito, empatia e confiança, por que se calariam os entrevistados quando perguntados sobre a VO? Como dito anteriormente, isso pode ser reflexo de inúmeras causas, resignação; dinâmicas de poder, de racismo e de sexismo; preferência adaptativa; rejeição autônoma ao termo; bloqueio do discurso; constrangimento; vergonha; medo; dúvida; perplexidade; falta de confiança...são muitas possibilidades. Para começar a desvendar esses motivos eu teria que questionar aos entrevistados a razão desse silêncio. Todavia, no momento da experiência intensa do campo não tive *insight* ou volição que me levasse a questionar.

O médico é tido, ainda hoje, do ponto de vista jurídico e cultural, como o principal responsável pela manutenção da saúde e do bem estar da paciente gestante/puérpera que é acompanhada em um serviço de saúde. O fato de a pesquisa tratar da violência praticada por profissionais de saúde contra pacientes e o fato de a entrevistadora ser médica possuem implicações nos resultados da pesquisa. Os discursos dos entrevistados podem ter sido modificados ou modelados, por exemplo. Aspectos considerados negativos, antiéticos, impróprios ou que possam gerar responsabilização ao médico, podem ter sido deixados de fora dos discursos. Ou seja, esses silêncios também podem significar que eu, enquanto pesquisadora, estou na produção do termo VO, eu também faço parte das instituições que estão construindo e produzindo o termo VO em determinados tons, de determinados modos. Ou seja, a posição do enunciador e também do receptor do discurso opera e age sobre a produção de discursos acerca das práticas obstétricas violentas.

Algumas das narrativas coletadas em campo diziam respeito a experiências prévias/passadas dos entrevistados, vivenciadas em outros serviços de saúde que não o CHC. Achei importante trazer algumas dessas falas para discussão justamente para mostrar o contexto histórico, uma espécie de linha temporal evolutiva dos discursos sobre a VO, como eles foram se transformando e se moldando ao longo do tempo.

Curiosamente, a questão da pandemia de COVID-19 apareceu na minoria das entrevistas, não foi uma questão de relevo nos discursos, ninguém tocou no assunto das mortes maternas por COVID-19, cujo epicentro mundial foi o Brasil, ninguém falou do temor de sequelas da COVID-19 em relação aos recém-nascidos, ninguém falou das complicações apresentadas pelas gestantes em decorrência da COVID-19. Como, no momento da coleta, o Brasil ainda vivia intensa onda da pandemia, esse foi um dado que me chamou a atenção.

O momento da coleta das entrevistas se deu em um período de transição, onde

profissionais de saúde e pacientes gestantes/puérperas da Maternidade Victor Ferreira do Amaral foram transferidos para a maternidade do CHC. Houve a aglutinação/incorporação das equipes e das pacientes da Maternidade Victor Ferreira do Amaral à maternidade do CHC. Isso apareceu em alguns discursos de enfermeiros, ora citando como um fator estressor, ora citando como um fator positivo. Pelo que senti, houve uma aglutinação repentina de equipes de trabalho, cada uma com seus protocolos, suas práticas, suas regras. Equacionar isso nem sempre é uma tarefa fácil, depende de muita cooperação e boa vontade por parte de profissionais e gestores.

As entrevistas das pacientes gestantes/puérperas, no geral, foram mais curtas do que as entrevistas dos profissionais de saúde. Isso se deu espontaneamente, pela fluência e encadeamento dos discursos e não por intervenção da pesquisadora. Talvez isso tenha se dado em razão do fator identificação, vez que a pesquisadora é uma profissional de saúde. Talvez tenha se dado pelo fato de os profissionais entrevistados terem comentado com maiores detalhes questões técnicas.

3.2.1.1 Personagens e percepções do campo

Todos os personagens entrevistados possuíam vínculo com a maternidade pública do CHC de Curitiba/PR no período compreendido entre 01/03/2020 e 01/03/2021, atuando como partícipes das relações médico paciente (médicos, enfermeiros e pacientes gestantes/puérperas).

A população selecionada para o estudo totalizou 5.136 pessoas, sendo 83 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e 5.053 gestantes/puérperas. Das 5.053 gestantes/puérperas, 1.958 realizaram o pré-natal no CHC e 3.095 realizaram o parto no CHC.

Desse total (5.136 pessoas), foram sorteados para receberem o convite para participar das entrevistas 30 indivíduos, sendo 15 profissionais de saúde e 15 gestantes/puérperas. Houve 19 aceites e 11 recusas, sendo 11 aceites de profissionais de saúde e 8 aceites de gestantes/puérperas. Ao final, portanto, foram realizadas 11 entrevistas com profissionais de saúde e 8 entrevistas com gestantes/puérperas, totalizando 19 entrevistas.

Como dito, foram entrevistadas 8 pacientes gestantes/puérperas. Elas têm entre 18 e 35 anos; todas são brancas; todas possuem, no mínimo, o ensino médio, sendo que três delas possuem ensino superior (ainda que uma seja incompleto); cinco delas são donas de casa e se dedicam ao cuidado do bebê recém-nascido e três delas trabalham fora como médica veterinária, fisioterapeuta e repositora de mercado; seis delas são casadas, uma é solteira e uma é viúva; quatro delas têm dois filhos cada, duas têm um filho cada, uma tem três filhos e uma

tem quatro filhos.

Chama atenção o fato de as pacientes possuírem, todas, no mínimo, o ensino médio completo e todas serem da raça branca. Esses resultados diferem do que foi encontrado em algumas pesquisas sobre a VO, em que houve predominância de pacientes pardas e negras e o grau de escolaridade foi menor (LEITE; MENDES; MENDES, 2020) e coadunam com resultados de pesquisas que identificaram elevado grau de escolaridade das participantes (GUIRALDELLO; LASCALA; GREEN, 2018; LANSKY *et al.*, 2019; BORBA *et al.*, 2020). Os dados encontrados nessa tese quanto à escolaridade das pacientes entrevistadas indicam que o retrato captado pelo estudo se trata, em verdade, de um recorte privilegiado quanto ao grau de instrução e isso, por certo, possui impacto na forma de elaboração e pronunciamento dos discursos sobre a VO.

Todas as pacientes entrevistadas receberam a mesma preparação para o parto, que consistiu em consultas de pré-natal oferecidas, inicialmente, pelas Unidades Básicas de Saúde do Município de Curitiba e, posteriormente, pelo CHC da UFPR. Além disso, todas passaram por uma reunião com a equipe de enfermagem do CHC, na 37^o semana de gestação, para falar sobre o momento do parto, ocasião em que foram tratadas de questões como episiotomia, via de nascimento, plano de parto, escolhas e preferências da paciente, etc. As pacientes não passaram por nenhum curso específico de pré-natal.

Nenhuma das pacientes entrevistadas foi atendida pelo mesmo médico durante o pré-natal e no momento do parto. A lógica de organização do SUS e os diferentes regimes de contratação de profissionais fazem com que essa possibilidade seja remota. Em Curitiba/PR, médicos das Unidades Básicas de Saúde são contratados pela Fundação Estatal de Atenção à Saúde (FEAES), enquanto que os médicos do CHC são contratados pela EBSEH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. O médico pode até prestar serviço para esses dois empregadores, mas a hipótese de isso ocorrer e de ele estar de plantão no Hospital exatamente no dia em que aquela paciente que ele atendeu no pré-natal irá parir é definitivamente uma possibilidade remota.

Apresento agora uma reflexão mais ampla sobre o universo das pacientes gestantes/puérperas entrevistadas na tentativa de melhor situá-las ao leitor.

Agnes, 30 anos, branca, médica veterinária, casada, mãe de um filho, concedeu a entrevista de seu quarto, em sua casa. Ela teve de fazer a maior parte da entrevista em pé, ninando seu bebê, ele parecia bastante comunicativo (balbuciava palavras) e, ao que parece, desejava a atenção da mãe enquanto ela conversava comigo.

Chloe, 18 anos, branca, dona de casa, solteira, mãe de dois filhos, concedeu a entrevista

de um cômodo de sua casa, não estava com o bebê no colo, aparentava estar mais tranquila no sentido de dispor de um pouco mais de tempo para conversar comigo. Chamou a atenção a excelente elocução e o encadeamento do discurso dela, muito bem elaborado e de fácil entendimento.

Mia, 33 anos, branca, fisioterapeuta, casada, mãe de dois filhos, concedeu a entrevista de seu quarto, ela estava com o seu bebê próximo, não era possível visualizar se em uma cama ou berço. Foi uma das entrevistadas mais simpáticas e receptivas para a conversa.

Lina, 32 anos, branca, dona de casa, casada, mãe de dois filhos, concedeu a entrevista do quarto do seu bebê. Ela estava com o bebê no colo durante toda entrevista, ele parecia bastante comunicativo (balbuciava palavras) e, ao que parece, desejava a atenção da mãe enquanto ela conversava comigo.

Eloah, 30 anos, dona de casa, viúva, mãe de quatro filhos, concedeu a entrevista não sei de onde, foi a única participante que pediu para permanecer com a câmera desligada. Ela ofereceu respostas curtas e rápidas, tentei prolongar o diálogo, fazer uma conexão pessoal, ainda que com a câmera fechada, mas foi difícil. Os gestos, o olhar, o ambiente, tudo isso acaba colaborando na formação do vínculo. Com a câmera desligada, pude perceber apenas a voz da entrevistada.

Sofia, 31 anos, branca, dona de casa, casada, mãe de três filhos, concedeu a entrevista de um cômodo de sua casa, não estava com o bebê no colo. Consegui observar em minúcias suas reações e expressões, vez que a imagem gerada era de ótima qualidade e a sua câmera estava posicionada bem próximo ao seu rosto. Mostrou-se uma entrevistada simpática, super aberta a uma conversa com uma pesquisadora desconhecida.

Raika, 35 anos, branca, repositora de mercado, casada, mãe de dois filhos, concedeu a entrevista de seu quarto. Ela teve de fazer a maior parte da entrevista em pé, ninando seu bebê, ele estava adormecendo, calmo e tranquilo no colo da mãe.

Maya, 24 anos, branca, dona de casa, casada, mãe de um filho, concedeu a entrevista da sala de sua casa. Ela estava recebendo várias visitas naquele momento, era fim de semana, ela foi chamada por familiares durante a entrevista para pegar o bebê no colo, ele estava chorando e queria a mãe. No colo, ele ficou tranquilo, deu beijo e acariciou o rosto da mãe durante a entrevista. Chamou a atenção a excelente elocução e a dinamicidade da entrevistada, a conversa fluiu muito bem.

Nesse momento, algumas perguntas podem surgir na cabeça do leitor: Havia uma ocupação anterior no caso das donas de casa? Essas mulheres vivem com quem (companheiro, pais, etc.)? Quem sustenta a dona de casa ou como ela faz para ganhar a vida? Essas mulheres

possuem redes de apoio? Elam compartilha de redes feministas ou de outros movimentos sociais? Com quem essas mulheres aprenderam mais em termos de antecipação de experiência (mãe, irmã, livro, curso, internet, etc.)? Sem dúvida, essas questões lançadas pela banca no exame de qualificação, são extremamente relevantes para se discutir a relação profissional de saúde - paciente, a violência contra a mulher e a VO. Não me furto a reconhecer isso.

Entretanto, um retorno a campo para aprofundar essas questões, como sugerido pela banca de qualificação, se mostrou inviável do ponto de vista prático. Explico as principais razões: inviabilidade de tempo e de vitalidade/energia da pesquisadora para ressubmeter toda papelada ao Comitê de Ética em Pesquisa incluindo uma nova fase de estudo, sobretudo porque, após a qualificação da tese, a pesquisadora retornou às suas atividades de trabalho presenciais em seus dois empregos. Na realidade, já acho fantástico que essas entrevistadas tenham me atendido pelo *Whatsapp*, tenham confiado que eu era uma pesquisadora, tenham clicado em *links* desconhecidos para participar da pesquisa...Enfim, dado todo esse contexto, voltar a campo para coletar dados extras definitivamente não foi uma opção que se mostrou viável para essa pesquisadora.

Apresento agora uma reflexão mais ampla sobre o universo dos profissionais de saúde entrevistados na tentativa de melhor situá-las ao leitor.

Como dito, foram entrevistados 11. Eles têm entre 29 e 47 anos; três são homens e sete são mulheres; todos possuem pós-graduação; há uma única médica no grupo, os outros dez são enfermeiros/as; seis são solteiros, três são casados e dois são divorciados; sete não possuem nenhum filho, dois possuem dois filhos, um possui um filho e um possui seis filhos.

O primeiro ponto que talvez chame a atenção do leitor seja o fato de haver uma única médica na amostra. Explico. A seleção intencional, dentro do universo das 5.136 pessoas possíveis, foi obtida por sorteio. Como havia 32 médicos e 51 enfermeiros nessa seleção, a probabilidade de um enfermeiro ser sorteado na randomização era de 61% a cada lance, já a probabilidade de um médico ser sorteado na randomização era de 38% a cada lance. E assim, devido ao aleatório, foram sorteadas apenas duas médicas para participar, sendo que apenas uma delas aceitou.

Outro ponto que chama a atenção é o elevadíssimo nível de qualificação desses profissionais de saúde. Todos possuem pós-graduação, todos na área da Obstetrícia. Alguns cursaram a pós-graduação na própria UFPR, outros em instituições privadas. Isso provavelmente se deve ao fato de eles estarem vinculados a um hospital escola, onde o estudo e a formação técnica tendem a ser mais valorizados; ao fato de existir um plano de carreira que oferece incentivos financeiros para estimular a qualificação e à política de cotas dos Programas

de Pós-Graduação da UFPR, a qual reserva 5% das vagas a servidores¹⁷.

Chama atenção, também, o fato de 7 dos 11 profissionais de saúde entrevistados não possuírem filho. Essa baixa taxa de fecundidade se assemelha ao cenário encontrado em pesquisas que estudaram a demografia brasileira (CARVALHO; BRITO, 2005, BERQUÓ; CAVENAGHI, 2006, SANDIM, 2017, SILVA; PAES; SILVA, 2018, TEIXEIRA *et al.*, 2020). Essa taxa pode significar reflexo de diferentes aspectos: políticas governamentais; dificuldades socioeconômicas; mudanças estruturais nos modelos contemporâneos de família; pandemia de COVID-19 e sua repercussão na saúde materna; características da sociedade neoliberal, que explora mão de obra feminina e impõe sobre seus corpos exigências cada vez maiores. Pode significar, também, reflexo da posição privilegiada, de observador privilegiado que profissionais da saúde têm do evento parto, da maternidade e da própria procriação humana.

De modo geral, as entrevistas dos profissionais de saúde foram, espontaneamente, mais duradouras e geraram mais dados do que as entrevistas das pacientes. Os enfermeiros não criticaram abertamente os médicos, mas fizeram comentários sutis sobre os absurdos que já vivenciaram em meio a relação profissional de saúde - paciente. Em geral, foram muito discretos nas críticas, senti que mediram as palavras para formulá-las. Os enfermeiros também deixaram evidente que há rivalidades entre médicos e enfermeiros que atravessam a questão da VO.

Emma, 30 anos, branca, médica, solteira, sem filhos, concedeu a entrevista da sala de sua casa. Foi bastante receptiva na conversa e a entrevista se alongou.

Lucca, 33 anos, pardo, enfermeiro, casado, pai de 2 filhos, concedeu a entrevista de dentro de seu automóvel. Era horário de almoço, ele estava naquela correria de sair de um trabalho, buscar o filho na escola e depois se dirigir a outro trabalho. Foi extremamente solícito e demonstrou interesse em conversar sobre o tema, apesar da agitação do seu dia.

Luna, 47 anos, branca, enfermeira, divorciada, mãe de 6 filhos, concedeu a entrevista da sala da casa de sua mãe, estava acabando de sair do trabalho e ainda não tinha almoçado, porém, escolheu esse horário por ser o único disponível na sua rotina. Ela contou sobre suas experiências quando trabalhava em hospitais de outro Estado, pontuou as diferenças culturais entre os locais e em como isso reflete na relação entre profissional de saúde e paciente.

Gael, 33 anos, branco, enfermeiro, solteiro, sem filhos, concedeu a entrevista do sofá de sua sala. Ele estava acometido por infecção de COVID-19, aparentava estar abatido, cansado. Estava em isolamento, contou sobre a rotina do isolamento e em como um amigo o

¹⁷ Art. 23, § 3º, da Resolução 32/17 – CEPE.

estava ajudando com a logística de remédios, mercado, etc. Felizmente ele estava evoluindo bem quanto à COVID-19, não havia precisado internar e mantinha uma saturação de oxigênio adequada.

Greta, 42 anos, negra, enfermeira, casada, mãe de 1 filho, concedeu a entrevista de um cômodo de sua casa. Ela estava super aberta e disponível para a conversa, muito simpática e interessada em colaborar com a pesquisa. Contou sobre suas experiências prévias, quando trabalhava em outro Estado, refletiu sobre como as diferenças culturais das regiões do país impactam na relação profissional de saúde - paciente.

Alana, 43 anos, branca, enfermeira, casada, mãe de 2 filhos, concedeu a entrevista de um cômodo de sua casa. Essa foi a entrevista mais longa. Alana é bastante engajada com os temas feministas, com a questão de gênero, com a relação profissional de saúde - paciente e com o tema da VO. Contribuiu bastante contando suas percepções e experiências.

Nina, 32 anos, parda, enfermeira, solteira, sem filhos, concedeu a entrevista de um cômodo de sua casa. Foi bastante receptiva, mostrou interesse nos temas lançados durante a conversa e demonstrou desejo de colaborar com a pesquisa.

Lia, 41 anos, branca, enfermeira, divorciada, sem filhos, concedeu a entrevista da sala de sua casa, em um final de semana, na companhia de seu cão de estimação. Foi extremamente simpática e acolhedora, a conversa foi bastante agradável. Ela contou sobre suas experiências prévias, quando trabalhava em outro Estado e em outro tipo de sistema de saúde (privado).

Bento, 30 anos, pardo, enfermeiro, solteiro, sem filhos, concedeu a entrevista do seu quarto. Bento foi um entrevistado mais fechado, reservado, manteve um tom sério durante toda entrevista, não se alongou muito nas respostas, ofereceu respostas mais diretas e objetivas.

Maitê, 29 anos, branca, enfermeira, solteira, sem filhos, concedeu a entrevista do sofá de sua sala. Bastante atenta, demonstrou conhecimento vasto sobre o cenário da Obstetrícia. Fez reflexões muito interessantes de quem parece viver diariamente os temas trabalhados na entrevista com intensidade e proximidade.

Lena, 29 anos, branca, enfermeira, solteira, sem filhos, concedeu a entrevista de um cômodo de sua casa. Demonstrou bastante sensibilidade e conhecimento na conversa, aparentando possuir uma visão ampliada, que leva em consideração os vários fatores implicados na relação entre profissional de saúde e a mulher gestante/puérpera.

O quadro 11, a seguir, sintetiza as principais informações ora mencionadas e fornece um panorama da seleção estudada, oferecendo ganchos para nortear a formulação de tentativas de generalização que serão apresentadas no capítulo seguinte. Esses ganchos ora trabalharão com pontos de encontro, que sublinham semelhanças entre as pessoas, ora com pontos de

divergência, que ressaltam individualidades e situam essas pessoas em um contexto histórico e social, reconhecendo a complexidade das estruturas e buscando fazer falar ao menos parte da vida dessas pessoas. Segundo Fonseca (1998), é nesse vaivém que se resgatam as sutilezas da análise social, em um movimento interpretativo, indo do particular ao geral. Sem esta contextualização, diz Fonseca (1998), o qualitativo não acrescenta grande coisa à reflexão acadêmica.

QUADRO 11 - Panorama dos entrevistados

		Gênero	Raça	Idade	Profissão	Estado Civil	Filhos	Escolaridade	Grupo
1	Agnes	M	Branca	30	Médica veterinária	Casada	1	Superior	Paciente
2	Chloe	M	Branca	18	Dona de casa	Solteira	2	Ensino Médio	Paciente
3	Mia	M	Branca	33	Fisioterapeuta	Casada	2	Superior	Paciente
4	Lina	M	Branca	32	Dona de casa	Casada	2	Ensino Médio	Paciente
5	Eloah	M	Branca	30	Dona de casa	Viúva	4	Ensino Médio	Paciente
6	Sofia	M	Branca	31	Dona de casa	Casada	3	Superior incompleto	Paciente
7	Raika	M	Branca	35	Repositora mercado	Casada	2	Ensino Médio	Paciente
8	Maya	M	Branca	24	Dona de casa	Casada	1	Ensino Médio	Paciente
9	Emma	M	Branca	30	Médica	Solteira	0	Pós-Graduação	Profissional saúde
10	Lucca	H	Pardo	33	Enfermeiro	Casado	2	Pós-Graduação	Profissional saúde
11	Luna	M	Branca	47	Enfermeira	Divorciada	6	Pós-Graduação	Profissional saúde
12	Gael	H	Branca	33	Enfermeiro	Solteiro	0	Pós-Graduação	Profissional saúde
13	Greta	M	Negra	42	Enfermeira	Casada	1	Pós-Graduação	Profissional saúde
14	Alana	M	Branca	43	Enfermeira	Casada	2	Pós-Graduação	Profissional saúde
15	Nina	M	Parda	32	Enfermeira	Solteira	0	Pós-Graduação	Profissional saúde
16	Lia	M	Branca	41	Enfermeira	Divorciada	0	Pós-Graduação	Profissional saúde
17	Bento	H	Pardo	30	Enfermeiro	Solteiro	0	Pós-Graduação	Profissional saúde
18	Maitê	M	Branca	29	Enfermeira	Solteira	0	Pós-Graduação	Profissional saúde
19	Lena	M	Branca	29	Enfermeira	Solteira	0	Pós-Graduação	Profissional saúde

FONTE: elaborado pela autora (2023)

3.2.1.2 Narrativas repisadas – 7 categorias

Os dados empíricos da tese foram coletados remotamente, via entrevistas individuais *on line*, no período compreendido entre 10/05/2021 e 30/05/2021, portanto, durante a pandemia de COVID-19. A transcrição dos áudios das entrevistas se deu em mesmo período. A análise de dados, a elaboração da apresentação e a discussão dos resultados das entrevistas ocorreram no período compreendido entre 01/06/2021 e 01/06/2022. Como mencionado, foram realizadas 19 entrevistas, todas tiveram seu conteúdo transcrito, analisado, apresentado e debatido.

A partir dos resultados das transcrições das entrevistas, foram selecionados os trechos (frases e parágrafos) de conteúdo assemelhados que apareceram em maior frequência e que diziam respeito ao problema de pesquisa investigado, totalizando, inicialmente, 150 trechos. Essa foi a etapa de codificação.

Na sequência, esses trechos codificados foram categorizados em sete categorias temáticas analíticas, criadas pela pesquisadora a partir do confronto desses resultados do campo com o problema de pesquisa e com o marco teórico escolhido – biopoder de Foucault: **(i)** supervalorização da palavra do médico e desvalorização da palavra da paciente; **(ii)** a importância do conhecimento; **(iii)** embate Medicina/Enfermagem; **(iv)** autonomia condicionada/compulsoriedade do parto normal; **(v)** efeito rebote do plano de parto; **(vi)** discriminação de gênero/raça/cor/classe social/idade e **(vii)** patologização do parto.

A ordem de criação das categorias (I, II, III, IV, V, VI e VII) corresponde à ordem com que eu as visualizei durante a leitura do material transcrito. Essa foi a etapa de categorização. Esses foram os critérios eleitos para a organização e a interpretação dos dados do campo e é sobre o conjunto dessas categorias que farei a análise de conteúdo dos discursos selecionados.

Assim, a partir da transcrição literal e linear das entrevistas, os discursos coletados em campo foram analisados vertical (dentro dele mesmo) e horizontalmente (na constelação dos demais discursos), codificados e, por fim, categorizados nas sete grandes categorias analíticas que guiarão toda a discussão de resultados e a tentativa de fornecimento de resposta ao problema de pesquisa.

QUADRO 12 – Categorização dos discursos

Categoria analítica	Código categoria	Número de ocorrências
Supervalorização da palavra do médico e desvalorização da palavra da paciente	I	30
A importância do conhecimento	II	21
Embate Medicina/Enfermagem	III	18
Autonomia condicionada/compulsoriedade do parto normal	IV	20
Efeito rebote do plano de parto	V	7
Discriminação de gênero/raça/cor/classe social/idade	VI	20
Patologização do parto	VII	13
Total		129

FONTE: elaborado pela autora (2023)

A legenda utilizada nas transcrições das entrevistas é resultado da modificação e adaptação dos padrões propostos por Pretti (1999), conforme figura 7.

FIGURA 7 - Legenda transcrições

-	Pausa curta de até 1.5 segundos
--	Pausa longa entre 1.5 segundos e 3 segundos
///	Interrupção maior que 3 segundos
(i)	Inaudível/incompreensível
(d)	Dúvida da transcritora sobre o som
(?)	Participante está em dúvida
[]	Fala da entrevistadora
!	Ênfase no tom de voz
(())	Comentários do transcritor
{ }	Transcritor completando o sentido da frase
“ ”	Citações

FONTE: Modificado de PRETI (1999).

Conforme anunciei no capítulo de métodos, farei a análise de conteúdo dos discursos a partir de *insights* e inspirações foucaultianas sobre o discurso, ou seja, a partir de noções de ordem, espaços e posições que condicionam os discursos, incluídos aí os esquemas de posicionalidade sobre quem fala, de onde fala, por que fala e para quem fala.

Em primeiro lugar, importante dizer que esses discursos provêm de três personagens principais que participam ativamente da relação estabelecida entre médico e paciente gestante/puérpera: profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), pacientes e pesquisadora (quem fala). Em segundo lugar, importante dizer que esses discursos provêm de um lugar comum: o CHC da UFPR, ou seja, um hospital/maternidade vinculado ao SUS e localizado na capital do Paraná (onde fala). Em terceiro lugar, importante dizer que essas pessoas falam porque foram convocadas pela pesquisadora, foram interpelados a falar sobre o tema da VO (por que falam). Em quarto lugar, importante dizer que elas falam a uma pesquisadora acadêmica, a qual também é médica (para quem fala). Esse é o cenário sobre o qual se dará a escavação arqueológica que pretendo fazer aqui.

Apresento, brevemente, as 7 categorias analíticas que foram extraídas a partir da análise de conteúdo dos discursos coletados em campo. Em suma, os resultados encontrados indicam que há uma categoria central sobre a qual todas as demais subcategorias orbitam: o saber-poder biomédico.

Discursos pertencentes à **categoria analítica I** - supervalorização da palavra do médico e desvalorização da palavra da paciente. Foram encontrados 30 discursos correspondentes a essa categoria. Essa foi a categoria que mais se destacou, tanto do ponto de

vista quantitativo quanto do ponto de vista qualitativo, sobretudo no que se refere à riqueza e a robustez das experiências relatadas pelos entrevistados.

Discursos pertencentes à **categoria analítica II** – a importância do conhecimento. Foram encontrados 21 discursos correspondentes a essa categoria. Considero essa categoria a que mais diretamente remete à questão do exercício do saber-poder biomédico.

Discursos pertencentes à **categoria analítica III** - embate Medicina/Enfermagem. Foram encontrados 18 discursos correspondentes a essa categoria. Considero essa a categoria mais trivial e, ao mesmo tempo, mais surpreendente. Trivial porque o embate, inclusive mercadológico, entre Medicina e Enfermagem é velho conhecido e não se restringe, de nenhuma forma, ao campo obstétrico. Surpreendente porque chama a atenção a potência com que essa luta de forças se projeta sobre o espaço específico da Obstetrícia.

Discursos pertencentes à **categoria analítica IV** - autonomia condicionada/compulsoriedade do parto normal. Foram encontrados 20 discursos correspondentes a essa categoria. Considero essa a categoria mais contra intuitiva. Aparentemente, houve uma mudança de cenário. Até algumas décadas atrás, a compulsoriedade mercadológica imposta aos corpos gestantes era pela cesariana. O que encontrei no campo foi justamente o inverso, um giro conceitual, uma compulsoriedade pelo parto normal. Chama a atenção a espécie de juízo de valor e o julgamento moral sob os quais estão sujeitas gestantes que sinalizam desejo de submeter-se a uma cesariana ou que tentam exercer esse direito de escolha. O que o campo me mostrou é que, na prática, o direito de escolha sobre a via de nascimento vai até a página dois. Em muitos casos, há uma liberdade de escolha fictícia, inobstante, na prática, apenas a escolha pelo parto normal é bem recepcionada pela equipe de saúde.

Discursos pertencentes à **categoria analítica V** - efeito rebote plano de parto. Foram encontrados 7 discursos correspondentes a essa categoria. Considero essa a categoria cujo conteúdo, de pronto, oferece maiores possibilidades de reação ou enfrentamento. Diversas estratégias e mecanismos, logísticos, administrativos e jurídicos podem ser desenvolvidos para que o plano de parto passe a ocupar, verdadeiramente, lugar de apoio e não lugar de barreira no acesso aos direitos das gestantes.

Discursos pertencentes à **categoria analítica VI** - discriminação de gênero/raça/cor/classe social/idade. Foram encontrados 20 discursos correspondentes a essa categoria. Aqui chama a atenção a questão das dificuldades que podem ser enfrentadas pelas pacientes gestantes/puérperas negras de nacionalidade haitiana que utilizam os serviços de pré-natal ou do centro obstétrico do CHC, percepção concebida a partir dos discursos do campo.

Discursos pertencentes à **categoria analítica VII** - patologização do parto. Foram encontrados 13 discursos correspondentes a essa categoria. Essa categoria representa a normalização dos acontecimentos do parto e o modo como as tecnologias de biopoder determinam o que é normal, o que é anormal e, sobretudo, determinam quais intervenções receberão os corpos e os acontecimentos considerados anormais.

Nos próximos tópicos, aprofundarei as análises, separando as falas de profissionais de saúde e as falas das pacientes, explicitando quem falou o que e em que contexto. É dessa categorização temática que eu parto para a discussão dos dados do campo, buscando aprofundar o contexto dos discursos, suas imbricações internas e externas e, principalmente, suas ligações com o objetivo geral da tese.

3.2.2 Quem falou o quê?

Nesse tópico analiso de modo individualizado o conteúdo semântico dos discursos relativos às 7 categorias ora mencionadas. Faço isso sem perder de vista que esses discursos se dão na perspectiva do entrevistado e estão inseridos em um determinado regime de verdade, de um determinado espaço, em um determinado tempo. Ou seja, dizem respeito às perspectivas de profissionais de saúde e de pacientes gestantes/puérperas, de uma maternidade pública do município de Curitiba, no ano de 2021. Não se trata, portanto, de dizer a verdade sobre a VO, mas sim, de analisar o conteúdo de discursos sobre a VO.

Primeiro preciso ressaltar que, evidentemente, existem outros personagens envolvidos na relação profissional de saúde - paciente gestante/puérpera, para além dos ouvidos nessa pesquisa. Há familiares (cônjuge, companheiro/a), outros profissionais da saúde (técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos de outras especialidades, nutricionistas, assistentes sociais, etc.), gestores em saúde, acompanhantes não familiares, doulas, entre outros. O recorte utilizado nessa tese (paciente, médico e enfermeiro) representa os atores centrais da relação profissional de saúde - paciente gestante/puérpera, são eles que possuem maior possibilidade de influência e de mando nas decisões que envolvem a gestação e a parturição, portanto, são os mais conectados ao problema de pesquisa. Não me furto a reconhecer, por exemplo, a centralidade da figura do acompanhante, cuja saída de cena possui impactos negativos evidentes e expõe a paciente a um risco muito maior de violência, especialmente em razão da vulnerabilidade biológica e psicológica da mulher durante o parto.

Quando do exame de qualificação da tese, assumi um compromisso fundamental com a banca: o de apresentar os dados sem tirá-los do contexto. Isso porque, até então, em um

esforço de organizar e agrupar os resultados do campo, eu, sem perceber, havia também tirado o texto do contexto, ou seja, havia pinçado 150 trechos (frases/parágrafos) que correspondiam às minhas categorias analíticas, porém, havia apagado a força do “quem fala”, “por que fala”, “para quem fala”, “de onde fala”. Em outras palavras, eu havia, de certa forma, picotado os dados em unidades tão pequenas que seus significados se perderam em meio a imensidão de tudo o que foi dito pelas 19 pessoas entrevistadas.

Para corrigir esse equívoco, nos próximos tópicos, apresento separadamente, por categorias e situando o contexto, os dados resultantes das 11 entrevistas que realizei com profissionais de saúde e os dados resultantes das 8 entrevistas que realizei com as pacientes. Todos os nomes utilizados são fictícios para preservação das regras de anonimização impostas pelo CEP/CONEP. Conjuntamente à apresentação dos dados, faço uma análise crítico-interpretativista com base no referencial teórico de Foucault e no referencial teórico sobre a VO. Tento, assim, preservar a potência do empírico, conferir maior destaque e brilho às falas do campo.

Uma última informação preliminar, criei os nomes fictícios dos entrevistados a partir de listas que circulam pela internet contendo sugestões de nomes de bebês. Uma espécie de homenagem aos recém-nascidos que não foram diretamente contemplados nas discussões realizadas nessa tese. Essa pesquisa não tem objetivo de debater violência neonatal, mas, de nenhuma forma, eu desconsidero o fato de que, na maioria dos casos, a VO atinge não apenas a mulher, mas também seu feto, por vezes, inclusive, em maior proporção.

3.2.2.1 Categorias I, II e III – profissionais x pacientes

- Quem falou sobre a supervalorização da palavra do médico e a desvalorização da palavra da paciente (categoria I)

Quem falou sobre a sobre a supervalorização da palavra do médico e a desvalorização da palavra da paciente (categoria I) foram tanto os profissionais de saúde como as pacientes. Foram 12 falas de profissionais e 18 falas de pacientes, totalizando 30 falas. Então, de modo geral, quem mais falou sobre a categoria I foram as pacientes. O que, a princípio, entendo daí é que as pacientes reclamam que não têm sua voz valorizada na mesma intensidade ou proporção que a palavra do médico. E que alguns profissionais de saúde, em sua maioria enfermeiros, concordam com isso.

Agnes (paciente) diz que vivenciou uma experiência com a prima em que o médico

falou “*é assim porque assim é melhor, sem mais conversa*”. Mia (paciente), que trabalha na área da saúde, compartilha de percepção parecida, diz que ouviu de sua médica “*é isso e pronto*”, como se a médica quisesse desestimulá-la a manifestar qualquer tipo de dúvida, Mia diz que, de qualquer forma, a palavra final é sempre a do médico e que aquilo que a paciente fala deveria ser mais valorizado:

“Maass o médico tem que tentar acolher mais, sabe, mais o paciente alií -, escutar (!) o que o paciente diz, né. O paciente pode falar uma coisa assim que pro médico “ah, é bobeira”, mas pro paciente é algo importante, né. Eu acho que talvez seria isso, levar mais em conta --, dar mais valor ao que o paciente assim – diz (grifo nosso), né”.

Lina (paciente) dá um exemplo concreto de como percebe a questão da desvalorização da voz da gestante:

*“Éh -, apesar de que eu pedi anestesia, o hospital disse que poderia disponibilizar, que tinha essa opção, fiquei super tranquila, mas na hora h não tive anestesia ///. Me falaram que foi devido à correria, tal, parto de gêmeos na hora, **me falaram um monte de coisa diferente pra justificar porque não consideraram meu pedido**” [...] aí veio a anestesista e começou a tipo falar “não, a gente vai perder a anestesia, não, não vamos te dar anestesia agora, vamos segurar mais, você guenta”. **Tipo ela respondendo por mimmm sabe, se eu tô falando que eu tô com dor e eu não tô aguentando, é isso. E ela dizendo “nããã, vai dar certo, você guenta mais um pouco, senão eu vou te dar anestesia e a gente vai perder essa anestesia” (grifo nosso).***

Chloe (paciente), a entrevistada mais jovem, afirma que o profissional de saúde não gosta de ter sua palavra desautorizada pela palavra da gestante e que isso é um problema que pode estar relacionado à VO:

*“Eu acredito que a VO seja poor, pela questão dooo (i) preconceito, as vezes de a pessoa, a gestante, falar alguma coisa e o profissional de saúde não gostar, se sentir assim desautorizado, **não querer considerar a palavra da gestante (grifo nosso)**”.*

Raika (paciente) afirma que mesmo que a paciente manifeste sua voz, sua vontade, ela não tem essa vontade respeitada. Depois, afirma que a relação profissional de saúde - paciente tem que ser como a relação entre pai e filho, dando a entender que concorda com algum tipo de hierarquia nessa relação. Ou seja, ao mesmo tempo em que Raika afirma que a voz da gestante não é respeitada, ela se mostra favorável a alguma hierarquia na relação profissional de saúde - paciente, hierarquia essa que pode levar justamente a violações ao respeito. Uma fala paradoxal, em alguma medida.

*“Eu acho queeee -, algumas, éhh -, **a maioria das vezes não, a decisão da gestante não é respeitada. No meu caso não foi respeitada tannnto assim, eu imaginei uma coisa na minha cabeça e daí foi outra. [...] Eu acho que a relação de médico com paciente tem que ser, é como se fosse mãe e filho mesmo a conversa (grifo nosso)**”.*

Maya (paciente) diz que presenciou uma amiga tendo sua voz calada por um profissional da enfermagem:

*“Éhh, tipo, ahh, uma amiga minha tava grávida e ela foi ganhar, era o primeiro filho dela. **Aí quando ela gritava de dor a enfermeira falava assim que não era pra ela gritar porque não era pra tanto assim, daí ela falava, “mas é eu que tô sentindo, você não sabe o que eu sentindo”** (grifo nosso).*

Já pelo lado dos profissionais de saúde, Emma, única médica entrevistada, fala que *“ainda existe um pouco essa questão de achar que o que o profissional de saúde fala é superior ao que o paciente fala, hierarquia”*.

Lucca (profissional de saúde) também percebe de forma semelhante, cita a questão da superioridade da fala do profissional de saúde:

*“Mas ainda tem uma postura muito de tutela daquela paciente, onde ela não é responsável pela sua saúde, onde ela não compreende o modelo de saúde, onde ela não compreende seu quadro clínico, então, ela, de uma forma em maior proporção gentil e educada, mas ela ainda é tendenciada a fazer escolhas que talvez não fossem autênticas realmente. Então a relação e a fala é muito nessa postura ainda do conhecimento científico, **ainda da fala do profissional superior ao desejo da mulher**”. [...]Porque ///, nós temos um ponto chave queee, **tem essa questão do peso da palavra profissional**), então a escolha muitas vezes acaba sendo do profissional. [...] No SUS a gente trabalha como se todas as mulheres fossem de um péssimo nível socioeconômico, de um péssimo nível intelectual, de um péssimo nível de saúde e que **por isso ela não pode decidir nada pra nada** (grifo nosso)”*.

Greta (profissional de saúde), uma das entrevistadas mais abertas e simpáticas, fala da questão do peso da palavra do médico mesmo no contexto de escolhas simples, como a posição da gestante durante o parto:

*“Às vezes ela escolhe ficar de quatro apoios, de cócoras, no banheiro, sei lá, no chuveiro. E alguns médicos chegam a dizer “ah não, mas você não pode ficar nessa posição”. Então **aquela falta de respeito pelas escolhas, pela palavra da mulher né**. Principalmente essas mulheres que trazem o plano de parto pra gente, então assim, a gente percebe que elas querem o que? Elas querem {no momento do parto} se alimentar, elas querem deambular, elas querem ir pro chuveiro, fazer um exercício que alivie aquela dor, querem poder, quando o bebê nascer ficar com ele, fazer o contato pele a pele. Então, são coisas tããõ básicas que independe de uma estrutura do hospital, então **é mais a nível realmente da equipe e dos profissionais, de eles permitirem que a mulher vivencie isso que ela fala quer** (grifo nosso)”*.

Luna (profissional de saúde), mãe de 6 filhos, corrobora com esse entendimento, dizendo: *“Muito desrespeito na relação entre médico e paciente gestante, muita desvalorização, você é pobre então você é inferior a mim, sua palavra é inferior, você não sabe”*.

A reflexão que faço a partir dessa categoria é a de que, ao se desvalorizar a voz de pacientes e supervalorizar a voz do médico, em verdade, se bloqueia saberes populares e se

cristaliza como legítimos saberes que circulam em um campo fechado, o campo técnico científico, só acessível a determinadas pessoas, detentoras de determinada posição e de determinados títulos. Esse desenho preserva uma estrutura que privilegia o segredo técnico científico em detrimento do compartilhamento de saberes, preserva uma estrutura de distribuição de saber-poder nas mãos de alguns poucos, segundo regras restritas. Nesse cenário, a posição do enunciador ou do autor do discurso determina o que pode ser dito e que peso o dito terá, determina a qualificação de quem pode entrar na ordem do discurso segundo propriedades singulares e papéis pré-estabelecidos.

É a disciplinarização de saberes pertencentes a dois domínios (técnico científico e popular) com definição de requisitos exigíveis às proposições de cada um deles por meio de estratégias de desqualificação de saberes não caros. Ou seja, ao se desqualificar falas e, portanto, saberes de pacientes gestantes/puérperas, direta ou indiretamente, se contribui para a valorização, o enaltecimento e a reverência ao saber técnico científico. Saber esse, diga-se de passagem, que nesse tempo e espaço, no contexto estudado, está de posse de profissionais de saúde. A arqueologia e a genealogia de Foucault ajudam a compreender essa conformação, os procedimentos, os processos que encadeiam superioridade e inferioridade a esses dois saberes e a esses dois atores (profissionais de saúde e paciente).

A partir dos dados dessa categoria o que se vê é que, na percepção das pacientes, quem desvaloriza a palavra delas é o profissional de saúde, sobretudo o médico. Talvez pelo fato de a pesquisa ter foco na relação profissional de saúde - paciente e não na equipe de saúde como um todo, outros membros da equipe multiprofissional não foram citados pelas pacientes como responsáveis por desvalorizar a palavra delas. Outra hipótese é a de que outros profissionais não apareceram simplesmente porque, na percepção dessas pacientes, esses indivíduos não desvalorizam a palavra delas.

Um suplemento especial da OMS, recém-publicado no *BMJ Global Health*, destaca como os maus-tratos sofridos por mulheres e seus bebês recém-nascidos podem minar a confiança na unidade de saúde, o que pode significar que as mulheres tenham menor probabilidade de buscar cuidados nessas unidades antes, durante e após o parto. Isso pode ter graves consequências para a saúde e o bem-estar das mulheres e de seus bebês e inclusive colocar vidas em risco (STANTON, GOGOI, 2022). Arrisco a dizer que a desvalorização da palavra da paciente, em alguma medida, também pode impactar na confiança que essa paciente deposita na unidade de saúde e alterar a probabilidade dessa mulher retornar a essa unidade.

Em alguns casos e contextos, a desvalorização da palavra da paciente pode chegar ao

ponto da interdição ou do silenciamento da voz como forma de subjugação. Arachu (2019) pesquisou a VO na América Latina, especialmente na República Dominicana. A autora conta, em um de seus escritos sobre sua pesquisa de campo, que, ao visualizar uma enfermeira repreendendo uma gestante, dizendo “*Não grite tão alto!*”, a interpelou, perguntando, “*Com licença enfermeira, por que você disse a ela para não gritar tão alto? Qual é o seu propósito?*”.

Não ouvi nenhum relato tão explícito como esse no meu campo, mas, lendo Arachu, me pergunto como é que essa questão, que me parece tão óbvia, ainda não é uma questão abertamente debatida: o silêncio e o barulho no centro obstétrico. Sempre tive compaixão pelo colega da saúde que trabalha 12, 24, 36, 48 horas contínuas tendo que tomar decisões de altíssima responsabilidade, que envolvem vida e morte, em um ambiente barulhento e caótico. Por outro lado, sempre imaginei que a manifestação de dor, o grito e o choro talvez sejam as mais elementares liberdades de expressão do corpo, e porque não dizer da alma, de cada ser.

Lappeman e Swartz (2021), em seus estudos sobre a VO, encontraram silêncio nas enfermarias visitadas. Um silêncio que era muito diferente do que se poderia esperar encontrar em uma enfermaria de parto: sons de mães se unindo a sons de bebês e a sons de profissionais de saúde. As autoras questionam até que ponto esse silêncio era em si mesmo uma forma de violência. Ele era intencional? Era desejado por ambas as partes da relação, pacientes e profissionais? Era um silêncio resultante do som reprimido ou repreendido? As autoras não chegaram a desvendar essas questões, mas penso que, simultaneamente ou anterior a esse silêncio, possam ter ocorrido outros sinais e mensagens emitidos pelos profissionais de saúde: olhares, tom de voz, falas, presença ou ausência de profissionais na sala, enfim, um contexto que antecede esse silêncio. Particularmente, nunca presenciei esse silêncio em um centro obstétrico, o que sempre encontrei ao circular por esses ambientes foi barulho, como seria de se esperar de locais em que mulheres sentem dores profundas e em que bebês nascem.

- Quem falou sobre a importância do conhecimento (categoria II)

Quem falou sobre a importância do conhecimento (categoria II) foram tanto os profissionais de saúde como as pacientes. Foram 18 falas de profissionais e 3 falas de pacientes, totalizando 21 falas. Então, de modo geral, quem mais falou sobre a categoria II foram os profissionais de saúde. Vale registrar que as três falas ditas por pacientes foram proferidas por uma única paciente. Os discursos dos profissionais de saúde pontuam a questão do saber, do conhecimento, como algo importante a ser dito em relação à VO. Já para as pacientes, isso não aparece como uma questão, ao menos não uma questão importante ou lembrada no momento

da entrevista.

Agnes (paciente) relata que, pelo fato de possuir algum conhecimento na área da saúde, em razão de sua formação em Medicina Veterinária, pode perguntar questões aos médicos. A sua formação seria uma espécie de facilitador, algo potencialmente capaz de diminuir as chances de se receber uma resposta atravessada ou mesmo de sofrer um episódio de violência ao se perguntar. Curiosamente, Agnes, única paciente que falou sobre a questão do conhecimento, possui formação técnica na área da saúde:

*“Que eu sou paciente mas sou formada em medicina veterinária né, então **eu tenho um certo conhecimento da área da saúde e posso perguntar** -- eu sou muito de perguntar né e daí tipo o médico falou é isso e ponto, o clínico que me atendeu lá quando eu fui internada” [...] Eu acho que a violência obstétrica ocorre por achismo médico assim. Às vezes não só do médico, mas de toda equipe **por achar que essa pessoa sabe mais do que a gestante sobre o seu próprio corpo e o que vale é isso. Éh --, pior sentimento na relação com o médico foi de falta de informação** em um dado momento, que daí eu não sabia o que tava acontecendo” (grifo nosso).*

Já pelo lado dos profissionais de saúde, Lucca diz que o conhecimento é uma forma de as pacientes resistirem ou mesmo de subjugarem a violência praticada por médicos:

*“As mulheres elas estão muito mais “vivas” hoje, presentes no seu cuidado e **com mais conhecimento, então isso subjuga muito essa violência dos profissionais médicos, esse poder deles** (grifo nosso)”.*

Já Gael (profissional de saúde) acredita que um dos motivos de as pacientes não conseguirem exercer seu direito de escolha na relação profissional de saúde - paciente é a ignorância/baixa escolaridade:

*“Entããã, assim, as pacientes que são **ignorantes** não têm direito de escolha quanto a conduta médica, tipo é o que eles {médicos} falarem. [...] Se a mulher ela é mais **ignorante**, se ela tem menos estudo, tal, eles {médicos} conseguem conduzir da forma que eles querem, entendeu. [...] Eu acredito que a violência obstétrica acontece pela **falta de conhecimento** por parte daa, da população. Igual eu te falei, eu acho que tá muito relacionado à **ignorância** da paciente assim, se essa paciente não tem estudo ela é uma paciente muito receptiva, ela obedece a tudo que é falado pra ela ///. Então a violência obstétrica ainda acontece por **ignorância** dos pacientes que não sabem seus direitos” (grifo nosso).*

Greta (profissional de saúde) relata percepção semelhante, pontuando a importância da informação e do conhecimento no contexto da VO:

*“E também acredito muito na **falta de informação dessas mulheres** como causa da violência obstétrica, né. Eu também coloco como importante a questão da **falta de informações e conhecimento** pra essas mulheres conseguirem identificar a violência obstétrica e não sofrer e denunciar né” (grifo nosso).*

Nina (profissional de saúde) menciona o grau de instrução do médico como algo importante quando se trata das possíveis causas da VO:

*“Violência física e psicológica acontece --, éhhh, por conta dessa vulnerabilidade e hierarquia entre médico e gestante, às vezes até mesmo **por conta do grau de instrução do médico há um certooooo abuso**, assim sabe [...] Éhhh, a violência obstétrica também aparece por questão de que elas {pacientes gestantes} **não eram esclarecidas**, não sabiam que elas que eram a protagonista do parto, ali, né, desde que não tenha riscos (grifo nosso)”.*

Lia (profissional de saúde), que não possui a experiência da maternidade, mas conta com vasta prática em saúde materna, relata que a questão do conhecimento está ligada ao fato de a mulher ter dificuldade para exercer sua voz e vez na relação profissional de saúde - paciente:

*“A violência obstétrica acontece por **falta de conhecimento**, né, e por essa hierarquia que existe entre médico e paciente. E por essa mulher não ter voz, porque ela não tem voz né. Parece que assim, a paciente pensa “ah, eu tô no SUS então eu tenho que fazer tudo o que me mandarem”, né. Então tipo, eu como paciente não tenho voz praa, pra questionaar. E se questionar o médico fala “Você tá questionando por que? Eu sou o médico, eu tô aqui e vou fazer”, entendeu --”(grifo nosso).*

Bento (profissional de saúde), um dos entrevistados mais fechados e reservados, menciona a escolaridade como um fator importante para se pensar a VO:

*“Eu acho que as pacientes com principalmente maior **escolaridade**, mais **acesso à informação**, elaas, vou dizer, vou colocar, “levam vantagens” nessa relação profissional de saúde - paciente, porque ela já chega sabendo o que quer, então ela já vem com uma ideia formada ali, então o profissional ele vai maissss - com jeito, vamos dizer assim. [...] Muitas pacientes não sabem que existe agora atualmente a lei que ela pode optar por uma cesariana, entããã, às vezes ela até quer, às vezes ela não quer passar pelo parto normal, mas ela não tem a informação. E o médico ele também nem explana o direito dela. [...] A paciente que não tem tanto (!) **acesso à informação** ela tá mais sujeita ahhhhh, como que eu vou colocar --, à “sugestão” do profissional, vamos dizer assim. E essa sugestão pode ser uma imposição (grifo nosso)”.*

Maitê (profissional de saúde), super atualizada quanto ao cenário da Obstetrícia, fala da dificuldade de algumas mulheres identificarem que sofreram algum tipo de violência e diz que o conhecimento está ligado a isso.

*“Tem aquelas mulheres que infelizmente não reconhecem a violência obstétrica por **falta de conhecimento**, que não reconhecem os processos que elas passaram, que foi dito e feito, então ela sai com aquele sentimento de gratidão, independente do que tenha acontecido né. [...] Eu acho que o **desconhecimento** é um causador da violência obstétrica. Eu acho que as pessoas {médicos} elas sabem o que é violência obstétrica, mas ao mesmo tempo elas não identificam o que elas fazem como violência obstétrica” (grifo nosso).*

Lena (profissional de saúde), entrevistada que demonstrou bastante sensibilidade nas respostas, diz que a existência ou não de liberdade de escolha da paciente com relação a sua gestação e ao seu puerpério se dá com base no grau de conhecimento dessa paciente e também

com base no grau de conhecimento do profissional de saúde que a atende:

*“Se a gestante tem liberdade de escolha quanto às decisões médicas da gestação e parto? Eu diria que depende. Depende porque assim, **depende do grau de conhecimento do profissional e da gestante**. O grau de conhecimento da gestante influencia, o grau de formação né. Porque é muito claro no nosso dia-dia que mulheres quem têmmmmm, éhh, ensino médio pelo menos, ensino superior, que são mais estudadas -, que buscam mais por informação, elas conseguem argumentar de forma mais equivalente com o médico. E muitas vezes ela sustenta a escolha dela por isso, porque ela tem poder de argumentação né. E muitas vezes mulheres que não têm esse poder de argumentação por **falta de conhecimento**, por mais que a gente perceba que dentro do coração dela ela gostaria muito que tal coisa não fosse feita, ela não sabe argumentar, ela não consegue fazer frente ao argumento do médico. E aí muitas vezes o desejo dela, de escolha, é suprimido, porque ela não tem o queeee -, o que argumentar contra né. [...]Acho que as mulheres têm buscado mais informação, algumas né, éhhh. Da perspectiva do médico, essa essa coisa do paciente se informar, éhh --, escancara pra ele que ele não tem poder nenhum sobre nada ///. E aí na perspectiva deles isso é ruim” (grifo nosso).*

Emma, a única médica entrevistada, reforça que uma das causas da VO pode estar ligada à questão da falta de informação e de conhecimento do profissional de saúde, que sequer identifica aquele seu comportamento como uma forma de violência.

*“Na verdade, eu acho que a VO ocorre por **falta de informação**, por **falta de conhecimento** e de abertura, por falta de empatia do profissional de saúde que não se coloca no lugar da paciente e às vezes nem entende que aquilo que ele tá falando é violência, por crenças limitantes prévias do próprio profissional, entendeu, que não tem feedback, que não tem insight, que falta terapia mesmo ((ri))” (grifo nosso).*

Todos esses discursos vão no sentido de afirmar que há, em algum grau e alguma medida, uma falta ou ausência de conhecimento por parte da paciente gestante/puérpera e que isso pode estar ligado ao acontecimento da VO. Destaco a pluralidade de sentidos com que o termo “conhecimento” aparece nas falas e das funções que ele tem nesse campo: conhecimento técnico, educação formal, acesso à informação, capacidade argumentativa e empoderamento pela via da informação.

Além dessa pluralidade, destaco que as falas, em alguma medida, podem contribuir para a manutenção do regime de verdade que privilegia o saber não popular, o *saber técnico*. E esse regime de verdade, que gera efeitos de verdade (poder), não é construído ao acaso, há um processo contingente e singular que o subsidia, que transforma essa narrativa em um fato, em uma verdade inquestionável a ponto de as próprias pacientes, sobretudo aquelas que detêm esse saber técnico, o reproduzirem.

Foucault ensina que para compreender como se formam esses regimes e efeitos de verdade deve-se olhar não apenas para os sujeitos enunciativos do discurso, mas, sobretudo, para os sujeitos que ficaram de fora da ordem do discurso. Afinal, a quem interessa que o saber técnico científico dos profissionais de saúde seja mais valorizado e ocupe posição hierárquica

superior em relação ao saber popular das pacientes? Certamente aos detentores desse saber técnico científico, aos ocupantes de um determinado lugar privilegiado no campo social, lugar este mantido justamente em razão dessa posição hierarquicamente superior que o seu saber ocupa, um verdadeiro ciclo moto perpétuo de saber-poder.

Essa manutenção de posições que assegura o exercício do biopoder baseado em conhecimento técnico interessa não somente aos sujeitos considerados em sua individualidade (poder disciplinar), mas também às instituições, aos grupos, aos hospitais, aos Conselhos de Classe Profissionais, às Sociedades Médicas e, em última instância, ao próprio Estado (biopolítica).

O que extraio dessa categoria é que a paciente, no campo prático contemporâneo, é tida, ainda, como um corpo a ser observado e controlado, inclusive em razão de sua carência de conhecimento técnico. Isto é, além de toda vulnerabilidade *a priori* a que estão sujeitas, em razão de se tratarem de corpos femininos e gestantes, a questão da carência ou ausência de saber técnico científico também possui repercussão no modo como profissionais de saúde e pacientes enunciam os seus discursos sobre a VO e na forma com que esses atores identificam as suas posicionalidades nesse contexto.

Parece-me óbvio que a ausência de conhecimento técnico não significa que essas pacientes não possuam ou não possam desenvolver mecanismos e estratégias para se posicionar na relação profissional de saúde - paciente e para lidar com a questão da VO. Ofereço alguns exemplos. Quando essas pacientes se unem em redes e grupos de apoio feministas, quando procuram por informação e conhecimento em redes sociais ou mesmo quando denunciam atendimentos médicos inadequados ou violentos em ouvidorias, Conselho de Classe de Medicina ou Enfermagem, planos de saúde, Defensoria Pública, Ministério Público, Delegacia de Polícia ou judiciário, nesse instante, pode-se dizer que há ali um exercício de poder, ainda que seja um poder de resistência, pode-se dizer que, nesse momento, o poder circula próximo ao vértice da paciente.

- Quem falou sobre o embate Medicina/Enfermagem (categoria III)

Quem falou sobre o embate Medicina/Enfermagem foram apenas os profissionais de saúde. Foram 18 falas no total. Importante considerar que, devido à seleção obtida pela randomização, apenas um dos 11 dos profissionais de saúde entrevistados é médico/a, os outros 10 são enfermeiros.

Alana (profissional de saúde) fala sobre as correntes de rivalidade no relacionamento

entre médicos e enfermeiros e reflete sobre o modo como isso pode estar ligado à VO:

“O primeiro parto que eu atendi como enfermeira o médico ficou em pé do meu lado e eu falei “olha eu acompanhei a mulher o tempo inteiro e eu gostaria de continuar atendendo”. Ele falou “ah, pode ficar, mas eu vô ficar aqui do teu lado pra ver o que você tá fazendo”, comigo junto pode. [...]Os médicos residentes tinham um pouco de resistência de atender comigo porque é só uma enfermeira falando (grifo nosso)”.

Emma (profissional de saúde) concorda com Alana e vai além, diz que tais rivalidades, ligadas a jogos de poder, geram dificuldades no atendimento ofertado às pacientes.

“Infelizmente sinto uma divisão muito importante na equipe de saúde, uma rachadura entre essas relações médico e enfermeiro, que dificultam. Éh, umaaa --, arrogância de certa maneira tanto da equipe da enfermagem quanto da equipe médica, sinto uma rachadura sinistra. Vejo um cabo de guerra --, recusando paciente pra subir, não levando paciente pra sala na hora que tem que levar, porquese, pra dizer quem manda” (grifo nosso).

Lucca (profissional de saúde) fala sobre as dificuldades de, enquanto enfermeiro, tomar algum partido em situações em que médicos praticam violência contra pacientes gestantes, vez que, independentemente da postura desse médico, ele vai precisar conviver com ele diariamente no ambiente de trabalho. Fala, também, sobre as disputas para definir quem faz o que na equipe de saúde.

“E aí isso {a relação desrespeitosa do médico com o entendimento, a postura e o desejo da gestante}, na lógica do jogo, é muito complicado, porque aquela mulher eu como enfermeiro não vou ver mais, mas aquele médico eu vou ver toda semana. E aí como, como se relacionar com isso, com o médico, como trazer isso pro ambiente (d) profissional é bem complicado, então são momentos muito difíceis assim” [...]O fato de o enfermeiro atender parto hoje é um pouquinho mais aceitável, mas quando eu comecei na residência era inaceitável. Eu lembro que eu entrei pra trabalhar como enfermeiro numa maternidade, depois da residência, meio dia. Depois do almoço eu fui chamado na direção porque as médicas tinham questionado o fato de eu tá escutando batimento dos corações dos bebês, o que não faz sentido nenhum, porque né, eu sou enfermeiro obstetra, tenho a qualificação, eu tô aqui pra fazer assistência também” (grifo nosso).

Gael (profissional de saúde) fala do sentimento de revolta que sente quando presencia algum tipo de violência contra pacientes gestantes. Diz que, por outro lado, sente medo de intervir ou de tomar partido da paciente porque ainda vigora um pensamento de que o médico está em hierarquia superior ao enfermeiro. Fala, também, que o médico, muitas vezes, em razão da simples presença da enfermagem, se sente mais compelido a respeitar o plano de parto, demonstrando que as tensões que existem entre Medicina x Enfermagem aparecem em diferentes circunstâncias.

“A questão da parte ruim da relação médico e paciente gestante assim me deixa {enfermeiro} com revolta (!), com ódio (!), com vontade de gritar. Mas ao mesmo

*tempo você acaba entrando numaaa, interferindo numa coisa que às vezes te causa também medo. Porque o profissional médico ainda --, está naquela --, ainda -, ele se sente e tenta estar de forma superior ao profissional de enfermagem, sabe. [...] Assim, às vezes, o plano de parto é respeitado contrário ao sentimento do médico ((ri)), mas assim, a enfermagem luta muito a favor disso, sempre, da humanização né, então a enfermagem consegue respeitar muito mais o plano de parto, **mas o médico acaba respeitando também, assim, mas meio contrariado, dá para perceber assim, sabe (grifo nosso)**".*

Alana (profissional de saúde) fala que o médico atua de modo isolado e autônomo, não se integra ao restante da equipe. Sobre a escolha da via de nascimento do bebê, diz que o médico tende a optar por cesárea pois *"aí não precisa de enfermeiro"*. Por fim, menciona que, quando o enfermeiro começa a questionar as condutas do médico, esse médico tende a opor-se à permanência desse enfermeiro no centro obstétrico:

*"Éhh, depois que eu vim para o Hospital Universitário a gente percebe muito forte a hegemonia médica, né, **onde o médico atende e não escuta nenhum outro profissional, não discute conduta, o enfermeiro não pode perguntar porque ele tá questionando o médico né, o médico muitas vezes ele acha que ele é o único detentor do saber né.** [...] Então foram muitos sentimentos de revolta quando eu vim pra esse hospital, pense, trabalhei como enfermeira num serviço de referência, sempre fui ativista, sempre defendi a mulher né, sempre fui feminista, e aí você chega num hospital em que você não tem vez enquanto mulher, enquanto enfermeira, enquanto cuidadora, pensei **"fico ali enquanto a paciente ganha uma episiotomia do médico ou eu vou embora e deixo ela aos leões?"** [...] Numa situação um médico perguntou pra mim **"o que que você acha dos enfermeiros tá atendendo parto, roubando parto dos residentes"** [...] Quando tem muita cesariana, o médico não precisa de outros profissionais, porque enfermeiro não faz cesariana, não precisa de doula na cesariana, então automaticamente eu dou poder para uma única categoria profissional [...] E a enfermeira que questiona também, *"ela não tem que tá lá no centro obstétrico, ela tem que tá em outro lugar, quem é ela pra questionar, é só enfermeira"* o médico pensa. É questão de controle." (grifo nosso).*

Lia (profissional de saúde) diz que as disputas entre médicos e enfermeiros se dão em várias camadas e aspectos, até mesmo com tentativas de médicos de limitar as falas dos enfermeiros ou de limitar a comunicação entre enfermeiros e pacientes:

*"E aí eu como enfermeira já vivi situações --, **deee médico vim me confrontar porque eu tinha dado alguma informação pra paciente --, eu já vivi isso na minha pele algumas (!) vezes, sabe. Então você como enfermeiro também se sente acuado às vezes --, do que você pode falar, do que você não pode falar"** (grifo nosso).*

Maitê (profissional de saúde) fala que, como enfermeira, percebe o sentimento de raiva vivido pelas pacientes que são violentadas por médicos. Diz ainda que, pelo simples fato de o enfermeiro estar presente na cena do parto isso já gera um certo controle na atuação médica, diminuído o número de intervenções a que essas mulheres são submetidas:

"E tem aquelas mulheres que já reconhecem a violência obstétrica, então elas realmente éhhh, éhh --, compartilham com a gente da enfermagem né, com a equipe, raiva, um sentimento de raiva, de desrespeito, deee, éhh, de não se sentirem

protagonistas, mesmo, sentimento de tristeza (!) mesmo em relação ao processo de que elas vivenciaram. [...] Então eu acho que essa relação entre o médico e a mulher ela é muito (!), muito melhor hoje justamente por conta do nosso trabalho como enfermeiro obstetra, né, eu acho que favoreceu muito (!) assim, os médicos respeitam muito mais o que a mulher quer (grifo nosso)”.

Lena (profissional de saúde) compartilha do mesmo sentimento de impotência diante de atos de violência contra pacientes mencionado por Lia e Gael:

“Quando a gente da enfermagem tá numa situação dessas né, de violência obstétrica, éhhh, a sensação é de impotência, a sensação é de fracasso profissional. Porque tem situações em que a gente realmente se sente --, de mãos atadas, então a gente vê (!) que o médico tá sendo extremamente agressivo, grosseiro, desrespeitoso e a gente --, fica sem saber o que fazer, pensa, “será que eu me meto? será que eu intervenho?”. Éhhh, dá medo também né. [...] E assim --, como enfermeira me senti em falta com a paciente porque a minha vontade era atacar o médico e arrancar ele na mão ((ri)) de dentro da sala sabe. [...] É isso, eu enfermeira me sinto impotente em muitas situações no confronto com o médico (grifo nosso)”.

Refletindo sobre essa categoria, a qual contém apenas falas de profissionais de saúde, sinto algo como a presença de recados diretos e indiretos de uma classe profissional para outra (médicos x enfermeiros), além de críticas diretas às chefias e aos colegas de trabalho do serviço. De modo geral, todas as falas são uníssonas ao afirmar que há um embate, há uma disputa entre médicos e enfermeiros e que isso, de alguma forma, pode estar conectado com a questão da VO.

As falas dessa categoria representam mais uma camada nessa escavação em que busco me aprofundar nos discursos mistificadores sobre a VO e revelar a pluralidade e a dispersão da origem singular desses discursos, mostrando o complexo embate de forças existente em sua origem. Essa categoria bem representa o conceito foucaultiano de que o poder se movimenta, circula, transita, se move no momento da interação social. No contexto dessa tese, essa movimentação se constitui em disputa pela manutenção ou pela tomada do poder de gerar acontecimentos na relação profissional de saúde - paciente, os quais podem se materializar na prática da VO. Em outras palavras, o biopoder não está no médico, não está no enfermeiro, não está na paciente. Ele circula entre eles, é nessa microfísica espacial que ele se configura e se estabelece. E essa circulação se dá em meio a interesses e objetivos de cada um dos sujeitos que participam dessa relação social: médico, enfermeiro e paciente.

As falas dessa categoria também fornecem exemplos de como a característica personalíssima do enunciador do discurso, se médico, enfermeiro ou paciente, e as disputas de saber-poder entre eles, operam e agem sobre a produção de discursos acerca das práticas obstétricas violentas. Isso reafirma o embate epistêmico entre Medicina e Enfermagem. Um exemplo dos embates travados entre esses três grupos é a disputa pela escolha quanto à via de

nascimento do feto. Nos discursos coletados em campo verificou-se que a defesa do parto normal por parte de profissionais da enfermagem e a defesa da cesariana por parte de profissionais médicos podem deter alguma relação com a manutenção de uma posição de saber-poder dentro do evento parto, tendo em vista que, no parto normal o enfermeiro tem posição de destaque, no parto cesariano não. Isso é colocado no discurso proferido por Alana: “*Quando tem muita cesariana, o médico não precisa de outros profissionais, porque enfermeiro não faz cesariana, não precisa de doula na cesariana, então automaticamente eu dou poder para uma única categoria profissional*”. Mas esse não é o único fator envolvido, há a questão dos movimentos de mulheres, das evidências científicas, do fator mercadológico, das fontes de informação consultadas, da política pública e da autonomia individual da mulher.

A literatura aponta que médicos e enfermeiros são os grupos de maior representatividade para os serviços na área da saúde (SILVA, 2006). Essa representatividade abrange atributos técnicos e culturais de cada um desses atores na organização social instituída como equipe multidisciplinar em saúde, bem como contempla a noção de representações sociais que eles simbolizam (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Muito embora o trabalho em saúde, atualmente, almeje coletividade e reconhecimento recíproco de autoridade, de autonomia e de saberes entre todos os profissionais de saúde (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004), essa ainda não é uma realidade prática em grande parte dos serviços. Elementos como o modelo de gestão, a hierarquização na divisão das tarefas, o poder, o conflito de interesses, os monopólios profissionais, o corporativismo, a responsabilização ética e jurídica, as reservas de mercado, o reconhecimento e a valorização social, as diferenças técnicas, as delimitações institucionais de papéis, as condições salariais, a estrutura burocrática dos estabelecimentos, a comunicação interprofissional, os conflitos éticos e o modelo de formação dos profissionais, frequentemente agem nessas relações de modo a conferir papel de maior destaque e relevo a uma ou a outra categoria profissional e isso também influencia as condições sob as quais a VO é praticada.

O enfermeiro é tido, no campo teórico contemporâneo, como importante componente da equipe multiprofissional de saúde. No campo histórico, é tido como a figura que representa a luta por igual reconhecimento e autonomia entre todos os profissionais da equipe de saúde. As perspectivas e interesses do enfermeiro relacionados aos discursos proferidos sobre a VO envolvem, por um lado, o levantamento da bandeira da humanização da Obstetrícia, por outro lado, a luta pelo saber-poder dentro das equipes de saúde. Busca-se humanizar as práticas obstétricas e, simultaneamente, auferir melhor posição hierárquica dentro das equipes de saúde, almejando-se uma posição entre iguais, que garanta autonomia, reconhecimento, condições de trabalho e remuneração semelhantes àquelas conferidas ao médico. E isso, em certa medida,

alimenta disputas e embates e, inevitavelmente, repercute na qualidade do atendimento oferecido por enfermeiros e médicos às pacientes.

O apontamento de falhas estruturais do serviço também apareceu nos discursos dessa categoria, reforçando a percepção de que a VO não é apenas sobre atitudes individuais, pelo contrário, diz respeito às estruturas, às condições estruturais, ao contexto, às leis, a formação médica, aos manuais, às dinâmicas sociais, aos marcadores de vulnerabilidade. Em alguns estudos se verificou que a explicação dada por profissionais de saúde na tentativa de justificar o cenário violento na assistência obstétrica baseia-se em elementos como sobrecarga de trabalho, recursos humanos escassos, desgaste físico e mental, precariedade das condições de atendimento e falta de infraestrutura adequada em instituições (BARBOSA JARDIM; MODENA, 2018). Essas condições estressantes em ambientes de prestação de cuidados fazem com que os profissionais se sintam, eles próprios, violados pelas condições de trabalho (BARBOSA JARDIM; MODENA, 2018; SADLER *et al.*, 2016). Sem dúvida, essas condições estruturais somadas ao ambiente hostil de disputa entre médicos x enfermeiros possuem potencial de afetar os comportamentos desses profissionais de saúde e resultar em atendimentos inadequados ou violentos.

Por fim, outras questões que me veem à tona durante a análise das falas dessa categoria são: Os profissionais de saúde ouvidos estão cientes das questões de pobreza, exclusão e injustiça que afetam as pacientes e estão comprometidos em colaborar para minimizar os efeitos disso ou apenas estão preocupados em resolver os embates entre as classes profissionais? Esses profissionais se preocupam em identificar se o cuidado que eles prestam é bom, adequado e suficiente, independentemente do ambiente hostil de luta entre médicos x enfermeiros? Eles possuem a real dimensão do modo como são afetados pelas exigências desse tipo de trabalho, que requer proximidade com corpos de mulheres em um momento de grande vulnerabilidade? Não lancei essas questões nas entrevistas porque elas não me ocorreram no momento do campo e nem sei se a melhor forma de as responder é com uma pergunta direta aos entrevistados. Entretanto, pelas impressões que as falas me causaram, temo que essas respostas possam ser negativas.

3.2.2.2 Categorias IV, V, VI e VII – profissionais x pacientes

- Quem falou sobre autonomia condicionada/compulsoriedade do parto normal (categoria IV)

Quem falou sobre a autonomia condicionada/compulsoriedade do parto normal foram tanto os profissionais de saúde como as pacientes. Foram 11 falas de profissionais e 9 falas de pacientes, totalizando 20 falas. Então, de modo geral, a distribuição das falas da categoria IV foi relativamente equilibrada entre profissionais de saúde e pacientes.

Sofia (paciente), super aberta à conversa, diz que o seu desejo de cesariana não foi bem recebido pelos médicos, que eles querem obrigar as pacientes a terem parto normal induzido (com uso de medicamentos para aumentar as contrações), mesmo diante do sofrimento e do pedido da mulher. Relata que foi seu esposo, no momento do parto, por meio de uma senhora que acompanhava outra paciente, quem descobriu que a mulher tem direito de escolher a via de nascimento do bebê:

*“Eles {médicos} tavam conversando bem de boa, bem tranquilo, de repente mudou, até o jeito assim de conversar sabe, **ele num gostou de eu ter optado pela cesárea, como se eu não pudesse escolher, mas não falaram nada, fizeram cesárea**” [...] **De o médico deixar as mulher sofrendo alií eee, com dor eee, e querendo obrigar a gente a fazeer --, induzir o parto.** Igual, a minha médica aqui do posto ela não me falou que eu tinha a opção de escolha de parto, de cesárea ou o parto normal” [...] **Aí teve uma outra menina {paciente}, essa era mais novinha. Éhhh, eles não queriam fazer cesárea nela só porque ela era nova --, então ela tava lá sofrendo já fazia, tinha que ir embora, voltar, ir embora e voltar, eeee só sofrendo só**” [...] **Aí eles queriam fazeer, queriam que eu induzisse o parto né, iam induzir o parto. **Aí o meu esposo tava do lado de fora, ele conversou com uma senhora que falou que não pode mais, que a mulher tem o direito de escolha, aí ele ligou pra mim e eu já na sala esperando pra induzir o parto, e eu com medo porque o meu primeiro filho foi induzido e eu sofri demais, demais, demais, demais**” (grifo nosso).***

Chloe (paciente) afirma que não suportava mais as dores, queria cesárea, mas não foi permitido pela médica. Diz, ainda, que presenciou outros casos em que as mulheres queriam e não puderam escolher a cesariana, mesmo sem aparentemente existir um motivo técnico para isso:

*“Eu não tava aguentando (i), **queria cesárea, mas eu não pude escolher, a médica falou que, que ela ia fazer parto normal mesmo, dos dois bebês --, eu queria ter feito uma cesárea...Eu queria ter escolhido ter feito uma cesárea.** [...] **Então --, eu não sei se é o protocolo que eles seguem, éh --, mas temm, tem coisas assim que a gente nãooo tem opção de escolha --. Tem muitas mães que, quando eu tava internada eu ouvi né, que queriam ter feito uma cesárea, queriam ter escolhido outra opção, ter conversado com o médico e perguntado se tinha outra opção (i), **masss, não, nãooo tiveram por causa do protocolo --, não só a questão do parto, mas outras questões, de medicamento** (grifo nosso).***

Já pelo lado dos profissionais de saúde, Emma diz que, mesmo diante de questionamentos da paciente, é possível fazer ela “*querer*” o parto normal e que, na prática, de fato, as mulheres têm dificuldades quando querem agendar uma cesárea:

“E você {médico} tem que falar assim “paciente, eu estou aqui pra ajudar você, eu

*quero o melhor”. **Aí ela vai questionar, às vezes. Aí você fala assim, “olha, a gente pode fazer essa cesariana em você, mas você já tá com 7cm, vamos talvez fazer uma analgesia não farmacológica, tentar aqui essa massagem, pra tentar nascer de parto”, entendeu. Ela vai querer” [...]**Então assim, infelizmente, nós não temos essa autonomia ali, eu não vejo essa autonomia das gestantes. **Elas chegam com essa “autonomia” da unidade básica de saúde pra agendar cesárea e nem isso elas conseguem”** (grifo nosso).*

Lia (paciente), que foi extremamente acolhedora na conversa, diz que a equipe de saúde não recebe bem a notícia de que a paciente quer cesárea e que ela, pessoalmente, pensa de modo diferente, vez que nunca achou que o parto normal é a melhor opção para a mulher e para o bebê. Ela reputa esse comportamento da equipe de saúde como reflexo do sistema em que estão inseridos, onde a tônica absoluta é a de que o parto normal é melhor. Diz, também, que a lógica parto normal x cesárea é diferente no sistema privado de saúde. Por fim, diz que esse tema precisou ser inserido em lei para que o desejo da mulher fosse mais respeitado e, mesmo assim, onde atua, quase a totalidade das pacientes são obrigadas a terem parto normal:

*“Masssss eu também tô vendo agora nunma contramão, bastante mulheres, éhhh, com essa, com essa atitude assim. “eu quero fazer cesárea, eu vou lá e vou marcar uma cesárea”. **E aí eu vejo que a equipe de saúde às vezes não gosta muito, sabe, dá aquela piadinha (d), dá aquela --, sabe. [...]**Esse negócio do parto normal em si teve uma onda desse negócio de “ai, tem (!) que ser parto normal”, sabe, “ai, porque é melhor pra mulher, porque é melhor pro bebê, porque é melhor...”, sabe. Eu não acho, eu nunca achei na verdade, sabe. **É que quando você é inserida num sistema éhhh, você acaba pensando igual às outras pessoas. Mas como eu vim de uma instituição particular, eu trabalhava como enfermeira no XXX (hospital particular), sabe, então eu vim de uma outra realidade, a minha realidade é totalmente diferente, porque lá todo mundo fazia cesárea mesmo** (grifos nossos). [...] Teve que ter uma lei pra escutarem um pouco a gestante né, a mulher pensa “ah, eu quero fazer cesárea”, quer dizer, eu não sou obrigada a ter um parto normal, entendeu. Mas eu vejo isso aonde eu trabalho, que assim --, praticamente todas as pacientes são obrigadas a ter parto normal, entendeu” (grifo nosso).*

Luna (profissional de saúde) diz que, quando a paciente quer cesárea, ela tenta influenciar na escolha falando dos benefícios do parto normal:

*“**Quando a paciente quer cesárea eu sempre procuro orientar, “mas você sabe quais são os benefícios do parto normal?”** e tudo. Elas dizem, “não, eu fui super orientada” e tal. **Às vezes ela {paciente} dá abertura e a gente acaba falando um pouco mais pra fazer normal”** (grifo nosso).*

Alana (profissional de saúde) fala da indignação que sente em relação à lei paranaense que permitiu às mães escolherem cesárea. Em seu relato menciona os riscos da cesariana, porém, nada menciona sobre os riscos do parto normal:

*“E sobre a via de nascimento, nós temos aí uma lei estadual que foi aprovada, dando opção de cesárea pra gestante. E que a pessoa que fez isso não tem noção nenhuma do SUS. **Porque agora a gente tá dando conta aqui das mulheres que chegam com essa lei. Dizem “ah, mas você é feminista, não é direito das mulheres fazer cesariana?” Veja, a partir do momento que ela {paciente} tá orientada, que ela sabe***

que uma cesariana é uma cirurgia abdominal de grande porte, que ela sabe que aumenta 3 vezes mais as chances de mortalidade, que o bebê dela pode não nascer bem por riscos respiratórios, que ela pode morrer de hemorragia e por aí vai --, se ela souber de tudo isso, será que ela não vai querer um parto normal? [...]Nessa lei que faculta a possibilidade de cesárea as mulheres foram usadas politicamente e ficou muito nítido isso. As mulheres foram usadas pensando aí numa falsa autonomia. Autonomia não é escolher cesariana. Autonomia é dizer o que eu quero na hora do meu parto, se eu quero ficar de cócoras, se eu quero ficar deitada, quem que eu quero de acompanhante, que eu quero parir do jeito que eu quiser, que eu quero gritar, que eu quero ir pra uma casa de parto, eu quero ir pro hospital, eu quero ter parto em casa. [...]Então é isso {opções dentro do parto normal} que a gente tem que discutir e não colocar a cesariana como primeira opção, isso a gente sabe também que é mercadológico” (grifo nosso).

Maitê diz que, como enfermeira, acha “o fim da picada” a possibilidade de a mulher escolher cesárea:

“Eu acho que existe ainda uma grande influência dos profissionais sobre a decisão da mulher, né. A gente recebe, por exemplo, mulheres muito inseguras na hora do trabalho de parto ou que pedem cesárea, agendam cesárea, o que eu, como enfermeira, acho o fim da picada, éhh, enfim [...] E infelizmente há liberdade em relação à cesárea também, que daí eu já não vejo como uma forma de respeito, sabe, eu vejo como uma tristeza muito grande esse momento que a gente vive, né, de liberar cesárea pra todo mundo. Enfim, achando que você tá respeitando (!) a decisão da mulher né, mas na verdade a gente tá sendo muito mais intervencionista do que respeitoso, do que respeitando de forma geral o que a mulher acha que é o melhor pra ela, né, infelizmente” (grifo nosso).

Lena (profissional de saúde) também critica a lei que faculta às mulheres o direito de escolha da via de nascimento. Ela reforça, em sua fala, os riscos da cesárea. Nada menciona, entretanto, sobre os riscos do parto normal:

“Então não é à toa que a gente caiu nessa lei da cesárea, né, queeee, na minha visão é a maior representação da falsa autonomia da mulher. Porque é tipo “aí, você tem escolha sobre o seu corpo”, mas aí a lei em momento nenhum fala sobre o risco de você sangrar muitas vezes mais, o risco de infecção muitas vezes, então é tipo assim, “tô fazendo de conta que eu tô te dando escolha, mas se você se ferrar, o problema é seu”, né”.

Essa categoria traz exemplos de como profissionais de saúde que aparentemente falam para produzir efeitos de autonomia e de protagonismo da paciente gestante/puérpera produzem, ao mesmo tempo, discursos de uma autonomia condicionada da mulher. Esses discursos se traduzem em um cenário em que profissionais de saúde declaram algo como: mulheres, estamos com você, lutamos por sua autonomia e por seu protagonismo, desde que essa autonomia seja exercida dentro dos limites que nós estipulamos como legítimos dentro de um regime de verdade.

Flanigan (2016) diz que o que pode estar ligado a esse tipo de posicionamento são as normas de responsabilização profissional que vigoram nesses contextos. A autora afirma que

reformas substanciais nos estatutos da responsabilidade médica podem ser necessárias para reconhecer que os trabalhadores de saúde não são moralmente responsáveis por resultados adversos que resultem diretamente da escolha de suas pacientes. E aqui há um ponto importante: como definir o que é um resultado adverso que resulta da escolha da paciente? Há parâmetros técnicos que permitam definir exatamente qual escolha gerou qual resultado? São questões intimamente ligadas aos discursos sobre a VO e que adentram em matéria de responsabilidade civil, ética e criminal do médico. Dado aos limites e objetivos da presente tese, não irei aqui aprofundá-las.

As falas contidas nessa categoria representam de modo ilustrativo o poder produtivo de Foucault, aquele em que ações conduzem ações do outro, ações que são um modo de conduzir condutas, de produzir efeitos. As falas demonstram que é também sobre o campo de condutas possíveis de serem adotadas por pacientes gestantes/puérperas quanto à escolha da via de nascimento de seus fetos que opera e age o biopoder. Isso é feito de modo a lançar mão de artifícios de saber-poder capazes de bussolar e governar a autonomia da paciente em uma dada direção previamente escolhida pelo profissional de saúde a partir de suas próprias perspectivas, interesses e vontades de produção de efeitos.

As falas dão conta de um direito de consentir, mas não o direito de recusar o parto normal. Ou seja, é como se os profissionais de saúde apoiassem o direito de escolha da gestante com uma condicionante, *desde que* ela escolha a opção que ele, profissional de saúde, entende como adequada. Isso me causou estranhamento, me chocou na verdade, não imaginava esse cenário.

O argumento de base para discutir essa questão é o histórico uso mercadológico da cesariana no Brasil. Estudos mostram grandes disparidades no comparativo das taxas de parto cesáreo entre países de renda baixa, renda média e renda alta, variando de 13,3% a 55,6% na América do Sul, região que caracteristicamente apresenta um uso excessivo de intervenções no parto (WEEKSA *et al*, 2018). Talvez essa característica histórica, de excesso de cesáreas realizadas no Brasil e na América Latina, e todo trabalho educativo realizado em cima disso, explique parte do comportamento desses profissionais entrevistados que manifestaram certa aversão à cesárea.

Embora existam muitos fatores que possam influenciar e definir se uma mulher passará por uma cesariana, a preferência pessoal é um fator importante que pode contribuir para a aceitação desse tipo de procedimento ou para sua solicitação mesmo na ausência de indicações médicas (WEEKSA *et al*, 2018). No estudo de Weeska *et al* (2018), a preferência pelo parto cesáreo foi motivada por fatores como: medo da dor do parto normal; tentativa de evitar danos

ao corpo ou ao corpo do parceiro/manutenção da integridade vaginal; possibilidade de planejar o parto; rapidez do procedimento; medo de maus-tratos praticados por profissionais de saúde durante o parto vaginal; crença de que o parto cesariano é melhor/mais seguro/saudável para a mãe; história familiar de parto cesáreo; crença de que o parto cesariano é melhor/mais seguro/saudável para o bebê; crença de que o canal vaginal pode ser muito estreito para parto normal (WEEKSA *et al*, 2018).

Os dados dessa categoria também me chamam a atenção porque a maioria dos estudos publicados na literatura fala das violações à autonomia da gestante no sentido de se praticar uma intervenção médica não consentida e não de se negar uma intervenção médica solicitada. Roth *et al* (2014) realizaram uma pesquisa com trabalhadores do parto (doulas, educadores de parto e enfermeiras) e descobriram que mais da metade havia testemunhado um médico praticar procedimentos explicitamente contra a vontade da paciente e quase dois terços havia testemunhado um médico praticar procedimentos sem dar à mulher uma opção de escolha ou tempo para ela considerar a realização desse procedimento. A pesquisa *Listening to Mothers III*, de Declercq *et al* (2014), descobriu que até um quarto das mães que tiveram partos induzidos ou cesarianas sentiram pressão para fazê-lo e 63% das mulheres que passaram por uma cesariana pela primeira vez identificaram seu médico como o responsável pela decisão. Os estudos também indicam que as intervenções médicas forçadas são mais comuns em mulheres socialmente vulneráveis, de baixa renda, em minorias e em estrangeiras (FLANIGAN, 2016), ou seja, raça, classe e gênero estão diretamente inseridos nesse debate.

Oberman (2000) teoriza que a superação da vontade da parturiente é uma violação de um dever fiduciário devido ao desequilíbrio de informação e poder entre o médico e a paciente, movido por lealdades divididas quando os médicos racionalizam o feto como um segundo paciente. Uma pesquisa realizada por Samuels *et al* (2007) também aponta crenças subjacentes sobre a autonomia reprodutiva da mulher como um fator significativo na perpetração da violência obstétrica.

Shaw (2002) alerta que, embora a preocupação geral se baseie em questões de risco e segurança para a mãe e o bebê, muitas críticas feministas argumentam que a qualidade da experiência da mãe é considerada secundária em relação à consequência, o resultado ou o produto desejado do processo: o nascimento de um filho, um bebê perfeito, um novo membro da sociedade. Aliado a esse modelo de gestão do parto e do cuidado infantil está uma política de identidade maternalista politicamente conservadora que enfatiza teleologicamente os “papéis maternais naturais” das mulheres (SHAW, 2002). E isso tudo, claro, possui influência no quanto a autonomia da mulher em decidir a via de nascimento do seu bebê é ou não acatada e respeitada

pelos profissionais de saúde.

Ou seja, o que eu encontrei nas falas dessa categoria destoa com o já publicado pela literatura sobre o tema. A literatura fala em cesarianas forçadas e o que o meu campo me trouxe foram partos normais forçados. Note-se que todos os exemplos trazidos da literatura falam em dificuldades da paciente para exercer a autonomia de *não receber* uma intervenção, um procedimento. No meu campo encontrei o oposto, dificuldades da paciente para exercer a autonomia de *receber* uma intervenção, um procedimento, no caso, a cesariana.

Todas essas motivações geram o risco de as pacientes serem julgadas por tomarem decisões consideradas moralmente condenáveis ou inadmissíveis. Não tenho dados para adentrar em hipóteses, mas, em uma possível continuação dessa pesquisa eu me interessaria em conhecer as preferências das pacientes ouvidas: preferem, pessoalmente, parto normal ou cesárea? E por que têm essa preferência? E por outro lado, o que os profissionais de saúde pensam sobre mulheres que, tendo recebidas todas as informações sobre os riscos do parto normal e tendo recebido todas as informações sobre os riscos da cesariana, escolhem a cesariana?

É claro que intervenções médicas coercitivas deveriam ser inadmissíveis. A maioria dos países desenvolvidos protege os direitos das pacientes para tomar decisões em relação a si. A maioria dos países adota uma presunção geral de que as pacientes têm o direito de tomar suas próprias decisões sobre questões médicas que envolvem o seu corpo, desde que atendidas algumas condições, como a de ser mentalmente capaz, ou seja, possuir capacidade de entender informações que são relevantes para sua escolha, comparar sua escolha com as outras alternativas, comunicar a escolha e se corresponsabilizar pelas consequências de sua escolha. Em geral, as pessoas são os melhores juizes de seu próprio bem estar, desde que decidam livremente e com informações adequadas (FLANIGAN, 2016).

Estudos sobre o efeito da dor na competência deliberativa, por exemplo, mostram que a dor não prejudica a capacidade das pacientes de atender aos critérios para decidir. A presunção de competência para decidir durante o trabalho de parto é sustentada, inclusive, pelo Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia. Parte-se do princípio de que as gestantes são normalmente mais informadas do que outras pacientes porque geralmente receberam algum tipo de cuidado pré-natal, o que dá oportunidade de explorar as opções existentes com antecedência (FLANIGAN, 2016). Não vejo um debate profundo nesse sentido no Brasil. A maior dificuldade me parece ser a de se delimitar até que ponto deve se fazer valer a palavra do médico e até que ponto deve se fazer valer a palavra da paciente. Não sei se o corpo social já possui uma resposta para essa indefinição e as falas que ouvi no campo me levaram a pensar

que essa é uma questão ainda em aberto.

De qualquer modo, para qualquer análise nesse sentido, deve-se partir da premissa de que mulheres em ambientes hospitalares são vulneráveis à pressões e influências coercitivas e que o remédio para isso é tratá-las como competentes, informando-as plenamente, para justamente não torná-las incapazes em consentir. A benevolência médica não pode justificar violações do dever de informar, mesmo que a intenção seja benevolente e motivada por uma preocupação sincera com a saúde da paciente. As boas intenções não licenciam a VO (FLANIGAN, 2016).

- Quem falou sobre o efeito rebote do plano de parto (categoria V)

Quem falou sobre o efeito rebote do plano de parto foram apenas os profissionais de saúde. Foram 7 falas no total. Essa não foi uma questão percebida pelas pacientes, portanto.

Emma (profissional de saúde) diz que o médico se sente limitado ou constrangido pelo instrumento do plano de parto:

“O plano de parto é incrível, mas às vezes “salta aos olhos” e o médico faz uma contratransferência. Acha que vai ficar limitado, sem conseguir dar o melhor atendimento por causa daqueles desejos da paciente” (grifo nosso).

Gael (profissional de saúde) diz que, pelo simples fato de a paciente portar o plano de parto ela já recebe um tratamento diferente, é vista de forma negativa:

“Eu sinto que quando a paciente chega por exemplo com plano de parto ela é tratada já “ai meu Deus, chegou uma mulher chata” --. Que quando a mulher ela sabe dos seus direitos, sabe o que ela pode ou não querer, aceitar eeee, ela é vista com diferença assim, em vez dela ser vista de forma positiva ela é vista de forma negativa (grifo nosso)”.

Maitê (profissional de saúde) corrobora o entendimento de Gael, afirmando que o plano de parto causa certo temor no médico, alterando o comportamento dele, fazendo com que ele passe a se preocupar mais com a possibilidade de ser acionado judicialmente por algo relacionado àquele atendimento:

“O que eu percebo é que às vezes eles {médicos} ficam com medo -, por exemplo agora que a gente tem uma mudança de cenário né, a gente tem muitas mulheres que chegam com plano de parto, então o que eu percebo é que eles ficam assim receosos porque eles pensam mais antes de agir, porque eles sabem que a mulher tem mais conhecimento e que ela pode dar “problema”, no sentido de processo e tudo mais (grifo nosso)”.

Lena (profissional de saúde) afirma que os médicos argumentam que os desejos da

mulher inseridos no plano de parto interferem em suas condutas técnicas e que o instrumento, muitas vezes, é ignorado pelo médico. Diz, ainda, que o modelo de plano de parto adotado pelo CHC da UFPR é, de certo modo, mais fechado/engessado do que os modelos individuais elaborados pelas próprias pacientes:

“Éhhh pra alguns profissionais médicos o plano de parto é tipo “ai, mas como assim, isso é conduta minha!”, “a conduta é minha, não dela –”, né” [...] Pra muitos médicos a presença ou ausência do plano de parto não faz diferença, tanto que tem gente que nemmm, éhh, nem olha né, tipo recebe a paciente, o plano de parto tá dentro da carteirinha, nem tira o plano de parto, não carimba, não discute com a mulher né, rejeita. [...] A gente tem um projeto de construção de plano de parto no hospital que eu sinto que assim, ele é muito positivo porque ele mostra para as mulheres “olha, você tem direito de escolha”, mas eu sinto que pra muitas mulheres ele não toca esse ponto. Então a gente percebe mulheres que chegam com plano de parto desse projeto né, mas que efetivamente é visível pra gente que nem elas entenderam o porquê daquilo, sabe. Éhhh --, como é um plano de parto mais “fechado” esse, a gente não tem grandes problemas porque as opções, as questões que são colocadas ali, elas não -, não trazem um confronto muito grande com a conduta {médica} né. Então mulheres que vêm com plano de parto próprio que normalmente trazem questões que são mais “problemáticas”, “problemáticas” para o serviço né” (grifo nosso).

As falas dessa categoria, em minha percepção, são as mais ilustrativas em termos de representação sobre o modo como opera o biopoder sobre corpos gestantes e quais são suas estratégias e tecnologias sofisticadas. O plano de parto é um documento elaborado pela gestante, geralmente com auxílio do seu médico, no qual ela informa tudo o que gostaria e o que não gostaria que ocorresse no seu parto. Escolhe, por exemplo, quem é o acompanhante escolhido para o momento do parto. Esse documento não é obrigatório, mas é bastante preconizado por ser considerado uma prática em favor da humanização e da garantia da autonomia e do protagonismo da mulher. Nessa tese, porém, na escavação dos sentidos e significados dos discursos referentes a esse documento, encontrei uma outra conotação: a de que o plano de parto, na prática, pode se traduzir em ainda maior violação e desrespeito à paciente que o porta.

Uma das hipóteses que levanto para explicar esse resultado é a de que, como contemporaneamente não há mais espaço moral e jurídico para proibir e repreender, explicitamente, a manifestação da voz da gestante, o saber-poder médico se apropria dessa voz e modifica seu sentido com finalidade de manutenção de seu próprio poder. Isso ocorre em duas frentes com relação ao plano de parto. Em primeiro lugar, o médico esquadrinha a voz da gestante, a molda e a disciplinariza de acordo com seu saber técnico científico, criando modelos engessados e pré-concebidos de plano de parto, com regras de enunciação e preenchimento, com limites sobre o que pode e o que não pode ser ali enunciado. Em segundo lugar, o médico, quando se depara com uma paciente que porta o plano de parto, se vê impedido por regras

morais e jurídicas de exercer o poder explícito de repressão, passando então a exercer o poder da ação, do desprezo no atendimento, da falta de cordialidade no tratamento, do julgamento moral, da discriminação, da rejeição ainda mais pronunciada daquela voz e daquela mulher, ou seja, da violência travestida de uma forma sutil e sofisticada. Quero dizer, as falas contidas nessa categoria, em minha percepção, apontam para a existência de camadas subterrâneas na prática obstétrica violenta, se referem ao exercício do saber-poder obstétrico sub-reptício, astucioso, que se utiliza de dispositivos, instrumentos e tecnologias sutis e sofisticadas que propiciam a prática e a manutenção do biopoder médico, os quais funcionam como operadores materiais.

Sobre esse perigo do efeito rebote da colocação da voz da paciente no plano de parto que verifiquei em campo, Shaw (2002) alerta que há diferentes maneiras pelas quais a subjetividade materna é negociada e definida no contexto do ato ou do processo de parir e que, embora devamos estar cientes dos perigos, os benefícios dos usos políticos da colocação da voz de um indivíduo em um determinado espaço, muitas vezes, superam as desvantagens.

As reflexões de Foucault sobre as maneiras pelas quais o comportamento e a conduta dos indivíduos são governados por tecnologias de dominação (FOUCAULT, 1979), bem como tecnologias de autoconstituição e formação ética (FOUCAULT, 1988), são pontos de partida úteis para se pensar sobre as práticas de gestão do parto, incluindo aqui o instrumento do plano de parto. A gestão do parto é tanto uma questão de liberdade e autonomia quanto uma questão de coerção e poder. Pensar as relações éticas e de alteridade que temos com nossos corpos, nós mesmos e os outros no contexto de uma relação profissional de saúde - paciente exige, portanto, um esforço por parte do corpo teórico e social para se estabelecer uma conexão interpretativa entre as redes e práticas díspares que constituem o ato médico e as maneiras pelas quais as partes envolvidas no ato dão sentido às suas relações. Do ponto de vista do médico, trata-se de uma responsabilidade concreta pelo outro que não apenas deve reconhecer a virtude da escolha, do consentimento e da autonomia, mas também deve respeitar e potencializar as dimensões somáticas do sentimento e da emoção em resposta aos eventos da vida desse outro (SHAW, 2002). Ou seja, mais do que respeitar escolhas colocadas no plano de parto, a formação ética do médico e o seu grau de responsabilidade pelo outro deveriam fomentar ações para potencializar e instrumentalizar o contido nesse plano de parto.

Além disso, há um certo paradoxo no instrumento do plano de parto. Ele supõe que o sujeito materno coincide com a consciência da mulher. Como identidade, a mulher gestante se configura como essencialmente racional, capaz de autoconhecimento pleno por meio da consciência reflexiva de seus próprios atos e julgamentos, sobre os quais se supõe que ela esteja

mais ou menos no controle. Ao mesmo tempo, como se sua saúde estivesse fora ou à parte de sua consciência, ela é instruída a ter em mente que as coisas nem sempre correm conforme o planejado, pois a saúde da mãe e do bebê “é primordial”. A mulher em trabalho de parto raramente está em posição de desafiar ou questionar essa lógica (SHAW, 2002).

Concordo com Shaw (2002), de modo geral, coloca-se a mulher gestante em um papel em que ela tem, efetivamente, pouquíssimo ou nulo espaço para qualquer tipo de escolha: quase tudo acaba no “preservar a vida da mãe e do bebê”. E quando há escolha, como se viu nos discursos do campo, há vieses. Nas palavras de Farah Diaz-Tell (2016), é axiomático que uma pessoa sã não possa ser forçada a se submeter a um procedimento médico, como um transplante de rim e este princípio aplica-se mesmo que o procedimento salve a vida de outra pessoa e mesmo que essa outra pessoa seja seu filho. Entretanto, curiosamente, espera-se que as mulheres grávidas sacrifiquem sua saúde e sua dignidade, e até potencialmente sua vida, em nome de ter um bebê saudável.

Segundo Shaw (2002), o verdadeiro valor do plano de parto está em seu efeito placebo. Se a gestante tem escolhas, elas são definidas em termos de uma configuração específica de saber-poder que é, na maioria das vezes, determinada externamente, ao invés de negociada dialogicamente. E os modelos de plano de parto nem sempre consideram as maneiras pelas quais a subjetividade da parturiente é constituída durante o processo de parir (SHAW, 2002).

Dessa forma, esses modelos de plano de parto tendem a ignorar o fato de que algumas relações intersubjetivas de troca entre corpos são, na verdade, baseadas em laços sociais que servem para articular e estender as necessidades éticas ou morais das partes envolvidas. Se queremos levar em conta estes processos, então a chave é repensar a ética do plano de parto do ponto de vista da relação entre médico e paciente e isso requer olhar para as necessidades e as exigências da parturiente no ato do parto. À luz disso, o plano de parto só pode ser eficaz se for reconhecido como uma negociação. Não se trata de dizer que o processo e o resultado do parto devem ser rigidamente determinados por ideais manifestados antes do evento do parto, mas que a relação ética entre os sujeitos envolvidos no encontro no momento do parto precede os processos mentais que levam à base das decisões ou intenções inseridas no plano de parto (SHAW, 2002). Novamente concordo com Shaw, o plano de parto só pode ser efetivo se funcionar como negociação e não como imposição e, sem dúvidas, a base ética estabelecida entre médico e paciente precede os processos mentais que levam a mulher a decidir como ela se posicionará no plano de parto. Sobretudo considerando a realidade estudada nessa tese, em que, o momento do parto é um primeiro encontro, vez que o pré-natal foi realizado por outro médico.

Como mencionei, interpreto as violações de profissionais de saúde quanto ao contido no plano de parto como uma forma de violência sutil, sofisticada, estratégica. Chadwick (2018) cunha o termo “violência suave” para se referir a esses casos. Na definição de Chadwick, a violência suave ocorre em ambientes de cuidado, especificamente em locais de práticas obstétricas, onde as mulheres se tornam sujeitos corporais submissos e complacentes que aceitam voluntariamente seu papel de paciente. Essa violência suave pode fazer referência à “violência simbólica” de Bourdieu que é uma violência sutil exercida sobre os oprimidos, muitas vezes com sua colaboração e aquiescência (BOURDIEU, 2003). Não diria que são violências menores, mas sim, violências que se manifestam nas práticas menores, miúdas, nas pequenezas, nas sutilizas, nas minúcias, justamente por isso as considero ainda mais perigosas, pelo risco que correm de passar ao largo sem levantar suspeitas.

Na prática, o grande risco que verifico sobre o plano de parto é o de ele se tornar apenas mais um TCLE mal elaborado. Um documento que não é aplicado e sim entregue para a paciente preencher sozinha; um documento que não possui linguagem e roupagem adequados; um documento que surge, muitas vezes, em tempo tardio, no final da gestação; um documento pro forma.

- Quem falou sobre discriminação de gênero/raça/cor/classe social/idade (categoria VI)

Quem falou sobre discriminação de gênero/raça/cor/classe/idade foram tanto profissionais de saúde como pacientes. Foram 19 falas de profissionais e apenas 1 fala de paciente, totalizando 20 falas. Então, de modo geral, quem mais falou sobre a categoria VI foram os profissionais de saúde.

A única paciente a tocar nesse ponto foi Chloe, 18 anos, branca, dona de casa, solteira, mãe de dois filhos. Refletindo sobre as condições estruturais da VO, ela disse que “*Às vezes a VO pode ser pela cor, às vezes pode ser pela religião da pessoa, pela idade da pessoa, às vezes*”.

Pelo lado dos profissionais, Alana reflete sobre as questões de gênero que podem estar imbricadas com a violência contra a mulher:

“Só vou dar um exemplo, quando tem uma pandemia o que acontece na cidade? As duas maternidades fecham. Por quê? Será que os nossos direitos de mulher eles são tão garantidos assim? Por que não fechou um hospital de trauma? Por que que não fechou um hospital de idoso? Por que que não fechou um cardiológico? Não, as mulheres que foram penalizadas e silenciadas. [...] A mulher gestante sempre foi colocada numa situação de submissão, ela era aquela pessoa que ficava em casa parindo, cuidando dos filhos e só, e o marido trabalhava fora [...] Antes a mulher

tinha que ter um monte de filho, hoje a gente já pode escolher se quer ter um dois ou nenhum. Mas ainda se ela não quer ter nenhum ela é julgada porque ela não quer ter. [...]E mais, quando é homem o médico é pior ainda, “eu mando no seu corpo, você mulher e eu homem”, né. Então entra a questão de gênero. Parto então é questão de gênero? É (!). Porque se fosse homem parindo não ia ser assim, mas eu garanto (!) [...] Olha, o distrato é muito velado. A gente sabe a situação das negras, né, que negras morrem mais, que sofrem mais violência obstétrica. De forma velada o médico age assim “ah, eu não sou racista, mas eu prefiro cuidar daquela que é branca” ou “ah, eu {médica} não sou preconceituosa, ai, mas aquela paciente é moradora de rua [...]Então, eu acho que tem muito preconceito com a gestante em relação a qualquer coisa que fuja do habitual, principalmente classe social (grifo nosso)”.

Luna (profissional de saúde) relata que classe social, idade e raça são fatores que pesam na relação profissional de saúde - paciente e podem estar ligados à ocorrência da VO:

“Eu já vi claro muuuuito (!) preconceito com a gestante, muita diferenciação entre pessoas né, éhh -, de acordo com essas questões né, sociais, de idade, raça, tal” (grifo nosso).

Greta (profissional de saúde) fala da discriminação etária em relação à gestação e também sobre a questão racial que pode estar ligada à VO, ressaltando a situação das pacientes negras haitianas:

“Porque você percebe que a mulher às vezes elaaaa, é nova demais pra parir né, chega é uma adolescente e os profissionais pensam “não devia né, tá grávida, deveria tá estudando, trabalhando, deveria tá fazendo várias coisas, loucura”. Eeee você tem uma mulher de mais de 40 anos, 43 anos, 44 anos, que chega e os profissionais pensam “é velha demais, é uma idosa, é uma gestante idosa, loucura” né, e aí você percebe sempre essa questão de olhar (!), de julgar (!) aquele momento certo da mulher ter filho ou não, “você é muito nova, você é muito velha”, né. [...] Éhh, já vivenciei na época da minha residência, que não foi aqui, foi no Estado XX, algumas situações assim bem críticas com relação à mulher negra sentir menos dor né. Tinha essa teoria de que a mulher negra sentia menos dor, era mais forte para aguentar determinados procedimentos e tal. [...]A gente tem aquelas gestantes que vem, que são do Haiti né, as haitianas, a gente tem bastante aqui, então elas tem todo um jeito assim que é cultural delas, então ali no trabalho de parto éhh, parece que o limiar dela de dor é menor, então ela grita, ela faz assim uns barulhos estranhos, ela tem um comportamento assim diferente né das mulheres culturalmente aqui. E aí você sempre percebe uma piadinha, uma coisa, ou então já chegou uma haitiana, vai ter gritaria a noite toda, então você sempre percebe algumas diferenças com relação à idade, cor, raça né (grifo nosso)”.

Nina (profissional de saúde) também fala da questão racial e do grau de instrução da paciente como possivelmente ligados às diferenças no atendimento prestado pelo médico, ressaltando a questão das pacientes negras haitianas:

“Éhhh, sim, eu vejo assim diferença no atendimento prestado pelo médico quando a paciente é da raça negra e menos instruída né --, com menor idade também, há um --, há um --, além de ter uma diferença ainda há um preconceito --, né. Éhh, um, um pré-julgamento. Aqui também a gente tem questão das estrangeiras, tem bastante haitiana, também vejo que há uma diferença assim no atendimento, sabe (grifo nosso)”.

Lia (profissional de saúde) fala da situação das pacientes negras haitianas:

“Então a gente tem as haitianas, as haitianas elas chegam praa, elas tão com colo impérvio, elas tão gritando --, elas tão com 10 cm de dilatação elas tão gritando igualzinho, entendeu. Então, isso faz com que a equipe, éhhh, não --, não acolhesse talvez essa paciente muito adequadamente porqueeee ela faz muito escândalo, então a gente não sabe se ela tá parindo ou se tááá -, tá sem nada, vai voltar pra casa, entendeu (grifo nosso)”.

Maitê (profissional de saúde) fala da questão do etarismo, além da questão da discriminação racial, sobretudo com relação às pacientes negras haitianas:

“Eu vejo muita diferença em relação à haitiana, que a gente atende muito, né. Então existe um preconceito assim de toda equipe, né, quando interna haitiana já pensa “iii, é encrena, é problema”, porque elas têm uma tendência bizarra assim, do universo, não sei realmente, a apresentar mais algumas questões. Por exemplo, hipertensão gestacional né, síndromes hipertensivas, éhh, elas têm um limiar de dor muito diferente da mulher brasileira, então existe essa diferença de condução do trabalho de parto. A condução do parto é diferente, o modo que eles {médicos} se expressam é diferente, a conversa entre o médico e a mulher é diferente, então isso é gritante assim” [...] outra coisa que eu sinto muito preconceito assim é com a parte dos adolescentes, pacientes adolescentes. [...] Porque como elas não têm essa maturidade do corpo né, elas não têm essa mentalidade preparada pro parto, também acontece muito essa questão do preconceito mesmo (grifo nosso).

Lena (profissional de saúde) também fala sobre o preconceito contra as pacientes negras haitianas e contra as pacientes usuárias de drogas:

“A gente tem recebido um volume de mulheres haitianas muito (!) grande, muito grande, éhh, do Oriente Médio a gente tem recebido bastante gente também, mas haitianas em volume muito maior. E o que sinto é que assim, as mulheres elas não são distratadas, mas a gente adquire um vício que é realmente uma coisa bem horrorosa assim, de que “ai, haitianas são problemáticas”, daí a pessoa já vem com o estigma do problema né, “ai porque haitiana, pré-eclâmpsia, certeza, ai, vai dar trabalho o parto” --. Não sei se é uma coisa que elas sentem, porque muitas vezes elas têm essa limitação da língua, éhh, então --, não sei se elas sentem tem isso na pele, mas eu vejo isso na sala da equipe assim. [...] Ooolha --, éhh, eu percebo uma diferença muito grande quandooo é uma paciente usuária de droga, que daí é tipo assim “ai, irresponsável mesmo, trata (d) horrível essa drogadita louca aí”. Éhhh --, quando a mulher chega sem pré-natal, e aí mais uma vez é colocada como a irresponsável da história (grifo nosso)”.

Lucca (profissional de saúde) fala sobre como a questão de gênero atravessa a Medicina e a relação profissional de saúde - paciente, inclusive na Obstetrícia:

“A medicina ela tem ela tem uma postura muito masculina mesmo, independente do gênero do profissional. [...] Eu lembro de uma amiga minha que conta que a maternidade que ela trabalhava era extremamente violenta, do subúrbio do XXX, e chegou um casal perdido assim, louro, do olho azul, um casal bonito assim. E aí permitiram fotógrafo, permitiram que nascesse na banqueteta, permitiram várias coisas (i) meu (!), porque que não fazem isso pra todo mundo? (grifo nosso)”

Nas falas dessa categoria me chamou atenção o modo como a situação das pacientes

negras de nacionalidade haitiana ganhou destaque nos discursos. Os discursos alertam para a ocorrência de discriminações raciais disciplinares e biopolíticas que, de modo velado, permanecem invisibilizados nas camadas subterrâneas da relação profissional de saúde - paciente. Tanto assim que nove dos vinte discursos correspondentes à categoria VI tratam de raça (45%). Ou seja, segundo o conteúdo dos discursos coletados em campo, esse definitivamente não é um espaço neutro com relação às práticas obstétricas violentas.

As falas contidas nessa categoria, no limite, operam por separação entre indivíduos da mesma espécie (humana) em sub-raças esquadrihadas por critérios de normalização (normal/anormal): gênero, raça, cor, classe social e idade. Com base nesses marcadores são criadas classificações e parâmetros por um regime de verdade que torna ações, práticas e discursos coisas materializadas e cristalizadas. Na maioria das vezes, com objetivo de legitimar acontecimentos que buscam subjugar e submeter o outro.

Há uma ligação não evidente, sutil, sofisticada e engenhosa dessas categorias classificatórias com a noção de separação de indivíduos em superiores e inferiores, doentes e sadios, salubres e insalubres, brancos e não brancos, lúcidos e insanos, civilizados e primitivos, racionais e irracionais, tradicionais e modernos. Isto é, há uma ligação desse esquema classificatório com a divisão binária, dualista, característica do eurocentrismo e do etnocentrismo (QUIJANO, 2000), os quais deixaram marcas indeléveis nas culturas latino-americanas. Em outras palavras, essa classificação normalizadora das pacientes gestantes/puérperas remete a uma colonialidade do ser, saber e poder que procura estabelecer e manter uma única intersubjetividade na relação profissional de saúde - paciente, aquela em que há posições hierárquicas bem demarcadas pelo saber-poder técnico científico e que mantém o médico nos estratos superiores e as pacientes nos estratos inferiores quanto aos poderes em jogo.

Chadwick (2017), em sua pesquisa realizada na África do Sul, na qual ela entrevistou 35 mulheres sul-africanas marginalizadas que pariram em hospitais públicos, percebeu a autonomia da mulher como ambígua, vez que ela nunca estava totalmente separada de relações mais amplas de poder.

Nessa tese, na randomização dos selecionados, infelizmente, não foi sorteada nenhuma paciente negra de nacionalidade haitiana para receber o convite para participar do estudo. Penso que as ouvir seria não apenas interessante, mas um desafio, sobretudo considerando as dificuldades próprias do idioma e o desconhecimento dessa pesquisadora com relação às questões culturais que envolvem a mulher e o parto no Haiti.

Segundo Foucault, a interpretação sobre a posicionalidade dos sujeitos nas lutas entre

raças se dá a partir da interação social, ou seja, da relação social estabelecida entre dois ou mais indivíduos (FOUCAULT, 1986). Isto é, a posição auferida pela paciente haitiana só se dá mediante a interação com os demais sujeitos que operam na relação profissional de saúde - paciente no contexto brasileiro. É, provavelmente, uma relação diferente do que aquela estabelecida entre a paciente haitiana e os profissionais de saúde haitianos no país de origem desses sujeitos. Essa noção, de subalternização da mulher negra no âmbito da relação profissional de saúde - paciente nos espaços latino-americanos possui relação com os conceitos de *subalternidade*, *violência epistêmica*, *colonização discursiva* e *privilégio epistêmico* trabalhados por Yuderkys Espinosa Miñoso (MIÑOSO, 2020).

Viveiros de Castro (2018, p.121) fornece um exemplo concreto do modo como operam na relação profissional de saúde - paciente os marcadores de raça, gênero e classe. A autora afirma que constitui violência obstétrica a discriminação social, o preconceito e todo tratamento que inferioriza a mulher diante de sua condição social, cor, raça/etnia, situação socioeconômica, arranjo familiar conjugal hetero ou homoafetivo, religião, escolaridade ou condição de saúde. Ela conta o que ocorreu com a paciente Rosângela Silvério, que ao chegar ao hospital para o nascimento de seu filho, escutou de um dos profissionais da equipe médica responsável pelo seu parto: “*Não acredito que no final de um plantão ainda vou ter que fazer parto em uma baleia*”¹⁸. O exemplo fala por si.

Claramente, questões mais amplas de poder (incluindo poder de gênero) são de profunda relevância para se entender a forma como os cuidados obstétricos são organizados e prestados. Chadwick (2018) também coloca na roda as questões sociopolíticas mais amplas, o contexto sociopolítico opressivo e estruturalmente violento contra mulher. A autora se dedica a pesquisar como esse contexto pode se manifestar em experiências de parto (LAPPEMAN, SWARTZ, 2021).

Vale dizer, por fim, que não apenas raça, gênero e classe atravessam a relação profissional de saúde - paciente na Obstetrícia. As mulheres com deficiência também constituem um grupo particularmente suscetível à violência obstétrica, isso inclui desde a falta de intérprete que possa se comunicar com gestantes surdas até a falta de aparelhagem adequada para o atendimento médico a mulheres cadeirantes, por exemplo (VIVEIROS DE CASTRO, 2018). Em minha prática médica, também já presenciei discursos que dão conta da existência de outros tipos de discriminação na relação profissional de saúde - paciente na Obstetrícia, ou seja, há outras forças motrizes de interesses, vontades e ações que circulam e agem nessa relação

¹⁸ O relato está disponível na reportagem VÍTIMAS [...], 2015.

(quadro 13). São questões muitas vezes mal recebidas pelo médico e pelos demais profissionais de saúde, geram uma espécie de julgamento moral, um escrutínio sobre as decisões tomadas pela mulher, tal como se ela não soubesse decidir “o melhor” para sua saúde e sua vida, sendo esse “melhor”, evidentemente, da perspectiva do profissional de saúde, do lugar de fala e da posição (privilegiada) desse profissional. O que conecta todos esses exemplos? Quais interesses ou vontades atuam sobre eles? A hipótese que levanto na tese é a de que o exercício do saber-poder médico figura na resposta.

QUADRO 13- Situações que podem ser mal recepcionadas pelo poder médico.

Identificador	Exemplo
1.	Gestantes que possuem "elevado" número de filhos
2.	Gestantes com filhos fora do casamento
3.	Gestantes com filhos de pais diferentes
4.	Gestantes idosas
5.	Novas gestações após filhos anteriores apresentarem síndromes ou doenças
6.	Gestações à revelia de más condições econômicas
7.	Gestações à revelia da impossibilidade de custear convênio de saúde, creche, escola
8.	Gestações em pacientes que não apresentam hábitos de vida considerados saudáveis (etilismo, tabagismo, obesidade)
9.	Gestações em pacientes portadoras de doenças crônicas
10.	Gestações não acompanhadas por um serviço de saúde

FONTE: elaborado pela autora (2023).

▪ Quem falou sobre a patologização do parto (categoria VII)

Quem falou sobre o a patologização do parto foram apenas os profissionais de saúde. Foram 13 falas no total. Essa não foi uma questão percebida pelas pacientes, portanto.

Greta (profissional de saúde) fala da não aceitação do fisiológico por parte de alguns profissionais de saúde:

*“Tá. Eu acredito que --. Tem dois pontos que eu acho que seriam interessantes. Eu acredito que a violência obstétrica acontece porque existem profissionais que estão no lugar errado né, que não gostam daquilo, **que não conseguem aceitar o fisiológico (grifo nosso)**”.*

Maitê (profissional de saúde) fala sobre a importância de o médico conhecer os processos fisiológicos da mulher e não apenas conhecer a fisiopatologia, a doença:

*“Na Obstetrícia a gente segue algo que é muito instintivo da mulher mesmo, é um processo muito fisiológico e **entender esse processo como fisiológico (!) eu acho que é o mais importante, o mais importante**” (grifo nosso).*

Alana (profissional de saúde) também pontua a questão da importância da fisiologia feminina, ressaltando que gravidez não é doença:

“Então eu acho que falta conhecimento da fisiologia por parte do médico, aprende-se tanto técnicas médicas e o que dá errado que esquece de aprender o que tá normal. [...] E na Obstetrícia não dá pra ser assim, porque a mulher não está doente (!), ela precisa de apoio e mais, suporte emocional. [...] E a gente tem nessa formação médica muita intervenção. [...] O médico ele formado pra tratar e pra resolver os problemas, então tecnicamente ele já é formado pra ter intervenção, ele tem que aprender a alocar fórceps, eles têm que aprender a fazer episio, ele tem que aprender a fazer cesariana, ele tem que aprender a prescrever ocitocina --, então, ele já vem preparado para o hospital com essa questão da formação” (grifo nosso).

Gael (profissional de saúde) fala das intervenções médicas desnecessárias no processo de parturição e da possibilidade de solução desse problema, a qual, segundo ele, passa pela aceitação do parto como algo natural:

“Então são dois pontos assim bem diferentes assim, sabe, de fazer procedimentos desnecessários pra situação que a paciente tá vivenciando no momento, sabe. Ahh, assim, éhhh --, não respeitando o tempo necessário pra que o natural aconteça, sabe. [...] Eu acredito queee, que dá pra diminuir bastante alguns problemas --, a gente pode oferecer coisas mais simples pra paciente mas que a gente consiga transformar o parto numa forma mais natural (grifo nosso).”.

Maitê (profissional de saúde) dá um exemplo de uma prática médica intervencionista que poderia ser substituída por uma prática corporal/natural e fala da racionalidade médica que, segundo ela, é muito voltada para a intervenção. Por fim, Maitê fala de uma possível correlação entre o modo de produção da Obstetrícia e a quantidade de intervenções médicas a que a paciente gestante é submetida:

“Então muitas vezes a intervenção, éhh, que antes se colocaria ocitocina, fórceps, a gente consegue resolver com movimentos do corpo. [...] Então a cabeça deles {médicos} é muito voltada pra intervenção e eles não veem isso como uma violência, os médicos dizem “eu estou ajudando você”, esse é meu papel, ele fala pra mulher, “eu estou te ajudando, faz força, estou te ajudando”, você não tá ajudando, sabe. [...], mas eu percebo que algumas intervenções poderiam ser evitadas se o trabalho fosse menos massante para todos, sabe (grifo nosso).”.

Luna (profissional de saúde) também aponta a questão da intervenção médica excessiva como algo ligado à questão da VO.

“Eu tô falando não da violência de ofender, de falar coisas né, porque graças a Deus faz muitos anos que eu não vejo isso, massss, da intervenção, daquela intervenção mais dolorida (grifo nosso).”.

Lucca (profissional de saúde) dá um exemplo de como a cultura da intervenção paira não apenas sobre a racionalidade médica, mas também sobre a racionalidade da própria paciente que, em muitos casos, acaba interpretando as intervenções sempre como positivas ou como um sinal de dedicação do médico.

*“Eu lembro que uma senhora que eu atendi que era o quinto parto dela e todos eles naquele contexto anterior intervencionista. Eu falava que ela podia se alimentar, ela achava um absurdo. Ela perguntava se eu não ia romper a bolsa, ela perguntava se eu não ia cortar a vagina dela. E aí quando eu falei pra ela que não, ela pariu o bebê, super bacana, **aí ela falou “nossa, brigado, eu achei você meio preguiçoso no começo (grifo nosso)”**”.*

As falas dessa categoria, juntamente com as falas da categoria VI, talvez sejam as que mais intimamente se conectam com a questão da VO estrutural, aquela relacionada ao sistema como um todo, ao modo de organização dos serviços de saúde, aos modos de produção da prática médica, ao modelo de formação médica, à racionalidade clínica na Obstetrícia, à lógica binária de divisão de corpos em normais e anormais, sadios e doentes. Quanto mais se patologiza o evento parto, mais é necessário que o poder biomédico, técnico científico, atue sobre ele, ou seja, quanto mais se patologiza, mais se confere centralidade e importância ao saber-poder médico, mais se permite que ele opere. No limite, esse alto grau de intervenção, como explica Shaw (2002), é lido por muitos profissionais de saúde e pacientes como um sinal de progresso, ou seja, a intervenção tecnológica é vista como “melhorar a vida” de alguma forma.

Nessa patologização e normalização do parto e do corpo da mulher baseadas em marcadores de gênero, raça, cor, classe social e idade, a sexualidade apresenta papel fundamental. Segundo Foucault (1977), é a medicina da sexualidade que espia, organiza, provoca, anota, relata e acumula uma imensa pirâmide de observações e de prontuários que fazem com que se torne viável que práticas obstétricas inadequadas sejam realizadas e perpetuadas. É ela que transforma o parto em *coisa médica*, que controla não apenas as formas de parir, mas também se incumbem de dizer a verdade sobre a gestante. É ela que coloca o sexo e o parto em uma rede de discursos, saberes, prazeres, poderes e processos que permite aos procedimentos de confissão e discursividade científica extrapolar o campo da sexualidade para atingir o campo da reprodução, da procriação e do parto, enfim, dos corpos contendo outros corpos, do útero feminino. Uma Medicina astuta, que reconhece o sistema de poder que controla a sexualidade e busca dirigi-lo, conduzi-lo.

Não somente a patologização da gestação e do parto, mas também os cinquenta e cinco mil (55.000) tipos patológicos categorizados pela CID-1153, a medicalização, a postura médica intervencionista, o exercício da autoridade médica prescritiva, o veredito médico sobre as normalidades e as anormalidades da sexualidade e da reprodução, as prescrições médicas sobre a maternidade, as intervenções médicas sobre a anticoncepção...tudo isso configura o *corpus* de poder heterogêneo a que Foucault se referia quando falava da transformação do corpo e do parto em *coisa médica*, ou seja, uma potente miscelânea de estratégias de sujeição de corpos

femininos. Isso tudo, evidentemente, vai além do universo da VO, passa por todo um conjunto de práticas e concepções envolvendo o sujeito médico e o sujeito paciente, essa configuração como forma de cuidado.

Nesse contexto, importante lembrar que muitos dos profissionais que atuam em cuidados de saúde estão sujeitos a pressões de desempenho e eficiência. E, naturalmente, as escolhas sobre fazer ou não uma determinada intervenção ou um determinado procedimento podem estar impactadas por essas pressões. Entre outros, os resultados desse cenário são a despersonalização da saúde, as consultas médicas apressadas e o esgotamento da equipe, com repercussões na assistência obstétrica, é claro (LÉVESQUE; FERRON-PARAYRE, 2021). Esse modo apressado de se ter que trabalhar, a lógica e a dinâmica dos serviços de saúde e o modelo fragmentado de linha de produção, sem dúvidas, podem estar ligados à patologização da gestação e do evento parto na Obstetrícia.

Segundo Shaw (2002), agora, mais do que nunca, o corpo materno está entrando em contato com instrumentos, ferramentas e máquinas da tecnologia e está cada vez mais sujeito ao escrutínio e ao olhar das instituições médicas, obstétricas e científicas que os adotam e os apoiam. A autora afirma que encara isso como um diagnóstico do presente, o corpo materno contemporâneo anuncia, assim, uma nova geração sobre o ser mãe, para quem concepção, gravidez, parto e cuidados pós-natais situam-se na fronteira da procriação pós-moderna. O natural e o humano de um lado e o artificial e o mecânico de outro agora se encontram na forma de uma reprodução ciborgue inovadora (SHAW, 2002).

A instrumentalização e a utilização da tecnologia na gestação e no parto são um fato e ele ocorre há décadas. Há, sem dúvidas, risco no uso desse arsenal sobre o corpo da mulher, um risco relacionado ao saber-poder, ao biopoder, ao poder de agir sobre o corpo da mulher, analisando, investigando, monitorando, controlando e, no limite, conduzindo as condutas dessa mulher. Por outro lado, é óbvio, não devemos esquecer o papel positivo que a evolução tecnológica na Obstetrícia proporcionou: redução importante de morbi-mortalidade materno-infantil, especialmente. Esse é um efeito positivo muito importante. Se colocássemos em uma balança os riscos e os benefícios do uso da tecnologia na Obstetrícia, caso isso fosse possível, não tenho muitas dúvidas sobre para qual lado a balança penderia, imagino que para o lado dos benefícios.

4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ENTRE A SAÚDE COLETIVA, A ANTROPOLOGIA E O DIREITO

Segundo o conceito publicado em 1947 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Assim, não significa apenas a ausência de doença ou enfermidade. Na prática, entretanto, esses limites não são facilmente cognoscíveis e identificáveis. O grau de complexidade do conceito é tamanho que penso essa definição, bastante difundida, como um ideário, uma meta, um alvo. A saúde plena, nesse contexto, seria uma espécie de meta a ser mirada por ações e serviços de saúde, em busca da maior aproximação possível que se possa encontrar.

É fato que, na prática, a garantia do direito à saúde transpassa conjunturas e grupos humanos de maneira absolutamente distinta. Semelhantes afecções ou quadros clínicos, com semelhantes parâmetros biológicos, prognósticos e terapêuticos, afetam indivíduos e grupos sociais de maneira diversa, resultando em um comprometimento diferenciado das habilidades de atuar em sociedade (EVANS; STODDART, 1990).

Interessa particularmente a essa tese as assimetrias e limites que obstam o atingimento da saúde plena por parte de mulheres gestantes/puérperas. As camadas e barreiras históricas, sociais e culturais a serem transpostas pelo gênero feminino na busca da saúde biopsicossocial parecem infinitamente maiores que aquelas dispostas ao gênero masculino. Essas dificuldades vão muito além daquelas impostas pelos limites da ciência, da Medicina e dos próprios sistemas de saúde, como se viu nos resultados do campo.

Nessa tese, problematizo o modo como os discursos sobre a VO se conectam ou podem se conectar com práticas discursivas engendradas em redes de saber-poder estabelecidas nas relações médico paciente.

Faço um recorte na temática da saúde da mulher para tratar da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, aqui entendidos como direito social e como necessidade social. Nas palavras de Judith Butler (2004), uma verdadeira *ontologia social*, no sentido de assegurar à mulher a propriedade de seu próprio corpo como condição necessária não somente a sua saúde reprodutiva, mas a sua saúde global e ao exercício pleno de sua cidadania. Com essa perspectiva, do direito ao corpo, é que entendo que as relações de poder e controle envolvendo o saber-poder biomédico, sobretudo aquelas voltadas à sexualidade, possuem fundamental importância para o debate da VO.

Rosalind Petcheski (2015) ensina que, para que direitos sexuais e reprodutivos possam ser exercidos, é necessário haver condições concretas, um ambiente favorável e colaborador no

qual práticas individuais sejam inspiradas pelo princípio do respeito à integridade corporal e à vontade do outro, pela autopropriedade do corpo como uma estratégia para equalizar posições entre homens e mulheres em busca da liberdade reprodutiva e da autonomia dos corpos. Nesse sentido, a liberdade reprodutiva inclui, por exemplo, o direito a creche, a escola, ao trabalho, a remuneração, a saúde, a liberdade de ter ou não filhos, a liberdade de tê-los dentro ou fora do casamento. Já a autonomia se refere à conquista de garantias legais para participação da mulher nas decisões públicas e no respeito às suas escolhas individuais, as quais devem ser tomadas livres de coerção, discriminação e violência. No ponto que interessa a essa tese, autonomia de ter suas escolhas quanto a gestação e o parto ouvidas, acolhidas e respeitadas. Tudo o que sinaliza afronta a esses preceitos constitui-se em violação aos direitos humanos femininos.

Petcheski (2015) menciona quatro bases éticas dos direitos reprodutivos: (i) integridade corporal: corpo como parte integrante do “eu” cuja saúde e bem estar formam a base para a participação ativa na sociedade, uma integridade ligada à liberdade e à inviolabilidade corporal; (ii) autonomia pessoal: autodeterminação, capacidade dos indivíduos de tomarem decisões, inclusive reprodutivas; (iii) igualdade: equidade de modo justo, positivo e pluralista, aplicável tanto nos sistemas de gênero como nas relações entre classes, etnia, idade; (iv) diversidade sexual: respeito às diferenças, sejam de cultura, religião ou orientação sexual. Nessa concepção, seriam condições de trabalho, renda, moradia, educação, classe social, raça, gênero, etnia, idade e acesso aos serviços de saúde que determinariam o grau de violência ou não violência praticado contra a saúde da mulher.

A Obstetrícia, campo de produção de um saber especializado sobre o corpo feminino, espaço em que se deu a coleta de campo dessa tese, engendra uma relação muito particular entre o sujeito observador (médico) e o corpo observado (paciente gestante/puérpera). Uma relação da qual resulta, objetivamente, a observação e o exame de corpos de mulheres. Saberes de anatomia, fisiologia, fisiopatologia, embriologia e reprodução humana são utilizados sob a alcunha da busca da “saúde plena” do binômio mãe-feto, da gestação saudável e da proteção à saúde e ao bem estar fetais. A tologia, ramo da Medicina dedicado ao estudo do parto, se utiliza desses argumentos desde o final do século XVIII para manter certo grau de controle sobre as condições em que se dá a reprodução humana e isso toca, sensivelmente, no ponto dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e na possibilidade do acontecimento da VO. Esse controle sobre os corpos femininos aparece nos dados do campo, quando Alana (profissional de saúde) diz que as decisões sobre parto normal x cesárea se dão em meio à disputas entre médicos e enfermeiros sobre o controle do corpo da paciente.

A perenidade da espécie, do grupo e da própria sociedade são variações conceituais do

argumento difundido desde o século XVIII que prega que a existência humana depende fundamentalmente da capacidade do corpo feminino de gerar vida. Portanto, ações em busca daquilo que se considera plena saúde ou pleno bem estar físico social e mental da gestante e do feto seriam justificáveis, *a priori*, a todo custo. Com essa narrativa e sob esse pretexto, a Obstetrícia científica apoderou-se desse processo ao transformar a gravidez em fenômeno observável, examinável, esquadrinhável e passível de controle, sobretudo quanto aos processos fisiológicos e biológicos suscetíveis de quantificação e mensuração.

Par e passo a esse movimento de observação e controle do estado gestacional estão o exercício do saber-poder biomédico e a imposição de restrições a direitos de mulheres gestantes/puérperas. A linha entre proteção e controle é tênue. Para manutenção desse sistema de saber-poder e dominação foram criadas políticas de verdade que o encorajaram e instrumentos garantidores do exercício do poder baseado em conhecimento, sobretudo o científico. Dentro desses instrumentos garantidores, se encontra o Direito, seu sistema de normas, suas ações e omissões.

Assim, têm-se que a saúde da mulher, a saúde reprodutiva da mulher e o acontecimento da VO tocam os três temas simultaneamente: saúde coletiva, antropologia e direito. Saúde coletiva porque a meta de plena saúde biopsicossocial, no campo médico-sanitário, pode se utilizar de argumentos de preservação da vida e da espécie humana para justificar práticas questionáveis de controle sobre corpos femininos e seus úteros. Antropologia porque os direitos sexuais e reprodutivos individuais, de cada mulher, são atravessados por complexos sistemas estruturais de raça, gênero e classe social, os quais possuem potencial de afrontar direitos de autopropriedade corporal, integridade corporal, autonomia corporal, igualdade, liberdade reprodutiva e diversidade sexual. Direito porque regular a sexualidade e o corpo da mulher exige um sistema justificador, garantidor, disciplinador, exige criar instrumentos que sustentem e apoiem determinadas práticas, mecanismos que alicercem essas práticas, um canal que viabilize esses sistemas de sujeição e dominação. E a ordem jurídica, a estrutura jurídica, os sistemas jurídicos, são um prato cheio para isso.

4.1 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E VO ESTRUTURAL

A noção de determinação social da saúde possui íntima relação com as temáticas da saúde reprodutiva da mulher e do acontecimento da VO. Essa relação pode ser ilustrada pela seguinte pergunta: é possível garantir plena saúde biopsicossocial a mulheres gestantes/puérperas em um contexto em que os determinantes sociais da saúde e da doença são

atravessados pelas antagônicas e hierarquizadas relações entre homens e mulheres, pelos sistemas de raça, gênero e classe social e pelo exercício do saber-poder na relação profissional de saúde - paciente? Conforme os dados que o campo mostrou, não.

O conceito de determinantes sociais em saúde suplanta a ideia de que a diferença na saúde de diferentes grupos humanos pode ser explicada exclusivamente pelo aporte biológico. Essa noção rejeita a hipótese explicativa a-histórica e monocultural da saúde, indicando que, em verdade, são as desigualdades sociais e as iniquidades delas resultantes que possuem maior determinação no processo saúde-doença. O modelo teórico de determinação social surgiu na década de 1970, principalmente por meio do pensamento crítico decolonial latino-americano. A partir de então, passou a difundir-se impulsionado pela incorporação do tema na agenda da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de comissões nacionais, como a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS).

A crítica do paradigma biomédico da doença dada pelo modelo de determinação social surge em um contexto marcado pela dificuldade da Medicina em produzir um novo conhecimento capaz de compreender e explicar a causalidade dos principais problemas de saúde que emergiam nos países industrializados na década de 1970 (LAURELL, 1983).

Nesse movimento, ganhou força a argumentação teórica sobre a insuficiência das práticas médicas em oferecer soluções satisfatórias e integrais para a melhoria das condições de saúde da coletividade, demarcando a entrada de correntes do pensamento social na área da saúde, a partir de uma nova leitura da saúde pública. A argumentação partiu especialmente da crítica à abordagem positivista inscrita no modelo da história natural da doença, que interpretava o processo de adoecimento a partir de uma perspectiva naturalizada, centrada na causa linear e biologicista. A nova abordagem sugerida pela corrente médico-social fundou-se, então, na re colocação da problemática da relação entre o processo social e o processo biológico a partir da perspectiva da *determinação*. Passou-se a compreender a produção das doenças no plano da coletividade e construiu-se uma análise científica dos processos que operam como seus determinantes. Isso resultou na ampliação da explicação fornecida pelo princípio da causalidade (LAURELL, 1983; BREILH, 1991).

Essa tese filia-se a essa perspectiva teórica, de determinação social dos processos de saúde e doença, a qual sustenta que a doença possui causas e origens ligadas a múltiplos fatores, biológicos, genéticos, antropológicos, culturais e, sobretudo, sociais. Assim, pois a tese se debruça justamente sobre as questões estruturais e sociais que podem afetar, de modo negativo, a saúde de mulheres gestantes/puérperas, em especial, no que diz respeito ao exercício do saber-poder na relação profissional de saúde - paciente e às violações de direito dele decorrentes. Os

determinantes sociais da saúde vão em busca de categorias analíticas explicativas mais profundas e invisibilizadas dentro das ciências sociais, tais como reprodução social, modos de produção, relações de produção e, no ponto que interessa a essa tese, relações de raça, gênero, classe social e de poder estabelecidas a partir do conhecimento, no caso, conhecimento técnico-científico ou biomédico.

Essas categorias, de relações de raça, gênero e classe social, apareceram com força nos dados do campo, a ponto de se destacarem com uma das sete grandes categorias analíticas que sustentam a base empírica da tese. Essa determinação social da saúde é uma questão que foi mais percebida pelos profissionais de saúde entrevistados, apenas uma paciente trouxe esses marcadores em seu discurso. Os profissionais de saúde problematizaram com maior profundidade a questão das haitinas atendidas no serviço de saúde pesquisado.

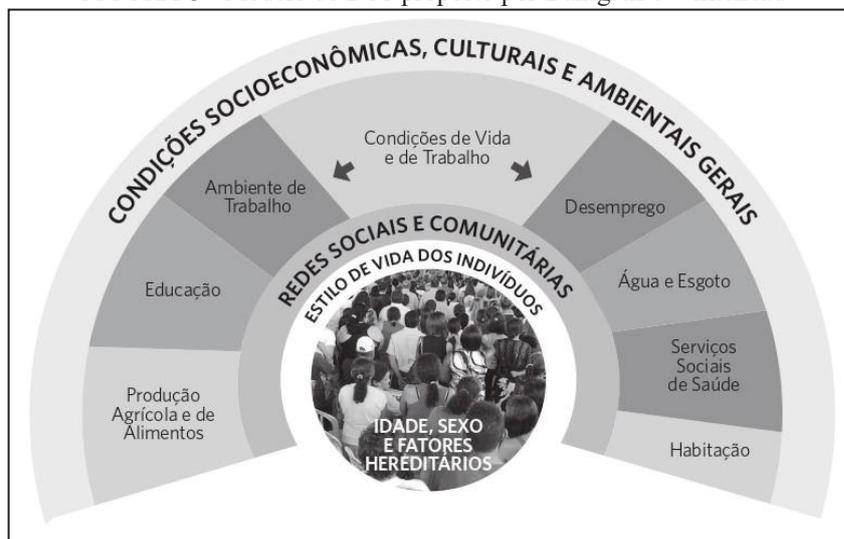
Se diz que a saúde é silenciosa, geralmente não percebida em sua plenitude. Na maior parte das vezes, apenas identificada quando se adocece. Saúde é, na realidade, uma experiência de existência vivenciada no âmago do corpo individual e refletida no corpo coletivo. Não existe um limite preciso entre a saúde e a doença, mas sim, uma relação de reciprocidade entre ambas, entre a normalidade e a patologia, na qual os mesmos fatores que permitem ao homem viver (alimento, água, ar, clima, habitação, trabalho, tecnologia, relações familiares, relações sociais) podem fazê-lo adoecer, se agirem com determinada intensidade, se pesarem em excesso ou falta, se agirem sem controle. Essa relação é demarcada pelos determinantes biológicos, psicológicos, antropológicos, culturais e sociais e, dada essa multiplicidade causal, o processo saúde-doença ocorre de maneira desigual entre os indivíduos, as classes e os povos (BERLINGUER IN BRÊTAS; GAMBA, 2006).

Aqui se insere uma discussão que aparece como pano de fundo da tese, traduzida na seguinte questão: em que medida os fatores “exercício do saber-poder na relação profissional de saúde - paciente”, “assimetrias de gênero e raça” e “reducionismo biológico nas práticas obstétricas” funcionam como determinantes sociais da saúde da mulher?

Os principais modelos de determinantes sociais da saúde (DSS) foram propostos por Dahlgren e Whitehead e por Solar e Win (figuras 8 e 9). Neles, observa-se que “condições culturais e ambientais”, “cultura e valores sociais”, “classe social, gênero e etnia (racismos)”, categorias que interessam a essa tese e tocam a questão da VO, são fundamentais ao debate da determinação social da saúde. Essas categorias sinalizam ao saber e à prática obstétrica que, ainda que eles eventualmente tentem desconsiderar ou rejeitar esses condicionantes, são por eles atravessados e impactados, fato que reflete diretamente nas formas e nas regras estabelecidas nas relações entre médico e paciente gestante/puérpera e, no limite, nas condições

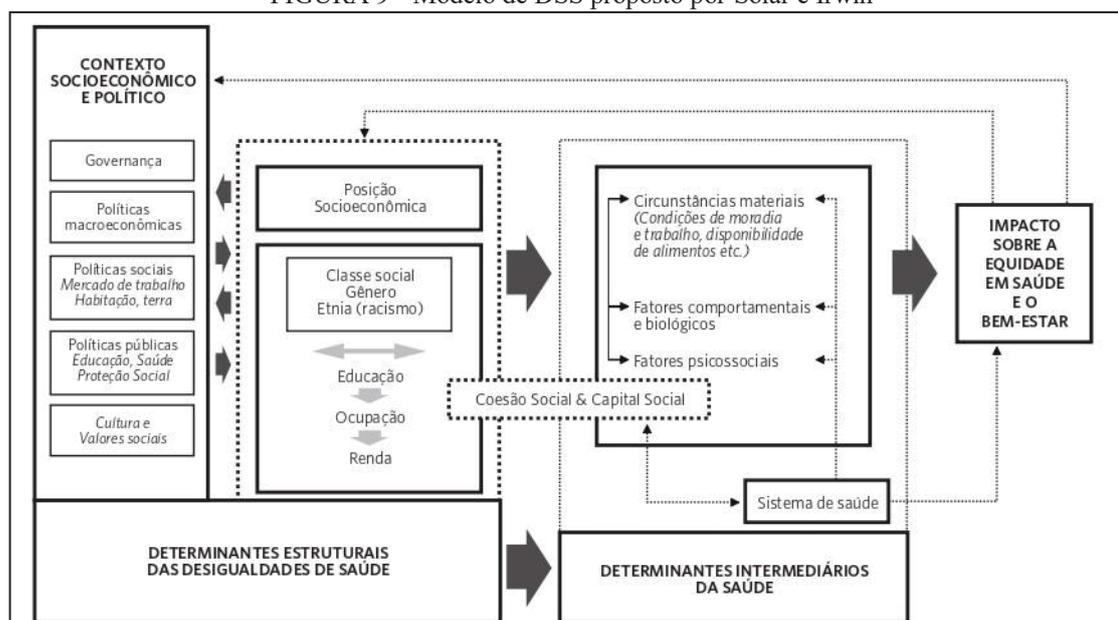
de possibilidade do acontecimento da VO.

FIGURA 8 - Modelo de DSS proposto por Dahlgren e Whitehead



FONTE: Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2008).

FIGURA 9 - Modelo de DSS proposto por Solar e Irwin



FONTE: Solar e Irwin (2010).

Existe, ainda, uma terceira teoria explicativa dos processos saúde-doença que trabalha com o conceito de causalidade multifatorial, ela foi proposta por Narvai *et al.* (2008). De acordo com os autores, a saúde é resultante da confluência de três planos: subindividual, individual e coletivo. Esses planos se constituem em uma espécie de escala de grandeza causal que vai do mais biológico (unifatorial) ao mais social (multifatorial) para explicar os processos de higidez-adoecimento.

O plano **subindividual** corresponde ao nível biológico e orgânico, fisiológico ou

fisiopatológico. Nesse plano, o processo saúde-adoecimento seria definido pelo equilíbrio dinâmico entre a normalidade-anormalidade e a funcionalidade-disfunções. Assim, quando a balança pende para o lado da anormalidade-disfunção poderiam ocorrer basicamente duas situações: a enfermidade e a doença. A enfermidade seria a condição percebida pelo paciente. A doença seria a condição detectada pelo profissional de saúde, com quadro clínico definido e enquadrada como uma entidade ou classificação nosológica (NARVAI, 2008).

O plano **individual** corresponde aos níveis biológico e social, simultaneamente. As alterações no processo saúde-adoecimento resultariam não apenas de aspectos biológicos, mas também das condições gerais da existência dos indivíduos, grupos e classes sociais, ou seja, teriam dimensões individuais e coletivas. Segundo essa concepção, a condição de saúde poderia variar de um extremo de perfeito bem-estar até o extremo da morte, com uma série de processos e eventos intermediários ocorrendo entre os dois (NARVAI *et al*, 2008).

O plano **coletivo** expande ainda mais o entendimento causal sobre o processo saúde-adoecimento. Nesse plano, o entendimento causal é encarado não como a mera soma das condições orgânicas e sociais de cada indivíduo isoladamente, mas sim, como a expressão de um processo social mais amplo, que resulta de uma complexa trama de fatores e relações, representados por determinantes do fenômeno nos vários níveis de análise: família, domicílio, micro área, bairro, município, região, país, continente (NARVAI *et al*, 2008).

É nesse último plano, coletivo e institucional, que se insere o olhar proposto por essa tese. Parte-se de um corpus formado por discursos sobre violência obstétrica coletados empiricamente em campo, produzidos por atores diretamente envolvidos na relação profissional de saúde - paciente gestante/puérpera, em busca das formas como esses discursos revelam disputas de poder que interessam ao Direito. Nesse sentido, a tese busca compreender, no plano do institucional, o que há por trás ou para além dos processos biológicos que envolvem o saber e a prática médica sobre a gestação.

O que há, afinal, nas condições estruturais da sociedade que possibilitam que a vigilância e o controle médico que cercam os processos de saúde-doença envolvendo a gestação, a parturição e o puerpério, a pretexto da busca pela preservação do completo bem estar do binômio mãe-feto, possam se transformar, em algum momento, em violação de direitos?

4.1.1 Em que contexto social se dá a violência obstétrica?

Quando se trata de DSS o que está em questão são as condições sociais concretas e

subsidiárias, mais profundas e complexas, que efetivamente permitem o exercício do direito à saúde, ou, por outra forma, impedem violações ao direito à saúde. Isso possui significado especial na Obstetrícia. O exercício de prestação de cuidado à saúde da mulher gestante/puérpera pressupõe não apenas um ambiente colaborador do ponto de vista técnico, no sentido de arsenal de recursos tecnológicos, mas, sobretudo, um ambiente colaborador na acepção política, social e antropológica. Na razão de propiciar à paciente gestante/puérpera não apenas segurança tecnológica, mas segurança social e moral, sentimento de pertença na relação profissional de saúde - paciente e percepção de respeito ao seu corpo, sua integridade corporal e sua autonomia.

Tanto assim que os direitos sexuais e reprodutivos carregam em si marcas muito mais profundas que aquelas que envolvem apenas técnica ou ciência médica, carregam marcas históricas e sociais de luta da mulher por tratamento igual e digno, marcas indeléveis. Não há que se falar em condição concreta do direito à saúde da mulher gestante/puérpera sem antes falar de inviolabilidade dos corpos, de auto propriedade corporal, de autonomia, de não discriminação, de direito à diversidade sexual, de respeito às escolhas de fecundidade e não fecundidade. Isto é, o direito à saúde da mulher gestante/puérpera abarca categorias e conceitos muito mais profundos e complexos do que o simples acesso a ações, tecnologias e serviços obstétricos. A técnica, a medicina baseada em evidências, a melhor evidência científica disponível, a boa medicina, são sim fundamentais. Mas também são insuficientes para se compreender as condições de possibilidade, as causas estruturais do acontecimento da VO.

Partindo-se do pressuposto teórico da determinação social em Obstetrícia, questiona-se: como compreender a afronta a direitos sexuais e reprodutivos da mulher e enfrentar o acontecimento da VO em cenários de perecimento de determinantes sociais da saúde? A presente tese supõe que uma das maneiras de encarar esse desafio é trilhar o percurso a partir da pluralidade da origem e da dispersão dos começos do acontecimento da VO. Ou seja, retornar e compreender as regras que regem a relação estabelecida entre médico e paciente gestante/puérpera em busca da constituição estrutural do acontecimento da VO. Esse pode ser um importante ponto de partida para se compreender em profundidade a VO e se contribuir para a elaboração de estratégias, ferramentas e itinerários de sua problematização.

A determinação social da saúde apareceu de forma não explícita nos dados do campo, sobretudo conectada ao fator discriminação de gênero/raça/cor/classe social/idade. Alana, Luna, Greta, Nina, Lia, Maitê, Lena e Lucca, todos profissionais de saúde, mencionam que a prestação em saúde que a paciente recebe depende, em alguma medida, de fatores externos à saúde, externos ao biológico, como classe social, raça, gênero, idade, personalidade,

culturalidade e hábitos de vida. Ou como, nas palavras de Alana, a qualquer condição social que fuja ao “habitual”.

4.1.1.1 Sistema Único de Saúde: indutor ou freio?

Trazendo o debate dos DSS para o terreno prático, importante tratar dos espaços onde são prestados, efetivamente, os cuidados à saúde da mulher gestante/puérpera, ou seja, os campos onde parte importante do ciclo saúde-doença, de fato, se concretiza: os sistemas de saúde. As diferentes modalidades de sistemas de saúde vigentes e as variações de suas características quanto à cobertura populacional, ao modo de organização e à forma de financiamento podem representar impacto no acontecimento da VO.

São três os principais modelos de atenção à saúde existentes no mundo. Um primeiro modelo, baseado no plano Beveridge, nascido no Reino Unido, possui cobertura universal, financiamento proveniente dos impostos gerais e prestação pública do cuidado em saúde. Um segundo modelo, baseado no plano Bismarck, possui cobertura universal, financiamento por meio de seguros sociais obrigatórios (empregadores e empregados, por intermédio de fundos sem fins lucrativos) e prestação pública e privada do cuidado em saúde. Um terceiro modelo, baseado no plano de Adam Smith, possui cobertura não universal (garantida a quem dispõe de seguros privados), financiamento por meio de contribuições voluntárias de empregados e empregadores e prestação predominantemente privada do cuidado em saúde (SERAPIONI; TESSER, 2019).

De tal modo que no modelo Beveridgiano o Estado é um ator chave no financiamento, na elaboração de políticas, na regulação, na organização e na gestão das questões de saúde da população. Já no modelo Bismarkiano o Estado atua fundamentalmente como uma referência, sendo os atores centrais as corporações, as associações, as organizações e os sindicatos. Por fim, no modelo baseado na teoria de Adam Smith, o Estado possui ainda menor interferência, gerência e controle sobre a saúde da população. No Brasil, o SUS se amolda às características do primeiro modelo, Beveridgiano. Diferentes sistemas de saúde, derivados desses diferentes modelos de atenção à saúde, variam na forma como organizam o funcionamento de suas equipes, de suas redes e de suas instalações. Portanto, podemos esperar que diferentes sistemas de saúde alcancem diferentes resultados epidemiológicos, diferentes desfechos, mais ou menos excludentes, mais ou menos discriminatórios.

Em sistemas de saúde segmentados, em que os usuários das unidades de saúde provêm predominantemente dos estratos mais baixos de pobreza, os encontros no sistema público

tornam-se o *locus* de reprodução de dinâmicas de poder social e de gênero desequilibradas entre pacientes e profissionais de saúde de diferentes posições hierárquicas. Essas dinâmicas desequilibradas podem resultar em tratamento violento. Nesses contextos, os maus-tratos – que muitas vezes assumem a forma de tripla exclusão e discriminação por ser a paciente pobre, negra e mulher – são sistematicamente incorporados em atendimentos clínicos, funcionando não apenas como um estressor em saúde, mas resultando em má qualidade do atendimento ou mesmo negligência. Essas formas de violência são duplamente intoleráveis: são uma violação de direitos e combustível para resultados de saúde desiguais entre minorias e etnias dominantes (ARACHU, 2019).

Os maus-tratos, nesse contexto, são baseados não apenas nas grandes distâncias socioeconômicas, educacionais e de gênero que existem entre profissionais de saúde e pacientes do sexo feminino que convivem com privações socioeconômicas, mas em um tratamento racista e preconceituoso segundo o qual aqueles de posição socioeconômica mais elevada se identificam com o “branco”, identidade colonialista, em oposição e acima da “negritude” da população cujos direitos continuam sendo violados (CASTRO, SAVAGE, 2019).

E esse entendimento estrutural e conjuntural nem sempre é de fácil percepção, sobretudo por quem sofre a violência. Na pesquisa de Castro e Savage (2019), por exemplo, enquanto muitas mulheres reconheceram terem passado por experiências de maus-tratos durante a internação hospitalar, poucas expressaram essas questões de forma negativa. Pelo contrário, as mulheres frequentemente apresentavam expectativas mínimas para o que consideravam uma boa atenção e descreveram experiências de maus-tratos como intercorrências ou inevitáveis, raramente prejudicando suas percepções positivas do cuidado recebido. Segundo as autoras, essas descobertas são compartilhadas entre vários estudos de pesquisa em todo o mundo os quais documentaram casos em que diferentes formas de maus-tratos se tornam normalizadas na medida em que mulheres ou profissionais de saúde não as veem como abusivas. Em minha pesquisa, como se viu na apresentação de resultados, observei algo semelhante. Algumas pacientes entrevistadas conceituaram como boa a atenção recebida a partir de uma perspectiva medicalizada, na qual os padrões de determinação de qualidade dependiam de percepções de mero recebimento do atendimento e de solicitação de exames complementares e não de fatores como privacidade ou comportamento dos profissionais de saúde.

É fato que a violência contra a mulher gestante/puérpera surge, se reproduz, se desenvolve e se perdura de maneira distinta em cada um dos diferentes modelos de saúde, vez que a forma de organização dos sistemas possui impacto direto na lógica das ações e dos

serviços por eles prestados. Além dessas diferenças externas, há diferenças no interior de sistemas que se utilizam de modelos assemelhados e, ainda, diferenças quanto à forma como o sistema predominante se relaciona com os sistemas complementares. Veja-se um exemplo. O acontecimento da VO, muito provavelmente, apresenta-se de maneira desigual no sistema de saúde do Brasil, predominantemente público, e no sistema de saúde dos EUA, predominantemente privado. Também é provável que seja diferente o modo como a VO pode se apresentar dentro do SUS, dentro dos sistemas de convênios de saúde (planos de saúde) e dentro dos sistemas puramente privados (paciente particular). Como as lógicas por trás desses modelos são radicalmente diferentes, as formas de expressão da violência contra a mulher gestante/puérpera também podem ser. Nos sistemas privados, por exemplo, o acesso a determinados profissionais de saúde pode ser mais facilitado (sem exigências de encaminhamento em rede) e a estrutura física das maternidades pode ser mais adequada. Nos sistemas públicos, por outro lado, grupos de ajuda mútua (grupos de gestantes) e redes de apoio às pacientes podem ser mais proeminentemente desenvolvidos.

A disparidade entre os sistemas de saúde público e privado, a qual pode impactar no acontecimento da VO, também pode ser explicada pelas diferenças organizacionais de cada sistema, pelos incentivos financeiros existentes nos sistemas privados e pela lei do mercado. Em alguns hospitais públicos em diferentes regiões do mundo, a carga de trabalho é organizada e remunerada por turnos, os enfermeiros ou as parteiras profissionais são os principais cuidadores em gestações e partos de baixo risco, sendo supervisionados por obstetras de plantão. No entanto, em algumas clínicas privadas, os obstetras são os principais prestadores de cuidados e recebem pagamento por parto assistido (WEEKSA *et al*, 2018).

Pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2010) indica que indica que 27% das mulheres atendidas na rede pública no Brasil afirmam ter sofrido algum tipo de violência. No setor privado, a taxa é de 17%. A quais fatores se devem essa diferença? Não tenho dados para responder, mas é provável que, parte da taxa observada na rede pública, muito provavelmente, se deve às consabidas falhas orçamentárias de hospitais e maternidades públicas, ou seja, ao conhecido desfinanciamento ou subfinanciamento do SUS. Falhas orçamentárias que, naturalmente, se refletem em falhas estruturais.

Exemplos práticos são capazes de ilustrar essas discrepâncias estruturais e seu potencial impacto no acontecimento da VO. Sabe-se que algumas instituições de saúde não dispõem de material humano nem equipamento sonar para monitorar, no parto e no pré-parto, a vitalidade fetal de todas as pacientes com a constância e a frequência necessárias, recomendadas pelas diretrizes nacionais e internacionais de assistência ao parto. Esse

monitoramento dos batimentos cardíacos fetais é importante pois é o único sinal clínico, que independe da realização de exames complementares, capaz de prever a ocorrência de sofrimento fetal, ou seja, indicar quando há falta de disponibilidade de oxigênio para o feto e, portanto, indicar que sua saúde está em risco. Eventual falha nessa monitorização possui impacto direto na morbimortalidade materna e neonatal.

Outros estabelecimentos não possuem estrutura física adequada para garantir a privacidade da gestante e a presença do acompanhante no momento do parto, direito assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005. Outros não dispõem de médico obstetra e de anestesista disponíveis em tempo integral para o manejo de urgências e emergências, outros sequer dispõem de médicos nessas especialidades. Todas essas deficiências tendem a aparecer em maior ou menor grau a depender do nível de investimento financeiro e do nível da qualidade da gestão do estabelecimento em questão. E o nível de investimento, o qual também pode se refletir sobre a qualidade da gestão, via de regra, é diferente a depender da natureza jurídica da instituição, se pública ou privada.

Todavia, os fatores incivilidade, falta de cortesia e urbanidade no atendimento, maus-tratos verbais e morais, violações à autonomia da mulher gestante/puérpera e controle sobre os corpos femininos possuem característica universal e transversal, podem atingir todos os modelos e sistemas de saúde, públicos ou privados, com melhor ou pior orçamento e estrutura. Essas violações, que podem permear a relação profissional de saúde - paciente gestante/puérpera, são tão ou mais graves que as deficiências de estrutura física, técnica e tecnológica.

Voltando à questão dos diferentes tipos de sistemas de saúde, importa dizer que o modelo de atenção à saúde adotado atualmente no Brasil, materializado no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), inaugura um novo *standard*: uma saúde democratizada, para todos, não mais limitada a uma parcela restrita da população (trabalhadores com vínculo formal de trabalho), como ocorria até a década de 1980.

O SUS preconiza um modelo universal de assistência à saúde, com atenção integral a todos os cidadãos que se encontram em território brasileiro, em todas as esferas de cuidado (atenção primária, secundária e terciária). Essa nova concepção envolveu não apenas uma mudança no modelo de sistema de saúde que vigorava até a década de 1980, predominantemente privado, mas acima de tudo, uma mudança de concepção sobre qual é a saúde que se busca no país: uma saúde igual, integral e suficiente a todos.

A prática clínica oferece indícios de que o SUS apresenta, de modo geral, maiores dificuldades estruturais quando comparado aos sistemas de saúde privados complementares

existentes no Brasil. Isso se dá, em grande medida, pela política crônica de subfinanciamento e de desfinanciamento do sistema público de saúde, observada principalmente nas últimas décadas.

Nessa tese, o SUS apareceu nos dados do campo como um fator capaz de funcionar, negativamente, como uma espécie de chancela ou carimbo que retira a voluntariedade e a autonomia da mulher. Lucca (profissional de saúde) afirmou que, no SUS, os profissionais trabalham como se todas as mulheres fossem de um péssimo nível socioeconômico, de um péssimo nível intelectual, de um péssimo nível de saúde e que, por isso, ela não poderia decidir nada sobre a sua saúde. Lia (profissional de saúde) comentou que a percepção da mulher usuária do SUS é a de que, por ela estar inserida no SUS, ela tem que fazer tudo o que lhe mandarem, sem voz para questionar.

Não obstante, também é perceptível que, por ter se organizado e se estruturado a partir de diretrizes e normativas fundadas nos pressupostos do Estado de Bem-Estar Social, o SUS reúne condições de ofertar à mulher gestante/puérperas políticas e ações de saúde que, em muitos casos, não estão disponíveis nos sistemas privados e nos convênios saúde. É o caso, por exemplo, das redes de atenção à saúde, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2011), da Rede Cegonha e dos Comitês de Mortalidade Materna¹⁹.

O pré-natal é outro exemplo de sucesso do sistema público de saúde brasileiro. Estudos demonstram que a cobertura de acesso ao pré-natal público é quase universal no Brasil, muito embora questões quanto à qualidade dos serviços ofertados careçam de avanço (LEAL *et al.*, 2020). Também o controle epidemiológico a respeito do quantitativo de gestantes de determinado território que realizam o pré-natal e o número de consultas médicas realizadas nesse pré-natal é notadamente mais sistematizado e estruturado no SUS, quando comparado com a realidade dos sistemas privados, que operam por lógica distinta: possuem natureza comercial e fragmentada, não trabalham com territorialização e população adscrita, mas sim, com a lógica de mercado, de oferta e procura.

Nos sistemas privados, de modo geral, as mulheres, além de ficarem à mercê da lei do mercado, não têm a sua disposição algumas redes de apoio fundamentais para manutenção e recuperação da saúde reprodutiva, como é o caso dos grupos de gestantes e das redes de atenção à saúde, com atendimento hierarquizado e descentralizado.

Além disso, o controle fiscalizador ético e jurídico sobre o exercício da prática médica

¹⁹ Os comitês de morte materna são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial que visam analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência. Representam, também, um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2009).

obstétrica tem se mostrado menos capilarizado no âmbito privado, dependente quase que exclusivamente da atuação dos Conselhos de Classe de Medicina, da Agência Nacional de Saúde Suplementar e de provocações ao Judiciário. Ao passo que, no sistema público, mais numerosas e capilarizadas são as instituições que têm funcionado sistematicamente como auditoria e *compliance* da prestação de serviços de saúde às mulheres gestantes/puérperas: Casa da Mulher Brasileira, Ministério Público, Tribunal de Contas, Defensoria Pública, Procuradorias, Ouvidorias Públicas, entre outros.

Apresentadas algumas diferenças entre o sistema público e os sistemas privados de saúde e os seus potenciais impactos no acontecimento da VO, questiona-se: o sistema público de saúde do Brasil, a partir de suas características e peculiaridades, tem funcionado como indutor ou como freio ao acontecimento da VO? Estaria a VO ainda mais arraigada e alastrada não fossem as redes de suporte e apoio disponibilizadas pelo SUS às mulheres gestantes/puérperas? Faltam dados empíricos oficiais para responder a essa pergunta. Entretanto, a partir dos breves argumentos aqui elencados, arrisco dizer que, em que pese as evidentes dificuldades, sobretudo estruturais e orçamentárias, o SUS parece funcionar como uma espécie de freio ou dique de contenção às práticas obstétricas violentas contra mulheres gestantes/puérperas, sobretudo pelo caráter universal e capilarizado que ostenta.

4.1.1.2 Prática humanizada: modos outros de re (existir) na Obstetrícia

Uma das principais políticas públicas constituídas para o enfrentamento da VO no Brasil está baseada na humanização da assistência prestada às mulheres gestantes/puérperas. O termo humanização está relacionado à assistência que prioriza a qualidade do cuidado técnico associada ao reconhecimento dos direitos da paciente, de sua subjetividade e de suas referências culturais, o que significa a valorização do diálogo dentro e entre as equipes de saúde e as pacientes (REBELLO; RODRIGUES NETO, 2012). A principal política nacional em saúde representante dessa concepção é a Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2007).

A humanização na saúde pode ser entendida como um princípio de ações de base humanista e ética, um movimento contra a violência dentro das instituições hospitalares, uma política pública para a atenção e a gestão no SUS e uma ferramenta para a gestão participativa na tecnologia do cuidado da assistência à saúde. Por tecnologia do cuidado, compreende-se a ênfase do processo no princípio da integralidade e no desenvolvimento de tecnologias leves e de baixo custo para o aprimoramento da atenção (REBELLO; RODRIGUES NETO, 2012). Em outras palavras, a humanização busca um maior equilíbrio entre técnica e dignidade humana no

exercício das práticas em saúde, no sentido de proteger e tutelar, com a mesma preocupação com que se protege e se tutela a boa técnica em saúde, o zelo, o respeito, a urbanidade, a cortesia, a ética, o acolhimento e a dignidade no atendimento prestado às pacientes.

A humanização é um dos motes da chamada boa medicina. Representa a junção ideal entre perfeita técnica e dignidade do paciente, entre tecnologia e ética profissional, entre ciência e empatia pela dor do outro. E isso é ainda mais representativo no caso das práticas médicas obstétricas. Primeiro porque nesse espaço a Medicina trata, incondicionalmente, a um só tempo, de mais de uma vida e de mais de um corpo. Segundo porque justamente uma dessas vidas (ou mais de uma, em caso de gemelares) é absolutamente dependente da vida mestra, da mãe. Terceiro porque esse campo da Medicina trata do *start* da vida e isso envolve todas as concepções morais, filosóficas e religiosas dele decorrentes. Nessa conjuntura, a tutela do tratamento humanizado e a preservação da dignidade das pacientes gestantes/puérperas e dos fetos parece ainda mais relevante.

Em que pese a relevância, esse tema apareceu sem grande destaque nos dados do campo. O único discurso que menciona diretamente a humanização é o de Gael, um dos três profissionais de saúde entrevistados. Ele destaca a luta da enfermagem em favor da humanização, compelindo o médico, por exemplo, a respeitar o plano de parto, ainda que a contrariado.

A prática da humanização na área obstétrica estabelece o protagonismo da mulher durante a gestação, o trabalho de parto e o puerpério, além de preconizar uma assistência baseada nos princípios e diretrizes do SUS (equidade, integralidade e universalidade). Isso, quando conjugado e efetivamente implementado, tende a reduzir a possibilidade de ocorrência da VO. Tanto é urgente a questão da humanização na prática médica Obstetrícia que foi criado um instrumento exclusivo para regular esse tema, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, instituído pela Portaria MS/GM n. 569, de 1 de junho de 2000, atualmente incorporada à Portaria de Consolidação MS/GM n. 5, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017).

A busca pela humanização no tratamento prestado à paciente gestante/puérpera tem a ver com mudanças na lógica de compreensão sobre a qualidade da atenção ao parto, com incorporação de novas atitudes, com valorização do acolhimento, com mudanças socioculturais relacionadas a marcadores de gênero, raça e classe social, com autonomia e com cidadania da mulher. A humanização procura substituir a lógica de produção de trabalho na Obstetrícia por aplicação de conhecimentos, substituir a lógica tecnicista e hierarquizada pela valorização da noção intersubjetiva entre médico e paciente gestante/puérpera (SCHRAIBER, 2008; SENS;

STAMM, 2019).

Segundo Gutiérrez e Salazar Lohman (2018), a prática humanizada possui potencial para transformar, a partir da mudança social e da reprodução comunitária da vida, o status de trabalho morto/abstrato pelo trabalho vivo/concreto. E isso parece ser possível também na atividade médica obstétrica, isto é, a humanização possui potencial para transformar a Obstetrícia de nascimentos de hora marcada e em série por uma Obstetrícia mais próxima aos processos naturais e fisiológicos do corpo da mulher.

Ensinar, cultivar e difundir práticas humanizadas em Obstetrícia requer vontade política, tempo, empenho, persistência e política pública compromissada e responsável. Isso envolve mudança de hábitos, crenças, relações sociais e inclui modificação de circuitos mentais conscientes e, sobretudo, inconscientes da prática médica. O estabelecimento e a difusão de modos outros de re (existir) na Obstetrícia vão muito além de práticas de educação permanente, educação continuada, palestras, eventos ou campanhas pontuais. Implicam e demandam transformação social profunda, exigem a instituição de processos de reiterada produção coletiva e dialogada de decisões, compreendem a modificação e a regeneração dos fluxos e trocas entre médicos e pacientes gestantes/puérperas, convocam o trabalho concreto/vivo na prática médica e exigem materialidade de resultados.

Sob esse enfoque, a saúde obstétrica pode ser entendida como um elo fundamental de mediação tanto para o acesso ao legado dos Direitos Humanos da mulher quanto para a compreensão de que a saúde obstétrica é uma das bases que servem de sustentáculo para a estruturação social. Sendo assim, nesse contexto, a prática em saúde obstétrica pode ser reconhecida como um dos Direitos Humanos e a Saúde em Direitos Humanos é parte indispensável ao conjunto desses direitos, inclusive quanto ao próprio direito à saúde e à vida (SIPIÃO; VITAL, 2015).

Essa tese, entre outras coisas, busca olhar para esses modelos alternativos de vida social que podem se refletir na relação estabelecida entre médicos e pacientes gestantes/puérperas, os quais refogem à lógica prevista e previsível da modernidade (FONSECA, 2000). O fato é que a humanização da prática médica obstétrica esbarra em diferentes camadas de objeções, algumas pontuais, muitas estruturais. Algumas de ordem objetiva/pontual, como é o caso de rotinas de trabalho e de equipes de saúde que não inserem a mulher no lugar de protagonismo da gestação e do parto e de deficiências técnicas em determinadas regiões do país e em determinadas áreas obstétricas. Por outro lado, algumas de ordem subjetiva/estrutural, como é o caso da manutenção histórica de práticas de saber-poder que agem sobre corpos de mulheres gestantes/puérperas, do modelo de formação médica e dos

marcadores de gênero, raça e classe que atravessam o acontecimento da VO.

4.1.2 VO estrutural

Essa tese pretende deixar claro que os discursos sobre a VO coletados em campo e o acontecimento da VO não dizem respeito, predominantemente, a questões individuais, personalíssimas entre médicos e pacientes. Muito pelo contrário. Apesar de a análise de conteúdo dos discursos ter se dado de forma individualizada, tento realizar uma avaliação coletiva desses dados, levando-os ao seu limite metodológico para ressaltar a questão da VO estrutural.

Do ponto de vista prático, pode ser difícil diferenciar os limites entre violência estrutural de um sistema de saúde com poucos recursos, que não oferece cuidados adequados, e atos de violência obstétrica que mulheres vivenciam nas mãos das equipes de saúde. A violência obstétrica é, em verdade, perpetuada por um sistema, mas decretada por indivíduos e são justamente esses indivíduos que detêm o poder de transformar o direito à saúde da mulher positiva ou negativamente (ARACHU, 2019). A violência, muitas vezes, começa como consequência de sistemas complexos de atenção à saúde que, em muitos casos, não estão centrados nas mulheres que ingressam nesses sistemas e onde a violência foi institucionalizada como normal (SALTER *et al*, 2021).

Médicos e enfermeiros aprendem a atuar dentro das limitações e fragmentações estruturais do sistema de saúde, oferecem atendimentos e procedimentos, porém, não assumem a responsabilidade com a continuidade do cuidado de que cada mulher precisa, porque essa não é a lógica da maioria dos sistemas de saúde. Mesmo quando suas intervenções podem ser clinicamente apropriadas para cada circunstância, a responsabilidade pela gestão de cada mulher é tão difusa que ninguém parece estar no comando. Esta descarga de responsabilidade está no centro de como profissionais de saúde podem navegar, tolerar e perpetuar a estrutura do sistema de saúde e, ao fazê-lo, criar o terreno fértil para a ocorrência de violência obstétrica (ARACHU, 2019). Como profissional de saúde, partilho dessa percepção e digo que há um agravante nesse cenário: não restam muitas opções aos profissionais de saúde nesse contexto. Ou toleram e entram no esquema de estrutura dos serviços de saúde, perpetuando essa estrutura. Ou não toleram e sofrem calados por considerar esse *modus operandi* inadequado, sem, todavia, reconhecerem ou disporem de instrumentos ou de vontade política para posicionar-se. Ou se posicionam e correm o risco de sofrerem reprimendas do sistema e, muitas vezes, dos próprios colegas de classe.

Chadwick (2018) observa que o termo VO posiciona as mulheres que dão à luz como vítimas de atos de abuso, desumanização e apropriação por perpetradores identificáveis. Há um agressor (profissional de saúde) e há um agredido (mulher gestante/puérpera). Todavia, a autora sugere que a violência obstétrica seja compreendida não apenas individualmente, mas, sobretudo, como resultado de normas sociais e relações de poder em camadas que resultam em formas sutis e muitas vezes não reconhecidas de violência, o que ela chama de “violência suave” (CHADWICK, 2018).

Outras autoras que estudam a VO (LAPPEMAN; SWARTZ, 2021) também voltaram seus interesses de estudo não apenas à violência entendida de forma restrita, de caráter pessoal, mas também a uma série de questões estruturais relativas ao desempoderamento da mulher durante o parto e em outros momentos da gestação. É justamente no espaço dessas questões estruturais, dessas normas e construções sociais, sobretudo aquelas relacionadas ao exercício do saber-poder biomédico, que se situa essa tese. Quero dizer, a VO não é algo individual, fora de um contexto, e essa tese trabalha com algumas condições de possibilidade desse contexto. É em busca dessas condições de possibilidade estruturais que viabilizam o acontecimento da VO que norteio essa pesquisa. A OMS (2019) define violência como:

“[...] O uso intencional de força física ou poder, real ou em ameaça, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

Essa definição, oriunda da autoridade máxima mundial em saúde, possui uma estrutura crucial para que as instituições de saúde possam compreender e decidir agir para reduzir ou eliminar atos de violência contra a mulher durante o parto. A definição da OMS sugere a intenção de causar dano ao outro como uma característica central da violência. Ocorre que o termo “violência”, ao longo dos anos, foi estendido para abarcar significados que vão além do dano intencional perpetrado contra pessoas. Passou a incluir o dano potencial cometido por uma organização, o qual pode afetar negativamente uma ou mais pessoas. Esse dano, conhecido como violência estrutural, é a manifestação invisível da violência construída no tecido da sociedade, uma manifestação que produz e reproduz desigualdades sociais entre os grupos (SADLER *et al.*, 2016, p. 50) (LAPPEMAN, SWARTZ, 2021).

O conceito de violência estrutural, originalmente proposto por Galtung (1969), considera a violência como um fenômeno que não ocorre necessariamente entre indivíduos, mas que existe no nível coletivo ou organizacional. Galtung (1969) postulou que a violência estrutural ocorre quando uma instituição social (como um hospital) pode causar violência às

peças ao impedir que suas necessidades básicas sejam atendidas ou que seus potenciais sejam realizados. Nesse modelo, os efeitos da violência podem ser (e são) vivenciados profundamente no nível individual, mas torna-se difícil delinear exatamente quem é e quem não é perpetrador dessa violência. O conceito de violência estrutural tem sido excepcionalmente útil e produtivo para pensar a saúde no contexto da opressão e da desigualdade social, para se pensar o acontecimento da VO. É importante notar que, no caso da violência estrutural, o “autor” da violência pode ser visto como uma classe de pessoas ou como um conjunto de forças sociais, é algo muito mais amplo e complexo do que tratar apenas do nível individual, portanto. Nesse contexto, a violência estrutural pode ser reproduzida por pessoas privilegiadas que não se veem necessariamente como perpetradoras e que não pretendem, pelo menos conscientemente, causar violência. Nessa formulação, a noção de intencionalidade individual ou grupal, central na definição da OMS (2019), é erodida (LAPPEMAN, SWARTZ, 2021).

A noção do caráter estrutural da VO apareceu com força nos dados do campo, representada pela categoria VI, que engloba discursos que contêm discriminação de gênero/raça/cor/classe/idade. Junto com o saber-poder, esses marcadores são os grandes achados vindos do campo. O saber-poder trazendo uma certa inovação para a literatura, na medida em que apresenta um recorte de pesquisa diferente sobre a VO. Já os marcadores gênero/raça/cor/classe social/idade corroborando, confirmando os achados da literatura aqui mencionados.

Tomando como base o conceito de violência estrutural, Nixon (2011, p. 2) define o que ele chama de “violência lenta” como uma violência que ocorre gradualmente e fora de vista, uma destruição dispersa ao longo do tempo e do espaço. Nixon observa que, no discurso comum, a violência é frequentemente associada a um evento ou a uma ação identificável. O autor argumenta, no entanto, que nem toda violência é aberta, óbvia e vinculada a um episódio concreto. Segundo o autor, a violência também pode ser silenciosa e generalizada, destruindo e degradando lentamente (NIXON, 2011). No capítulo de análise dos dados empíricos da tese, discorro sobre as formas *outras*, sutis e sofisticadas de violência contra a mulher gestante/puérpera que me foram relatadas em campo.

Em sua formulação, Nixon personifica o próprio termo “violência” como ator do processo violento e minimiza o componente humano individual intencional. Embora Nixon não tenha abordado diretamente os sistemas de saúde, ele abordou a violência lenta infligida às pessoas que vivem na pobreza, o que naturalmente incluiria a degradação da saúde. Tanto o conceito de “violência estrutural” quanto o de “violência lenta” ampliam o radar de preocupação, alterando o foco de atos intencionais individuais para contextos estruturais de

desigualdades de poder, os quais podem apresentar consequências devastadoras para a saúde e para o desenvolvimento dos indivíduos (NIXON, 2011).

A própria alcunha “violência” no contexto da VO é algo que segue em debate e em disputa. Lappeman e Swartz (2021) argumentam que, ampliar a definição de violência para incluir no conceito o que está acontecendo com mulheres gestantes dentro dos hospitais, dependendo da definição de violência conhecida por cada um, pode não ajudar às instituições de saúde a trazer mudanças.

É fato que a definição de violência da OMS, centrada na intencionalidade, está ultrapassada e que a violência estrutural deve ser integrada à compreensão da questão social e de saúde. Nesse sentido, a definição da OMS é inaplicável ao contexto da VO por dois motivos principais. Primeiro porque ela não visa *a priori* a violência vivenciada nos sistemas de saúde. Segundo porque ela é considerada desatualizada à luz de concepções contemporâneas de violência em diversos contextos. Na definição da OMS a violência é considerada um problema de saúde pública: um fenômeno que tem efeitos nocivos à saúde das populações que a ela estão expostas. Nesse sentido, a violência seria um fator de risco para a saúde, como o tabagismo, a desnutrição e o sedentarismo. Mas o conceito da OMS não fala da violência praticada e vivenciada justamente dentro dos serviços de saúde. Além disso, uma definição de violência que coloca a intenção no centro da questão não serve para a VO. A intenção ou intencionalidade não é um componente central da violência, ao contrário, o ponto de vista das pessoas que dela são vítimas é que deve ser colocado à frente de sua conceituação (LÉVESQUE; FERRON-PARAYRE, 2021). É de se dizer, entretanto, que no âmbito do Direito, para fins de enquadramento jurídico, a questão da intencionalidade ganha protagonismo.

Vale dizer que nomear a violência não desautoriza as mulheres, mas nomear a violência estrutural, sistêmica e institucional exige reconhecimento, responsabilização e responsabilidade por seus efeitos sobre pacientes e profissionais de saúde. Nomear e reconhecer a violência estrutural pode começar a desafiar a normalização da violência obstétrica, a interrogar os sistemas para permitir uma discussão matizada de dinâmicas de poder, das limitações reais de cuidados e do reconhecimento da plena humanidade de pacientes e médicos (SALTER *et al*, 2021). E isso é bem mais profundo e difícil do que simplesmente tratar a VO de forma individuada, individualizada e personificada.

Importante registrar que a noção de violência estrutural sofrida por mulheres no sistema de atenção à maternidade não tira a agência da paciente, mas tem o potencial de iluminar e questionar a dinâmica de poder própria, implícita e, em alguns casos, explícita, dentro do sistema de saúde e da estrutura social. Nomear a violência estrutural coloca em relevo todo o

sistema e se afasta da culpabilização dos perpetradores individuais, parte em busca da responsabilização pela violência incorporada nos sistemas, hierarquias e práticas institucionalizadas (SCOTT *et al.*, 2019).

Quando iniciei essa tese, não tinha a exata dimensão do peso dos fatores estruturais que agem no acontecimento da VO. Minha hipótese principal, desde o início, foi pelo saber-poder biomédico. Ao longo da tese, sobretudo após a banca de qualificação, tive claro que a dimensão mais importante na VO é a estrutural, não a individual. Pensava, no início da tese, em formas de prevenir e punir a VO de forma individualizada. Isso, agora, me parece menos importante. Ao mergulhar na literatura descobri que existem outros caminhos, mais interessantes, adequados e amplos para tratar da questão da VO. Em linguagem simples, diria que o buraco é bem mais embaixo.

Enfim, pensar a VO em termos estruturais, em termos de sua dimensão institucional, é pensar que a VO é violenta também em sua finalidade de manter as estruturas como estão, de manter um estado de coisas, de manter o poder baseado em conhecimento na mão de alguns, de criar um lastro de horizonte do possível da violência contra mulher e, sobretudo, de pensar que o enfrentamento do acontecimento da VO passa por grandes transformações, as quais envolvem a emancipação x a destituição da mulher, enfim, são mudanças muito mais profundas, globais e radicais.

4.1.2.1 VO como construção discursiva

Ressalto nesse capítulo o fato de o termo VO ser, antes de tudo, uma construção discursiva. Uma construção discursiva que, em um dado momento, passou a se transformar em uma construção jurídica em alguns países latino-americanos.

O termo VO surgiu a partir de esforços conjuntos de grupos de mulheres e redes feministas, organizações profissionais, organismos internacionais e regionais, agentes de saúde pública e pesquisadores com objetivo de melhorar a qualidade do atendimento recebido pelas pacientes gestantes (JEREZ, 2015; RELACAHUPAN, 2017). Na América Latina, o escrutínio a que esses grupos levaram os maus-tratos sofridos por mulheres durante a gravidez e o parto resultou, como se verá nos capítulos seguintes, no desenvolvimento de um panorama normativo que aborda e localiza a VO no nexo da violência de gênero, da negligência clínica e da ausência de tratamento respeitoso e de cuidado de qualidade (WILLIANS *et al.* 2018).

Em seu surgimento, o movimento em torno da violência obstétrica cresceu especialmente no foco da qualidade do atendimento. O Centro Latino-Americano de

Perinatologia, Saúde da Mulher e Saúde Reprodutiva, uma Divisão da Organização Pan-Americana da Saúde (CLAP/WH-OPAS), disseminou boas práticas baseadas em evidências científicas durante o trabalho de parto (WILLIAMS *et al.* 2018).

Na década de 1990, pesquisadores que trabalhavam no México começaram a se concentrar nos maus-tratos sofridos por mulheres durante o parto institucional, tais como cesarianas ou episiotomias desnecessárias e esterilizações intraparto não consensuais, como uma forma de violência ou abuso que se assemelha a outras formas de violência contra a mulher e passaram a discutir as questões institucionais e estruturais ligadas a isso. A maioria das definições de violência obstétrica na América Latina, desde então, enfatiza uma combinação de violências: dinâmica desequilibrada de poder entre profissionais de saúde e mulheres em trabalho de parto e medicalização do processo natural do parto (ARACHU, 2019).

Assim, com a crescente preocupação com os direitos humanos na saúde, a palavra “violência” está sendo usada para descrever o tratamento desrespeitoso recebido por mulheres e empregado por profissionais de saúde ou sistemas de saúde. À medida que se amplia a definição de violência nos serviços de saúde, surgem dúvidas sobre o impacto do termo na descrição da realidade objetiva dos fatos. Questiona-se, por exemplo: o uso do termo “violência” pode enfraquecer as mulheres que se destina a empoderar? Pode haver consequências não intencionais e indesejadas ao se caracterizar cuidados obstétricos não adequados como uma forma de violência? (LAPPEMAN, SWARTZ, 2021).

Sylvie Lévesque e Audrey Ferron-Parayre (2021) acreditam que o objetivo principal de uma definição de violência obstétrica deva estabelecer critérios operacionais. Longe de se constituir em uma ferramenta diagnóstica precisa, a definição deve permitir observar, quantificar, qualificar e, eventualmente, influenciar comportamentos e atitudes, bem como os parâmetros organizacionais e sistêmicos que moldam esse acontecimento complexo e mutável.

Uma grande barreira para abordar o modo como as mulheres são tratadas durante o parto é justamente a falta de definições globalmente aceitas sobre o que constitui uma maternidade respeitosa e o que constitui maus-tratos durante o parto (VOGEL *et al.*, 2016). Na busca de definir melhor os bons cuidados maternos, o termo “violência obstétrica” ganhou força como descrição de maus-tratos a mulheres durante o parto (CHADWICK, 2016; CHATTOPADHYAY *et al.*, 2017; KUKURA, 2018). O termo tem sido usado para descrever casos de cirurgias forçadas, procedimentos médicos não consentidos e outros abusos físicos, sexuais e verbais (CHADWICK, 2018; CHATTOPADHYAY *et al.*, 2017; KUKURA, 2018; WILLIAMS *et al.*, 2018). De modo geral, o termo VO é utilizado para descrever uma estrutura conceitual ligada a formas de governança reprodutiva exercidas por profissionais de saúde

(MORGAN; ROBERTS, 2012).

Sobre o termo VO, ARACHU (2019) diz que rotular cesarianas desnecessárias, mesmo considerando-se cenários em que as mulheres são menos informadas e recebem menos opções de escolha por parte de obstetras, é algo forte. Por outro lado, para muitas mulheres, uma cesariana que poderia ter sido evitada é, de fato, uma violação de sua integridade corporal, assim como uma episiotomia de rotina, uma anestesia peridural sem consentimento, uma indução do parto com infusão de ocitocina sem respaldo técnico, uma submissão a múltiplos e dolorosos exames de toque vaginal, um recebimento de amniotomia não indicada, uma depilação púbica, uma exposição desnecessária de partes sexuais em salas de parto ou uma esterilização cirúrgica quando a mulher não entende a natureza permanente desse procedimento.

Nesse contexto, quais são as implicações de se usar o termo “violência obstétrica” para descrever essas práticas? É importante notar que nem profissionais de saúde nem pacientes, via de regra, foram educados quanto aos diferentes usos do termo “violência”. Por isso, o uso do termo “violência”, embora sociologicamente defensável em termos das definições globais de violência, pode ter implicações no modo como profissionais e pacientes se posicionam (LAPPEMAN, SWARTZ, 2021).

Lappeman e Swartz (2021) apontam alguns problemas no uso do termo. Em primeiro lugar, posicionar as mulheres em trabalho de parto como vítimas de violência quando elas não experienciaram conscientemente o que aconteceu com elas como violento pode negar-lhes seu senso de agência. Pode posicioná-las como incapazes de falar por si em virtude do medo das consequências que se manifestam a partir da dinâmica de poder estabelecida entre agressor x vítima. A vítima pode se sentir desamparada, pode ser vista como carente de poder pessoal, o que perpetua a crença de que o profissional de saúde é o especialista e sabe mais e melhor, deixando a paciente a sua mercê. Essas percepções, se comunicadas às pacientes, podem ser internalizadas, resultando no cenário em que a própria paciente sente que não têm agência para reagir (LAPPEMAN, SWARTZ, 2021).

Em segundo lugar, rotular os sistemas e profissionais de saúde como violentos (em oposição a não treinados, insensíveis, incompetentes ou mesmo posicionados estruturalmente como detentores de poder) tem consequências de longo alcance para suas emoções. Esse posicionamento seria contraproducente e tornaria os profissionais de saúde resistentes a intervenções de mudança de comportamento. Muitas vezes, espera-se que os profissionais de saúde coloquem as necessidades das pacientes acima das suas, sem que as suas próprias sejam consideradas (KERASIDOU; HORN, 2016). Isso pode resultar na imagem de profissionais emocionalmente distantes que podem ser rotulados como perpetradores de violência, em vez

de serem vistos como indivíduos que ingressaram na profissão para ajudar pacientes (BRICEÑO MORALES *et al.*, 2018). Podem ser vistos como pessoas que querem intencionalmente causar danos, enquanto que, na realidade, a maioria deles pode causar danos não intencionais por falta de conhecimento e experiência e por uma série de outras razões emocionais (VAN DER WALT; SWARTZ, 1999). A maioria dos profissionais escolhe a saúde como carreira pelo desejo de desfazer o mal (BRICEÑO MORALES *et al.*, 2018), o “fazer o bem e desfazer o mal” é um elemento central de suas identidades. Nesse contexto, os profissionais de saúde podem resistir às intervenções que tentam auxiliá-los a mudar seu comportamento em razão de se sentirem pessoalmente atacados, de serem tachados de violentos (LAPPEMAN, SWARTZ, 2021).

Em terceiro lugar, pode haver consequências não intencionais em afirmar que estruturas como hospitais são locais de violência, a menos que humanos estejam intencionalmente prejudicando outros humanos dentro de suas paredes. De toda forma, essas estruturas precisam ser projetadas para fornecerem melhores cuidados e abordagens mais ponderadas no atendimento ao paciente, sem a ameaça de serem rotuladas como espaços de violência. Afirmar que as organizações de saúde são inerentemente violentas, embora potencialmente produtivo teoricamente, pode inibir ou negar-lhes oportunidades para melhorar o atendimento. Ou seja, o uso do termo pode ser percebido como pejorativo e moralista e, paradoxalmente, pode atrapalhar a mudança que se deseja (LAPPEMAN, SWARTZ, 2021).

Lappeman e Swartz (2021) concluem, ante esses problemas, que se usarmos a palavra “violência” em um contexto em que indivíduos não estão familiarizados com os diferentes significados sociológicos desse termo, podemos inadvertidamente enfraquecer ambos: pacientes e profissionais de saúde. E isso pode negar oportunidades de mudança de práticas (LAPPEMAN, SWARTZ, 2021).

Lappeman e Swartz (2021) oferecem, então, três sugestões aos pesquisadores para resolver esse impasse. Primeiro, antes de rotular uma prática médica como potencialmente violenta, os pesquisadores devem considerar a voz da paciente em seu contexto específico, o contexto deve informar o uso da linguagem. Em segundo lugar, ao definir um novo fenômeno como violento, a agência de cada parte interessada deve ser considerada. Se o termo impactar negativamente a agência da aparente vítima, então outro termo deve ser considerado (por exemplo, negligência, mal-entendido ou desalinhamento cultural). Em terceiro lugar, os profissionais de saúde que trabalham em ambientes cultural e socialmente desconhecidos por eles devem confiar no aconselhamento local, na observação e no treinamento para estarem melhor equipados para o atendimento, sem a ameaça de julgamento ou de afronta a normas

inseridas naquele contexto (LAPPEMAN, SWARTZ, 2021).

Por fim, Lappeman e Swartz (2021) afirmam que entendem e apoiam pesquisas que usam o termo “violência obstétrica”, mas alertam que, se quisermos mudar sistemas fragmentados, talvez precisemos considerar a possibilidade de usar um tipo diferente de vocabulário para envolver estruturas e pessoas que atuam em profissões de cuidado direto a pessoas. As autoras afirmam que, enquanto pesquisadores, precisamos estar tão focados em encontrar melhores maneiras de abordar problemas complexos quanto em criar novas maneiras de definir os problemas.

No contraponto, outras autoras chegaram a conclusões exatamente opostas, afirmando que a nomeação da VO permite o estudo, a reparação e o crescimento dos atores envolvidos nessa situação. Para Salter *et al* (2021) nomear a violência obstétrica é fundamental para descrever as experiências daquelas que vivenciam essa forma de violência e para abordar as estruturas e contextos que a criam e a alimentam. Não para julgar quem/o que pratica, mas para promover responsabilização e mudança social. Impacto, resultado e, às vezes, processos devem sustentar as aplicações do termo violência no âmbito da assistência à saúde de mulheres gestantes. Embora as consequências não intencionais do uso do termo possam, de fato, apresentar desafios, elas não superam a importância de se nomear a violência estrutural em sistemas relacionados à saúde para identificar práticas e processos que discriminam, enfraquecem, prejudicam e oprimem as mulheres. Quando os problemas permanecem sem nome, eles muitas vezes permanecem sem solução (SALTER *et al*, 2021).

Nesse mesmo sentido, uma revisão de estudos de 2016 concluiu que o termo violência obstétrica é uma ferramenta útil para abordar a violência estrutural na atenção ofertada à saúde materna e por reconhecer que a violência obstétrica é uma forma de violência contra a mulher (SADLER *et al.*, 2016, p. 47).

Segundo Ross e Solinger (2017), a nomeação da violência obstétrica também se encaixa na estrutura de justiça reprodutiva, que possui blocos de construção conceituais de interseccionalidades acerca da opressão reprodutiva e dos direitos humanos. Fazendo um paralelo, nos Estados Unidos, por exemplo, nomear o racismo permitiu a exploração de seu impacto nos resultados de saúde e a investigação dos seus efeitos nas disparidades raciais e nos resultados de saúde, incluindo os maternos (ROSS; SOLINGER, 2017).

Sylvie Lévesque e Audrey Ferron-Parayre (2021) rejeitam completamente a ideia de que nomear e, assim, tornar visível a VO, poderia desempoderar as mulheres. Pelo contrário, as autoras argumentam que quando as mulheres reconhecem e compartilham suas experiências, elas podem começar a trilhar o caminho do empoderamento. Negar a existência dessa forma de

violência e negar voz às mulheres gestantes significa recriar e perpetuar as injustiças epistêmicas que muitas vezes aparecem na pesquisa científica e acadêmica. Portanto, embora nomear a violência obstétrica possa ser, de certo modo, embaraçoso pelo lado dos profissionais de saúde, as autoras acreditam que as pessoas devem estar cientes de um problema antes que ele possa ser mudado. Acrescentam que a erradicação da violência sofrida por mulheres e gestantes em estabelecimentos de saúde exige um exame de todas as dinâmicas de poder e questões em jogo, incluindo o modo como os cuidados de saúde são prestados e organizados e o modo como os profissionais de saúde são treinados. As autoras refletem sobre três componentes centrais ligados ao conceito de violência obstétrica: a retirada da intencionalidade como elemento fundante de seu reconhecimento, o lugar preponderante dado à perspectiva das mulheres e o reconhecimento de seu caráter sexista, generificado e sistêmico (LÉVESQUE; FERRON-PARAYRE, 2021). Ou seja, ressaltam a importância de incluir na equação os trabalhadores da saúde, os sistemas de saúde e os recortes de gênero, raça e classe social.

Sylvie Lévesque e Audrey Ferron-Parayre (2021) afirmam que quando as mulheres reconhecem que o que vivenciaram é violência e percebem que a pessoa que cometeu a violência é, de algum modo, responsável, elas começam a se empoderar (CORBEIL; MARCHAND, 2010). As mulheres se conscientizam de que não têm culpa e de que não há motivo para se sentirem envergonhadas. Essa reafirmação de poder (ou seja, reempoderamento) é facilitada pela coletivização e por experiências compartilhadas. Também é verdade que algumas mulheres podem preferir não chamar o que aconteceu com elas de “violência obstétrica” ou podem se ofender com a ideia de serem vistas como vítimas. As autoras afirmam que essas mulheres podem optar por não usar tais palavras para descrever suas experiências e que isso não seria um problema. O problema que percebo enquanto pesquisadora está sintetizado na seguinte questão: como acomodar os termos e as experiências de modo a, nem deixar uma violência de fora do conceito da VO, nem trazer para dentro do conceito da VO algo que não é uma violência? Cito o exemplo do erro médico. O conceito de erro médico pressupõe requisitos diferentes dos requisitos da VO. Mas, na prática, há uma certa confusão entre os conceitos. É importante frisar que uma mesma prática pode se caracterizar como erro médico e como VO, simultaneamente. Todavia, nem toda VO é também um erro médico.

Algumas autoras pesquisaram os impactos que a nomeação da VO ou o uso do termo VO têm sobre os profissionais de saúde. Sylvie Lévesque e Audrey Ferron-Parayre (2021) fornecem um exemplo de como o termo pode repercutir. Em 2016, quando as autoras apresentavam os resultados de uma pesquisa sobre violência obstétrica em uma conferência internacional em Dublin (Irlanda) (LÉVESQUE *et al.*, 2016), diante de um grande público de

pesquisadores e profissionais de saúde, elas viram a plateia esvaziar-se durante a apresentação. Os participantes ficaram revoltados e indignados e, para os profissionais de saúde, era aparentemente impensável que seus pacientes descrevessem o atendimento recebido como violento. As autoras relatam que, diante dessa repercussão, tiveram ideia do trabalho que teriam pela frente para conseguir que esta forma de violência seja reconhecida como um problema social que envolve principalmente os sistemas de saúde e não apenas os profissionais de saúde. Outras publicações confirmam essa dificuldade. O que se vê é que, de modo geral, os profissionais de saúde estão sobrecarregados e destreinados para se engajarem culturalmente com a literatura emergente sobre violência obstétrica (SALTER *et al*, 2021).

Ajudar esses profissionais a enxergar tanto seu comportamento em relação às pacientes quanto suas próprias experiências insatisfatórias e sobrecarregadas do sistema de saúde no contexto da violência estrutural abre caminho para a mudança. Essa é a chave. Nesse sentido, Salter *et al* (2021) argumentam em favor de se nomear a violência estrutural porque tanto pacientes quanto médicos são potencialmente prejudicados pelo silêncio (CRENSHAW, 1991; SCOTT *et al.*, 2019). E os médicos também experimentam os efeitos negativos da violência estrutural nos sistemas de atenção à saúde materna, portanto, também podem se beneficiar da nomeação e do exame adequado dessa violência. Condições estressantes e inadequadas em ambientes de prestação de cuidados fazem com que os próprios profissionais se sintam violados pelas condições de trabalho (BARBOSA JARDIM; MODENA, 2018; SHAPIRO, 2018; SADLER *et al.*, 2016). E a natureza chocante da palavra “violência” pode servir como um ponto de alavancagem para conduzir a mudança (SALTER *et al*, 2021).

O termo VO, portanto, nasceu em disputa e permanece em disputa. Os dados coletados em campo nessa tese corroboram com esse entendimento. Três pacientes entrevistadas, Chloe, Eloah e Maya nunca tinham ouvido falar no termo VO. Depois que uma definição breve foi apresentada durante a entrevista todas disseram que já tinham ouvido falar desse tipo de violência, mas não com esse nome em particular.

Um exemplo concreto e atual da disputa em torno do termo VO é o Projeto de Lei (PL) 277/2019 do Rio Grande do Sul, sobre parto seguro, que segue em tramitação e, em seu art. 8º, veda a utilização da expressão “violência obstétrica” no âmbito da rede de atendimento à mulher gestante, parturiente ou puérpera e nascituro.

Como nomear o que acontece com as mulheres gestantes/puérperas em ambientes hospitalares é ainda uma questão em aberto. Não há uma definição oficialmente reconhecida de violência obstétrica, não há consenso internacional sobre o termo. O que ninguém nega é que há necessidade de uma transformação na assistência obstétrica e que isso passa pela

consideração de perspectivas interseccionais relacionadas ao modo de funcionamento social, às condições de possibilidade da violência de gênero, à conjuntura estrutural que envolve a violência contra a mulher, notadamente atravessada por marcadores de gênero, raça e classe social.

4.1.2.2 Gênero-Raça no debate sobre a VO

O conceito de gênero foi inicialmente proposto por estudiosos americanos na década de 70 com objetivo de estudar os feminismos (SAFFIOTI, 1999). A perspectiva era a de superar a noção de determinismo biológico relacionada à diferenciação sexual e construir novos pilares sociais para as identidades de feminino e masculino, desnaturalizando pré-conceitos, desconstruindo definições e papéis, ultrapassando o binarismo e incorporando ao debate novas compreensões das dinâmicas relacionais entre eles (SCOTT, 1990).

A corrente teórica que considera a violência contra a mulher como uma violência de gênero se estabeleceu no início na década de 1990. Segundo a historiadora Joan Scott, gênero enfatiza a noção de cultura e situa-se na esfera de uma construção. A violência de gênero decorreria, então, de um conjunto de valores, costumes e práticas culturalmente impostos sobre corpos sexuados, os quais delegam papéis delimitados aos homens e papéis delimitados às mulheres com base nas suas diferenças biológicas (SCOTT, 1995). Atualmente, há certo consenso acadêmico de que a violência contra mulher é uma violência de gênero.

Não à toa, até a década de 70, pouco se falava a respeito da autonomia e da liberdade da mulher gestante/puérpera, da noção da paciente como sujeito de direito, dos limites do poder médico na relação profissional de saúde - paciente e das formas de violência praticadas por profissionais de saúde no âmbito do ciclo gravídico-puerperal. Em rápida busca bibliográfica em algumas das principais bases de dados em saúde (SciELO, LILACS, Medline, Pubmed e Web of Science), verifica-se que estudos que abordam o tema da VO são raríssimos ou nulos até a década de 1970.

Uma importante referência transnacional para a busca de consenso científico sobre a violência de gênero é o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002). Ele foi elaborado a pedido do Secretário Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) no início dos anos 2000 para respaldar estratégias de enfrentamento adotadas pelos países e sensibilizar a opinião pública a respeito do tema. Esse informe aborda, em dois dos seus nove capítulos, as violências com determinação de gênero e suas consequências práticas para a vida e para a saúde das mulheres (OMS, 2002, p.161; SARDENBERG; TAVARES, 2016).

Para se ter ideia do panorama epidemiológico mundial da violência contra a mulher, El Salvador é o país que aparece em primeiro lugar no ranking, com taxa de 8,9 feminicídios/100 mil habitantes, seguido da Colômbia (6,3 feminicídios/100 mil habitantes), Guatemala (6,2 feminicídios/100 mil habitantes), Rússia (5,3 feminicídios/100 mil habitantes) e Brasil, em quinto lugar, com 4,8 feminicídios/100 mil habitantes (WAISELFISZ, 2015).

No Brasil, entre 2009 e 2011, foram registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) 17.167 homicídios de mulheres, o que representa uma taxa de 5,9 óbitos/100 mil mulheres. As taxas mais elevadas foram encontradas nas Regiões Nordeste (6,9 óbitos/100 mil mulheres), Centro-Oeste (6,9 óbitos/100 mil mulheres) e Norte (6,4 óbitos/100 mil mulheres) (GARCIA et al, 2015). De acordo com os dados do SIM, houve aumento do número de homicídios de mulheres no Brasil nas últimas décadas: passou de 1.353 casos em 1980 para 4.762 casos em 2013, um aumento de 111,1% (WAISELFISZ, 2015).

Esse marcador de gênero e o entendimento desse sistema de gênero são fundamentais às discussões a que se propõe essa tese. A violência é aqui entendida como uma variação da violência contra a mulher e os dados do campo, como se viu no capítulo anterior, mostraram que, junto do saber-poder biomédico, gênero, raça e classe apareceram com força nos discursos sobre a VO.

Segundo Lévesque e Ferron-Parayre (2021), a violência obstétrica deve ser reconhecida como uma forma de violência de gênero, sexista e sistêmica. Na construção do marco teórico dessa tese, parto da hipótese do saber-poder de Foucault como chave de leitura dos discursos do campo. Todavia, o campo me trouxe discursos que vão muito além dessa categoria, discursos marcados pelos vetores gênero, raça e classe.

Um exemplo útil para se visualizar o modo como a violência de gênero está intimamente conectada à VO consiste na invasão de corpos femininos por procedimentos, exames e manobras médicas não autorizadas pela mulher, muitas vezes, inclusive, contrárias à boa prática obstétrica contemporânea. Muitas dessas invasões são justificadas sob a alcunha da “proteção da vida do feto”, ônus que, evidentemente, recai apenas sobre corpos femininos. Também no caso dos feminicídios há espaço para se trabalhar a questão da ligação entre gênero e VO, por exemplo, nas situações em que o óbito da mulher gestante/puérpera ou do feto possuem nexo de causalidade com uma prática médica inadequada (negligência, imprudência ou imperícia). Gosto de mencionar, ainda, outro exemplo bem prático que escancara a conexão entre gênero e o acontecimento da VO: quantas vezes você, leitor, já teve notícias de casos de homens que tiveram seus corpos invadidos por exames ou manobras médicas não previamente autorizadas? Penso que poucas, senão nenhuma.

Curiosamente, os dados do campo mostraram que o reconhecimento do fator gênero-raça, enquanto implicado nas condições estruturais que possibilitam o acontecimento da VO, é algo sabido para os profissionais de saúde, mas não para as pacientes. Das 20 falas sobre esse tema, apenas 1 provém de paciente, outras 19 provêm dos profissionais de saúde. Um flanco que convoca Direito e Medicina a repensarem as estratégias de aproximação com a VO a fim de incluir ações de educação, popularização do saber e transformação por meio do conhecimento.

Uma revisão sistemática de 2015 que reuniu 65 estudos norte-americanos (BOHREN *et al.*, 2015) descreveu as desigualdades experimentadas por mulheres em maternidades no que se refere ao tratamento recebido, especialmente relacionadas ao racismo, ao baixo nível socioeconômico e ao nível de educação. Isso ocorre tanto em ambientes de altos recursos como em ambientes de baixos recursos. Pesquisas recentes nos Estados Unidos e Canadá, por exemplo, identificaram que mulheres negras e de baixo nível socioeconômico relataram receber cuidados obstétricos abaixo do padrão (DAVIS, 2019; MCLEMORE *et al.*, 2018; SALM WARD *et al.*, 2013; VEDAM *et al.*, 2019).

Essas diferenças – e as desigualdades raciais e sociais históricas relacionadas a elas – podem desempenhar diferentes papéis na relação médico-paciente. Profissionais de saúde podem permanecer em silêncio sobre o papel dessas diferenças, não questionando sua própria posição dentro do sistema de saúde, não se implicando nesse contexto, não assumindo o privilégio de sua posição nos jogos de poder. Ou podem agir positivamente, começando por reconhecer os impactos dessas diferenças, implicando-se nesse contexto.

Nos Estados Unidos, estudos mostram que a exposição prolongada de mulheres negras ao racismo e sua maior vulnerabilidade a práticas discriminatórias e preconceitos têm impactado negativamente no comportamento dessas mulheres quanto à procura por serviços de saúde e quanto as suas expectativas e atitudes em relação aos trabalhadores de saúde. (ARONSON *et al.*, 2013; BENKERT *et al.*, 2006; BYRD; CLAYTON, 2001; DOVIDIO *et al.*, 2008; PENNER *et al.*, 2013; PRATHER *et al.*, 2016).

Dentro desse sistema de gênero, não apenas homens, mas também mulheres profissionais de saúde podem praticar violências contra outras mulheres gestantes/puérperas. Isso porque o que está em questão não é quem pratica a violência, mas sim, quem sofre a violência. Farah Diaz-Tello (2016) lembra que um ato de violência de gênero não é considerado como tal porque o agressor é um homem, mas sim, porque a vítima é uma mulher. Ou seja, a lógica é outra, olha-se pela via do subjugado. E como as práticas violentas vão se incorporando nas rotinas e nos sistemas de dominação, elas acabam sendo internalizadas, naturalizadas,

apropriadas, produzidas e reproduzidas também por mulheres profissionais de saúde.

Apenas mulheres dão à luz. Mas, surpreendentemente, esse fato central e óbvio da gravidez e do parto não é considerado em alguns estudos que debatem a VO. Ainda que pareça óbvio, esse fato parece fundamental para a compreensão dessa forma de violência. A violência obstétrica é uma forma de violência de gênero e deve ser incluída nas denúncias de desigualdade de gênero (SHABOT, 2016). A atenção à saúde, particularmente a obstétrica, pode ser conceituada como um sistema patriarcal e machista (HCE, 2018; RIVARD, 2014). Todo sistema de cuidados de saúde e as interações paciente-cuidador refletem relações marcadas por dinâmicas desiguais de poder, onde o cuidador detém o conhecimento e a autoridade, em detrimento do paciente, que é colocado em uma posição vulnerável (GOODYEAR-SMITH; BUETOW, 2001).

Assim, uma análise conceitual mais ampla do termo “violência obstétrica” e de seus marcadores e categorias, lança luz sobre noções de gênero e de poder (LÉVESQUE *et al.*, 2018). Primeiro, porque as mulheres (e não os homens) parem, ou seja, a violência obstétrica é profundamente impactada pelas desigualdades de gênero. Em segundo lugar, o parto é visto como uma situação médica na qual uma mulher precisa ser separada de seu filho. Isso minimiza a agência reprodutiva da mulher. Em terceiro lugar, a relação hierárquica entre os profissionais de saúde e as mulheres que dão à luz introduz uma dinâmica de poder. Esses elementos destacam a necessidade de conceituar a violência obstétrica em termos não apenas da relação entre os *indivíduos* envolvidos, mas também entre os *sistemas* envolvidos – sistemas de saúde e sistemas culturais (LÉVESQUE; FERRON-PARAYRE, 2021).

Foucault, embora em outro contexto, também trabalhou com alguns conceitos envolvendo gênero e o corpo da mulher, ainda que o vocábulo “gênero” ainda não fosse utilizado naquela época. Ele tratou do desenvolvimento do racismo biológico, médico e social surgidos a partir do final do século XIX. Foucault coloca na mesa a existência de um discurso de luta de raças que vai funcionar como princípio de eliminação, segregação e normalização da sociedade. Um desdobramento de uma única raça em duas raças, ou melhor, uma raça e uma sub-raça, com funções essencialmente conservadoras e de dominação colonial (FOUCAULT, 1999). Segundo Foucault, o discurso, a partir desse momento, passa a ser o discurso do enfrentamento entre as raças, uma contra história de servidão, uma clivagem histórico-política. A batalha, antes encarada apenas no sentido da guerra, passa a ser encarada no sentido biológico, da diferenciação entre a espécie, da seleção natural, do conceito de pureza de raça. Isto é, ocorre uma transferência para a matriz biológica, uma higiene silenciosa e uma política médica e social de eliminação onde o inimigo passa a ser a mulher, o louco, o deficiente, o

negro. Um instrumento a um só tempo discursivo e político, um esquema binário de oposição entre dois grupos.

Segundo Foucault, foi justamente a biopolítica, categoria escolhida como chave de leitura dessa tese, que inseriu o racismo nos mecanismos de poder e de controle do Estado, utilizando o conceito de raça para separar pessoas em superiores e inferiores. A biopolítica se apropriou da Medicina e do saber médico para definir o que é normal e o que é anormal, para eliminar corpos considerados degenerados, separar vidas dignas e indignas. Em outras palavras, ela agiu de modo que a morte de alguns passou a significar a potencialização da vida de outros, uma subdivisão da espécie, uma censura no interior do biológico. A biopolítica é a primeira fundamentação do racismo, uma condição para se exercer o direito de violentar, matar e colonizar. Uma teoria médica da *degenerescência*, de segregação e de criação de efeitos de hegemonia (FOUCAULT, 1999).

Esse binarismo e a clivagem da raça a que Foucault se referia podem ser utilizados como alegoria para se discutir a relação profissional de saúde - paciente na Obstetrícia: de um lado, corpos de gestantes brancas, em primeira gestação, jovens, de nível superior, atendidas via convênio de saúde, em clínicas de reprodução assistida; de outro lado, corpos de gestantes negras, em enésima gestação, idosas, sem escolaridade, atendidas via SUS. A prática clínica, infelizmente, fornece indícios de que há um abismo de segregação e normalização entre esses dois universos, desde diferenças no tratamento técnico até diferenças no tratamento humano.

Assim, para a construção teórica a que se propõe essa tese, a qual tenta correlacionar o saber-poder médico com o conteúdo dos discursos sobre a violência contra a mulher gestante/puérpera coletados em campo, é fundamental compreender como as dimensões de gênero, raça e classe são estruturantes na constituição subjetiva e intersubjetiva de masculino e feminino e como as relações sociais são estabelecidas a partir de desigualdades de poder entre eles (PEDROZA, 2015). Estas desigualdades se conectam diretamente à violência praticada contra a mulher, logo, a abordagem do conceito de gênero é essencial para compreender os discursos sobre a VO e o próprio acontecimento VO. Essa tese pretende ampliar o debate inicialmente proposto, das relações de saber-poder estabelecidas entre médico e paciente gestante/puérpera, inserindo na problematização a questão dos marcadores de gênero, raça e classe social.

Diferentes vertentes teóricas têm se debruçado sobre o estudo da violência de gênero em perspectivas sociais, antropológicas, jurídicas, culturais, políticas e biomédicas. Essa tese o faz sob a perspectiva social, particularmente no que se refere às relações de saber-poder que se

reproduzem nos microespaços dos ambulatórios, hospitais e maternidades e envolvem dominação, privilégio e hegemonia do saber científico.

A tese, portanto, situa-se no espaço de busca pela quebra da invisibilidade das categorias histórico-sociológicas que estão ligadas ao acontecimento da VO (saber-poder, gênero, raça, classe), tentando escancarar o atravessamento desse acontecimento pela desigualdade de gênero e pelo exercício do saber-poder biomédico. Procurando observar as engrenagens históricas e sociais que podem explicar o movimento de violência contra a mulher gestante/puérpera, o qual toca o campo da sexualidade e o saber-poder biomédico.

Em outras palavras, a tese almeja, com a inserção da categoria “gênero” no debate sobre a VO, a suplantação da normalização dos ataques aos corpos gestantes, nos seguintes termos:

A categoria 'gênero', ao maximizar a compreensão do funcionamento do sistema penal, social e político, **desvela a aparência de neutralidade e de imparcialidade ('assepsia jurídica') e o tecnicismo dogmatizante** com o qual se formulam os discursos jurídicos e cujo resultado é ofuscar e legitimar a visão predominantemente masculina (CAMPOS; CARVALHO, 2006, grifo nosso).

Isto é, a partir dos dados do campo, que demonstraram grande conexão entre os discursos sobre a VO e as questões de raça, gênero e classe, a tese pretende desvelar a aparência de neutralidade do acontecimento da VO, ou, nas palavras de Foucault, *desnaturalizar os discursos* sobre a VO. Mais que isso, ao compulsar e esquadrihar o discurso de profissionais de saúde e de pacientes gestantes/puérperas, a tese procura ultrapassar o dito em busca do não dito, dos silêncios, das essências e das entrelinhas. Tenta compreender, ao final, quais categorias sociais, históricas e políticas estão por trás ou para além dos discursos sobre a VO, superando noções rasas e indo em busca da historicidade e da visão estrutural e contextual desses discursos.

4.2 COMO O DIREITO SE POSICIONA EM RELAÇÃO À VO?

Quando iniciei a tese, tinha alguma pretensão de contribuir na produção de algum conhecimento que pudesse colaborar com a prevenção e a punição da VO. No decorrer da pesquisa, trilhei outros caminhos, abandonei a perspectiva punitivista, bastante problematizada por Foucault inclusive, e segui em destino de caminhos mais livres, de reflexão de possibilidades, de ideias, de aproximações, de levantamento de possibilidades.

Tratei, até aqui, das instituições que vieram a falar sobre mulher, sobre violência, sobre discriminação e sobre gênero antes do Direito. A partir daqui, busco responder nos próximos

tópicos as seguintes questões: Como a palavra VO entrou em lei? Em que momento, onde e como isso ocorreu? Ou seja, encaro a VO como uma construção discursiva. Quem começou a falar essa palavra e porque as palavras anteriores não eram mais suficientes para dizer o que se pretendia?

Adiantando respostas, o que apresentarei nos tópicos seguintes é que, a VO colocada em discurso e a VO colocada em norma jurídica, essas duas vertentes, só foram possíveis porque, antes de o termo VO existir, grupos feministas se reuniram e exteriorizaram a seguinte inquietação: há alguma forma de maus-tratos contra mulheres ocorrendo dentro das maternidades e essa forma tem características semelhantes e, ao mesmo tempo, distintas das demais formas de violência de gênero. Semelhantes porque essas mulheres são violentadas pelo fato de serem mulheres, portanto, a questão de gênero está na raiz do problema. Distintas porque os maus tratos se dão em um contexto muito particular, o da relação médico-paciente, um contexto carregado de signos e significados do sujeito médico e do sujeito paciente.

Foucault se interessou em desvendar quais são as regras de Direito de que se utilizam as relações de poder para produzir discursos de verdade, olhou atentamente para a relação entre regras de Direito, mecanismos de poder e efeitos de verdade. Segundo Foucault, não há exercício de poder sem a manutenção de uma certa engrenagem de discursos de verdade, o poder só se exerce nas formas do Direito e da lei, muito embora ele exista antes de ser regulamentado. Nas palavras de Foucault (1999, pág. 28), o sujeito é submetido pelo poder à produção da verdade e só pode exercer o poder mediante a produção da verdade.

Nesse ponto, a tese dialoga com a teoria foucaultiana na medida em que pretende fazer um cotejo entre o conteúdo dos discursos coletados em campo e o comportamento do Direito em relação à VO. Pretende, portanto, fazer esse caminho entre os discursos de verdade do campo, o exercício do saber-poder na relação profissional de saúde - paciente e o posicionamento do Direito. Em outros termos, pretende compreender qual é a relação entre os discursos sobre a VO, o acontecimento da VO e a postura assumida pelo Direito nesse cenário.

A violência obstétrica pode se traduzir em violação dos direitos humanos das mulheres à não discriminação, à liberdade, à segurança, à saúde reprodutiva, à autonomia e à libertação de tratamento desumano ou degradante. Esse ataque à dignidade humana das mulheres requer uma resposta estatal mais robusta do que simplesmente garantir o acesso dessas mulheres ao sistema de justiça (FARAH DIAS-TELIO, 2016).

O aspecto mais preocupante de deixar o manejo da violência obstétrica para o sistema de justiça é que, em alguns casos, ele trata o assunto como um erro médico ou um conflito interpessoal semelhante a uma briga na esquina. E a VO é significativamente mais complexa.

Além disso, existe uma percepção do profissional de saúde, geralmente superestimada, sobre a possibilidade de sua responsabilização no âmbito judicial em casos de dano ao feto ou à mulher. Isso pode levar os profissionais a pressionar ou a coagir as mulheres por medo de serem responsabilizados por negligência, imprudência ou imperícia e pode levar as instituições a implementar políticas que restrinjam as escolhas das mulheres sobre o parto (FARAH DIAS-TELLO, 2016). Por outro lado, não inserir a VO no sistema jurídico, também possui repercussões. Nos próximos tópicos, debato os argumentos contrários e os argumentos favoráveis citados pela literatura para essas duas possibilidades.

Segundo Foucault, o discurso e a técnica do Direito sempre tiveram como função capital dissolver, no interior do poder, o fato da dominação, para assim reduzir ou mascarar, de um lado, os direitos legítimos de soberania, de outro lado, a obrigação legal da obediência (FOUCAULT, 1999). Em uma perspectiva foucaultiana, portanto, o sistema jurídico funcionaria como veículo permanente de manutenção de relações de dominação e de técnicas de sujeição em múltiplas formas. O direito, em última análise, operaria como uma engrenagem para o exercício do poder. Essa leitura foucaultiana é útil ao debate proposto por essa tese na medida em que traz argumentos sobre o modo como o Direito pode ou não se posicionar em relação ao acontecimento da VO e sobre quais são as implicações e perigos desse posicionamento.

Colocar à prova essa concepção foucaultiana acerca da técnica do Direito é o que pretendo fazer nos próximos tópicos, ou seja, em que medida o sistema de violência contra mulher gestante/puérpera tem sido assegurado ou perpetuado por normas jurídicas ou pela ausência delas? É o que pretendo compreender.

4.2.1 O estado da arte do marco legal latino-americano

Do ponto de vista jurídico, o termo “violência obstétrica” – também rotulado de assistência desumanizada, desrespeito, abuso ou maus-tratos durante o parto – foi definido legalmente na Venezuela no ano de 2007 como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos profissionais de saúde, podendo se expressar por abuso de medicalização e patologização de processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade da mulher em decidir livremente sobre seu corpo e sua sexualidade, impactando negativamente em sua qualidade de vida. Desde então, pesquisadores e idealizadores de políticas em saúde enfatizam que a violência obstétrica decorre tanto das ações de profissionais de saúde quanto de questões estruturais dos estabelecimentos e dos sistemas de saúde, os quais

fragmentam a prestação de cuidados à paciente. Esses autores sustentam que a violência obstétrica viola os direitos humanos em saúde das mulheres em nível máximo, o que inclui violação ao direito a cuidados de saúde dignos e respeitosos (OMS 2015) e reflete e perpetua questões sociais e de gênero, desigualdades como um todo (CASTRO; SAVAGE, 2019).

Assim, em 2007, a Venezuela tornou-se oficialmente o primeiro país da América Latina a ter uma legislação específica sobre VO. Isso se deu a partir da promulgação da Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência:

A apropriação dos corpos e processos reprodutivos das mulheres pelo pessoal de saúde, expressa através do tratamento desumanizador e abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, resulta na perda de autonomia das mulheres e na capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, o que negativamente afeta sua qualidade de vida (VENEZUELA, 2007).

Analisando a legislação venezuelana verifica-se que ela interpreta explicitamente a violência obstétrica no contexto da violência de gênero e estipula que a sua eliminação é fundamental para garantir que as mulheres possam viver uma vida livre. A referida Lei considera como delitos: **(a)** não atender, de modo oportuno e eficaz, as emergências obstétricas; **(b)** obrigar a mulher a parir em posição supina e com as pernas levantadas, existindo os meios necessários para a realização do parto vertical; **(c)** dificultar o contato precoce entre a mulher e o recém-nascido, sem causa médica justificada, negando a possibilidade de amamentação imediatamente ao nascer; **(d)** alterar o processo natural do parto de baixo risco, mediante o uso de técnicas de aceleração, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher; **(e)** realizar cesárea, mesmo existindo condições para o parto normal, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher (FEITOZA, *et al.*, 2017).

Depois da lei venezuelana, houve aprovação de leis na Argentina e no Uruguai, as quais concediam às mulheres o direito de serem acompanhadas por uma pessoa de sua escolha no momento do parto. Essas duas leis iniciais abriram caminho para um enfoque legal mais amplo acerca das experiências de mulheres durante o parto no continente latino-americano. Enquanto a Argentina posteriormente aprovou uma lei sobre violência obstétrica, o Uruguai parou por aí. Desde então, outros cinco países latino-americanos implementaram legislação que aborda a violência obstétrica, incluindo o México. Todavia, optaram por fazê-lo de maneiras diferentes, mas com algumas semelhanças. E são essas semelhanças que, quando observadas em uma perspectiva legislativa regional compartilhada, podem fornecer lições úteis para outros países que procuram usar meios legais para combater maus-tratos às mulheres durante o parto (WILLIANS *et al.* 2018).

A Argentina usou uma combinação de duas leis para combater a violência obstétrica.

Elas se baseiam em conceitos da legislação de direitos humanos e da violência de gênero. De tal forma que a estrutura legal adotada pela Argentina se baseia na estrutura legal adotada pela Venezuela, entretanto, tenta garantir um conjunto mais amplo de direitos à mulher gestante, ao recém-nascido e a sua família (WILLIANS *et al.* 2018).

Já o Estado Plurinacional da Bolívia não menciona explicitamente a violência obstétrica em sua legislação, mas criou um quadro legislativo sobre a violência dentro dos serviços de saúde, o que inclui um foco especial nas mulheres grávidas e em idade fértil. Além disso, a lei bolivariana define um novo termo, “violência contra os direitos reprodutivos”, que se estende para além das definições legais da Argentina e da Venezuela para incluir aborto espontâneo e questões relativas a amamentação nessa categoria (WILLIANS *et al.* 2018).

De modo geral, as normas latino-americanas de enfrentamento da VO não incluem em seus conceitos a intencionalidade do agente, ou seja, não é necessário desejar ou intencionalizar violentar a mulher para praticar VO. Basta executar algumas ações ou omissões que firam a dignidade dessas mulheres, ainda que de forma não intencional.

Assim como as legislações latino-americanas, muitos países da Europa também não mantiveram a natureza intencional dos atos de violência obstétrica em suas leis (LANGEVIN, 2020; ROMAN, 2017; WILLIAMS *et al.*, 2018). Incluindo aí o Alto Conselho Francês para a Igualdade de Gênero (HCE), o qual afirma que os cuidadores em saúde “*n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitantes*”, ou seja, não necessariamente pretendem causar danos (HCE, 2018). Assim, em todo o mundo, definições de violência que enfatizam a intenção do agressor têm sido amplamente rejeitadas em favor de concepções mais amplas de violência, as quais ressaltam as percepções da vítima e as consequências para a vítima. A violência obstétrica não deve ser exceção a esta regra e qualquer sugestão de intencionalidade deve ser removida de sua definição. Quando se trata de definir a violência obstétrica, as percepções das mulheres, vítimas dessa violência, devem estar no centro das atenções, nada além disso (LÉVESQUE; FERRON-PARAYRE, 2021).

O marco legal latino-americano, embora possa ser considerado jovem e até certo ponto tímido, é, inegavelmente, um avanço. Com esse marco, o sul global sinaliza que o tema está em pauta, o faz circular, amadurecer e ganhar corpo. A VO deixa de ser classificada na generalidade e na vagueza de uma violência comum, geral. Passa a ser analisada e interpretada sob o enfoque de gênero, sob o enfoque da violência contra a mulher. E isso é importante porque traz à tona todas as diferenças que caracterizam esse tipo de violência, uma violência praticada contra uma mulher pelo fato de ela ser mulher, contra uma mulher gestante pelo fato de ela ser uma mulher gestante.

4.2.1.1 O silêncio do Direito

Até o momento da defesa dessa tese, não há norma nacional brasileira publicada sobre a VO. Esse cenário nacional será detalhado nos tópicos seguintes. Mas, grosso modo, pode-se dizer que há uma espécie de silêncio do Direito em relação à VO no Brasil. E isso possui significados e repercussões. O que essa ausência de lei nacional sobre a VO no Brasil diz quando analisada em conjunto aos discursos sobre a VO coletados em campo?

Qual a origem desse silêncio legislativo brasileiro em relação à VO? A VO não está em lei porque o termo ainda está em aberto e em disputa? Não está em lei porque nomear a VO potencializa as vozes que são atingidas por esse tipo de violência? Não está em lei porque não há apelo político no tema para exercer pressão sobre o legislativo? Não tenho essas respostas, mas arrisco uma hipótese.

Creio que a resposta sobre o motivo do silêncio legislativo nacional em relação à VO aponte em alguns sentidos. Primeiro ponto, que a permanência de um sistema jurídico que silencia sobre tema que envolve a subjugação da mulher não é aleatória e sim fruto de circunstâncias históricas, sociais e políticas muito bem delimitadas em função, sobretudo, de três marcadores: gênero, sexo e raça. Segundo ponto, que há algum caminho legislativo trilhado por estados e municípios e ele não deve ser, de nenhuma forma, ignorado. Terceiro ponto, que me parece importante pensar quais seriam os efeitos potencialmente positivos da inscrição da VO em lei e quais seriam os efeitos potencialmente negativos dessa inscrição.

Quanto ao primeiro ponto, aponte importantes reflexões em capítulo anterior. Quanto ao segundo ponto, parto do enquadramento normativo de estados e municípios contido no quadro 14 e do conteúdo dos discursos coletados em campo para reflexão. Diria que, respeitados os limites metodológicos e recortes temporais e espaciais dessa tese, ela fornece indicativos de que o legislador que pretender criar normativa nacional acerca da VO deve levar em consideração, além das lacunas apontadas nas normativas estaduais e municipais mencionadas no quadro 14, os elementos da VO relativos a sua origem estrutural, elementos esses que não são evidentes e não são facilmente acessados. Isso envolve não apenas os marcadores de classe, gênero e raça já mencionados, mas também o exercício do saber-poder na relação profissional de saúde - paciente no âmbito da Obstetrícia. Assim, eventual processo legislativo nacional acerca da VO, por certo, demandará aportes versáteis, multipropósitos, atualizados e sofisticados a fim de dar conta da complexidade e da profundidade que envolve a questão.

Quanto ao terceiro ponto, começo com os argumentos favoráveis à colocação da VO

em lei. Willians *et al.* (2018) afirmam que a aprovação de leis pode ser um bom começo, pois capacita mulheres e famílias a reivindicar seus direitos à saúde sem discriminação. Eu diria que sem discriminação é sonhar alto, diria que a legislação pode facilitar, em muitas frentes, a reivindicação das mulheres. Veja-se o exemplo do plano de parto trazido pelos dados do campo. O fato de existir o direito, ainda que subjetivo, ao plano de parto, não inibiu violações contra as mulheres gestantes. Elas foram ainda mais mal tratadas justamente por portarem o plano de parto, ou seja, por tentarem exercer direitos por meio de um instrumento já previsto na literatura científica. Portanto, entendo que a inscrição de questões em norma não garante exercício de direitos livre de discriminação, mas, em muitos casos, essa inscrição é a única proteção objetiva ao exercício desses direitos.

Arachu (2019) diz que apenas relatar o sofrimento das mulheres em pesquisas ou normas não irá, por si só, prevenir a violência obstétrica. No entanto, aumentar sua visibilidade por meio dessa exposição oferece três benefícios principais. Em primeiro lugar, pode contribuir com a adoção de abordagens baseadas em direitos humanos e *advocacy* a fim de proteger as mulheres durante a gravidez e o parto. Em segundo lugar, pode contribuir para o monitoramento das normas em direitos humanos e para aprofundar a compreensão sobre a natureza das violações, suas causas e seus efeitos. Em terceiro lugar, pode contribuir para o desenvolvimento de normas mais abrangentes e aptas a orientar medidas de reparação e de mecanismos de responsabilização (*accountability*) nos sistemas de saúde para prevenir a violência obstétrica (ARACHU, 2019).

Arachu (2019) fala em normas abrangentes e aptas. Creio que esse seja um bom denominador. Naturalmente que apenas pesquisas e normas não são suficientes para resolver a questão da VO, vez que, como dito, é complexa e estrutural. Todavia, por maiores limitações que tenham pesquisas e normas sobre o tema, elas fazem o assunto circular. E isso já bastante.

Willians *et al.* (2018) apresentam, inicialmente, dois argumentos favoráveis à inscrição da VO em lei. Em primeiro lugar, dizem que a existência de uma legislação cria um ambiente propício para aqueles que buscam gerar mudanças e melhorar a qualidade e a dignidade da saúde das mulheres que recebem cuidados intraparto. Em segundo lugar, dizem que o conceito legal de violência obstétrica pode servir como uma estrutura para combater falhas sistêmicas na implementação adequada de cuidados maternos de qualidade, incentivando as mulheres a levar seus casos de violação de direitos aos tribunais e delineando claramente responsabilidades e obrigações de profissionais de saúde. A autora alerta, entretanto, que melhorias de longo prazo na questão da VO exigem esforços colaborativos e multissetoriais, incluindo: (i) instituições de saúde que desenvolvam novas diretrizes e procedimentos de responsabilização; (ii) grupos de

defesa que informem às mulheres sobre seus direitos em ambientes obstétricos; (iii) organizações jurídicas e de direitos humanos que desenvolvam normas e precedentes para refinar a estrutura legal e (iv) pesquisadores de saúde pública que documentem e monitorem as experiências de cuidado das mulheres.

No contraponto, Willians *et al.* (2018) discutem argumentos contrários à inscrição da VO em lei. As autoras afirmam que o uso da legislação, com conseqüente criminalização, é controverso e pode gerar um recuo significativo da comunidade médica. As autoras mencionam que a legislação, por si só, não resolverá o problema dos maus-tratos maternos, mas fornecerá uma base sólida sobre a qual se pode construir sociedades que protejam o direito humano a uma maternidade digna e de qualidade. A legislação sempre carrega riscos em si mesma, os quais só poderão ser verificados no real, quando da aplicação das leis no caso concreto, quando da geração dos precedentes no judiciário e quando da constatação sobre a conformação que a lei vai tomando no campo dos fatos. Mas ela pode se configurar em uma boa base comum de partida.

Willians *et al.* (2018) concluem que essa discussão das vantagens e desvantagens da existência de uma legislação sobre a VO merece ser realizada primeiramente dentro da comunidade científica. E isso envolve desenvolver um caminho para orientar e avaliar a implementação, o processo e a eficácia de abordagens multifacetadas para eliminar maus-tratos contra gestantes.

Eu diria mais que isso, não basta um debate acadêmico para definir vantagens e desvantagens de inserir a VO em lei nacional. O debate deve ser ampliado, envolver representantes das mulheres (grupos feministas), representantes de profissionais de saúde e representantes da área jurídica (Judiciário, Defensoria Pública, Ministério Público). Todos esses atores são fundamentais à causa que se pretende debater. Esse parece ser um caminho razoável: iniciar pela escuta ativa dos principais interessados na questão.

Ressalto, ainda, que a colocação ou não da VO em norma não é a única possibilidade para a aproximação entre o Direito e o acontecimento da VO. É uma das possibilidades, há outras. Há outras formas de atuação e de práticas abrangidas pelo Direito, como se verá nos tópicos seguintes. A norma é importante, talvez fundamental, mas notadamente insuficiente para uma aproximação tão complexa como essa.

4.2.1.2 Condições de superação do silêncio do Direito

Quase ninguém nega que todas as formas de violência estão enraizadas no exercício

do poder ou, pelo menos, na desigualdade de poder. Esta desigualdade está presente e tem sido amplamente documentada nas relações médico-paciente e particularmente no campo da Obstetrícia (CHERNIAK; FISHER, 2008, CAMPO, 2010; LÉVESQUE; FERRON PARAYRE, 2021). Esse é o meu ponto de partida para tentar explicar de que formas podem existir condições de superação do silêncio do Direito, se é que, de fato, essa é a questão, ou seja, se é que esse silêncio do Direito precise ser superado para que possamos evoluir em termos de compreensão e prevenção da VO.

O tema da violência obstétrica impõe ao jurista contemporâneo a árdua tarefa de identificar e construir ferramentas adequadas para tutelar a autonomia corporal da gestante e assegurar aos recém-nascidos o direito ao nascimento humanizado. Como espécie de violência de gênero, o combate à violência contra as mulheres grávidas é complexo e demanda diferentes frentes de atuação (VIVEIROS DE CASTRO, 2020).

Inserir a VO no marco legal nacional pode significar levar o tema da VO por caminhos positivos? As disputas em torno do termo VO permitiriam que uma lei nacional viesse a ter visibilidade e alcançasse resultados importantes? Ou uma lei nacional seria apenas uma lei que, no futuro, se diria que “não pegou” no Brasil? Temo que o assunto ainda não esteja maduro o suficiente para ser inserido em lei nacional, para ser encarado com a complexidade devida. Mas, ainda sim, penso que uma lei limitada, em muitos casos, é melhor que nenhuma lei. Pode ser um começo. As leis podem ser emendadas, melhoradas, enfim, tento trazer aqui algumas possibilidades de se superar o silenciamento do Direito em relação ao acontecimento da VO por entender que inserir a VO no campo jurídico pode trazer mais benefícios do que prejuízos.

A VO é composta de pequenos e grandes atos, atos de omissão e de retenção. Nesse cenário, todos os envolvidos, pessoas e instituições, devem examinar seus próprios comportamentos e atitudes. Sabe-se que, sem querer ferir ou prejudicar ninguém, pode-se perpetuar normas e valores que violem princípios de respeito, dignidade e igualdade. Nesse sentido, indivíduos e instituições podem se tornar vetores de violência, mesmo que assim não desejem ou mesmo que assim não percebam. O modelo médico em geral e o campo obstétrico em particular permanece patriarcal. Por essa razão, todos os profissionais de saúde podem e devem usar a introspecção crítica para reexaminar seus privilégios e permanecer vigilantes para garantir o fornecimento de cuidados de alta qualidade, respeitosos e não violentos às mulheres. Ou seja, profissionais e instituições devem assumir um papel de auto responsabilização e autocrítica no enfrentamento dessa forma de violência (LÉVESQUE; FERRON-PARAYRE, 2021).

E isso pode ou não envolver a colocação da VO em lei. Parece-me que, antes de se

chegar nesse ponto, de legislar nacionalmente sobre a VO, é preciso desmistificar e tratar o tema desde dentro, chegar no íntimo de profissionais e instituições de saúde e desfazer todo mal entendido, eliminar ruídos. Eu começaria remexendo nas bases em busca de identificar, nas palavras de Foucault, “*o que está acontecendo aqui?*”, no sentido de entender como foi que chegamos a este ponto e como o Direito pode se mobilizar em relação a ele.

Como o Direito pode agir para prevenir o efeito rebote do plano de parto, por exemplo? Criando instrumentos que tornem o plano de parto interessante e valoroso para o médico. Isso pode ser feito destacando-se o seu caráter preventivo; fomentando discursos que enaltecem não apenas a proteção da paciente, mas também a proteção do médico e dos estabelecimentos hospitalares; dotando o plano de parto de maior relevância normativa.

Como o Direito pode agir sobre a compulsoriedade do parto normal? Estimulando o debate sobre a autonomia corporal e sobre a importância de se reconhecer o direito da mulher à integridade corporal; colocando em norma a obrigatoriedade do dever de informar pleno, no sentido de que os riscos de ambas as opções, parto normal e cesárea, constem, na mesma proporção, no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); atuando junto aos Conselhos de Classe de Medicina e Enfermagem em eventos e casos que envolvam essa matéria.

Como o Direito pode agir para prevenir a patologização do parto? Criando instrumentos que estimulem a inclusão de boas práticas de “não patologização” nos manuais operacionais padrão (POP), nas rotinas e nos protocolos médicos das instituições de saúde.

Esses são alguns exemplos que se referem ao modo como o silêncio do Direito pode ser superado para fins de operar sobre as disputas de poder paradoxais, ambíguas, móveis, flutuantes, dinâmicas e contra intuitivas identificadas na pesquisa empírica apresentada nessa tese.

4.2.2 Em que medida a violência obstétrica interessa ao Direito?

Como o Direito pode ou deve agir sobre um sistema de prestação de serviços de saúde e se posicionar em relação à VO? O Direito tem se apropriado daquilo que ocorre no interior de consultórios, salas cirúrgicas e hospitais? São as questões que pretendo enfrentar nesse tópico.

Diferentes pesquisas, nacionais e internacionais, têm apontado o resultado final que a violência de gênero produz sobre a saúde da mulher: adoecimento psíquico, desenvolvimento de comportamentos de risco (adesão a álcool, tabaco e demais drogas), gestações indesejadas, aborto espontâneo, aborto ilegal, entrada tardia no cuidado pré-natal, bebês natimortos, parto e

nascimento prematuros, lesão fetal, baixo peso ao nascer, aumento da mortalidade materna, lesões físicas (cortes, hematomas, invalidez permanente, morte), síndromes gastrointestinais, síndrome de dor crônica, maior número de cirurgias e internações e alterações na dinâmica familiar (OMS, 2002). Esses são exemplos de resultados passíveis de ocorrerem após um episódio de violência contra a mulher gestante.

Para agir em consonância com o que se passa com as pacientes na prática médica obstétrica, primeiramente, o Direito precisa compreender em profundidade a relação profissional de saúde - paciente e depurar as entrelinhas que só estão diretamente acessíveis aos atores principais dessa relação: médico, enfermeiro e mulher gestante/puérpera.

Isto é, o primeiro passo necessário à compreensão do Direito acerca do acontecimento da VO é a percepção de que há linhas de força, de resistência e de saber-poder que agem na relação profissional de saúde - paciente. A percepção das ambiguidades, paradoxos e irregularidades do terreno sob o qual circula a VO. Um terreno não linear, irregular, elástico, flutuante, gelatinoso, difícil e que, sob nenhuma hipótese, é “preto no branco”.

E isso se manifesta de diferentes aspectos. Isso pode se configurar, por exemplo, em bloqueio de saberes populares (de mulheres gestantes) que estão afastados dos centros epistêmicos que delimitam as áreas do conhecimento. Também pode se configurar, por outro lado, em linhas de resistência formadas por grupos de mulheres destinados a denunciar opressões sofridas por pacientes gestantes/puérperas e a fomentar modos *outros* de ser, saber e poder na prática médica obstétrica, modos distantes das hierarquias de gênero, raça e classe. Ainda, pode significar um vai e vem de posições e ações adotadas por profissionais de saúde, ora no sentido de contribuir para o acontecimento da VO, ora no sentido de inibir o acontecimento da VO.

Enfim, se interessa ao Direito regular a relação médico-paciente na Obstetrícia a fim de coibir violações, ele deve fazê-lo a partir do conhecimento do panorama desses paradoxos e dificuldades, sem perder de vista os marcadores de gênero, os problemas do classismo, do patriarcado, do tratamento hierárquico, do *adestramento da mulher*²⁰ (PRIORE, 2009), da consubstancialidade e da coextensividade das relações sociais em torno da maternidade e do parto. Ou seja, sob o pano de fundo do social, do historicismo e da origem estrutural da VO, o Direito deve questionar todo o modo de produção obstétrico, aquele que organiza o cuidado da

²⁰ Priore (2009) explica sobre o *adestramento da mulher* na formação brasileira no período colonial, processo acionado por meio de dois instrumentos de ação: o primeiro se refere ao discurso sobre os padrões de comportamento ideais, trazido da metrópole e pulverizado pelas atividades religiosas. E o segundo se refere ao discurso normativo médico sobre o funcionamento do corpo da mulher, assegurando cientificamente que a função natural da mulher era a procriação.

fecundidade e do parto em linha de produção, com abuso de tecnologias, com fragmentação de ações, com acentuada medicalização, com autoridade médica, com limitação da autonomia da gestante/puérpera e com baixa carga de humanização.

Caso pretenda regular o que acontece no interior de consultórios, salas cirúrgicas e hospitais, cabe ao Direito, reconhecer, por exemplo, o modelo de assistência ao parto predominantemente adotado no contexto brasileiro, cartesiano, baseado no dualismo corporeamente e no paradigma do corpo projetado como máquina. Nesse modelo, a gestante/puérpera passa a ser vista como um ser passivo, sem autonomia, sem individualidade e dependente de decisões médicas (DAVIS-FLOYD, 2001; CECHIN, 2002). Este mesmo pensamento subsidiou a base filosófica da Obstetrícia moderna e o modelo tecnocrático de assistência obstétrica (DAVIS-FLOYD, 2001).

O corpo da mulher gestante/puérpera, nesse espaço de saber médico, passa a ser medido com a régua técnico-científica, passa a ser investigado em cada detalhe e sujeitado a controle e influência. Talvez nenhuma outra área do saber seja tão fértil ao exercício do poder sobre o corpo da mulher como no caso da Medicina. O protagonismo conferido pela biopolítica da Modernidade à Medicina²¹, o monopólio de classe, o corporativismo e o neocorporativismo médico, a noção da Medicina como arte e ao mesmo tempo ciência, a reserva médica de mercado e os marcadores de gênero, raça e classe social retroalimentam esse sistema. A gestação e o parto passam a funcionar, em verdade, como um marcador do lugar social da mulher, um lugar de limites estreitos e bem definidos, integralmente submetido ao saber-poder médico. Portanto, se o Direito pretende regular verdadeiramente a relação profissional de saúde - paciente e a VO, primeiro, deve mergulhar nesse contexto que as cercam.

Foucault (2008), ainda na década de 1970, anteviu parte de toda uma transformação no campo reprodutivo e forneceu pistas do que estava a ocorrer nos intramuros hospitalares. O autor afirmava que os hospitais se tornaram lugares privilegiados para disseminar medidas higiênicas e disciplinares em uma forma normativa de criar corpos submissos, dóceis e úteis. A sexualidade, a reprodução e, principalmente, o corpo feminino estavam diretamente ligados a essas transformações. O corpo da gestante, já naquele tempo histórico, era tido como o motor propulsor capaz de gerar novos corpos. De tal forma que o corpo da mulher gestante se tornou rapidamente alvo central do poder biomédico e das instituições hospitalares, os quais passaram a examiná-lo livremente, desarticula-lo e recompô-lo, moldando-o por técnicas de poder e

²¹ A Medicina ganha poder comparado ao poder soberano, pois os médicos passam a ter legitimidade para a tomada de decisões soberanas sobre valor e desvalor da vida: “Médicos e soberanos parecem trocar seus papéis.” (Agamben, 2007, p.150), o médico passa a ter controle decisório sobre as vidas que valem a pena serem vividas.

dominação.

Eu diria que conhecer, em profundidade, esse cenário intra-muros hospitalares é a primeira tarefa do Direito, caso ele pretenda se dedicar às questões relativas à VO que são objeto de seu interesse. Caso pretenda agir sobre sistemas de prestação de serviços de saúde ou sobre os efeitos da engrenagem desses sistemas na vida das mulheres, posicionando-se em relação à VO, o Direito deve, antes de tudo, reconhecer as linhas de força, as categorias e os marcadores que operam nesses locais.

Quando falo sobre o Direito dedicar-se ao tema não me refiro apenas às possibilidades legislativas e jurídicas. Para além da possibilidade de atuar sobre lacunas normativas e fragilidades jurídicas, há todas as demais práticas e formas de aproximação que o Direito pode operar com relação à VO, incluindo *advocacy*²², litigância estratégica e academia. Ou seja, a VO interessa ao Direito justamente na medida da amplitude do Direito, na medida das múltiplas frentes de atuação que o Direito é capaz de operar.

Esse seria um primeiro avanço, a construção de um mapeamento do Direito acerca de quais de suas frentes e possibilidades são adequados e viáveis para uma aproximação com a VO. Em um segundo momento, partiria-se para a definição sobre quais pontos ou quais subtemas dentro da VO poderiam, mereceriam ou deveriam ser abordados nessa aproximação. Ou seja, se identificaria, inicialmente, quais são as condições de possibilidade que permitem com que práticas jurídicas se aproximem da VO e, ainda, sob qual argumento ela deveria fazê-lo, se sob o argumento da tutela jurídica do bem saúde, se sob o argumento bioético, se sob o argumento antropológico, se sob o argumento dos direitos humanos, se sob o argumento feminista ou se sob uma junção de todos eles.

Ou seja, o posicionamento do Direito com relação à VO consiste em uma alternativa viável e desejável, desde que ele o faça considerando-se, para além das condições estruturais da VO, a riqueza de variáveis e de ambiguidades que se abate sobre ela e as variadas vias de possibilidades pelas quais o Direito pode navegar.

4.2.2.1 Violência obstétrica em perspectiva normativa no cenário internacional e nacional

²² A expressão *advocacy* é utilizada pelos movimentos feministas para se referir a um conjunto amplo e diversificado de ações políticas dos movimentos de mulheres com o objetivo de influenciar o debate público, com incidência nos atores e instituições políticas, sociais e culturais, de modo a gerar transformações políticas e institucionais na sociedade civil e no Estado, a partir de conteúdos e propostas específicas presentes nas agendas feministas. Ver em: CAMPOS, Carmen Hein; SEVERI, Fabiana Cristina; CASTILHO, Ela Wiecko Volkmer. Críticas Feministas ao Direito: uma análise sobre a produção acadêmica no Brasil. In: SEVERI, Fabiana Cristina; CASTILHO, Ela Wiecko Volkmer de; MATOS, Myllena Calasans de. (Orgs) Tecendo fios das Críticas Feministas ao Direito no Brasil II: direitos humanos das mulheres e violências: volume 1. Ribeirão Preto: FDRP/USP, 2020.

O acontecimento da VO tem recebido ampla atenção na ordem jurídica transnacional nas últimas décadas, em geral, tratado pela via dos direitos femininos, mais especificamente dos direitos reprodutivos, com foco na saúde sexual e reprodutiva. No presente tópico, eu parto de instrumentos jurídicos transnacionais de referência no tema para se chegar até o retrato ou o panorama jurídico nacional acerca da VO.

A Conferência de Beijing (1995) anunciou um novo paradigma no campo da saúde da mulher gestante/puérpera. Isso foi possível mediante a compreensão de que o fortalecimento do feminino se dá por meio de investimentos nas condições de saúde e de educação da mulher e da eliminação da violência que sobre ela recai (ONU, 1996). O Brasil, ao subscrever o pacto, reafirma sua responsabilidade com a agenda pertinente à VO:

Adotar todas as medidas necessárias para acabar com as intervenções médicas prejudiciais à saúde, intervenções desnecessárias do ponto de vista médico e coercitivas e com os tratamentos inadequados e administração excessiva de medicamentos à mulher (ONU, 1996, p. 83).

O Brasil também é signatário de vários outros acordos internacionais que remetem, direta ou indiretamente, à questão da violência praticada contra a mulher gestante/puérpera (OLIVEIRA; CAVALCANTI, 2017). Como exemplo, têm-se a Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, chamada de “Convenção de Belém do Pará”²³.

Em que pese as importantes pactuações de caráter transnacional, o Brasil recebeu reprimenda internacional do Comitê pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), das Nações Unidas, pelo “Caso Alyne”. O caso se tornou emblemático ao descortinar a limitação de acesso e a deficiência na qualidade da assistência à saúde prestada às gestantes/puérperas, escancarando, também, o impacto do racismo institucional sobre o sistema de saúde brasileiro²⁴.

De acordo com Sarlet, Marioni e Mitidiero (2012), o campo de proteção do direito à fecundidade e à maternidade abarca um conjunto de direitos fundamentais, tais como saúde, integridade física, integridade psíquica e direito à vida, todos pertinentes à dignidade humana. Ou seja, estatutos jurídicos que pretendam regular ou coibir a VO devem, necessariamente, tomar como pressuposto esse rol, não perdendo de vista a centralidade que os direitos fundamentais ocupam nesse debate.

²³ Adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994, no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>.

²⁴ Disponível em: <http://cebes.org.br/2012/08/condenacao-do-brasil-pelo-comite-cedaw-no-caso-alyne-completa-1-ano/>.

No entendimento de Maia (2010), foi justamente a partir das críticas ao modelo de parto medicalizado e do surgimento do movimento em prol do parto humanizado que iniciativas normativas e legislativas referentes à VO ocuparam a cena brasileira. Além, é claro, do impacto gerado pelas iniciativas legislativas latino-americanas pormenorizadas no tópico 4.2.1.

As discussões nacionais sobre o respeito a autonomia da mulher durante o parto tiveram início em 1993, com a fundação da ReHuNA (Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento) e se fortaleceram em 2000, com a Primeira Conferência Internacional para a Humanização do Nascimento (SADLER *et al.*, 2016; TOLTON; SIGNORELLI, 2018). Desde então, essas iniciativas caminham loco-regionalmente a passos lentos. Nacionalmente, nada de muito concreto foi ainda alcançado. Ou seja, apesar do promissor cenário legislativo do sul global, encabeçado por importantes movimentos em prol da autonomia da gestante/puérpera em países como Venezuela, México e Argentina, não há, ainda, uma lei federal ou normativa nacional brasileira que defina e regule o acontecimento da VO.

O que existe atualmente no Brasil são algumas iniciativas estaduais e municipais que tratam do tema da VO, tais como: **(i)** Lei 3.363/2013²⁵ (DIADEMA/SP); **(ii)** Lei 14.598/2015²⁶ (CURITIBA, 2015); **(iii)** Lei 14.824/2016²⁷ (CURITIBA, 2016); **(iv)** Lei 4.173/2017²⁸ (RONDÔNIA, 2017); **(v)** Lei nº 17.097/2017²⁹ (SANTA CATARINA, 2017); **(vi)** Lei 23.175/2018³⁰ (MINAS GERAIS, 2018); **(vii)** Lei 16.499/2018³¹ (PERNAMBUCO, 2018) e **(viii)** Lei 19.701/2018³² (PARANÁ, 2018).

Além disso, há projetos de lei tangenciais à temática que seguem em tramitação: **(a)**

²⁵ Lei 3.363/2013 (Diadema). Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Diadema.

²⁶ Lei 14.598/2015 (Curitiba). Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Curitiba.

²⁷ Lei 14.824/2016 (CURITIBA). Dispõe sobre a presença de "Doulas" durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nas maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, do Município de Curitiba.

²⁸ Lei 4.173/2017 (RONDÔNIA): Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica, no Estado de Rondônia.

²⁹ Lei nº 17.097/2017 (Santa Catarina). Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina.

³⁰ Lei 23.175/2018 (MINAS GERAIS). Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado.

³¹ Lei 16.499/2018³¹ (PERNAMBUCO). Estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco.

³² Lei 19.701/2018 (PARANÁ). Dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica.

PL 7.633/2014³³ (RIO DE JANEIRO, 2014); **(b)** PL 7.867/2017³⁴ (MINAS GERAIS, 2017) e **(c)** PL 8.219/2017³⁵ (RIO DE JANEIRO, 2017).

Ao analisar todos esses dispositivos, é possível verificar que a tendência majoritária das iniciativas, tanto das já promulgadas como daquelas em tramitação, é a de contemplar alguma definição da VO e suas modalidades, além de prever a implementação de mecanismos e medidas de enfrentamento a esse acontecimento, em especial, quanto a garantia de acesso à informação à mulher gestante/puérpera. A frequência com que a questão do acesso à informação aparece nas normativas chama a atenção. Ela está presente em nove dos onze dispositivos analisados (81,8%).

Importante dizer que, muito embora não haja tipificação legal nacional da VO no Brasil, existem outras normas vigentes que cuidam da proteção de direitos específicos da saúde da mulher: **(i)** Lei nº 11.108/2005³⁶ (BRASIL, 2005); **(ii)** Lei nº 11.634/2007³⁷ (BRASIL, 2007); **(iii)** Lei nº 13.257/2016³⁸ (BRASIL, 2016); **(iv)** Lei nº 13.434/2017³⁹ (BRASIL, 2017) e **(v)** Resolução CFM nº 2.144/2016⁴⁰ (CFM, 2016). Assim, a lacuna legislativa federal não significa, sob nenhuma hipótese, que violações de direitos de mulheres gestantes/puérperas não possam ser tratadas em esfera administrativa ou no âmbito jurídico.

Em primeiro lugar, porque há garantias constitucionais. O art. 196 da Constituição resguarda a proteção ao direito de todos à saúde e o § 7º do art. 226 garante a proteção da família, fundada nos princípios da dignidade humana e da paternidade responsável (BRASIL, 1988). Em segundo lugar, porque a proteção alcançada pela Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e pela Lei nº

³³ PL 7.633/2014 (RIO DE JANEIRO): Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.

³⁴ PL 7.867/2017 (MINAS GERAIS): Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.

³⁵ PL 8.219/2017 (RIO DE JANEIRO): Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após.

³⁶ Lei nº 11.108/2005: 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.

³⁷ Lei nº 11.634/2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

³⁸ Lei nº 13.257/2016: altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Assegura a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde

³⁹ Lei nº 13.434/2017. Acrescenta parágrafo único ao art. 292 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), para vedar o uso de algemas em mulheres grávidas durante o parto e em mulheres durante a fase de puerpério imediato.

⁴⁰ Resolução CFM nº 2.144/2016. Estabelece que é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal.

9.263/1996 (BRASIL, 1996), que trata do planejamento familiar, também pode ser invocada para tratar da violência praticada contra a paciente gestante/puérpera. Em terceiro lugar, porque existe um Código de Ética Médica (CFM, 2018) que impõe limites ao exercício médico profissional. Em quarto lugar, porque, do ponto de vista jurídico, na ausência de norma coercitiva específica, podem ser aplicados dispositivos equivalentes aos danos causados pela VO, como exemplos, a lesão corporal e o homicídio culposo.

Além disso, há outros dispositivos normativos que, embora não tratem diretamente da VO, dialogam diretamente com ela. É o caso dos artigos 13º, 14º e 15º do Código Civil. Eles tratam, respectivamente, da proibição de disposição sobre o próprio corpo, quando isso importar diminuição permanente da integridade física ou contrariar os bons costumes; da validade da disposição gratuita do próprio corpo após a morte com objetivo científico ou altruístico e da proibição de constranger alguém a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Outro exemplo importante está contido nos artigos 7º e 8º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Eles tratam, respectivamente, do direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso e da garantia de acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo, incluindo, para as gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

No quadro 14, apresento um resumo dos marcos legais nacionais de enfrentamento à VO. Na quarta coluna desse quadro apresento a sistematização e o apontamento das lacunas sociais e técnicas de cada uma das normas. Essas lacunas reforçam o entendimento de que, antes de se posicionar em relação à VO, o Direito precisaria mergulhar em profundidade nas condições estruturais que possibilitam que ela aconteça.

QUADRO 14 – Marcos legais nacionais sobre violência obstétrica

Norma	Abrangência	Conteúdo	Lacunas
PL 7.633/2014	Nacional/RJ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Define VO: inclui coação com finalidade de confissão à polícia ▪ Define ações para erradicação da VO: ✓ Remete à Política Nacional de Humanização e aos direitos da mulher ✓ Plano Individual de Parto com manifestação de vontade 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Social: ✓ Ausência de diagnóstico situacional ✓ Ausência de reconhecimento de padrões de desigualdade no atendimento entre pacientes homens e pacientes mulheres ➤ Técnica: ✓ Ausência de protocolos de conduta médica e procedimentos

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Necessidade de justificativa clínica em prontuário para determinados procedimentos ✓ Direitos da criança recém-nascida ✓ Responsabilização ✓ Cartazes informativos ✓ Diretrizes curriculares em escolas e universidades ✓ Estratégias do poder público para prática de direitos humanos ✓ Comissão de monitoramento de índice de cesariana e de boas práticas obstétricas 	<p>operacionais padrão</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de estímulo a grupos de gestantes ✓ Ausência de capacitação e treinamento em instituições de saúde
PL 7.867/2017	Nacional /MG	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Define VO ▪ Define ações para erradicação da VO: ✓ Plano de parto obrigatório ✓ Cartazes informativos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Social: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de diagnóstico situacional ✓ Ausência de reconhecimento de padrões de desigualdade no atendimento entre pacientes homens e pacientes mulheres ✓ Ausência de educação crítica ✓ Ausência de sensibilização voltada ao protagonismo da gestante ✓ Ausência de valorização da autonomia ✓ Ausência de ações em escolas e centros de formação em saúde ➤ Técnica: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de protocolos de conduta médica e procedimentos operacionais padrão ✓ Ausência de estímulo a grupos de gestantes ✓ Ausência de capacitação e treinamento em instituições de saúde
PL 8.219/2017	Nacional /RJ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Define VO ▪ Define ações para erradicação da VO: ✓ Estabelece pena de detenção 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Social: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de diagnóstico situacional ✓ Ausência de reconhecimento de padrões de desigualdade no atendimento entre pacientes homens e pacientes mulheres ✓ Ausência de educação crítica ✓ Ausência de sensibilização voltada ao protagonismo da gestante ✓ Ausência de valorização da autonomia ✓ Ausência de ações em escolas e centros de formação em saúde ➤ Técnica: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de protocolos de conduta médica e procedimentos operacionais padrão ✓ Ausência de estímulo a grupos de gestantes

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de plano individual de parto ✓ Ausência de capacitação e treinamento em instituições de saúde
Lei 4.173/2017	Estadual/RO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Define VO ▪ Define ações para erradicação da VO: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente ✓ Cartazes informativos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Social: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de diagnóstico situacional ✓ Ausência de reconhecimento de padrões de desigualdade no atendimento entre pacientes homens e pacientes mulheres ✓ Ausência de educação crítica ✓ Ausência de sensibilização voltada ao protagonismo da gestante ✓ Ausência de valorização da autonomia ✓ Ausência de ações em escolas e centros de formação em saúde ➤ Técnica: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de protocolos de conduta médica e procedimentos operacionais padrão ✓ Ausência de estímulo a grupos de gestantes ✓ Ausência de plano individual de parto ✓ Ausência de capacitação e treinamento em instituições de saúde
Lei 17.097/2017	Estadual/SC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Define VO: violência física ou verbal. Não menciona moral, embora apresente categorias condizentes ▪ Define ações para erradicação da VO: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inclui como possíveis praticantes/agressores: acompanhante e familiar ✓ Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente ✓ Cartazes informativos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Social: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de diagnóstico situacional ✓ Ausência de reconhecimento de padrões de desigualdade no atendimento entre pacientes homens e pacientes mulheres ✓ Ausência de educação crítica ✓ Ausência de sensibilização voltada ao protagonismo da gestante ✓ Ausência de valorização da autonomia ✓ Ausência de ações em escolas e centros de formação em saúde ➤ Técnica: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de protocolos de conduta médica e procedimentos operacionais padrão ✓ Ausência de estímulo a grupos de gestantes ✓ Ausência de plano individual de parto ✓ Ausência de capacitação e treinamento em instituições de saúde
Lei 16.499/2018	Estadual/PE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Define VO ▪ Define ações para erradicação 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Social: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de diagnóstico situacional

		<p>da VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cartazes informativos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de reconhecimento de padrões de desigualdade no atendimento entre pacientes homens e pacientes mulheres ✓ Ausência de educação crítica ✓ Ausência de sensibilização voltada ao protagonismo da gestante ✓ Ausência de valorização da autonomia ✓ Ausência de ações em escolas e centros de formação em saúde <p>➤ Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de protocolos de conduta médica e procedimentos operacionais padrão ✓ Ausência de estímulo a grupos de gestantes ✓ Ausência de plano individual de parto ✓ Ausência de capacitação e treinamento em instituições de saúde
Lei 19.701/2018	Estadual/PR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Define VO ▪ Define ações para erradicação da VO: ✓ Estabelece direitos gestante e parturiente ✓ Direito à opção por cesariana ✓ Direito à informação ✓ Cartazes informativos ✓ Define locais de denúncia ✓ Notificação compulsória em suspeita ou confirmação de descumprimento de lei ✓ Fixa valor de multa por descumprimento da lei 	<p>➤ Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de diagnóstico situacional ✓ Ausência de reconhecimento de padrões de desigualdade no atendimento entre pacientes homens e pacientes mulheres ✓ Ausência de educação crítica ✓ Ausência de sensibilização voltada ao protagonismo da gestante ✓ Ausência de valorização da autonomia ✓ Ausência de ações em escolas e centros de formação em saúde <p>➤ Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de protocolos de conduta médica e procedimentos operacionais padrão ✓ Ausência de estímulo a grupos de gestantes ✓ Ausência de plano individual de parto ✓ Ausência de capacitação e treinamento em instituições de saúde
Lei 23.175/2018	Estadual/MG	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Define VO: inclui situações abortamento ▪ Define ações para erradicação da VO: ✓ Direito à informação ✓ Garantia de sigilo em casos de abortamento 	<p>➤ Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de diagnóstico situacional ✓ Ausência de reconhecimento de padrões de desigualdade no atendimento entre pacientes homens e pacientes mulheres ✓ Ausência de educação crítica ✓ Ausência de sensibilização voltada ao protagonismo da gestante ✓ Ausência de valorização da

			<p>autonomia</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de ações em escolas e centros de formação em saúde <p>➤ Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de protocolos de conduta médica e procedimentos operacionais padrão ✓ Ausência de estímulo a grupos de gestantes ✓ Ausência de plano individual de parto ✓ Ausência de capacitação e treinamento em instituições de saúde
Lei 3.363/2013	Municipal/Diademá	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Define VO: violência física ou verbal. Não menciona moral, embora apresente categorias condizentes ▪ Define ações para erradicação da VO: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inclui como praticantes/agressores: acompanhante e familiar ✓ Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente ✓ Cartazes informativos 	<p>➤ Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de diagnóstico situacional ✓ Ausência de reconhecimento de padrões de desigualdade no atendimento entre pacientes homens e pacientes mulheres ✓ Ausência de educação crítica ✓ Ausência de sensibilização voltada ao protagonismo da gestante ✓ Ausência de valorização da autonomia ✓ Ausência de ações em escolas e centros de formação em saúde <p>➤ Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de protocolos de conduta médica e procedimentos operacionais padrão ✓ Ausência de estímulo a grupos de gestantes ✓ Ausência de plano individual de parto ✓ Ausência de capacitação e treinamento em instituições de saúde
Lei 14.598/2015 e Lei 14.777/2015	Municipal/Curitiba	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Define VO: violência física ou verbal. Não menciona moral, embora apresente categorias condizentes ▪ Define ações para erradicação da VO: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Obrigação de divulgar a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal de que trata a Portaria nº 1.067/GM de 2005 ✓ Elaboração de Cartilhas em linguagem didática para propiciar informação ✓ Cartazes informativos 	<p>➤ Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de diagnóstico situacional ✓ Ausência de reconhecimento de padrões de desigualdade no atendimento entre pacientes homens e pacientes mulheres ✓ Ausência de educação crítica ✓ Ausência de sensibilização voltada ao protagonismo da gestante ✓ Ausência de valorização da autonomia ✓ Ausência de ações em escolas e centros de formação em saúde <p>➤ Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de protocolos de conduta médica e procedimentos operacionais padrão

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de estímulo a grupos de gestantes ✓ Ausência de plano individual de parto ✓ Ausência de capacitação e treinamento em instituições de saúde
Lei 14.824/2016	Municipal/Curitiba	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Define o dever de permitir presença doulas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Social: ✓ Ausência de diagnóstico situacional ✓ Ausência de reconhecimento de padrões de desigualdade no atendimento entre pacientes homens e pacientes mulheres ✓ Ausência de educação crítica ✓ Ausência de sensibilização voltada ao protagonismo da gestante ✓ Ausência de valorização da autonomia ✓ Ausência de ações em escolas e centros de formação em saúde

Fonte: elaborado pela autora (2023).

4.2.2.2 Lacunas normativas

O marco legal nacional sobre VO apresenta lacunas técnicas e sociais importantes, as quais foram detalhadas na quarta coluna do quadro 14. Entre as razões dessas lacunas está o fato de o marco não ter tomado como pressuposto categorias e marcadores fundamentais à questão da violência contra a mulher gestante/puérpera. Essas categorias e marcadores apareceram nos dados empíricos do campo quando, por exemplo, os discursos destacaram as questões de gênero-raça.

Nesse sentido, faço uma breve análise de conteúdo desse marco legal em busca *gaps*, distanciamentos, ineficácias e incompletudes, tendo como elemento comparativo o conteúdo dos discursos de profissionais de saúde e de gestantes/puérperas coletados em campo. Busco, em última instância, provocar o Direito a partir dos dados empíricos de modo a expor eventuais impurezas teóricas e epistemológicas e armadilhas conceituais, sobretudo aquelas relacionadas ao exercício do saber-poder biomédico. Grosso modo, o que se extrai da análise sintetizada no quadro 14 é que há lacunas, quali e quantitativas, no que se refere ao conteúdo das iniciativas normativas estaduais e municipais de combate à VO, além de evidente lacuna federal (ausência de lei federal).

As principais lacunas técnicas identificadas foram: ausência de protocolos de conduta médica e procedimentos operacionais padrão, ausência de estímulo a grupos de gestantes, ausência de capacitação e treinamento em instituições de saúde e ausência de plano individual de parto.

Por sua vez, as principais lacunas sociais identificadas foram: ausência de diagnóstico situacional, ausência de reconhecimento de padrões de desigualdade no atendimento entre pacientes homens e pacientes mulheres, ausência de educação crítica, ausência de sensibilização voltada ao protagonismo da gestante, ausência de valorização da autonomia e ausência de ações em escolas e centros de formação em saúde.

Verifica-se que algumas das iniciativas estaduais e municipais mencionadas consistem em regras excessivamente sumárias, limitadas à definição da VO. Muitas sequer estipulam sanção em caso de descumprimento do estabelecido nos instrumentos. Poucas propõem soluções mais profundas, que efetivamente aclarem os deveres do social, explicitem os termos sancionatórios e identifiquem os padrões que favorecem a desigualdade e a discriminação de gênero no atendimento prestado por profissionais de saúde à mulher gestante/puérpera. Algumas propostas sequer produziram um diagnóstico situacional das principais problemáticas identificadas antes da elaboração da norma. Torna-se difícil elaborar um instrumento normativo capacitado a combater a VO sem antes investigar, reconhecer e compreender o impacto que as características, papéis e funções histórica e socialmente determinados entre masculino e feminino provocam na relação profissional de saúde - paciente gestante/puérpera.

Conforme exposto no item 4.2.1.1 essa tese não possui o propósito de firmar convicção sobre a necessidade ou desnecessidade da incursão da VO em lei nacional, mas, sobretudo, de refletir sobre o que essa ausência de lei nacional, esse silêncio do Direito diz sobre a violência contra a mulher, particularmente, contra a gestante/puérpera. Mais que isso, de refletir sobre outras possibilidades de formas de aproximação entre o Direito e a VO, que não apenas a legislativa e a jurídica, considerando, também, as demais práticas do Direito no horizonte do possível, como, por exemplo, o *advocacy*, a litigância estratégica e a pesquisa científica, como a desenvolvida nessa tese. Ou seja, a tese trabalha com uma perspectiva ampliada do Direito, a qual vai além do Direito punitivista e legalista.

5 CONCLUSÕES

Iniciei a tese com o objetivo de responder ao seguinte problema de pesquisa: Como os discursos intra-hospitalares sobre violência obstétrica revelam disputas de poder que interessam ao Direito? A tese aqui apresentada é a de que os discursos intra-hospitalares sobre violência obstétrica identificados no campo revelam disputas de poder que interessam ao Direito sob dois aspectos. Um que eu chamaria de aspecto reconhecido pela literatura, perene, histórico, institucional e estrutural. Ao mesmo tempo, um outro aspecto que eu nomino de paradoxal, ambíguo, sinuoso, dinâmico, móvel, flutuante, contra intuitivo e, em alguma medida, surpreendente. Essa é a síntese da afirmação da tese. Considero o segundo aspecto a grande contribuição da tese, aquilo em que ela inova, avança no conhecimento, aquilo em que ela difere do que já há publicado sobre o tema.

A forma reconhecida pela literatura, perene, histórica, institucional e estrutural diz respeito aos achados da tese que confirmam aqueles já apresentados pela literatura, representados, nessa tese, pelo conceito de condições estruturais da VO, ligado aos marcadores de raça, classe e gênero, debatidos no texto.

A forma paradoxal, ambígua, sinuosa, dinâmica, móvel, flutuante, instável e contra intuitiva e, em alguma medida, surpreendente diz respeito aos achados específicos da tese, aquilo que o campo mostrou estar acontecendo aqui e agora. Esses achados mostram disputas entre Medicina e Enfermagem que afetam o cuidado prestado à paciente gestante/puérpera de modo a atrasar ou a dificultar procedimentos; mostram o efeito rebote do plano de parto, um instrumento que idealmente seria de apoio e passa a funcionar, dentro da arena de disputa, como barreira; mostram a compulsoriedade do parto normal, em que discursos para produzir efeitos de autonomia e de protagonismo da paciente produzem, ao mesmo tempo, discursos de uma autonomia condicionada; mostram a permeabilidade com que a cultura médica intervencionista atinge o juízo de valor da paciente, criando situações em que ela tem a percepção de que o profissional de saúde é preguiçoso caso ele não pratique atos intervencionistas, deixando o parto seguir seu curso natural.

Considero que sobretudo essa forma paradoxal, ambígua, sinuosa, dinâmica, móvel, flutuante, instável e contra intuitiva interessa ao Direito. Mais que interessa, desafia o Direito. A partir da leitura dos resultados empíricos trazidos pelo campo é possível ter o entendimento, na exata medida de sua contra intuição, sobre as razões da dificuldade que o Direito tem em se aproximar do acontecimento da VO e de legislar sobre o acontecimento da VO.

Quando o Direito tenta apreender o terreno paradoxal da VO, ao fazer esse movimento, ele se arisca porque recorta um campo que está em constante movimento em uma fotografia estática, em um determinado ponto, em um dado tempo. Congela as disputas que são permanentes para regulá-las. Arrisca-se a deixar de fora linhas de força e disputas importantes e a tornar sua aproximação rapidamente obsoleta, desatualizada. As disputas em torno do acontecimento da VO estão mais para um filme, uma linha de descontinuidades e rupturas, cheia de deslocamentos de pacientes e de profissionais de saúde que se movem alternada e continuamente em suas posições, um terreno gelatinoso e perigoso.

Por outro lado, a tese evidencia, para além dos pontos do acontecimento da VO que interessam ao Direito, ditos aqui contra intuitivos, as frentes de possibilidade de atuação do Direito em sua aproximação com a VO, não restringindo-se às frentes legislativas e jurídicas. Há outras práticas do Direito que podem operar em relação à VO, práticas dotadas de capacidade adaptativa frente ao dinamismo e a instabilidade da VO, tais como o *advocacy*, a litigância estratégica e a academia, por exemplo. Quero dizer, em uma perspectiva ampliada do Direito, a qual vai além do Direito punitivista e legalista.

Quando os profissionais de saúde entrevistados falam sobre a importância do plano de parto, por exemplo, eles o fazem a partir de uma apropriação de noções jurídicas, a noção do direito de escolha sobre o próprio corpo, a noção do direito à informação, a noção de autonomia pessoal, a noção de diversidade sexual, a noção de igualdade, a noção de respeito à integridade, liberdade e inviolabilidade corporal, a noção de direitos sexuais e reprodutivos.

No eixo teórico, a tese partiu da suspeita de que a categoria analítica biopoder de Foucault poderia ser útil como chave de leitura para se pensar a relação profissional de saúde - paciente na Obstetrícia, para se pensar os discursos sobre a VO e para se pensar o próprio acontecimento da VO em relação ao Direito. A suspeita era a de que os resultados que viriam do campo, isto é, os discursos de profissionais de saúde e das pacientes entrevistadas, abarcariam conteúdos que assim indicassem e demonstrariam como isso se dá, o modo como o biopoder opera na Obstetrícia e no acontecimento da VO e o modo como o Direito se posiciona ou deixa de se posicionar em relação a isso. Essa suspeita se confirmou no campo.

A partir da análise de conteúdo dos discursos coletados em campo, verifiquei que os aportes teóricos do biopoder de Foucault, associados às suas noções sobre as formações discursivas e o discurso, se conectam ao conteúdo dos dados empíricos sob o viés da disputa. A disputa que ocorre entre profissionais de saúde de diferentes classes, entre profissionais de saúde de uma mesma classe e entre profissionais de saúde e pacientes. Disputas representadas por rachas sobre quem é “chefe” de quem, quem fiscaliza o trabalho de quem, quem determina

em que momento a paciente deve ser encaminhada à sala de parto, quais os limites de atribuição de cada classe profissional, quem está em posição hierárquica superior e quem está em posição hierárquica inferior, quem tem o poder de definir a conduta, quem tem o poder de indicar e contraindicar um procedimento, quem confronta e quem é confrontado, quem é protagonista e quem é coadjuvante, quem tem a palavra final, quem é quem na arena da Obstetrícia.

A obra de Foucault foi de fundamental importância para as conclusões da tese. Na clássica divisão da produção teórica do autor, em três frases⁴¹, a presente tese dialoga, sobretudo, com a segunda fase: genealogia do poder (biopoder). Entretanto, convém ressaltar que há semelhantes nervuras de pertinência e linhas de força que atravessam essas fases, Foucault as move em direções diferentes, elas são colocadas como uma instância aberta e móvel em cada uma das fases. Em cada uma Foucault mira em diferentes práticas, diferentes suspeitas. Ele opera por deslocamentos, mas isso não significa um desfazimento das dimensões anteriores, ele traz outros problemas, amplia os debates, mas as novas dimensões dialogam com as dimensões anteriormente criadas e problematizadas.

Também por essa razão, as principais noções foucaultianas utilizadas na tese, discurso e biopoder, não podem ser encaixotadas em uma única fase do autor e foram trabalhadas de maneira transversal no texto. Ora inspirando a escavação de camadas, de abrir essas camadas para tentar desvendar como são produzidos os discursos que se cristalizaram em um determinado campo e se estabeleceram na superfície. Ora inspirando o estudo de conjuntos de tecnologias do poder ou de técnicas de poder que permitem a entrada do corpo e da vida nos cálculos do poder.

A arqueologia de Foucault contribuiu com a tese na medida em que ajudou a singularizar o discurso de profissionais de saúde e de pacientes gestantes/puérperas, vê-los naquela ordem, naquela conjuntura da pesquisa, naquela formação, com aquelas regras. Ajudou a compreender *as regras que norteiam os significados* dos discursos coletados em campo, a identificar quais são os discursos consagrados, quais são os discursos em disputa e quais são os discursos eventualmente soterrados. Em outras palavras, o discurso de Foucault contribuiu para a compressão de um cenário mais amplo, de projeções de discursos que se inclinam a tal ponto de produzir ação, a ponto de produzir novos discursos, produzir novas materialidades. Contribuiu, ainda, no processo de reconhecimento do regime de verdade que traz a ideia de verdade sobre um acontecimento, pessoa ou instituição e que gera efeitos de verdade, gera a naturalização de um processo.

⁴¹ Fases teóricas de Foucault: (i) arqueologia do saber (1950-1960); (ii) genealogia do poder (1960-1970) e (iii) ética/estética da existência (1970-1984).

Muito embora Foucault não tenha sido o fundador do termo biopoder⁴², seus estudos sobre o conceito difundiram-se em razão da renovação, repactuação e refundação que o autor trouxe ao vocábulo⁴³. Na era pré-foucaultiana, o biopoder apresentava significância e demarcação ligadas estritamente ao poder soberano repressor e interdito, noção vinculada às correntes organicistas e politicistas. Na década de 1970, Foucault alarga e refunde os limites do conceito ao afirmar que o biopoder é compreendido como o poder que incita e produz, que opera de maneira produtiva no evento vida a fim de transformá-la, geri-la e operá-la. E que isso se dá tanto na esfera do corpo individual como na esfera do corpo espécie, ou seja, faz surgir efeitos individuais (no caso do poder disciplinar) e efeitos coletivos (no caso da biopolítica). Ou seja, o conceito foucaultiano de biopoder supera a noção de poder repressivo e interdito e avança, passando a tratar das práticas de poder como formas institucionais e bem organizadas de o Estado e os indivíduos agirem positivamente sobre a vida biológica uns dos outros.

A gestão da vida, estudada por Foucault, apareceu nos resultados do campo, com maior protagonismo, na categoria IV, que trata da autonomia condicionada/compulsoriedade do parto normal. As falas dessa categoria denotam o poder produtivo, ações de profissionais de saúde conduzindo ações de outros profissionais e ações de gestantes/puérperas, ações que são um modo de conduzir condutas do outro, de produzir efeitos. Quase sempre com a utilização de artifícios de saber-poder capazes de bussolar e governar a autonomia da paciente em uma dada direção, adotada pelo profissional de saúde a partir de suas próprias perspectivas, interesses e vontades de produção de efeitos.

O sentido central da utilização do biopoder de Foucault para a leitura dos dados do campo foi o de buscar saber como operam as violências enraizadas no exercício do poder ou, na desigualdade de poder, presente nas relações médico-paciente da Obstetrícia. Busquei compreender como operam vetores de pequenos e grandes atos violentos nesse cenário, como as condições de possibilidade do acontecimento da VO fazem um chamamento às instituições e aos profissionais de saúde a reexaminarem seus privilégios e a assumirem as responsabilidades que lhes cabem nesse processo.

Em apartada síntese, o que fiz foi mergulhar na teoria foucaultiana que trata do discurso e do biopoder; ir a campo coletar discursos por meio de entrevistas; analisar esses discursos a partir da técnica de análise de conteúdo, inspirada por noções do discurso de

⁴² O termo biopolítica foi primeiramente utilizado em 1905 pelo cientista político sueco Rudolf Kjellén.

⁴³ As principais obras de Foucault que versam sobre biopolítica são: O nascimento da Medicina Social (Conferência – 1974); História da Sexualidade volume 1 (Livro – 1976); Em defesa da sociedade (Curso – 1976); Segurança, Território e População (Curso – 1978) e Nascimento da biopolítica (Curso – 1979).

Foucault; discutir os resultados à luz do biopoder, do discurso e dos marcadores da VO estrutural (raça, gênero e classe) e, por fim, construir a afirmação da tese.

Nesse percurso, não linear, procurei desfrutar e contemplar cada uma das etapas trilhadas. O ponto de partida foi o método. Escolher um método científico que fosse capaz de dar conta do intercâmbio de saberes entre Direito, Medicina e Antropologia que pretendia a tese foi o primeiro grande desafio. Iniciei pelos trâmites burocráticos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa e junto à maternidade do Complexo do Hospital de Clínicas de Curitiba, local do estudo. A partir daí, refinei o desenho da pesquisa e mergulhei na teoria foucaultiana para me preparar para o que eu encontraria no campo.

Esse momento, de estudo sistematizado da teoria foucaultiana, considero um segundo grande desafio. Primeiro pela densidade e profundidade características da obra de Foucault. Concordo com a professora Ângela Fonseca, quando diz que Foucault é um falso autor fácil. Segundo porque iniciei o estudo do zero, das bases, tendo em vista que Foucault não é um autor com o qual eu tivesse trabalhado anteriormente, nem dentro da Medicina, nem dentro do Mestrado em Saúde Coletiva.

Sem dúvida, considero o campo o ponto alto da produção da tese, um sedutor nato. A empiria tem encantos tão poderosos que ousar dizer que os desafios para se colocar a pesquisa em pé se tornam menores, de menor importância, se tornam parte das delícias da pesquisa, viram memórias afetivas do diário de bordo, suplantam, com sobra, os contratempos que possam advir do campo. E eles vêm. O maior desafio que o campo me trouxe foi o de conquistar o aceite dos convidados a participarem da pesquisa. Via *Whatsapp*, tive de convencer os participantes de que eu era uma pesquisadora, convencê-los a clicar em *links* desconhecidos para assinar o TCLE e para entrar na sala virtual, para, somente então, participar da pesquisa. Honestamente, me surpreendi com o número positivo de aceites. Daí em diante, apenas as delícias de um bom encontro, a plenitude de se conversar com outras mulheres sobre temas que me são tão caros, a felicidade de entrar, ainda que virtualmente, na casa dessas mulheres e ser acolhida com alegria, as risadas de uma boa prosa, a satisfação e a leveza de explorar o melhor que o campo pode proporcionar. Considero essa a fase mais afetuosa da pesquisa.

Finalizando a fase do campo, me deparei com um arsenal de dados qualitativos a serem organizados, lidos, interpretados e desbravados. Um momento um tanto caótico, é verdade, mas onde as peças do quebra-cabeça que envolve teoria e empiria começaram a tomar forma, moldadas por categorias que emergiram das falas do campo. Definidas as categorias analíticas, passei a testar as hipóteses de diálogo entre os dados empíricos e as bases teóricas foucaultianas.

Organizei a apresentação da tese em quatro grandes capítulos. No primeiro capítulo, referente à introdução, apresentei o tema da VO e os contornos gerais da pesquisa, delimito o tema, indico o marco teórico utilizado, defino o problema de pesquisa, o método escolhido e o percurso a ser trilhado no desenvolvimento da tese.

No segundo capítulo, referente ao método, detalho os métodos e as técnicas empregadas no planejamento e no desenho da pesquisa, na coleta de dados e na análise e discussão dos resultados empíricos. Explico as escolhas pelo método empírico e exploratório e pela entrevista episódica semiestruturada; apresento o cenário; os sujeitos/seleção; as fontes de informação (discursos) e os trâmites relativos ao Comitê de Ética em Pesquisa.

No terceiro capítulo, de caráter teórico-empírico, apresento o substrato teórico foucaultiano sobre biopoder que ampara a tese, confrontando-o com os resultados empíricos do campo. Mergulho na genealogia do poder que marca o pensamento de Foucault em busca de fundamentos para a análise dos discursos coletados em campo.

No quarto capítulo, de caráter social e jurídico, debato o contexto social maior, estrutural, que envolve as práticas obstétricas violentas. No primeiro bloco, tratei dos determinantes sociais da saúde, do SUS e da VO estrutural. No segundo bloco, que abre o debate jurídico, o foco foi o posicionamento do Direito em relação ao acontecimento da VO e em relação aos próprios discursos sobre a VO. Fiz uma análise crítica acerca das limitações ou dificuldades do Direito para tratar do tema, refletindo sobre o que o campo jurídico pode e o que deve fazer em favor de paciente, profissionais de saúde e instituições que estão implicados no acontecimento da VO, aprofundando, ainda, as dificuldades que o Direito enfrenta nessa aproximação.

Como é comum em todo estudo, a tese possui limitações inerentes ao método e aos recortes adotados. Essas limitações dizem respeito, sobretudo, a reduzida representatividade da população estudada, vez que derivada de uma única maternidade pública do Município de Curitiba, ou seja, restrita ao sistema público/SUS; ao limitado número de indivíduos entrevistados; ao tempo de entrevista relativamente curto; a utilização de entrevistas remotas, a não inclusão de maior número de entrevistadas negras e a não inclusão de entrevistadas migrantes, deficientes e indígenas, em função da seleção não intencional (participantes sorteados).

Em linhas gerais, o construído na tese indica as características dos discursos sobre a VO e as características das reproduções que cercam a VO, bem como aponta as categorias prévias a ela, obscurecidas ou invisibilizadas no subterrâneo das relações médico paciente, o que se denominou aqui de condições estruturais da VO ou marcadores de vulnerabilidade de

raça, gênero e classe. Essas condições estruturais se traduzem em um conjunto organizado de circunstâncias, uma combinação de acontecimentos, um estado de coisas que resulta de um contexto, o modo como estão organizados os fundamentos de um processo, algo que ultrapassa a esfera individual e se dá no coletivo e institucional, de forma sistematizada e reiterada.

Sinteticamente, os resultados encontrados na tese indicam que há uma categoria central nos discursos sobre a VO sobre a qual todas as demais subcategorias orbitam: o saber-poder biomédico. O campo, e também a produção científica sobre a VO, forneceram indicativos de que os discursos sobre a relação profissional de saúde - paciente na Obstetrícia e os discursos sobre a VO são atravessados, em grande medida, por formas de saber-poder que circulam continuamente e permanentemente entre os atores principais do processo de parir sob a assistência de um serviço de saúde: médico, enfermeiro e mulher gestante/puérpera.

Chama atenção o fato de que em nenhuma das questões do roteiro de entrevista eu mencionei o saber ou o poder. A categoria saber-poder surgiu, direta e indiretamente, com brilho próprio nos resultados do campo. De igual modo, as palavras “*poder*”, “*submissão*” e “*hierarquia*” surgiram espontaneamente em alguns discursos quando os entrevistados foram convidados a listar cinco palavras que representassem a relação entre médico e paciente gestante/puérpera.

No eixo empírico, os resultados da análise de conteúdo dos discursos mostraram pontos de similaridade e de repetição temática. Os discursos que se repetiram dizem respeito a sete grandes categorias: **(i)** supervalorização da palavra do médico e desvalorização da palavra da paciente; **(ii)** a importância do conhecimento; **(iii)** embate Medicina/Enfermagem; **(iv)** autonomia condicionada/compulsoriedade do parto normal; **(v)** efeito rebote do plano de parto; **(vi)** discriminação de gênero/raça/cor/classe social/idade e **(vii)** patologização do parto.

Há, nitidamente, algo que une esses resultados, os conecta de maneira transversal, contextual, profunda: as disputas sustentadas pelas noções de saber-poder que permeiam as relações estabelecidas entre médicos e pacientes gestantes/puérperas na Obstetrícia. O campo forneceu indícios da permeabilidade do saber-poder sobre os corpos e úteros femininos, da sofisticação de tecnologias de biopoder exercidas na microfísica dos ambientes médico-hospitalares e das práticas de formação e controle discursivo que fazem com que o próprio termo “violência obstétrica” permaneça em disputa no regime de verdade que vigora nesse tempo e nesse espaço histórico.

O campo mostrou que não apenas o termo VO permanece em disputa, o próprio acontecimento da VO permanece em disputa. As falas do campo indicam que muitos procedimentos, técnicas, condutas, ações, práticas e comportamentos dos profissionais de saúde

na Obstetrícia seguem em disputa no sentido de serem ou não validados, serem ou não considerados violentos, inadequados ou desnecessários. Permanecem em uma espécie de limbo de definição, de ausência de padronização de entendimento, de falta de consenso, ora sendo considerados violentos, ora sendo considerados adequados ou necessários. E para aqueles que, devido a sua característica técnica, ora são considerados adequados, ora são considerados inadequados, há ainda a dificuldade, dada pelos limites da ciência médica, de se estabelecer parâmetros que diferencie uns dos outros.

A categoria temática analítica que apareceu com maior força na pesquisa foi a da supervalorização da palavra do médico e a desvalorização da palavra da paciente. Ela apareceu em 30 falas do campo, sendo 12 vindas de profissionais de saúde e 18 vindas de pacientes gestantes/puérperas. Portanto, isso apareceu como uma questão importante sobretudo para as pacientes entrevistadas. Valorizar o que é dito por um grupo de indivíduos (médicos) e desvalorizar o que é dito por outro grupo (mulheres gestantes/puérperas) é uma forma eficiente de hierarquizar esses grupos e cristalizar determinados discursos, práticas e saberes. Por exemplo, fazendo valer o saber científico e relativizando o saber popular. Esse mecanismo revela uma estrutura que privilegia o segredo técnico científico em detrimento do compartilhamento e da popularização de saberes, preserva uma estrutura de distribuição de saber-poder nas mãos de alguns poucos, segundo regras restritas. E, claro, para aqueles que tentam quebrar essa lógica, incluindo outros saberes nesse jogo (saber popular das doulas, por exemplo), há mecanismos de segurança prontos a agir.

Um outro ponto central que apareceu nos resultados do campo foi a identificação do modo como os marcadores de vulnerabilidade que operam na VO estrutural apareceu nos discursos. Raça, gênero e classe apareceram no campo sem que fossem mencionados nas perguntas da entrevista. Para além do poder baseado em conhecimento, esses marcadores históricos se mostram imbricados à violência contra mulher e, no contexto que interessa a essa tese, à violência contra a mulher gestante/puérpera.

A partir da trajetória teórico-metodológica percorrida, além dessas questões principais, pode-se extrair da presente tese algumas ponderações complementares, válidas, evidentemente, para a seleção e para o contexto pesquisado. A primeira delas é a de que o acontecimento da VO, em consonância com a noção foucaultiana de que a violência do biopoder não é explícita, mas sim meticulosa, não necessariamente se dá como práticas violentas evidentes, óbvias, facilmente visíveis. O contrário também ocorre. Casos considerados caricatos ou grotescos de VO, como pronunciamento de ofensas verbais à paciente gestante/puérpera veem se tornando, nas últimas décadas, cada vez menos comuns, felizmente. À primeira vista, isso poderia parecer

um aspecto positivo. Inobstante, não há muito o que comemorar. O que foi inserido no lugar ou em substituição a essas práticas violentas explícitas é um conjunto de práticas silenciosas, sutis, subterrâneas, meticulosas, estratégicas, não facilmente identificáveis e, por consequência, de difícil compreensão e enfrentamento.

Note-se, por exemplo, a dificuldade de se identificar práticas como o efeito rebote do plano de parto, uma das categorias que emergiu do campo. Esse efeito ocorre quando a mulher portadora do plano de parto, ao invés de ter sua voz mais reconhecida e respeitada, é ainda mais violentada ou destrutada pelo simples fato de portar esse documento. Um resultado claramente inesperado e contra intuitivo.

Outro exemplo do refinamento das práticas obstétricas violentas consiste na compulsoriedade do parto normal, categoria que também emergiu do campo. Sob a alcunha da humanização e da exaltação do parto humanizado e natural, muitas pacientes não recebem informação, por parte dos profissionais de saúde, sobre os riscos do parto normal, recebem apenas informação sobre os riscos da cesariana. Ou seja, se fornece apenas parte da informação à mulher, aquela parte que se harmoniza com o regime de verdade que afeta o profissional de saúde responsável. Subtrai-se da mulher, portanto, a possibilidade da tomada de decisão plenamente consciente e informada. Isso ocorre também de modo inverso, quando profissionais de saúde ideologicamente favoráveis à cesárea informam à mulher apenas os riscos do parto normal. Ou seja, a informação é esquadrihada sob o viés do interesse do enunciador do discurso e do regime de verdade vigente. Ainda quanto ao exemplo da compulsoriedade do parto normal, têm-se o julgamento moral de mulheres que escolhem a cesárea. Isso pode ocorrer por meio de olhares, falas repreensivas, gestos de rejeição ou desaprovação, “piadas”, tratamento não cordial, violências consideradas sutis, portanto. Em uma das falas do campo, uma profissional comentou que, quando a paciente gestante vai agendar cesariana, ela a trata super bem, dando a entender que faz isso apesar (!) da escolha da paciente.

A segunda ponderação a ser mencionada a partir dos resultados obtidos na tese refere-se ao reconhecimento da centralidade que a categoria analítica poder parece ocupar nas relações médico paciente na Obstetrícia. E esse é o ponto alto da conclusão da tese, a questão central desse estudo, aquilo que se conecta diretamente ao objeto de pesquisa. Entre os 19 participantes da pesquisa, apenas 1 não apresentou em seu discurso nenhuma sentença relacionada ao poder. Todos os demais invocaram questões direta ou indiretamente ligadas ao poder para falar sobre relação profissional de saúde - paciente e sobre violência obstétrica. Isso possui um peso e chama atenção especialmente pelo fato de que, em grande parte dos estudos e das pesquisas sobre VO, particularmente na área da saúde, a categoria poder sequer é uma questão de

pesquisa. Em sua maioria, os estudos se limitam a listar um rol de práticas obstétricas consideradas violentas e a contar casos concretos para ilustrar o problema. Contudo, não avançam em busca das condições estruturais do acontecimento da VO, o que dificulta a compreensão desse acontecimento e dificulta o direcionamento efetivo de ações para a sua prevenção ou enfrentamento.

Em outras palavras, se o poder não é identificado como uma questão na relação profissional de saúde - paciente na Obstetrícia e como uma questão no acontecimento da VO, ele não é investigado, abordado, significado, compreendido e, muito menos, dotado de significação social ou jurídica. Todavia, o poder não deve ser abordado como questão isolada nesse contexto. Quando se fala em VO, o primeiro passo deveria ser o de reconhecer as disputas em torno do próprio termo VO. Depois, reconhecer as condições estruturais que estão por trás ou para além da VO, isto é, as categorias que a sustentam e a perpetuam: marcadores de gênero, raça e classe social. Não apenas para instrumentalizar mulheres por meio de estratégias de popularização do saber e de democratização do acesso à informação de qualidade para que reconheçam essa estrutura, mas também para avançar no sentido da tipificação social, ética e, eventualmente, jurídica de condutas obstétricas violentas sutis, sofisticadas e de difícil identificação e manejo.

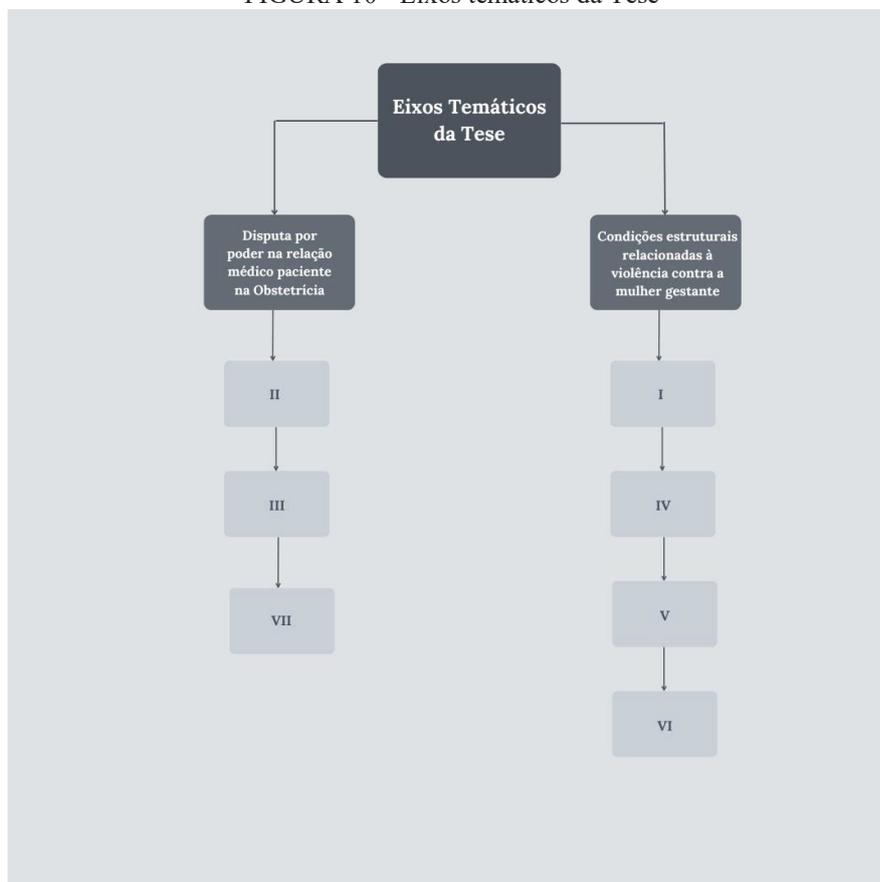
Grosso modo, levando-se em conta o conjunto das sete categorias formuladas na tese a partir do conteúdo dos discursos coletados em campo sobre a relação profissional de saúde - paciente e sobre a VO, extraem-se dois grandes eixos temáticos: **(a)** disputa por biopoder na relação profissional de saúde - paciente na Obstetrícia e **(b)** condições estruturais relacionadas à violência contra a mulher gestante: marcadores de gênero, raça e classe social (figura 10).

O primeiro eixo temático, de disputa por biopoder na relação profissional de saúde - paciente na Obstetrícia, pode ser melhor visualizado em três das sete categorias temáticas: **(ii)** a importância do conhecimento; **(iii)** embate Medicina/Enfermagem e **(vii)** patologização do parto. Elas representam, em última análise, um reflexo do embate pelo exercício do poder como forma de agenciar a vida e os corpos de mulheres gestantes/puérperas e um regime de verdade elitista ligado ao conhecimento.

Já o segundo eixo temático, de condições estruturais relacionadas à violência contra a mulher gestante: marcadores de gênero, raça e classe social, pode ser melhor visualizado em quatro das sete categorias temáticas: **(i)** supervalorização da palavra do médico e desvalorização da palavra da paciente; **(iv)** autonomia condicionada/compulsoriedade do parto normal; **(v)** efeito rebote do plano de parto e **(vi)** preconceito de gênero/raça/cor/classe social/idade. Elas fornecem, em última análise, pistas sobre as categorias e as estruturas contextuais que

permitem, que possibilitam que práticas de agenciamento sobre a vida e sobre o corpo da mulher gestante/puérpera possam operar. Uma espécie de motor a perpetuar toda a engrenagem.

FIGURA 10 - Eixos temáticos da Tese



FONTE: elaborado pela autora (2023).

As categorias do primeiro eixo temático, disputa por biopoder na relação profissional de saúde - paciente na Obstetrícia, indicam a atuação direta do fator saber na produção do poder biomédico, especialmente do biopoder, seja ele manifestado em esferas individuais (poder disciplinar) ou coletivas (biopolítica). Já o segundo eixo temático, de condições estruturais relacionadas à violência contra a mulher gestante: marcadores de gênero, raça e classe social, indica que, para além do que está cristalizado na superfície onde se encontra o acontecimento da VO, há camadas históricas, sociológicas e estruturais que operam na relação profissional de saúde - paciente gestante/puérpera e podem sustentar práticas violentas.

Por fim, fazendo uma espécie de prestação de contas dos objetivos assumidos no início da tese, verifico, novamente, a centralidade da categoria poder para os debates que interessam ao objeto de pesquisa. Em resposta ao **objetivo geral** da tese (*Analisar como os discursos intra-hospitalares sobre violência obstétrica revelam disputas de poder que interessam ao Direito*) pode-se dizer, em apartada síntese, que os discursos intra-hospitalares sobre violência obstétrica revelam disputas de poder que interessam ao Direito sob dois aspectos, um já reconhecido pela

literatura, perene, histórico, institucional e estrutural. Ao mesmo tempo, um outro paradoxal, ambíguo, sinuoso, dinâmico, móvel, flutuante, contra intuitivo e surpreendente, sendo esse segundo a contribuição da tese, aquilo em que ela inova, avança no conhecimento, aquilo em que ela difere do que já há publicado sobre o tema. Essas disputas envolvem a gestão da vida, dos corpos e dos úteros de mulheres gestantes/puérperas. Portanto, sobretudo em função do seu potencial lesivo aos direitos sexuais e reprodutivos, são questões de interesse do Direito.

Para atingir o objetivo geral, a tese cumpriu percurso teórico-metodológico que procurou ser fiel aos objetivos específicos estipulados. O **primeiro objetivo específico** (*Apropriar-se da categoria analítica biopoder de Foucault, fazendo-o sob a perspectiva da relação médico-paciente gestante/puérpera*) foi cumprido **nos itens 2.2.2.1, 3.1.1.1 e 3.1.1.2** e demonstrou que as noções teóricas do biopoder de Foucault, muito embora não tenham sido originariamente formuladas para tratar da questão da relação profissional de saúde - paciente, da violência contra a mulher ou do acontecimento da VO, cabem, em diversos pontos e recortes, a esses debates.

O **segundo objetivo específico** (*Verificar se os discursos sobre a VO coletados em campo podem ser compreendidos a partir da categoria analítica biopoder de Foucault*) foi cumprido **nos itens 3.2.2.1 e 3.2.2.2** e demonstrou que os discursos sobre a VO coletados em campo podem ser compreendidos a partir das lentes da categoria analítica biopoder de Foucault, considerando-se aí algumas limitações teóricas nessa aproximação, conforme explicitado no item 3.1.2.1 (O que está em torno ou para além do poder – raça/gênero/classe).

Ao fazer essa aproximação, verifica-se que o que “sobra” ou o que “falta” à categoria analítica biopoder para tratar da VO são as condições estruturais do acontecimento da VO. Segundo os discursos do campo, para além do lodo sedimentar da VO, estão ou podem estar tecnologias de poder disciplinar e de biopolítica sofisticadas que operam sobre úteros femininos, inclusive por meio de práticas de formações discursivas. Mas essas tecnologias e práticas, sob nenhuma hipótese, operam isoladas nesse contexto, conectadas a elas há importantes marcadores de vulnerabilidade da VO estrutural: raça, gênero e classe social.

As questões que, devido às escolhas metodológicas e recortes não foram abordadas ou aprofundadas nessa tese, sugerem possibilidades concretas de estudo em pesquisas futuras. Menciono, por exemplo, a violência institucional, que atinge não apenas pacientes, mas também profissionais de saúde; a docilização e a apropriação dos corpos por pautas de mercado; a problematização do documento plano de parto; a problematização da figura do acompanhante; o erro médico x a violência obstétrica e o dano obstétrico e a apuração de responsabilidades.

Antes de finalizar, faço dois alertas. O primeiro é o de que, muito embora tenham se revelado com maior força nessa tese, a partir dos dados que vieram do campo, os aspectos negativos da regulação da biopolítica, essa regulação não é, em si, nem positiva nem negativa. Foucault pensa as forças produtivas do poder como forças que podem ter resultados negativos ou positivos, não se trata de uma via de mão única, não há um algoz e um vitimizado, quem pratica o poder também pode ser vítima dele. Embora esses aspectos positivos da biopolítica não tenham aparecido nos resultados do campo, tomo como pressuposto que eles fazem parte da lógica do possível, tendo em vista que a biopolítica carrega esse traço neutro, não é, em si, nem positiva, nem negativa, mas sim, pode produzir efeitos que são positivos e efeitos que são negativos.

O segundo alerta é o de que algumas formas dramáticas de VO, tais como reduzido limites de diárias hospitalares para parturientes; dificuldades de puérperas acessarem seus recém-nascidos no pós-parto (separação binômio mãe-filho); necessidade de divisão do mesmo leito/cama por duas ou mais pacientes e retirada compulsória de bebês de mulheres indígenas, ciganas, negras, pobres e em situação de rua, amplamente relatados na literatura, não foram encontrados nos resultados do campo. Uma das justificativas para essa ausência pode estar relacionada ao fato de a pesquisa ter sido conduzida em um hospital de referência no atendimento materno-infantil em uma capital do sul do país. Essas variáveis, por certo, possuem relação com os resultados encontrados.

REFERÊNCIAS

- ALESSIO, Maria Martins; SOUZA, Maria Fátima. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. *Interface, COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO*, v. 21, 2017, p.1143-1156. DOI: 10.1590/1807-57622016.0396.
- ALVES, Zélia Mana Mendes Biasoli; SILVA, Maria Helena G. F. Dias da. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, n. 2, 1992, p. 61-69. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1992000200007#back1. Acesso em: 10 jan. 2021.
- ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazo Afonso. Texto, contexto e significado: algumas questões na análise de dados qualitativos. *Cadernos de Pesquisa*, n. 45, p. 66-71. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br//index.php/cp/article/view/1491>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- ARACHU, Castro; SAVAGE, Virginia. Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *Med Anthropol*, v. 38, n. 2, 2019, p. 123-136. doi: 10.1080/01459740.2018.1512984. Epub 2018 Nov 15. PMID: 30433822.
- ARACHU, Castro; SAVAGE, Virginia; KAUFMAN, Hannah. Assessing equitable care for indigenous and Afrodescendant women in Latin America, *Pan American Journal of Public Health*, v. 38, n. 2, 2015, pp. 96–109.
- ARONSON, Joshua; BURGESS, Diana; PHELAN, Sean; JUAREZ, Lindsay. Unhealthy interactions: The role of stereotype threat in health disparities. *American Journal of Public Health*, v. 103, n. 1, 2013, p. 50–56. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300828>.
- AZEVEDO, Celia Maria Marinho. Institucionalização da "Raça Negra" ou Luta contra o Racismo? *Revista Aulas*, v.1 n.3, 2007. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/view/1909>. Acesso em: 26 jan. 2021.
- AZEVEDO, Mônica das Graças. **Violência obstétrica: percepção de médicos e enfermeiros obstetras sobre suas práticas profissionais**. 2017. 171 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local). Centro Universitário UNA, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=5953955. Acesso em: 27 maio 2020.
- AZEVENDO, Vanessa *et al.* Transcrever entrevistas: questões conceituais, orientações práticas e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, n. 14, 2017. Disponível em <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3882/388255675017/388255675017.pdf>. Acesso em: 18 maio 2021.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, LDA, 2011.
- BARSTED, Leila. Lei Maria da Penha: uma experiência bem-sucedida de *advocacy* feminista. In: CAMPOS, Carmen Hein de (Org.). **Lei Maria da Penha comentada na perspectiva jurídico-feminista**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

BENKERT, Ramona; PETERS, Rosalinda; CLARK, Rodney; KEVES-FOSTER, Kathryn. Effects of perceived racism, cultural mistrust and trust in providers on satisfaction with care. *Journal of the National Medical Association*, v. 98, n. 9, 2006, p. 1532–1540.

BERLINGUER, Giovanni. A doença. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1988, in BRETAS, A C P e GAMBA, M. **A enfermagem e saúde do adulto**. (Org). São Paulo, Manole, 2006.

BERQUÓ, Elza; CAVENAGHI, Suzana. FECUNDIDADE EM DECLÍNIO. **Novos Estudos Cebrap**, n. 74, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/7dn53QcLMNVwF6xN3KptRgP/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BEUACHAMP, Tom Lamar; CHILDRESS, James Franklin. **Princípios de ética biomédica**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

BITTAR, Eduardo Carlos Bianca. **Metodologia da pesquisa jurídica: teoria e prática da monografia para os cursos de direito**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

BORBA, Amanda de Moura. A percepção de casais no período gestacional sobre violência obstétrica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 45, v. 45, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2923>. Acesso em: 27 de julho de 2021.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Porto: DIFEL; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/1996**. Trata das diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. [Internet]. Diário Oficial da União. 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>. Acesso em: 11 jan. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. [Internet]. Diário Oficial da União. 2012. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 11 jan.2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 maio 2020.

BRASIL. **Decreto 1.973, de 01º de agosto de 1996**. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm. Acesso em: 29 maio 2020.

BRASIL. **Decreto 678, de 06 de novembro de 1992**. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=315848. Acesso em: 29 maio 2020.

BRASIL. **Decreto 89.460, de 20 de março de 1984**. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, 1979. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-89460-20-marco-1984-439601-norma-pe.html>. Acesso em: 29 maio 2020.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 03 maio 2021.

BRASIL. **Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 03 maio 2021.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 07 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. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11108-7-abril-2005-536370-publicacaooriginal-26874-pl.html>. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf. Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/C%C3%B3pia-de-politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 19 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 5, de 28 de setembro de 2017**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em: 19 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Documento para Gestores e Trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf. Acesso em: 17 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf. Acesso em: 20 jan. 2021.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. Tradução: Luiz Roberto de Oliveira. São Paulo: Editora UNESP: Hucitec, 1991.

BRIGHENTE, Mirian Furlan; MESQUISA, Peri. Michel Foucault: **Corpos Dóceis e Disciplinados nas Instituições Escolares**. X Congresso Nacional de Educação, 2011. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2011/4342_2638.pdf. Acesso em: 25 jan. 2021.

BUJES, Maria Isabel Edelweiss. Descaminhos. In: COSTA, M. V. (Org.). **Caminhos investigativos II: Outros Modos de Pensar e Fazer Pesquisa em Educação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007. pp. 13-34.

BUSSAB, Wilton Oliveira; MORETTIN, Pedro Alberto. **Estatística Básica**, 6ª Edição. São Paulo: Saraiva, 2010.

BUTLER, Judith. **Undoing Gender**. New York: Routledge, 2004, 288 p.

BYRD, Michael., CLAYTON, Linda. Race, medicine, and health care in the United States: A historical survey. *Journal of the National Medical Association*, 93(3 Suppl.), 2001, 11S–34S.

CAMPOS, Carmen Hein; SEVERI, Fabiana Cristina; CASTILHO, Ela Wiecko Volkmer. Críticas Feministas ao Direito: uma análise sobre a produção acadêmica no Brasil. In: SEVERI, Fabiana Cristina; CASTILHO, Ela Wiecko Volkmer de; MATOS, Myllena Calasans de. (Orgs) **Tecendo fios das Críticas Feministas ao Direito no Brasil II: direitos humanos das mulheres e violências: volume 1**. Ribeirão Preto: FDRP/USP, 2020.

CANDIOTTO, CESAR. Cuidado da vida e dispositivos de segurança a atualidade da biopolítica. In: CASTELO BRANCO, Guilherme e VEIGA-NETO, Alfredo. (org). **Foucault: filosofia & política**. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

CARLOMAGNO, Márcio C.; ROCHA, Leonardo Caetano. Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, vol. 7, n. 1, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/politica/article/view/45771/28756>. Acesso em: 08 jul. 2021.

CARVALHO, José Alberto Magno de; BRITO, Fausto. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. **R. Bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 351-369, jul./dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/spzxsNkgnmMrR3m98gLG77p/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2021.

CARVALHO, Vanessa Franco *et al.* **Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil**. *Rev. Rene*, v. 11, n. especial, 2010. p. 92-98. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4667/3480>. Acesso em: 27 maio 2020.

CASTRO, Arachu. Witnessing Obstetric Violence during Fieldwork: Notes from Latin America. **Health and Human Rights**, v. 21, n. 1, 2019, p. 103-111. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6586976/>. Acesso em: 22 mar. 2022.

CASTRO, Edgardo. **O vocabulário de Michel Foucault**. Belo Horizonte: autentica, 2009.

CASTRO, Susana de. “Aposta Epistêmica”: O Feminismo Descolonial de Yuderkys Espinosa Miñoso. **Revista Ideação**, v. 1, n. 42, 2020. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/revistaideacao/article/view/5486>. Acesso em: 05 jun. 2021.

CECHIN, Petrolina Libana. Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. **Rev. Bras. Enferm**, v. 55, n.4, 2002, p. 444-448. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v55n4/v55n4a15.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2021.

CHADWICK, Rachelle. Ambiguous subjects: Obstetric violence, assemblage and South African birth narratives. **Feminism e Psychology**, 2017. <https://doi.org/10.1177/0959353517692607>.

CHADWICK, Rachelle. **Bodies that birth: Vitalizing birth politics**. Routledge, 2018.

CHADWICK, Rachelle. Obstetric violence in South Africa. **South African Medical Journal**, 106(5), 2016, 423–424.

CHADWICK, Rachelle; COOPER, Diane; HARRIES, Jane. Narratives of distress about birth in South African public maternity settings: A qualitative study. **Midwifery**, 30, 2014, 862–868. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.014>.

CHATTOPADHYAY, Sreeparna; MISHRA, Arima; JACOB, Suraj. “Safe,” yet violent? Women’s experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India. **Culture, Health and Sexuality**, v. 20, n. 7, 2017, 815–829. <http://doi.org/10.1080/13691058.2017.1384572>.

CHERNIAK, Donna; FISHER, Jane. Explaining obstetric interventionism: Technical skills, common conceptualisations, or collective countertransference? **Women’s Studies International Forum**, v. 31, n. 4, 2008, p. 270–277. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2008.05.010>

CIELLO, Cariny, *et al.* **Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres**. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, 2012.

Disponível em:

<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2021.

CORBEIL, Christine; MARCHAND, Isabelle. (Eds.). **L’intervention féministe d’hier à aujourd’hui. Portrait d’une pratique sociale diversifiée** [Feminist intervention from yesterday to today. Portrait of a diversified social practice]. Les éditions du remue-ménage, 2010.

CORDEIRO, Débora Cristina da Silva. POR QUE ALGUMAS MULHERES NÃO DENUNCIAM SEUS AGRESSORES? **CSONline – Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Juiz de Fora, n. 27, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/17512>. Acesso em: 28 jul. 2021.

COSTA, Fabrício Donizete da; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de

Janeiro, v. 34, n. 2, 2010, p. 261-269. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000200010>.

CRENSHAW, Kimberle. Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, v. 43, n. 6, 1991, p. 1241–1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>

CUEVAS, Marbella Camacaro. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica. **Revista venezolana de estudios de la mujer**, v.14, n.32, 2009. Disponível em: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100011. Acesso em: 19 jan. 2021.

CUNHA, Alexandre dos Santos. SILVA, Paulo Eduardo Alves da Silva. (Orgs.). **Pesquisa Empírica em Direito: Anais do I Encontro de Pesquisa Empírica em Direito**. Rio de Janeiro: IPEA, 2013. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2377/1/Livro_pesquisa%20empirica%20em%20direito.pdf. Acesso em: 17 jan. 2021.

CURITIBA. **Lei 14.598, de 16 de janeiro de 2015**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Curitiba. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pr/c/curitiba/lei-ordinaria/2015/1459/14598/lei-ordinaria-n-14598-2015->. Acesso em: 27 maio 2020.

CURITIBA. **Lei 14.824, de 18 de abril de 2016**. Dispõe sobre a presença de "Doulas" durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nas maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, do Município de Curitiba. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pr/c/curitiba/lei-ordinaria/2016/1482/14824/lei-ordinaria-n-14824-2016-dispoe-sobre-a-presenca-de-doulas-durante-o-trabalho-de-parto-parto-e-pos-parto-imediato-nas-maternidades-casas-de-parto-e-estabelecimentos-hospitalares-congengeres-do-municipio-de-curitiba>. Acesso em: 29 maio 2020.

DAVIS, Dána-Ain. Obstetric racism: The racial politics of pregnancy, labor, and birthing. **Medical Anthropology**, v. 38, n. 7, 2019, p. 560–573. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, p. 5-23. Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/the_technocratic_humanistic_and_holistic_paradigms_of_childbirth.pdf. Acesso em: 19 jan. 2021.

DECLERCQ, Eugene; SAKALA, Carol; CORR, Maureen, et al. Major Survey findings of Listening to Mothers III: Pregnancy and Birth. **The Journal of Perinatal Education**, v. 23, n. 1, 2014, 9–16.

DENZIN, Norman Kent; LINCOLN, Yvonna Sessions, editors. **The SAGE Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

DIADEMA. **Lei 3.363 de 01 de outubro de 2013**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no

Município de Diadema. Disponível em:
http://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/leis_integra.php?chave=336313. Acesso em: 02 maio 2021.

DIAZ, Elias. **Sociología y Filosofía del Derecho**. Madrid: Taurus, 1992.

DOVIDIO, John; PENNER, Louis; ALBRECHT, Terrance; NORTON, Wynne; GAERTNER, Samuel; SHELTON, Nicole. Disparities and distrust: The implications of psychological processes for understanding racial disparities in health and health care. **Social Science & Medicine**, v. 67, n. 3, 2008, p. 478–486. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.019>.

EPSTEIN, Lee; KING, Gary. **Pesquisa empírica em direito: as regras de inferência**. São Paulo: Direito GV, 2013 (Coleção acadêmica livre). Título original: The rules of inference. – Vários tradutores. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/11444>. Acesso em: 30 maio 2020.

EVANS, Robert G; STODDART, Gregory L. Producing health, consuming health care. **Soc Sci Med**, v. 31, n.12, p. 1347-1363, 1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2126895/>. Acesso em: 19 jan. 2021.

FARAH DIAZ-TELLO, J. D. “Invisible Wounds: Obstetric Violence in the United States.” **Reproductive Health Matters**, v. 24, n. 47, Taylor & Francis, Ltd., 2016, pp. 56–64, <https://www.jstor.org/stable/26495891>.

FEITOZA, Sabine Rodrigues *et al.* Violência obstétrica: uma revisão da produção científica. **ReTEP - Revista Tendências da Enfermagem Profissional**, v. 9, p. 2196-2203, 2017. Disponível em: <https://unimax.edu.br/wp-content/uploads/2019/08/JACOB-L.-M.-S.-et-al.-Sa%3%bade-penitenci%3%a1ria-sob-enfoque-de-g%3%aanero-no-Brasil.-2017-revista-completa.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas>. Acesso em: 20 jan. 2021.

FLANIGAN, Jessica. Obstetric Autonomy and Informed Consent. **Ethic Theory Moral Prac** (2016) 19:225-244. DOI 10.1007/s10677-015-9610-8.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009a.

FLICK, Uwe. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009b.

FONSECA, Cláudia. A mulher valente. **Horizontes Antropológicos**, v. 1, 1995, p. 113-30.

FONSECA, Cláudia. **Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares**. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRS, 2000.

FONSECA, Cláudia. Lá onde, cara pálida? Pensando as glórias e os limites do campo etnográfico. **Revista Mundaú**, 2017, n. 2, p. 96-118. Disponível em:

<https://www.seer.ufal.br/index.php/revistamundau/article/view/3148>. Acesso em: 25 jan. 2021.

FONSECA, Cláudia. **O anonimato e o texto antropológico: dilemas éticos e políticos da etnografia “em casa”**. In: SCHUCH, P.; VIEIRA, M. S.; PETERS, R. (Eds.). *Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, p. 205– 227, 2010. Disponível em: <http://ole.uff.br/wp-content/uploads/sites/16/2017/05/Claudia-Fonseca.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2021.

FONSECA, Cláudia. Quando cada caso NÃO é um caso. *Pesquisa etnográfica em Educação. Revista Brasileira de Educação*, São Paulo, n. 10, 1998.

FONSECA, João Paulo Ayub. **Poder, biopolítica e governamentalidade em Michel Foucault**. Dissertação (Mestrado Sociologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, p., 109, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/VCSA-8BNR2J>. Acesso em: 25 jan. 2021.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p.17-27, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>. Acesso em: 30 maio 2020.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. 3.ed. São Paulo: Loyola, 1996.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos**. Ética, sexualidade, política. MOTTA, Manoel Barros da (Org.). Tradução de Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. v. 5.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975- 1976)**. M. E. Galvão (Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Estratégia, poder-saber: Ditos e escritos**. Vol. IV. 2.ed. Trad. Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Ética, sexualidade, política**. E. Monteiro; I. Barbosa, Trad. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, p. 240-251.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: A vontade de saber (Vol. 1)**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1977.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Trad.: Roberto Machado. 25. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FOUCAULT, Michel. Sexualidade e Poder. In: FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos**, v. IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: o nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 117-119.

FREITAS, Felipe Sampaio; BARROS, Roberto, A.P. Notas sobre biopolítica: organicismo e politicismo antecedentes a Michel Foucault. **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, v. 12, n. 1, 2019, p. 109-122. DOI: 10.18468/pracs.2019v12n1.p109-122.

FREITAS, Lorena Martoni. A Crítica de Spivak à Foucault. **Revista Húmus**, v. 10, n.29, 2020, p. 25-42. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahumus/article/view/13967>. Acesso em: 25 jan. 2021.

FUNCIA, Francisco Rózsa. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n.12, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”**, 2010. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf. Acesso em: 26 maio 2020.

GIACOMONI, Marcello Paniz; VARGAS, Anderson Zalewski. Foucault, a Arqueologia do Saber e a Formação Discursiva. **Veredas – Revista de Estudos Linguísticos**, p. 119-129, 2010. Disponível em: <http://www.ufjf.br/revistaveredas/files/2010/04/artigo-09.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre, Artmed; 2009.

GOLDMAN, Lucien. **Ciências humanas e filosofia**: o que é sociologia? Tradução de Lupe Cotrim Garaude; José Arthur Giannotti. 12ª edição, Bertrand Brasil, Rio de Janeiro, 1993.

GOODYEAR-SMITH, Felicity; Buetow, Stephen. Power issues in the doctor-patient relationship. **Health Care Analysis**, v. 9, 2001, 449–462.

GUIRALDELLO, Lidiane; LASCALA, Maysa Rocha; GREEN, Marcia Cristina Taveira Pucci. Análise da frequência e percepção sobre violência obstétrica e suas repercussões ético-legais. **Revista científica da fundação educacional de Ituverava**, v. 16, n. 1, 2019. Disponível em: <http://www.nucleus.feituverava.com.br/index.php/nucleus/article/view/3534>. Acesso em: 27 jul. 2021.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; DIAS, Maria Tereza Fonseca; NICÁCIO, Camila Silva. **Repensando a pesquisa jurídica**: teoria e prática. 5ª Edição Revista, Ampliada e Atualizada. São Paulo: Almedina, 2002.

GUTIÉRREZ, Raquel; SALAZAR LOHMAN, Huáscar. Reproducción comunitaria de la vida: pensando la transformación social en el presente. **El Apantle: revista de estudios comunitarios**, Puebla (México), Sociedad Comunitaria de Estudios Estratégicos, n. 1, octubre 2015, p. 15-50. Disponível em: https://www.biodiversidadla.org/Documentos/Comun_para_que. Acesso em: 06 mar. 2021.

HAUT CONSEIL À L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES. (2018). **Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical**. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme [Sexist acts during gynecological and obstetrical follow-up, from remarks to violence, the need to recognize, prevent and condemn sexism]. 2018. Disponível em: http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrica_l_20180629.pdf. Acesso em: 06 mar. 2021.

HUR, Domenico Uhg. Da biopolítica à noopolítica: contribuições de Deleuze. **Lugar comum**, n. 40, p. 201-215, 2013. Disponível em: http://uninomade.net/wp-content/files_mf/111012130335Da%20biopol%C3%ADtica%20%C3%A0%20noopol%C3%ADtica%20contribui%C3%A7%C3%B5es%20de%20Deleuze%20-Domenico%20Hur.PDF. Acesso em: 25 jan. 2021.

JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa., MODENA, Celina Maria. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, 2018, e3069. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>.

JEREZ, Celeste Mariel. **Partos “humanizados”, clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos**. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2015.

KOCH, Ingedore Grunfeld Villaça. **A inter-ação pela linguagem**. 4. ed. São Paulo: Contexto, 1998.

KUKURA, Elizabeth. Obstetric violence. **Georgetown Law Journal**, v. 106, 2018, 721–801.

LAKATOS, Eva Maria & MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa**. 3a edição. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

LANSKY, Sônia et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/66HQ4XT7qFN36JqPKNCPrjj/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2021.

LAPPEMAN, Maura; SWARTZ, Leslie. How Gentle Must Violence Against Women Be in Order to Not Be Violent? Rethinking the Word “Violence” in Obstetric Settings. **Violence Against Women**, v. 27, n. 8, 2021, p. 987-1000.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983, p. 133-158.

LAZZARATO, Maurizio. **Políticas del acontecimiento**. Buenos Aires, Argentina: Tinta Limón ediciones, 2006.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005. Acesso em: 09 mar. 2021.

LEAL, Maria do Carmo; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; Vilellas, Elaine Fernandes; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; GAMA, Silvana Granado Nogueira. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n.8, 2020, p. 1-12. Disponível em: http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/1518-8787-rsp-54-8/1518-8787-rsp-54-8-pt.x67403.pdf. Acesso em: 19 jan. 2021.

LEITE, Maria Clara Pereira; MENDES, Daniela do Carmo Oliveira; MENDES, Priscila Aguiar. Perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres vítimas de violência obstétrica no médio norte Matogrossense. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 10, 2020, 77230-77249. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/18078>. Acesso em: 27 jul. 2021.

LÉVESQUE, Sylvie; BERGERON, Manon; FONTAINE, Lorraine; BEAUCHEMIN-ROY, Sarah. **Violence against women during childbirth in healthcare settings: A conceptual analysis**. Paper presented at the Fifth International Conference on Violence in the Health Sector, Broadening our view—responding together, Dublin, Ireland, 2016.

LÉVESQUE, Sylvie; BERGERON, Manon; FONTAINE, Lorraine; ROUSSEAU, Catherine. La violence obstétricale dans les soins de santé: une analyse conceptuelle [Obstetric violence in health care settings: A conceptual analysis]. **Recherches Féministes**, v. 31, n. 1, 2018, 219–238.

LÉVESQUE, Sylvie; FERRON-PARAYRE, Audrey. To Use or Not to Use the Term “Obstetric Violence”: Commentary on the Article by Swartz and Lappeman. **Violence Against Women**, v. 27, n. 8, 2021, 1009-1018. doi:10.1177/10778012211996456.

LIMA, Fátima. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, v. 70, n. spe, 2018, p. 20-33. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000400003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso: 25 jan. 2021.

LIMA, Fátima. Vidas pretas, processos de subjetivação e sofrimento psíquico: Sobre viveres, feminismo, interseccionalidades e mulheres negras. In: Pereira, M. O., & Gouvea, R. (Orgs.). **Luta manicomial e feminismos: Discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira** (pp. 70-85). Rio de Janeiro, RJ: Autografia, 2017.

LUA, Iracema *et al.* Autoavaliação negativa da saúde em trabalhadoras de enfermagem da atenção básica. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, 2018, 1.301-1.319. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/vgqDwGCpqtZ7pnyHh4s76SC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

MACHADO, Maria Helena. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244 p.

MAGALHÃES, Marcos Nascimento; LIMA, Antônio Carlos Pedroso. **Noções de Probabilidade e Estatística**. São Paulo: EDUSP, 2013.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MAXWELL, Joseph Alex. **Qualitative research design: An interactive approach** (2nd ed.). Thousand Oaks, UK: Sage, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/43220402_Qualitative_Research_Design_An_Interactive_Approach_JA_Maxwell. Acesso em: 04 mar. 2021.

MCLEMORE, Mônica; ALTMAN, Molly; COOPER, Norlissa; WILLIAMS, Shanell; RAND, Larry; FRANCK, Linda. Health care experiences of pregnant, birthing and postnatal women of color at risk for preterm birth. **Social Science & Medicine**, 210, 2018, p. 127–135. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.02.013>

MINAS GERAIS. Câmara dos deputados. **Projeto de Lei n. 7.867/2017**. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>. Acesso em: 15 mar. 2021.

MINAS GERAIS. **Lei 23.175, de 21 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=372848>. Acesso em: 02 maio 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 2a edição. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 6a Edição. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos; CONSTANTINO, Patrícia; SANTOS, Nilton César. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In. MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2005, p.71-104.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silva Maria. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

NARVAI, Paulo. Capel; PEDRO, Paulo Frazão São. Práticas de saúde pública. In: **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 269-297.

NASCIMENTO, Mariangela. Soberania, Poder E Biopolítica: Arendt, Foucault E Negri. **Griot – Revista de Filosofia**, v. 6, n.2, 2012, p. 153-169. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/griot/article/view/529>. Acesso em: 15 jan. 2021.

NASCIMENTO, Silvana Jesus do. **Circulação de crianças guarani e kaiowá: entre políticas e moralidades**, 2020. 221 f. Tese [Antropologia Social], 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/214020/001118294.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 abr. 2022.

NICOLACI-DA-COSTA, Ana Maria. O campo da pesquisa qualitativa e o Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS). **Psicologia: Reflexão & Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, 2007, p. 65-73. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000100009. Acesso em: 04 mar. 2021.

NIXON, Rob. **Slow violence and the environmentalism of the poor**. Harvard University Press, v. 13, 2011. Disponível em: <https://southwarknotes.files.wordpress.com/2018/10/slow-violence-andthe-environmentalism-of-the-poor.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2021.

NUSSBAUM, Martha. **Symposium on Amartya Sen's philosophy: 5 Adaptive preferences and women's options**. *Economics and Philosophy*, 17(1), 67-88.

OBERMAN, Adam M. Mothers and doctors' orders: unmasking the doctor's *fiduciary* role in maternal-fetal conflicts. **Northwestern University Law Review**, v. 94, n. 2, 2000, p. 451–501.

OLIVEIRA, Ana Maria *et al.* Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, n. 2, p.433-439, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/vWDWmG8Zrc33JXmMjZsBVYJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2021.

OLIVEIRA, Denize Cristina. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 569-576, 2008.

OLIVEIRA, Marta Olivia Rovedder *et al.* Uma comparação entre entrevistas face to face e entrevistas on-line via chat, aplicando-se a técnica Laddering. **Gestão & Regionalidade**, v. 25, n.75, 2009. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_gestao/article/view/195. Acesso em: 10 jul. 2021.

OLIVEIRA, Rannife Augusta Carvalho Mastub. Parto, Mercado e Violência – Uma Análise Discursiva. **Tropos: Comunicação, Sociedade e Cultura**, v. 6, n.1, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufac.br/index.php/tropos/article/view/1226>. Acesso em: 28 maio 2020.

OLIVEIRA, Rosane Cristina; CAVALCANTI, Eliane Cristina Tenório. Políticas públicas de combate à violência de gênero a rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. **Revista de Pesquisa Interdisciplinar**, v. 2, 2017, p. 192-206. Disponível em: <http://revistas.ufcg.edu.br/cfp/index.php/pesquisainterdisciplinar/article/view/194>. Acesso em: 15 mar. 2021.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n.2, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-

07072017000200331&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estratégias da OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**, 2013. Disponível em:

https://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/. Acesso em: 25 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence**. Suíça: OMS; 2013. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>. Acesso em: 19 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **IV Conferência Mundial sobre a Mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**, 2014. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=02BF737CB61D322FD231EB38D4B8CE14?sequence=3. Acesso em: 09 mar. 2021.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório de Flexner: para o bem e para o mal. **Rev Bras Educ Med**, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/QDYhmRx5LgVNSwKDKqRyBTy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2021.

PARANÁ. **Lei 19.701, de 20 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. Disponível em:

<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=369582>. Acesso em: 03 maio 2020.

PEDROZA, Maisa Campos Guimarães e Regina Lucia Sucupira. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, 2015, p. 256-266. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n2/1807-0310-psoc-27-02-00256.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2021.

PEIRANO, Mariza. Etnografia não é método. Espaço Aberto, **Horiz. Antropol**, v. 20, n. 42, 2014. <https://doi.org/10.1590/s0104-71832014000200015>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ha/a/n8ypMvZZ3rJyG3j9QpMyJ9m/?lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 2022.

PENNER, Louis A.; HAGIWARA, Não; EGGLY, Susan; GAERTNER, Samuel L.; ALBRECHT, Terrance L., Dovidio, John F. Racial healthcare disparities: A social psychological analysis. **European Review of Social Psychology**, v. 24, n. 1, 2013, p. 70–122. <https://doi.org/10.1080/10463283.2013.840973>

PERNAMBUCO. **Lei 16.499, de 06 de dezembro de 2018**. Estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puerpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco. Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/Paginas/texto.aspx?id=41220>. Acesso em: 03 maio 2021.

PETCHESKY, Rosalind. Owing and disowning the body: a reflection. In: BAKSH, Rawwida.; HARCOURT, Wendy. **The Oxford Handbook of Transnational Feminist Movements**. Nova Iorque: Oxford University Press, 2015, p. 252-270.

PICKLES, Camilla. **Eliminating abusive ‘care’**: a criminal law response to obstetric violence in South Africa. *SA Crime Quarterly*, Pretoria, n. 54, p. 5-16, 2015. Disponível em: <https://www.ajol.info/index.php/sacq/article/view/127746>. Acesso em: 27 maio 2020.

PRATHER, Cynthia; FULLER, Taleria R.; MARSHALL, Khiya J.; JEFFRIES, William L. The impact of racism on the sexual and reproductive health of African American women. **Journal of Women’s Health**, v. 25, n. 7, 2016, 664–671. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5637>.

PRETI, Dino. (org) **O discurso oral culto 2ª**. ed. São Paulo: Humanitas Publicações – FFLCH/USP, 1999. 224p.

PRIORE, Mary Del. **Ao sul do corpo**: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. 2 ed. São Paulo; editora UNESP, 2009.

QUIJANO, Aníbal. “Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina”. In: **Colonialidad del saber, Eurocentrismo y Ciencias Sociais**. Buenos Aires: Clasco-Unesco, 2000.

REBELLO, Maria Tereza Maia Penido; RODRIGUES NETO, João Felício. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. **Rev. bras. educ. med**, v. 36, n. 2, 2012, p.188-197. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000400006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 jan. 2021.

RELACAHUPAN - Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento, 2017. Disponível em: www.soniacavia.com.ar/relacahupan.com.ar/lared.html. Acesso em: 10 nov. 2017.

REIGADA, Carolina Lopes de Lima; ROMANO, Valéria Ferreira. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n.3, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/6mk4Hsqvwf9kKcdfKFKMv6y/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, 20, 2004, p. 438-46. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wVPbHKyx9zyYKLMN7C6dCdh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2021.

RIBEIRO, José M. Arranjos Neocorporativos e Defesa de Interesses do Médicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 1993, p. 05-20. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/1993.v9n1/05-20/pt>. Acesso em: 27 maio 2020.

RIO DE JANEIRO. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n. 7.633/2014**. PL 7.633/2014:

Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>. Acesso em: 15 mar. 2021.

RIO DE JANEIRO. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n. 8.219/2017**. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2147144>. Acesso em: 15 mar. 2021.

RIVARD, Andrée. **Histoire de l'accouchement dans un-Québec moderne** [History of childbirth in a modern Quebec]. Les éditions du remue-ménage, 2014.

ROCHA, Décio; DEUSDARÁ, Bruno. **Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória**. Alea, Universidade Federal do Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2005, p. 305-322.

ROCHA, Dilson Brito. Agamben Leitor de Foucault: ponderações sobre a biopolítica. **Revista Lampejo**, v. 8, n.1, 2019, p. 95-113. Disponível em: http://revistalampejo.apoenafilosofia.org/?page_id=1582. Acesso em: 25 jan. 2021.

RODRIGUES, Renê Chiquetti; SANTOS, Diego Prezzi; CARNIO, Henrique Garbellini. Biopolítica e Filosofia em Roberto Esposito: Considerações Introdutórias. **Direito & Práxis**, Rio de Janeiro, Ahead of print. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/25136/21609>. Acesso em: 25 jan. 2021.

RONDÔNIA. **Lei nº 4.173, de 08 de novembro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica, no Estado de Rondônia. Disponível em: <http://ditel.casacivil.ro.gov.br/COTEL/Livros/Files/L4173.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

ROTER, Debra; HALL, Judity. **Doctors Talking with Patients/ Patients Talking with Doctors: improving Communication in Medical Visit**. 2th ed. London: Praeger; 2006. Disponível em: https://www.academia.edu/34326725/Doctors_Talking_with_Patients_Patients_Talking_with_Doctors_IMPROVING_COMMUNICATION_IN_MEDICAL_VISITS. Acesso em: 28 jul. 2021.

ROSS, Loretta J.; SOLINGER, Rickie. **Reproductive Justice: an Introducion**. California: University of California Press, 2017.360p.

ROTH, Louise; HEIDBREder, Nicole; HENLEY, Megan et al. **Maternity support survey: a report on the cross-national survey of doulas, childbirth educators and labor and delivery nurses in the United States and Canada**. [Internet]. 2014. Disponível em: <https://maternitysurvey.files.wordpress.com/2014/07/mss-report-5-1-14-final.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

RUBIN, Herbert J.; RUBIN, Irene S. **Qualitative interviewing: The art of hearing data** (2.

ed.). Thousand Oaks, CA: Sage, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/269951842_Book_Review_Qualitative_Interviewing_The_Art_of_Hearing_Data. Acesso em: 04 mar. 2021.

SADLER, Michelle; SANTOS, Mário; RUIZ-BERDÚN, Dolores; ROJAS, Gonzalo Leiva; SKOKO, Elena; GILLEN, Patrícia; CLAUSEN, Jette. Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. **Reproductive Health Matters**, v. 24, n. 47, 2016, p. 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>.

SADLER, Michelle *et al.* Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. **Reprod Health Matters**, v. 24, n. 47, 2016, p. 47-55. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27578338/>. Acesso em: 30 maio 2020.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Primórdios do conceito de gênero. **Cadernos Pagu**, n. 12, 1999. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634812>. Acesso em: 17 jan. 2021.

SALDAÑA, Johnny. **The coding manual for qualitative researchers**. 3rd ed. London: Sage, 2016.

SALM WARD, Trina; MAZUL, Maria; NGUI, Emmanuel; BRIDGEWATER, Farrin; HARLEY, Amy. “You learn to go last”: Perceptions of prenatal care experiences among African-American women with limited incomes. *Maternal and Child Health Journal*, v. 17, n. 10, 2013, p. 1753–1759. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1194-5>

SALTER, Cynthia L. et al. Naming Silence and Inadequate Obstetric Care as Obstetric Violence is a Necessary Step for Change. **Violence Against Women**. 2021 Jun;27(8):1019-1027. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33663282/>. Acesso em: 22 mar. 2022.

SAMUELS, Terri-Ann; MINKOFF, Howard; FELDMAN, Jose et al. Obstetricians, health attorneys, and court-ordered cesarean sections. **Women's Health Issues**, v. 17, n. 2, 2007, p. 107–114.

SANDIM, Natália de Carvalho. **Nível do conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica**. 2017. 30 f. Monografia (graduação) - Faculdade De Ciências Da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/11454>. Acesso em: 16 mar. 2021.

SANTA CATARINA. **Lei nº. 17.097, de 17 de janeiro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, SC. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 16 mar. 2021.

SARDENBERG, Cecília Maria Bacellar; TAVARES, Márcia Santana. (Orgs). **Violência de gênero contra mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento** [online]. Salvador: EDUFBA, 2016. Bahianas collection, vol. 19. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/q7h4k>. Acesso em: 17 jan. 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. *Direitos*

Fundamentais em espécie. In: **Curso de Direitos Constitucional**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012.

SARMENTO, Caroline Silveira. “**Por que não podemos ser mães?**”: tecnologias de governo, maternidade e mulheres com trajetória de rua. 2020. 171 f. Dissertação [Mestrado em Antropologia], 2020. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/212984/001116011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 abr. 2022.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança**. São Paulo: Hucitec; 2008.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Porto Alegre: Educação e Realidade, 1995.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica**. Recife: SOS Corpo e Cidadania, 1990.

SCOTT, Karen; BRITTON, Laura; MCLEMORE, Mônica. The ethics of perinatal care for black women. **Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v. 33, n. 2, 2019, p. 108–115. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000394>.

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v. 23, n. 3, 2019, p. 1-16. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100277. Acesso em: 19 jan. 2021.

SENTIDOS DO NASCER. **A história do nascimento**. Belo Horizonte, 10 maio 2015. Disponível em: <http://www.sentidosdonascer.org/>. Acesso em: 27 maio 2020.

SERAPIONI; Mauro; TESSER, Charles Dalcanale. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. **Saúde Debate**, v. 43, n. especial 5, 2019, p. 44-57. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43nspe5/0103-1104-sdeb-43-spe05-0044.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SHABOT, Sara Cohen. Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. **Human Studies**, v. 39, n. 2, 2016, p. 231-247. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10746-015-9369-x>. Acesso em: 30 maio 2020.

SHAPIRO, Johanna. “Violence” in medicine: Necessary and unnecessary, intentional and unintentional. **Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine**, v. 13, n. 7, 2018, p. 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13010-018-0059-y>.

SHAW, Rhonda. **Feminist Theory**, SAGE Publications (London, Thousand Oaks, CA and New Delhi) v. 3, n. 2, 2002, 131–149. [1464-7001 (200208) 3:2; 131–149; 026341].

SILVA, Cléber Domingos Cunha. Informação em saúde: produção, consumo e biopoder. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, 2013, p. 3083-3090. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2013.v18n10/3083-3090/pt/>. Acesso em: 25 jan. 2021.

SILVA; Everlane Suane de Araújo; PAES, Neir Antunes; SILVA, Cesar Cavalcanti. Efeitos dos programas governamentais e da fecundidade sobre a mortalidade infantil do Semiárido brasileiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, 2018, p. 138-147. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0138.pdf. Acesso em: 27 jul. 2021.

SILVA, Iramildes Souza; ARANTES, Cássia Irene Spinelli. Power relations in the family health team: focus on nursing. **Rev Bras Enferm**, v.70, n.3, 2017, p.580-587. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0171>.

SILVA, Itala Maria Bazzarelli Pereira. **A relação conflituosa entre médicos e enfermeiras no contexto hospitalar [tese]**. São Paulo: Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Pontífice Universidade Católica de São Paulo; 2006. Disponível em: <http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/19/arelacaoconflituosaentremedicoseenfermeirasnocontextohospitalar.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SILVA, Lucas Trindade. **Biopolítica e o enunciado da autonomização das esferas sociais**. 2018. 328 f. Tese [Doutorado em Sociologia] – Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/32140/1/2018_LucasTrindadedeSilva.pdf. Acesso em: 11 mar. 2021.

SILVA, Raimunda Magalhães *et al.*, Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). **Saúde Sociedade**, v. 25, n. 1, 2016, p. 108-120. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00108.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SIONEK, Luiza; ASSIS, Dafne Thaissa Mineguel; FREITAS, Joanneliese de Lucas. “Se eu soubesse, não teria vindo”: implicações e desafios da entrevista qualitativa. **Psicol. estud.**, v. 25, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/88csRhmNGynh6X63TgKp9mD/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

SIPIÃO, Jordânia Pinto; VITAL, Bruna Valesca S. Carneiro. Violência Obstétrica: O silêncio das inocentes. **Anais do XIII Encontro de Pesquisa e Extensão da Faculdade Luciano Feijão**. Sobral-CE, 2015. Disponível em: <https://docplayer.com.br/73673545-Violencia-obstetrica-o-silencio-das-inocentes.html>. Acesso em: 15 abr. 2022.

SOUSA, Juliane Gomes de; PINHO, Maria José de. Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade como fundamentos na ação pedagógica: aproximações teórico-conceituais. **Revista Signos**, Lajeado, ano 38, n. 2, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.22410/issn.1983-0378.v38i2a2017.1606>.

SOUZA, Helder Félix Pereira de. A perspectiva biopolítica de Agamben: alguns conceitos para se (re)pensar o direito atual. **Revista Eletrônica Direito e Política**, Itajaí, v.9, n.1, 2014. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rdp/article/view/5761>. Acesso em: 25 jan. 2021.

SOUZA, Patrícia Alves; ROS, Marco Aurélio. Os motivos que mantêm as mulheres vítimas

de violência no relacionamento violento. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, EDUFSC, n. 40, 2006, p. 509-527. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/17670>. Acesso em: 28 jul. 2021.

STANTON, Mary Ellen; GODOI, Aparajita. **WHO/HRP special supplement on understanding mistreatment of women during childbirth to improve quality of care**. Disponível em: https://gh.bmj.com/content/5/Suppl_2. Acesso em: 02 abr. 2022.

TAYLOR, Keith. Paternalism, participation and partnership: the evolution of patient centeredness in the consultation. **Patient Educ Couns**, v. 74, n. 2, 2009, p.150-155. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18930624/>. Acesso em: 28 jul. 2021.

TAYLOR, Stephanie. Locating and conducting discourse analytic research. In M. Wetherell, S. Taylor, & S. J. Yates (Eds.), **Discourse as data: A guide for analysis**. London: Sage, 2001.

TEIXEIRA, Patrícia Costa *et al.* Percepção das parturientes sobre violência obstétrica: A dor que querem calar. **Revista Nursing**, v. 23, n. 261, 2020, p. 3607-3615. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/261/pg52.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2021.

TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; DINIZ, Simone Grilo. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Família Comunidade**, v. 10, n. 35, 2015, p. 1-12. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013).

TOLTON, Laura; SIGNORELLI, Marcos Claudio. Obstetric violence and human development: knowledge, power and agency in Colombian women's birth stories. **Guaju, Matinhos**, v. 4, n. 2, 2018, p. 164-186. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/guaju/article/view/57866>. Acesso em: 15 mar. 2020.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

VEDAM, Sarasvathi; STOLL, Kathrin; TAIWO, Tanya; RUBASHKIN, Nicolau; CHEYNEY, Melissa; STRAUSS, Nan; McLemore, Mônica; CADENA, Micaela; NETHERY, Elizabeth; RUSHTON, Leonor; SCHUMMERS, Laura; DECLERCQ, Eugene. The Giving Voice to Mothers study: Inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. **Reproductive Health**, v. 16, n. 1, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>

VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violência**, 2007. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em: 03 maio 2021.

VERONESE, Alexandre. **O Problema da Pesquisa Empírica e sua baixa integração na área do Direito**: uma perspectiva brasileira da avaliação dos cursos de pós-graduação do Rio de Janeiro, 2006. XV Congresso Nacional do CONPEDI. Disponível em: http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/bh/alexandre_veronese2.pdf. Acesso em: 17 jan. 2021.

- VICTORA, Cesar Gomes *et al.*. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, v. 377, 2011, p. 32-46. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4.
- VÍTIMAS da violência obstétrica: o lado invisível do parto. **Revista Época**, ago. 2015. Disponível em: <https://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/08/vitimas-da-violencia-obstetrica-o-lado-invisivel-do-parto.html>. Acesso em: 15 abr. 2022.
- VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter. Comentários ao artigo 19 do Estatuto da Pessoa com Deficiência. In: BARBOZA, Heloisa Helena; ALMEIDA, Vítor Almeida (org.). **Comentários ao Estatuto da Pessoa com Deficiência à luz da Constituição da República**. Belo Horizonte: Fórum, 2018. p. 119- 126.
- VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter. **Direito ao acompanhante, violência obstétrica e poder familiar**. Pensar, Fortaleza, v. 25, n. 14, jan./mar. 2020, p. 1-12. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/10093>. Acesso em: 15 abr. 2022.
- VOGEL, Joshua P.; BOHREN, Meghan A.; TUNÇALP, Özge; OLADAPO, Oladapo; GULMEZOGLU, Metin. Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 123, n. 5, 2016, 671–674. <http://doi.org/10.1111/1471-0528.13750>.
- WAISELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Volência 2015: Homicídio de Mulheres no Brasil, 2015**. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf. Acesso em: 19 jan. 2021.
- WEISS, Robert S. **Learning from strangers: The art and method of qualitative interview studies**. New York: The Free Press, 1994.
- WILLIAMS, C. R., JEREZ, C., KLEIN, K., CORREA, M., BELIZÁN, J. M., & CORMICK, G. Obstetric violence: A Latin American legal response to mistreatment during childbirth. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 125, n. 10, 2018, 1208–1211. <http://doi.org/10.1111/1471-0528.15270>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth**. Geneva: WHO; 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf;jsessionid=31981DC8983DDBE1EB74BACE02EC0BBE?sequence=1. Acesso em: 27 maio 2021.
- YIN, Robert. **Estudo de caso: Planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2015.
- ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; CRUZ, Murilo Galvão Amancio. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface (Botucatu)**, 2018, v.22, n.66, p.721-731. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000300721#B7 Acesso em: 11 jan. 2021.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Rubricas (assinaturas)	
Participante da Pesquisa	 _____
Pesquisador que aplicou o TCLE:	_____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Taysa Schiocchet – professora do Setor de Ciências Jurídicas e Suéllyn Mattos de Aragão – aluna de pós graduação do Programa de Pós Graduação em Direito da Universidade Federal do Paraná, convidamos você, gestante, profissional de saúde e/ou gestor em saúde, a participar do estudo intitulado “Práticas discursivas e dimensão jurídica da violência obstétrica: entre o direito e a genealogia do poder”, que trata da questão da violência praticada por profissionais de saúde contra gestantes. A importância da pesquisa reside no fato de que, ao compreender mais profundamente as raízes da violência obstétrica, há maior possibilidade de se encontrar mecanismos mais eficazes para sua prevenção, seu enfrentamento e combate.

O objetivo desta pesquisa é investigar as causas sociais e culturais ligadas à violência contra gestantes praticada por profissionais de saúde.

Caso você participe da pesquisa, será necessário realizar uma entrevista individual a ser realizada virtualmente (via internet, *on line*), com a pesquisadora que lhe fez o convite. Caso você aceite, antes de participar, será necessário assinar esse documento (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e encaminhar, via aplicativo de mensagens – *whatsapp* ou *e-mail*, à pesquisadora que o convidou.

Para o agendamento de data e horário da entrevista a pesquisadora entrará em contato com você via aplicativo de mensagens – *whatsapp* a fim de identificar data e horário de sua preferência. A entrevista será virtual/remota (via internet), ocorrerá em etapa única, levará aproximadamente 40 minutos e será composta por cerca de 10 perguntas.

Durante a entrevista é possível que você experimente algum desconforto, como constrangimento quando da manifestação dos seus relatos. Como medida mitigadora, a pesquisadora (médica) disponibilizará suporte. No caso de constrangimento/mal estar, a pesquisadora prestará escuta atenta das queixas e eventual encaminhamento da participante para acolhimento/acompanhamento na Unidade Básica de Saúde de referência ou, a depender do relato, para a Casa da Mulher Brasileira.

Alguns riscos eventuais relacionados ao estudo, bem como as ações que serão realizadas para minimizá-los, são: cansaço ou desconforto durante a entrevista (possibilidade de interrupção); possibilidade de que a entrevista se prolongue para além do programado ou seja reduzida em seu tempo (possibilidade de interrupção/desistência pelo participante); eventual demora na divulgação dos resultados finais da pesquisa vez que se depende dos prazos dos veículos de divulgação (pesquisador prestará informação aos participantes no decorrer da pesquisa); extravio de dados com consequente exposição do paciente (todos os dados coletados serão anonimizados após a coleta, ou seja, mesmo que os dados sejam extraviados os participantes não poderão ser identificados pois não constará seu nome nos arquivos e sim um código numérico, além disso, os

Rubricas (assinaturas)Participante da Pesquisa 

Pesquisador que aplicou o TCLE:

pesquisadores contarão com elementos de proteção antivírus nos computadores utilizados e organização nas rotinas de trabalho para evitar esse risco).

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: bem-estar ao tratar de um tema doloroso sobre o qual não se teve a oportunidade de falar até então; contribuição para que as causas/origens da violência contra a gestante sejam reveladas e, a partir disso, se evite que outras gestantes sofram constrangimentos ou agressões durante os atendimentos/procedimentos de saúde, principalmente no momento do parto; possibilidade de abertura de maior diálogo entre profissionais de saúde e pacientes.

As pesquisadores [Taysa Schiocchet](#) e [Suéllyn Mattos de Aragão](#), responsáveis por este estudo, poderão ser localizados no Programa de Pós Graduação em Direito da Universidade Federal do Paraná, localizado na Praça Santos Andrade, n. 50 - 3º Andar – Centro – Curitiba/PR, pelos e-mails taysa_sc@hotmail.com e suellynmaraagao@gmail.com e pelos telefones (41) 3310-2685 [de segunda à sexta-feira, no horário entre 09:00 e 12:00h e entre 14:00 e 18:00h] e (41) 99716-2726 [todos os dias da semana, entre 08:00 e 20:00h] para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em caso de emergência ou urgência relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone (41) 99716-2726 (número de telefone disponível 24 horas, com acesso direto com o pesquisador envolvido).

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:30 horas as 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP é de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu atendimento e/ou tratamento estão garantidos e não serão interrompidos caso você desista de participar.

As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas [[professora/orientadora – Taysa Schiocchet](#) e [aluna doutoranda/médica – Suéllyn Mattos de Aragão](#)]. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. Para estudos que envolvem entrevistas gravadas, seu anonimato também será respeitado; após 02 anos do encerramento do estudo o conteúdo das entrevistas gravadas será destruído/deletado.

Rubricas (assinaturas)Participante da Pesquisa 

Pesquisador que aplicou o TCLE:

O material obtido [áudio e vídeo de entrevistas] será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado [arquivos deletados de computador e da nuvem eletrônica] dentro de 02 anos após o término do estudo/defesa da tese.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa [gasto com internet ou pacote de dados do celular para realização da entrevista virtual] são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu,  _____, li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição. Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.



Nome por extenso, legível do Participante



Assinatura do Participante

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

Suéllyn Mattos de Aragão

Nome extenso de quem aplicou o TCLE

Assinatura de quem aplicou o TCLE

Curitiba, ___ de _____ de _____.

APÊNDICE B – FICHA DO INFORMANTE

Identificação	Características
<p>Legenda</p> <p>- pausa curta: até 1.5 segundos -- pausa longa: entre 1.5 segundos e 3 segundos /// interrupção: maior que 3 segundos (i) inaudível/incompreensível (d) dúvida da transcritora sobre o som (?) participante está em dúvida [] fala da entrevistadora ! ênfase no tom de voz (()) comentários do transcritor { } transcritor completando o sentido da frase “ ” citações</p> <p>Modificado de PRETI D. (org) O discurso oral culto 2ª. ed. São Paulo: Humanitas Publicações – FFLCH/USP, 1999 – (Projetos Paralelos. V.2) 224p.</p>	
Gênero	Inferência ocasional de circunstantes <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Raça autodeclarada	Caracterização sumária dos circunstantes
Idade	
Profissão	
Estado civil	
Número de filhos	
Escolaridade	

Fonte: elaborado pela autora, adaptado de COMITE NACIONAL (2001).

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (5ª VERSÃO)

Apresentação da pesquisadora

Suéllyn Mattos de Aragão – médica (CRM/PR 25.713), doutoranda em Direito pela UFPR, mestre em Saúde Coletiva pela UFPR, especialista em Medicina do Trabalho (RQE 21.540), médica da UFPR e médica do Ministério Público Estadual do Paraná.

Apresentação do objetivo final da pesquisa

Compreender as percepções das pessoas envolvidas na relação profissional de saúde - paciente a respeito das causas da VO.

Duração média entrevista

20 minutos

Tópico 1 – Como é, na sua percepção, a relação entre médico e paciente gestante

- 1) Como você descreveria a relação entre médico e a paciente gestante?
- 2) Se você tivesse que escolher 5 (cinco) palavras para caracterizar a relação entre médicos e pacientes gestantes, quais são as 5 palavras mais importantes que você me diria?
- 3) Quais são os melhores sentimentos e quais os piores sentimentos que você já vivenciou na relação entre médico e a paciente? Se houver sentimentos negativos, porque você acha que eles ocorreram?

Tópico 2 – Autonomia da gestante e autotomia do médico

- 4) Quais princípios ou valores você acha que deveriam ser seguidos na relação entre médico e a paciente gestante?
- 5) Você acha que a gestante tem liberdade de escolha quanto às decisões médicas que envolvem sua gestação e seu parto ou não? Se sim, você acha que as decisões são de fato respeitadas no momento do parto?
- 6) Você acha que há limitações técnicas e estruturais dos hospitais e maternidades que limitam ou impedem a concretização de alguns dos desejos das pacientes para o momento do parto ou não?

Tópico 3 – Discriminação e preconceito na relação entre médico e paciente gestante

- 7) Você identifica alguma mudança na relação profissional de saúde - paciente quando comparados os tempos passados (décadas ou séculos atrás) e o tempo presente ou não? Se você identifica, são mudanças positivas, negativas ou ambas? Você presenciou isso, ouviu algum relato ou leu a respeito?
- 8) Você identifica que há alguma diferença na relação entre médico e a paciente gestante a depender das características da gestante (idade, cor, profissão, raça, etc.) ou não? Você presenciou isso, ouviu algum relato ou leu a respeito?

Tópico 4 – Violência Obstétrica

- 9) Você já ouvir falar em violência obstétrica? Se sim, porque você acha que ela ocorre? Se não, eu explico o que é e refaço a pergunta.

Agradecimentos

A pesquisadora agradece seu interesse e disponibilidade em participar da pesquisa e lhe parabeniza por contribuir para evolução do conhecimento científico no país.

APÊNDICE D – CONVITE DE PESQUISA



**QUER FALAR SOBRE
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?**

PARTICIPE DA PESQUISA!

- ✓ Bate-papo individual e on line
- ✓ Gratuito e com preservação de sua identidade
- ✓ Agendamento de dia e horário de sua preferência
- ✓ Pesquisadora: Suéllyn Mattos de Aragão - médica, mestre em Saúde e doutoranda em Direito da UFPR

Whats app: (41) 99716-2726
E-mail: suellynmaragao@gmail.com
Instagram: [@erromedicoassessoria](https://www.instagram.com/erromedicoassessoria)

*Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFPR

APÊNDICE E – INSTRUÇÕES PARA PARTICIPAR DA ENTREVISTA

COMO PARTICIPAR

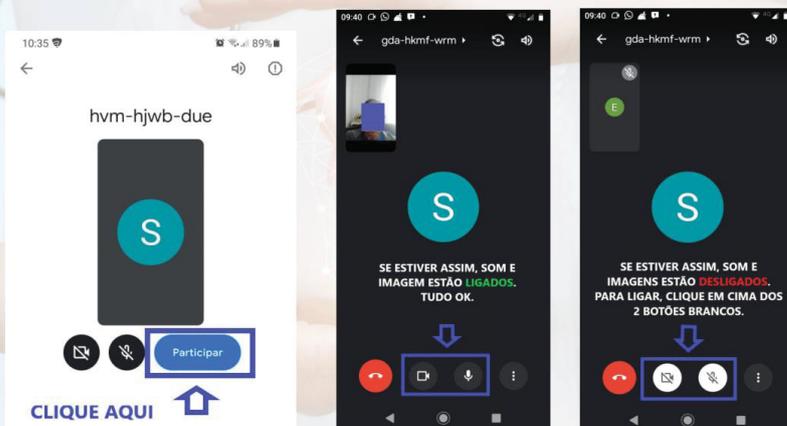
1 - Informe, no whats, dia e horário de sua preferência para realizar a entrevista.

2 - Você receberá no whats um primeiro link. Ele será enviado antes da entrevista e serve para você acessar o termo de consentimento (que confirma que você deseja participar da pesquisa). Clique no link recebido, insira seu e-mail e nome, clique em "sim" e depois em "enviar".

3 - Você receberá no whats um segundo link. Ele será enviado no momento da entrevista e serve para você entrar na sala virtual. Clique em "participar" para entrar. Não precisa baixar nenhum programa nem se cadastrar.

Obs: A entrevista dura 20 minutos e trata de 5 temas: **(1)** como é a relação entre médico e paciente gestante; **(2)** como deveria ser a relação entre médico e paciente gestante; **(3)** autonomia da gestante e autonomia do médico; **(4)** discriminação e preconceito na relação entre médico e gestante; **(5)** violência obstétrica.

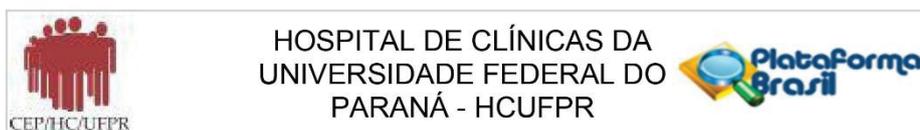
INSTRUÇÕES PARA ENTREVISTA



APÊNDICE F – VÍDEO CONVITE

Clique aqui.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas discursivas e dimensão jurídica da violência obstétrica: entre o direito e a genealogia do poder

Pesquisador: Taysa Schiocchet

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42119521.6.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.539.852

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa empírica/de campo, de caráter interdisciplinar envolvendo as áreas da Saúde, Medicina e Direito, cujo objetivo é revelar as causas do fenômeno da violência obstétrica. O método proposto é jurídico-sociológico, indutivo, empírico e qualitativo.

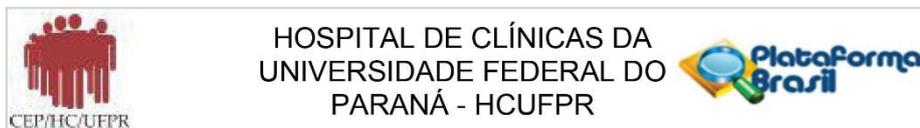
Para o alcance do objetivo delineado serão realizadas entrevistas semiestruturadas na modalidade remota/virtual com gestantes, profissionais de saúde e gestores vinculados ao ambulatório de pré-natal e ao centro obstétrico da Maternidade Victor Ferreira do Amaral de Curitiba. Os marcos teóricos e referenciais bibliográficos a serem utilizados na pesquisa são: obra arqueológica e genealógica de Michel Foucault, arcabouço normativo brasileiro sobre violência obstétrica e produções da Fundação Osvaldo Cruz a respeito do tema. A pesquisa espera encontrar as causas/origens da violência obstétrica. A hipótese é de que a violência obstétrica esteja relacionada, em maior ou menor medida, às relações de poder que permeiam a relação médico paciente.

Objetivo da Pesquisa:

1. Objetivo Primário

a) Verificar qual fundamento antropológico-social do fenômeno da violência obstétrica pode ser extraído a partir da análise dos discursos de partícipes das relações médico paciente estabelecidas entre janeiro e dezembro do ano de 2022 nos domínios de uma das principais maternidades

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.539.852

públicas do município de Curitiba.

2. Objetivos Secundários

- a) Examinar as características das duas primeiras fases do pensamento de Foucault (arqueologia do saber e genealogia do poder) sob a perspectiva da relação médico-paciente.
- b) Verificar se o construto da violência obstétrica pode ser explicado, ao todo ou em parte, a partir da genealogia do poder da relação médico paciente.
- c) Verificar se há traços da biopolítica de Foucault no discurso dos sujeitos (profissionais da saúde, gestores e gestantes) atuantes em uma das principais maternidades públicas de Curitiba/PR.
- d) Comparar os resultados empíricos obtidos com o estado da arte da produção normativa brasileira sobre violência obstétrica a fim de buscar lacunas entre a realidade fática da violência contra a gestante e pontos cegos do arcabouço jurídico brasileiro, sobretudo relacionados ao exercício do poder em conhecimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

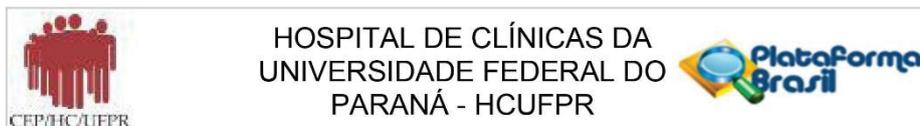
Riscos

Os participantes poderão apresentar cansaço ou desconforto durante a entrevista; a entrevista poderá se prolongar para além do programado ou ser reduzida em seu tempo; pode haver eventual demora na divulgação dos resultados finais da pesquisa vez que se depende dos prazos dos veículos de divulgação (revistas científicas e/ou eventos científicos). Além disso, há o risco de extravio de dados que será minimizado através da anonimização dos dados após a coleta.

Benefícios à população estudada quanto à contribuição aos participantes, estes poderão vivenciar: (i) bem estar/alívio/sentimentos positivos ao tratar de um tema que por vezes gera dor/tristeza e, eventualmente, não se teve a oportunidade/vontade de falar até então; (ii) sentimento de alteridade/solidariedade, vez que se reconheçam como colaboradores para que as causas da violência contra gestante sejam reveladas e solucionadas, evitando que outras gestantes sofram constrangimentos e agressões durante os atendimentos/procedimentos de saúde, principalmente no momento do parto; (iii) possibilidade de abertura de maior diálogo entre profissionais de saúde e pacientes, vez que a pesquisadora que conduzirá as entrevistas é profissional da saúde.

Benefícios à sociedade compreensão mais profunda das raízes da violência obstétrica, com maior possibilidade de se encontrar mecanismos mais eficazes para sua prevenção, seu enfrentamento e combate.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.539.852

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa se mostra relevante uma vez que há somente um estudo sobre a temática no Brasil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações no projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

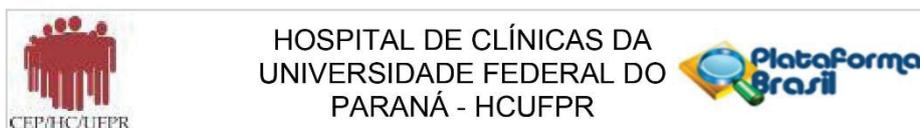
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto, conforme proposto, para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Os documentos da pesquisa devem ser mantidos arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1686724.pdf	03/02/2021 00:26:55		Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_DO_PESQUISADOR_AO_CEP_ATENDIMENTO_DE_PENDENCIAS_03_02_21.pdf	03/02/2021 00:26:17	Taysa Schiocchet	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ADULTO_03_02_21.pdf	03/02/2021 00:25:21	Taysa Schiocchet	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MODELO_PROJETO_PESQUISA_03_02_21.pdf	03/02/2021 00:25:11	Taysa Schiocchet	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_ADULTO.pdf	14/01/2021 19:11:50	Taysa Schiocchet	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.539.852

Ausência	TCLE_ADULTO.pdf	14/01/2021 19:11:50	Taysa Schiocchet	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_PB_ASSINADA.pdf	14/01/2021 12:54:20	Taysa Schiocchet	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MODELO_PROJETO_PESQUISA.pdf	13/01/2021 17:41:16	Taysa Schiocchet	Aceito
Outros	DECLARACAO_SERVICOS_ENVOLVIDOS_2.pdf	13/01/2021 17:40:20	Taysa Schiocchet	Aceito
Outros	DECLARACAO_SERVICOS_ENVOLVIDOS_1.pdf	13/01/2021 17:40:05	Taysa Schiocchet	Aceito
Outros	CHECKLIST_DOCUMENTAL_PROJETO_PESQUISA.pdf	07/01/2021 14:58:15	Taysa Schiocchet	Aceito
Outros	DECLARACAO_AUSENCIA_CUSTOS_CHC_UFPR.pdf	07/01/2021 14:58:02	Taysa Schiocchet	Aceito
Outros	QUALIFICACAO_PESQUISADORES_COOLABORADORES.pdf	07/01/2021 14:57:27	Taysa Schiocchet	Aceito
Outros	DECLARACAO_RESPONSAVEL_INSTITUCIONAL.pdf	07/01/2021 14:57:01	Taysa Schiocchet	Aceito
Outros	DECLARACAO_ORIENTADOR_DO_PROJETO.pdf	07/01/2021 14:56:43	Taysa Schiocchet	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_COMPROMISSO EQUIPE_PESQUISA.pdf	07/01/2021 14:56:24	Taysa Schiocchet	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQUISADOR_AO_CEP.pdf	07/01/2021 14:56:00	Taysa Schiocchet	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 14 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Niazy Ramos Filho
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br