

## Consentimento, parto e violência: pensando enquadramentos

Mariah Torres Aleixo

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

mariahaleixo@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5004-8318>

### RESUMO

O artigo debate a importância da noção de consentimento no enquadramento de experiências de parto como casos de violência obstétrica. A discussão é feita a partir de relatos etnográficos de duas interlocutoras. Nas reivindicações das mulheres contra a violência obstétrica, a necessidade de consentir sobre procedimentos a serem realizados no parto aparece como motivo principal para concebê-lo como experiência violenta. Buscando respeito à autonomia, elas elaboram o Plano de Parto, um documento em que a mulher detalha as preferências em relação às intervenções que assente ou não em *seu* parto. Porém, considerando assimetrias de poder entre a parturiente e os profissionais da saúde e situações imprevistas, nem sempre o planejamento inicial é respeitado. Assim, busco entender em quais situações a falta do consentimento é considerada necessária e em quais ela passa a ser configurada violência pelas interlocutoras, a partir nas noções de enquadramento e cuidado.

**Palavras-chave:** Antropologia do Parto; Violência Obstétrica; Cuidado; Consentimento; Plano de Parto.

## Consent, birth and violence: thinking about frameworks

---

### ABSTRACT

The article discusses the importance of the notion of consent in framing childbirth experiences as cases of obstetric violence. The discussion is based on ethnographic reports by two interlocutors. In women's claims against obstetric violence, the need to consent to procedures to be performed during childbirth appears as the main reason for conceiving childbirth as a violent experience. Seeking respect for autonomy, they prepare the Childbirth Plan, a document in which the woman details her preferences regarding the interventions that she authorizes or not to be carried out during *her* birth. However, considering power asymmetries between the parturient woman and the health professionals and unforeseen situations, the initial planning is not always respected. Thus, I seek to understand in which situations the lack of consent is considered necessary and in which it becomes violence by the interlocutors, based on the notions of framing and care.

**Keywords:** Birth Anthropology; Obstetric Violence; Care; Consent; Birth Plan.

## Consentimiento, parto y violencia: pensando en marcos

---

### RESUMEN

El artículo discute la importancia de la noción de consentimiento en el encuadre de las experiencias del parto como casos de violencia obstétrica. La discusión se basa en informes etnográficos dos interlocutores. En los reclamos de las mujeres contra la violencia obstétrica, la necesidad de consentir los procedimientos a realizarse durante el parto aparece como el principal motivo para concebir el parto como una experiencia violenta. Buscando el respeto a la autonomía elaboran el Plan de Parto, documento en el que la mujer detalla sus preferencias en relación a las intervenciones que se basan o no en *su* parto. Sin embargo, considerando asimetrías de poder entre la parturienta y los profesionales de salud y situaciones imprevistas, no siempre se respeta la planificación inicial. Así, busco comprender en qué situaciones la falta de consentimiento se considera necesaria y en cuáles se convierte en violencia por parte de los interlocutores, basado en las nociones de encuadre y cuidado.

**Palabras clave:** Antropología del Parto; Violencia Obstétrica; Cuidado; Consentir; Plan de Parto.

## Introdução

É possível dizer que há um crescente interesse da antropologia brasileira em entender e estudar a noção de consentimento em suas mais diversas nuances (Zilli; Russo; Díaz-Benitez, 2020; Fernandes; Rangel; Díaz-Benitez; Zampiroli, 2020). Isso vem acontecendo em um contexto de ampliação das reivindicações contra a violência sexual em que, algumas vezes, as próprias antropólogas fazem parte do ativismo, ao mesmo tempo em que tentam refletir sobre ele. São exemplos disso os trabalhos de Heloísa Buarque de Almeida (2019) no âmbito dos casos de assédio e estupro na Universidade de São Paulo (USP), e de Fabiene Gama (2022), em casos semelhantes ocorridos com mulheres estudantes na Universidade de Brasília (UnB).

Essas duas autoras, cada uma à sua maneira, apontam para a questão central que define (ou não) um encontro mais íntimo como violência sexual: a noção de consentimento. Mostram uma série de embates institucionais nos quais o que está em jogo entre mulheres estudantes, agentes institucionais da universidade, entre eles professores e técnicos, advogados, familiares das vítimas e acusados, é justamente delimitar a fronteira do que foi consentido ou não. Nesses conflitos, há quem diga que a estudante aceitar o convite para ir a uma festa significa que ela consentiu a relação sexual que poderia resultar do encontro. Numa “moral sexual” arcaica — mas aparentemente ainda em vigor na visão de muitos dos atores envolvidos nos conflitos — há uma divisão entre as estudantes que se dão ao respeito e aquelas que não. Quanto às últimas, é possível todo tipo de investidas sexuais, mesmo que estivessem bêbadas e/ou inconscientes no momento. Tanto Buarque de Almeida (2019) quanto Gama (2022) evidenciam que a luta de estudantes e professoras contra violências sexuais nas universidades diz respeito à reformulação de concepções como essas. Entendo que o cenário que elas delineiam é de reivindicação pelo direito ao consentimento, isto é, o direito que mulheres estudantes têm de consentir sobre quaisquer investidas sexuais, sem coerções, intimidações ou abuso de estados em que elas estejam inconscientes.

Seguindo a esteira do interesse antropológico sobre consentimento, justamente por pressupor que ele é diferente a cada contexto, além de ser poroso e negociado, como mostram Camila Fernandes, Ewerton Rangel, Maria Elvira Díaz-Benitez e Oswaldo Zampiroli (2020), é que proponho aqui discutir consentimento nas situações de parturição. Não estou diretamente envolvida no ativismo contra a violência obstétrica, porém pesquisei o assunto, entre outras coisas, por entender legítimas as reivindicações por não violência no parto e reconhecer que existem situações violentas às quais as mulheres não

podem ser submetidas. Falo, portanto, desse lugar. Assim como no conflito envolvendo situações de violência sexual em contexto universitário, a discussão que proponho aqui está imersa em uma reivindicação por direitos das gestantes e poder de escolha durante o processo do parto, manejada pelas ações mais recentes do movimento pela humanização e nascimento e contra a violência obstétrica.

A noção de violência obstétrica tem sido difundida no Brasil há mais ou menos quinze anos, muito por influência de outros países da América Latina, especialmente Venezuela<sup>1</sup> e Argentina<sup>2</sup>, que elaboraram definições legais dessa espécie de violência em seu ordenamento jurídico. Mas tal categoria, em seus sentidos distintivos, como um tipo específico de violência de gênero, tem se difundido no país particularmente por meio do ativismo de uma série de mães ativas<sup>3</sup> e profissionais da saúde ligados à humanização do parto, que começaram a nomear como violência obstétrica tanto uma série de maus-tratos ocorridos no processo do parto, quanto algumas intervenções médicas hospitalares de rotina, como a manobra de Kristeller<sup>4</sup>, a episiotomia (corte no períneo para “ajudar” a saída do bebê), a tricotomia (raspagem de pelos pubianos), o uso de ocitocina sintética para acelerar contrações, a cesárea desnecessária (sem real indicação médica), para citar alguns elementos mais presentes nas reivindicações (Pulherz, 2013a; 2013b).

Nesse sentido, a violência obstétrica tem duas dimensões. Uma mais facilmente reconhecível, relativa a maus tratos, como xingamentos, tratamentos ríspidos, falas grosseiras de profissionais da saúde que dizem para a parturiente não gritar ou mesmo

---

<sup>1</sup> Segundo a *Ley Orgánica nº 38.668 sobre el Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, “[s]e entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato desumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (República Bolivariana de Venezuela, 2007, p. 9),

<sup>2</sup> Segundo a *Ley 26.485/2009 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres*, violência obstétrica é “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato desumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley 25.929” (Argentina, 2009, p. 2). Já a lei nº 25.929, de 2004, diz respeito à proteção à gravidez e ao recém-nascido.

<sup>3</sup> Refiro-me à Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, grupo nacional de mães que elaborou o dossiê “Violência Obstétrica – Parirás com Dor” que foi entregue à Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência contra a Mulher, ocorrida entre 2012 e 2013 no âmbito do Congresso Nacional. Uma parte desse grupo mães ativas fundou a Organização Não Governamental (ONG) Artemis em 2013, que tem sede em São Paulo e tem por objetivo combater a violência doméstica e a violência obstétrica.

<sup>4</sup> Empurrar a parte superior do útero que, numa parturiente, significa “forçar” a saída do bebê. A técnica está proscria pela Organização Mundial da Saúde (OMS), mas ainda é realizada em muitas instituições hospitalares no país.

rebaixamentos morais comumente exemplificados pelas interlocutoras, como a fala “na hora de fazer não gritou” ou “não grita/chora, ano que vem você está aqui de novo”. E outra face, mais “técnica”, que questiona procedimentos que eram realizados rotineiramente na assistência ao parto e que muitos profissionais da saúde, especialmente médicos, aprenderam como sendo o correto a ser feito, mesmo que a ginecologia e as orientações profissionais mais recentes também não indiquem que eles sejam realizados rotineiramente, como é o caso da episiotomia. É por conta principalmente dessa segunda dimensão que muitos médicos não se sentem à vontade com o uso do termo violência obstétrica, como mostrou o levantamento de Maristella Sens e Ana Maria Stamm (2019) com obstetras e residentes de uma maternidade pública humanizada no sul do país. O contexto etnográfico de minha pesquisa também reitera isso. Combater a violência no parto implica uma mudança expressiva no modo como a obstetrícia é praticada no país.

Acompanhando ativistas pela humanização do parto e contra a violência obstétrica, entre doulas, médicas(os), enfermeiras(os), advogadas(os) e mulheres que buscaram partos humanizados, tenho observado que uma questão primordial para o enquadramento de uma situação como episódio de violência obstétrica é se a parturiente pôde decidir, escolher, se queria ou não os procedimentos médicos e hospitalares realizados em seu corpo ao longo do processo de parturição. Utilizo aqui a noção de enquadramento/moldura elaborada por Judith Butler (2017) para refletir sobre as interpretações que Renata e Onete deram às suas experiências de parturição. A violência obstétrica é uma categoria normativa que tem se expandido pela vida social. Nas reivindicações públicas, postagens em redes sociais e mesmo nas narrativas de ativistas e vítimas, acabam sendo formadas “convenções explicativas” (Debert; Gregori, 2008, p. 176) dessa espécie de violência. A noção de enquadramento/moldura ajuda a entender dimensões que podem escapar das convenções mais ou menos normativas da violência obstétrica. Esses escapes evidenciam também que as dimensões atinentes ao cuidado (Mol, 2008) precisam ser consideradas para compreender melhor as situações de parturição narradas pelas interlocutoras.

Renata e Onete tiveram contato com o universo da humanização do parto e estão entre diversas mulheres que têm exigido uma relação mais igualitária com profissionais da saúde, evocando o direito de decidir e negociar a assistência à saúde que estão recebendo, o que tem sido demonstrado em outras pesquisas que abordam parturição no campo da antropologia (Carneiro, 2015a; Rezende, 2019; 2020; Russo; Nucci, 2020). Entendendo o parto como um direito reprodutivo em que suas escolhas devem ser respeitadas, muitas mulheres elaboram um Plano de Parto, documento em que manifestam o que querem e o

que não querem que ocorra ao longo do seu processo de parto no hospital/maternidade. Essas mulheres são muitas vezes orientadas por doulas, advogadas com quem fazem cursos ou que contratam, médicas ou enfermeiras a fazerem tal plano, a fim de resguardar seus direitos. O Plano de Parto é uma prática estimulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no documento *Assistência ao Parto Normal: Um guia prático*, de 1996, que foi traduzido e editado pelo Ministério da Saúde algumas vezes (Brasil, 2017). No guia da OMS ele é definido como um “plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família” (OMS, 1996, p. 69).

Como discutirei mais adiante, o Plano de Parto pode ser tanto usado pela gestante em sua tentativa de diálogo com a equipe hospitalar que irá lhe atender ao longo do trabalho de parto, quanto pode ser sugerido por médicos e enfermeiros obstétricos ao longo do pré-natal, uma vez que existem orientações nesse sentido na formação mais recente desses profissionais (Riffel; Moretto, 2017; Medeiros; Figueiredo; Correa; Barbieri, 2019). O próprio guia da OMS é dirigido aos profissionais da saúde, embora muitas vezes seja lido e utilizado por mulheres que desejam um parto vaginal e/ou natural. Isso acontece especialmente quando elas lançam mão do Plano de Parto sem que necessariamente os profissionais da saúde tenham sugerido, fato que tem ocorrido na Argentina, como mostram Maria Jimena Mantilla e Martín Hernan Di Marco (2020), mas também no Brasil, como abaixo demonstrarei em diálogo com duas interlocutoras da minha pesquisa de doutorado.

É importante ter em conta que o consentimento não é somente uma demanda atual de certas mulheres que almejam ter seus desejos respeitados ao longo do processo de parto. A necessidade de que o paciente dê o seu consentimento — incluindo na área obstétrica — constitui debate filosófico (Flanigan, 2016) e orientação nítida aos profissionais da saúde (Castro; Quintana; Olesiak; München, 2020). Com o objetivo de atender ao princípio bioético da autonomia<sup>5</sup>, o Código de Ética Médica (CEM), o Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 01/2016) e o Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466/2012) instruem os profissionais a aplicarem o chamado Termo de

---

<sup>5</sup> Segundo informam Carolina Castro, Alberto Quintana, Luísa Olesiak e Mikaela München (2020), os quatro princípios bioéticos que devem ser observados pelos profissionais da saúde são: “beneficência (o profissional deve agir pelo bem da vida e da saúde); não maleficência (não causar dano a outra pessoa); justiça (todo ser humano tem direito de ser atendido na medida de suas necessidades) e autonomia (direito do paciente ou representante legal de tomar as próprias decisões quanto a procedimentos diagnósticos e terapêuticos)” (p. 524).

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou simplesmente “consentimento informado”. Porém, na rotina clínica e hospitalar, ele acaba se convertendo em mero documento burocrático, que serve mais para proteger profissionais da saúde de eventual responsabilização judicial posterior que para estabelecer diálogos com os pacientes e, assim, garantir o exercício de sua autonomia (Castro; Quintana; Olesiak; München, 2020).

Nesse texto, porém, não discuto o consentimento em termos biomédicos, mas sim sob o ponto de vista da antropologia, buscando entender o processo de alcance de tal consentimento na prática, tendo em conta que as mulheres com quem estabeleci diálogo tinham os próprios anseios em relação ao parto.

As duas entrevistas que abordo nesse texto fazem parte da minha pesquisa de doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em que busquei entender como a noção de violência obstétrica tem sido manejada por ativistas, profissionais — médicos e advogados — e pessoas que passaram a se entender como vítimas ou mesmo que queriam conversar sobre a história de seus partos (Aleixo, 2023). Nas inserções em campo junto a esse último grupo, realizei entrevistas em profundidade com dez mulheres que me relataram seus partos e histórias reprodutivas. No entanto, as de Renata e Onete desafiam as molduras comuns da violência obstétrica e, por isso, são boas para pensar. Elas buscaram ter partos humanizados no Rio Grande do Sul e, nessa busca, tiveram desfechos bem diferentes entre si. Em suas histórias, a questão do Plano de Parto geralmente aparece juntamente com a noção de consentimento, pois elas discorrem sobre se seus desejos foram levados ou não em consideração pela equipe que lhes atendeu. Elas têm entre 35 e 45 anos e formação educacional em nível de pós-graduação. Renata<sup>6</sup> teve dois filhos com alguns anos de diferença entre um e outro, no mesmo hospital. Seu relato consiste na comparação entre as duas experiências vividas na instituição e o porquê a primeira foi violenta e a segunda não. Onete, por sua vez, buscava ter um parto vaginal humanizado, mas desistiu dele diante da dor, e pediu para que fosse realizada uma cesárea.

A partir das histórias das interlocutoras, busco entender *se* e *como* elas enquadram suas experiências de parto como casos de violência obstétrica. Tento compreender, a partir desses enquadramentos, o que contribui para que tais experiências sejam incluídas ou excluídas dessa noção de violência, e o que a ideia de consentimento e eventuais usos do Plano de Parto contribuem nessas inclusões/exclusões. Posteriormente, a partir de uma síntese das histórias de Renata e Onete, formulo possíveis entendimentos do

---

<sup>6</sup> O nome das interlocutoras é fictício.

consentimento no parto e sua relação com o que é incluído na noção de violência obstétrica, discutindo o que a categoria de cuidado tem a ver com isso.

Os depoimentos são ricos e detalhados. Elas foram generosas em contar sobre experiências de parto eventualmente dolorosas e sentidas em alguns momentos como revoltantes. Não há espaço hábil para ser fiel ao detalhamento das suas narrativas e isso também fugiria ao escopo da reflexão que estou propondo. Então, conto aqui brevemente as trajetórias reprodutivas e histórias de parto dessas duas mulheres, com destaque aos elementos que se sintonizam com os objetivos do artigo.

## Comparando experiências

Renata tinha 35 anos quando me contou sobre os partos de seus dois filhos, nascidos em Porto Alegre, capital gaúcha. Um dos filhos nasceu em 2013 e o outro em 2017, no mesmo hospital, uma grande instituição pública localizada no centro da cidade e que funciona como hospital-escola, local em que muitas equipes de médicos e enfermeiros residentes aprendem suas profissões na prática. Ela é branca, tem formação em nível de doutorado e trabalha como professora no ensino fundamental de uma escola na região metropolitana de Porto Alegre. Quando engravidou do primeiro filho, estava finalizando o mestrado e procurou se cercar do “universo do parto”: participou de grupos de gestantes, presenciais e *on-line*, fez ioga para grávidas e exercícios para o períneo<sup>7</sup>. Tudo para se preparar para o parto vaginal com o mínimo de intervenções possíveis, como desejava.

O acompanhamento pré-natal foi feito no posto de saúde próximo à sua casa. Logo de início, Renata me explicou que fez os pré-natais e os partos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Por isso, o médico que lhe orientou durante as duas gestações não é o que esteve dando assistência ao nascimento dos filhos no hospital. Quando se dá à luz pelo SUS, a parturiente é atendida pela equipe médica e de enfermagem que está escalada para o plantão.

Renata tinha algumas preocupações a respeito do parto, por isso, perguntou se era possível se alimentar e beber água durante o processo e o médico a tranquilizou dizendo

---

<sup>7</sup> Nos meios da humanização do parto, muitas gestantes são incentivadas a fazerem exercícios para o períneo, região entre o ânus e a vagina que sustenta o assoalho pélvico, para que ele esteja preparado para o parto vaginal. Existe um ramo que geralmente faz isso, chamado fisioterapia pélvica. Esses exercícios podem ser feitos tanto com profissional de fisioterapia, quando em sessões de ioga, mas as abordagens não são necessariamente iguais.

que sim, que ela só não poderia se alimentar de “comidas pesadas”. Na ocasião, ele sugeriu que ela levasse consigo uma garrafa de água quando fosse dar entrada no hospital. Outro ponto que Renata perguntou ao médico durante o pré-natal foi a respeito da episiotomia, pois ela queria que não fosse feita. Quanto a isso, o médico disse que havia divergências entre aqueles obstetras que faziam episiotomia de rotina e aqueles que acreditam não ser necessário efetuar a incisão regularmente, somente em algumas situações específicas. Mas, depois de explicar isso, ele a tranquilizou, dizendo que se ela não quisesse a episiotomia, bastava comunicar a equipe, pois tinha direito a negar o procedimento e que seria dever da equipe atender o pedido. Ela contou que o pré-natal foi ótimo, mas enfatizou que estudava muito sobre a fisiologia do parto normal, protocolos de saúde, como ela disse, “por fora”, junto com o marido. Com isso, quando chegava no consultório, já tinha perguntas específicas.

No nascimento do primeiro filho, as contrações começaram numa sexta-feira pela manhã, mas não estavam ritmadas, então, ela decidiu esperar. À noite, começou a perder líquido. As contrações ainda não estavam cadenciadas, mas resolveu ir ao hospital para passar por uma avaliação especializada. Chegando lá, ela acabou sendo encaminhada para a internação. Seu marido ficou na recepção resolvendo trâmites burocráticos do seu ingresso na instituição. Ela havia redigido um Plano de Parto quando estava com 38 semanas de gestação, do qual tirou duas cópias: uma ficou com sua mãe e a outra com o marido. No entanto, o Plano não foi acolhido.

[...] Aí ele [o marido] disse que tentou falar do Plano de Parto, e disseram que não era lá que entregava, era pra equipe médica, mas a gente não teve abertura em nenhum momento para mostrar isso pra equipe médica, até porque a gente não podia entrar com nenhum documento, não podia ter celular, então a gente ficou lá dentro, incomunicável (Renata, entrevista, 29 de outubro de 2019).

Assim, Renata contou que desde que ingressou não pôde comer nem ingerir quaisquer líquidos. A garrafinha que levou por orientação do médico do pré-natal não pôde entrar com ela. Renata só tomou o primeiro copo de água no sábado, no meio da tarde, depois que o filho nasceu. Antes disso, porém, havia tomado água da torneira do banheiro sem que ninguém além do marido (que estava como acompanhante) soubesse, pois estava com muita sede. Em suas palavras, desde que entrou no hospital foi iniciado “um festival de coisas ruins”. Além da privação de líquido, quando a enfermeira lhe avaliou, fez um exame de toque doloroso e raspou seus pelos pubianos apenas de um lado

da vulva, dizendo que fez aquilo caso Renata precisasse da cirurgia. Ela foi surpreendida por tais condutas e só houve essa justificação da possibilidade de cirurgia porque Renata reclamou, já que tinha alergia aquele tipo de depilação.

Quando estava na fase expulsiva do parto, observou um dos médicos da equipe — era um residente — pegar um bisturi para fazer uma episiotomia. Com isso, fez um pedido que continuou repetindo: “não me faz uma episio”. Mesmo assim, o procedimento foi feito. A episiotomia e o fato de não poder ingerir líquido foram as “coisas ruins” que ela entende como marcantes e que a deixaram muito chateada. Ela disse que ficou feliz por ter parido o filho e reflete que a realização do procedimento foi uma espécie de azar, pois o residente estava ali aprendendo, então teria que ser feito o corte em alguém. Por uma infeliz coincidência, era ela quem estava ali no momento. O que a revolta mais, então, quando lembra, foi a privação de água, pois não há nada que a justificasse. Entre o ingresso no hospital, passando pelo parto até o momento em que amamentou o filho pela primeira vez, Renata contou ter sido assistida por umas quatro equipes médicas e de enfermagem diferentes, refletindo que cada uma tinha uma maneira de agir. Tanto que, quando foi levada para uma enfermaria após o parto, disse que “parecia outro mundo”. Ali foi quando uma enfermeira lhe ofereceu um copo d’água e outra lhe ensinou técnicas para ajudar a fazer o bebê mamar. Todos foram muito atenciosos, o que evidenciou um contraste com as equipes anteriores.

Quando ficou grávida do segundo filho, Renata voltou a se consultar com o mesmo médico do pré-natal, que atendia no posto de saúde na região em que morava. Sabendo que o hospital em que teve o filho em 2013 era o de referência, disse ao médico que ficava receosa que as situações ruins se repetissem no nascimento do segundo filho. Ele a informou que esse hospital, nesse intervalo de tempo, havia sido reformado no que dizia respeito a sua estrutura física, mas não só isso. Houve também mudanças na equipe médica e de enfermagem, além da maneira com que eram gerenciadas as residências. Porém, ela, receosa que essa informação não tivesse efeitos práticos na assistência ao parto, atrasou o quanto pôde a ida à instituição desde o momento em que começou a sentir as contrações. Ela disse que estudou bastante, da mesma maneira que na primeira gestação, e talvez até mais, porque os grupos de discussão sobre parto estavam mais numerosos e conhecidos. Quanto ao Plano de Parto, comentou com o médico sobre a experiência anterior e ele disse que tem muitos hospitais que não aceitam o documento porque acham que “isso é

inovação dessas mulheres que querem parir em casa”<sup>8</sup>. Por isso, Renata afirmou que, além de ter adiado a ida para o hospital o quanto pôde, estava pronta para negar o que não quisesse que fosse feito pelos profissionais ao longo da sua estadia na instituição hospitalar. Enquanto estava em casa sentindo as contrações e aliviando suas dores com exercícios e água quente, fez refeições leves e bebeu bastante água. Chegando no hospital, surpreendeu-se com a mudança no tratamento. Primeiro, com uma enfermeira na sala de triagem, depois, com o médico residente que lhe assistiu no parto.

Na sala de triagem ela foi avaliada quanto à dilatação. Uma enfermeira entrou perguntando se poderia fazer exame de toque em Renata e ela disse que não, que só queria fazer quando fosse para a sala de pré-parto. Essa profissional assentiu e foi embora. Depois de um tempo, outra enfermeira veio e houve o seguinte diálogo: “[...] ela disse ‘eu vou só afastar a calcinha para o lado, tá bom?’. E eu: ‘tá bom’. [...] Ela levantou, afastou e disse ‘olha, eu acho que a gente pode ir para o pré-parto sim’. Aí eu: ‘muito obrigado.’ Fomos lá, eu fui andando” (Renata, entrevista, 29 de outubro de 2019). Nessa outra sala, recusou que pusessem soro glicosado, afirmando que já havia comido e não precisaria. Mesmo assim, ela contou que se sentia “braba”, como se estivesse se defendendo. Nesse momento, chamou o médico que, segundo ela, foi muito atencioso. Ela reproduziu a conversa que se deu entre eles. Transcrevo aqui em forma de diálogo para ser melhor assimilado:

- O que está acontecendo? Me conta quem é você.
- Eu sou Renata. Estou em trabalho de parto desde às cinco da manhã.
- Mas tu tá muito calma.
- Ah, porque não é minha primeira vez parindo, eu sei o que vai acontecer.
- Tá bom, então tu sabes o que vai acontecer. Eu preciso fazer algumas coisas contigo,
- Eu sei que também têm coisas que não precisam ser feitas.

---

<sup>8</sup> Dia 17 de junho de 2012 aconteceu a chamada Marcha pelo Parto em Casa em muitas cidades do Brasil, simultaneamente. Tal marcha ocorreu em defesa do obstetra George Khun, que disse em rede nacional que nascer em casa poderia ser uma opção nos casos de gravidezes de baixo risco. Ele sofreu represálias no Conselho Federal de Medicina (CFM) (Carneiro, 2015b, p. 107). Nesse contexto, o CFM passou a recomendar que os partos sejam realizados em ambiente hospitalar (CFM, 2012). O Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) foi que proibiu categoricamente a participação de médicos em partos domiciliares (CREMERJ, 2012). Esse episódio pode ser considerado precursor dos embates entre movimentos por humanização do parto e a categoria médica (especialmente suas entidades corporativas). Renata usou essa expressão, mas, na tese, na frente de pesquisa junto aos médicos, registrei o uso de expressões como “ideologia do parto” sendo usadas para acusar ativistas defensoras da humanização e que militam contra a violência obstétrica de “ideológicas” e não científicas.

- Bom, então eu preciso só ver como estão os batimentos [cardíacos] dele [do bebê].
- Tá. Eu vou ficar deitada de lado. Não adianta me pedir para ficar de barriga para cima que eu não vou conseguir!
- Por que?
- Porque dói muito! Porque dói muito, eu não vou conseguir!
- Tá. Só preciso que você fique imóvel.
- Tá, isso eu vou conseguir.
- Tá, se você estiver com muita dor, você vai segurar minha mão, tá bom?
- Tá bom (Renata, entrevista, 29 de outubro de 2019).

Na sequência, Renata disse para ele que estava com vontade de gritar e ele respondeu que não teria problema, que ela poderia gritar. Renata conta que essa resposta fez com que a vontade passasse. Assim, quando a dilatação estava avançada, foi levada para a sala de parto, onde o residente pediu para que ela se deitasse. Ela, por sua vez, não queria ter o segundo filho nessa posição. Tentou ficar de cócoras, mas suas pernas tremiam e ela acabou deitando, e não conseguiu se levantar para ficar em outra posição que ela julgava ser melhor que aquela. No momento expulsivo, ela pediu que não fosse feita a episiotomia, e ele respondeu: “não vou fazer nada que você não queira, não te preocupa”. O segundo filho nasceu e ela acabou tendo uma laceração de segundo grau, em seu entender, por conta da posição em que deu à luz. Em balanço e comparação entre os dois partos, ela considera que sofreu violência obstétrica no primeiro. Para Renata, sua experiência não foi tão violenta quanto as histórias que já escutou e leu, mas ainda assim foi um tipo de violência, por conta de todas as “coisas ruins”, da episiotomia e, principalmente, da privação de alimentação e água. Quanto ao nascimento do segundo filho, ela entende que o médico deveria ter oferecido outra posição para que ela parisse, porém, não classifica isso como violência, uma vez que reiterou diversas vezes o quanto foi respeitada em todo processo de parturição.

## Uma espera dolorosa

Onete reside em uma cidade no interior do Rio Grande do Sul. À época do nosso diálogo, tinha 42 anos. É uma mulher branca, formada em jornalismo e direito. Quanto a esta última formação universitária, fez uma especialização, cujo tema do trabalho de conclusão do curso foi a violência obstétrica e suas possibilidades de criminalização. Considero importante citar o assunto da pesquisa porque entendo que tenha a ver com a maneira com que Onete enquadra sua própria experiência de parto.

Ela contou que procurou um médico e um parto humanizado por influência das irmãs. Explicou-me que é a irmã do meio. A mais velha teve filhos bem nova, desejava e sonhava em ter parto normal<sup>9</sup>, mas acabou tendo duas cesáreas indesejadas que hoje classifica como “partos roubados”<sup>10</sup>. A irmã mais velha é psicóloga e quando as discussões sobre violência obstétrica começaram a ficar mais conhecidas, ela se engajou na causa, lendo e estudando muito sobre assunto. Segundo Onete contou, sua irmã tentava convencer as pessoas — inclusive as irmãs — dos benefícios do parto humanizado. Quando a irmã caçula delas engravidou, um pouco antes de Onete, que foi a última das irmãs a ficar grávida e parir, a mais velha tentou convencê-la a optar por um parto humanizado, mas ela preferiu passar por uma cesariana e não deu ouvidos à irmã. Porém, a recuperação da cirurgia foi dolorosa, com uma série de complicações que Onete não detalhou muito bem. Mas, dado esse contexto, quando Onete engravidou, começou a dialogar com a irmã mais velha para se informar sobre a melhor forma de se “conseguir” um parto normal.

Pelos seus relatos, tanto os pessoais quanto sobre as irmãs, Onete vivia/vive em um ambiente em que a realização da cesárea é a regra quanto aos nascimentos. Ela tem plano de saúde e sua mãe é médica, porém não é ginecologista/obstetra. Tanto que, quando ela optou por ter um parto humanizado, a mãe foi única a não concordar com ela, mas Onete contou que ela não buscou convencê-la a não tentar por esse modelo, apenas não concordava com alguns preceitos, como o da espera para a entrada em trabalho de parto em até 42 semanas de gestação, por exemplo.

Onete teve a filha em 2016 em um hospital de modelo misto, que atende convênios particulares e SUS, e que fica numa cidade próxima a que morava. Convencida pela irmã mais velha, ela começou a participar de grupos sobre parto humanizado na internet, assistiu ao filme “O renascimento do parto”, leu diversos *sites* e *blogs* sobre o assunto e começou a seguir perfis de profissionais da saúde dessa linha nas redes sociais. Foi nesse ambiente virtual de discussões sobre a humanização do parto que ela recebeu a indicação do médico que começou a lhe atender no pré-natal (ela já estava com uns cinco meses de

---

<sup>9</sup> Onete usa parto normal e parto humanizado como sinônimos.

<sup>10</sup> Termo êmico usado nos meios da humanização do parto para denunciar que o profissional da saúde se apropriou da experiência da parturiente, não respeitando seus desejos, principalmente o de viver todas as sensações do parto vaginal. Comumente se usa o termo “partos roubados” nas situações em que a parturiente desejava um parto vaginal (ou mesmo totalmente natural, sem nenhuma intervenção médica) e acabou tendo uma cesariana.

gestação quando fez a troca para esse que ela denomina “humanizado”) e foi quem também lhe assistiu ao longo desse período.

Ela havia combinado com o médico que eles iriam esperar que ela entrasse em trabalho de parto até 42 semanas de gestação, caso isso não acontecesse, iriam induzi-lo. No dia em que completou as 42 semanas, começou a sentir contrações. Era uma quarta-feira à tarde. Ela havia contratado uma doula que foi para sua casa e ficou com ela durante toda a madrugada ajudando a aliviar as dores das contrações. No outro dia, quinta-feira à tarde, Onete foi ao hospital dar entrada na internação para o nascimento da filha. Havia passado 24 horas da primeira contração, e ela estava com muita dor. Mas a avaliação médica após o exame de toque era de que ela estava com apenas um centímetro de dilatação. Era preciso dilatar mais nove centímetros para acontecer o parto vaginal. Nisso, a equipe de enfermagem, juntamente com o médico, inseriu um remédio em sua vagina para tentar fazer com que a dilatação progredisse, o que não aconteceu. Depois, injetaram-lhe ocitocina e a dilatação também não progrediu como o esperado. As dores aumentaram muito e ela começou a pedir para fazer uma cesariana. Disse que não aguentava mais: “pelo amor de Deus, implorava. E todo mundo olhava pra minha cara assim [ela tenta imitar mudando o semblante], com aquela cara de quem não queria” (Onete, entrevista, 7 de março de 2020). Ela disse que a cesárea só foi realizada à meia noite, quando já tinha pedido há muito tempo pela cirurgia e não era atendida. Pediu para sua mãe, que estava presente, lhe salvar. Sua mãe, por sua vez, conversou com o médico que apenas nesse momento pareceu ter entendido que ela tinha realmente desistido e foi contactar o anestesista. Até ele chegar, houve mais tempo de espera.

Onete comenta que acabou não fazendo o Plano de Parto, apesar de conhecer o instrumento. Mas reflete que, mesmo que tivesse feito, não teria ajudado muito:

É muito diferente do que a gente planeja, sabe. ‘Ah, faz um Plano de Parto’. Que p\* de Plano de Parto. Eu não cheguei a fazer um Plano de Parto mesmo, assim. Eu fiquei sempre deixando para depois, depois, e não fiz. Mas eu já tinha dito as coisas que eu queria assim. Mas não funciona como você [pensa], nada acontece como você imagina (Onete, entrevista, 7 de março de 2020).

Onete contou que a cirurgia foi tranquila e a recuperação, ótima. Não houve nenhuma complicação como as da irmã mais nova. Ela se ressentiu porque não escutaram sua vontade de ir para a cesárea quando a dilatação não estava mais avançando e ela estava sentindo dor. Em sua opinião, ela esperou muito até que fosse levada para a cesárea. Essa

grande espera foi vivida por ela como uma violência, mas, em seu relato, Onete enfatiza que não foi uma violência obstétrica, porque ela não passou por todas as situações que são classificadas como exemplos deste tipo de violência, segundo o que ela estudou no trabalho da especialização. Para Onete, o problema é a idealização do parto normal e o fato de “o pessoal do parto humanizado” não preparar a mulher para quando não dá certo, isto é, não a preparar para aquilo que não foi planejado. “Você tem que conhecer todas as nuances da situação”, ela disse.

### **Considerações finais: uma moldura relacional é possível?**

Creio que as histórias de parto — e impressões — de Renata e Onete podem ajudar a pensar as relações entre consentimento, parto, cuidado e violência obstétrica. Refletir sobre os enquadramentos que elas fazem das situações; se suas decisões foram ou não respeitadas; se o evento constituiu uma violência e de que tipo, podem ajudar a pensar a violência obstétrica de maneira um pouco menos normativa. Suas experiências e vivências são interessantes sobretudo porque elas estavam familiarizadas com o universo da humanização do parto e do combate à violência obstétrica, mas entendem que existem nuances das situações e sabem que nem tudo sairá conforme o idealizado. No caso de Renata, ela parece ter assentado tal entendimento após as “coisas ruins” que aconteceram no parto do primeiro filho.

Utilizo a noção de enquadramento/moldura de Judith Butler (2017) para refletir sobre as interpretações que Renata e Onete deram às suas experiências de parturição. A autora usa a ideia de enquadramento/moldura para criticar certas reivindicações políticas por reconhecimento. Não porque entenda que elas não sejam legítimas, mas porque, segundo Butler, elas acontecem por meio de um arranjo que deixa de lado a maneira processual e interdependente com que os sujeitos são constituídos. Para a autora, tais demandas falham por pressupor que existem seres atomizados prontos para serem reconhecidos, isto é, enquadrados na moldura. Essa crítica se dirige principalmente a certos tipos de multiculturalismo que demandam reconhecimento pelo Estado de grupos culturais diferenciados. Butler propõe, ao invés desse modelo, uma ideia universal de precariedade em que todos se entendam igualmente passíveis de morte, dor, sofrimento, e, por isso, consigam lidar com os outros com menos violência e mais igualdade. Esta última, para Butler (2017), é pensada não pela ideia de que as pessoas nascem iguais em direitos e liberdades, mas sim porque a vida (não somente a humana) faz parte de uma “precariedade compartilhada” (p. 256).

A acepção dessa “precariedade compartilhada” nega, então, a ideia normativa do reconhecimento, de pensar em termos de indivíduos, que, nessa formulação, já existem como sujeitos antes das relações que estabelecem com os demais. Na proposta da autora, pensar a interdependência entre os seres é o que levaria ao caminho de uma vida social mais igualitária, justamente porque tal interdependência é o que forma o sujeito. Este se forma a partir das relações que estabelece, em diferentes contextos, ao longo do tempo, sempre em processo. Tendo em conta as formulações de Butler (2017), o enquadramento da violência obstétrica como uma espécie de violência é similar às demais violências adjetivadas e “criadas” por molduras específicas, como a doméstica, a policial, violência contra crianças, para citar alguns exemplos. São molduras que acabam por delimitar e restringir as situações que compõem as espécies de violência. E tais molduras, também “criam” — delimitam — as vítimas e agressores de cada tipo de violência. É um esquema normativo formado a partir de “convenções explicativas” (Debert; Gregori, 2008, p. 176), que ocorre também com a noção de violência obstétrica, mesmo que não haja uma lei federal no Brasil sobre esse tipo de violência<sup>11</sup>.

Embora a violência obstétrica não seja definida em lei federal como o é a violência doméstica pela Lei Maria da Penha (nº 11.340/2006), por exemplo, os atores que fazem parte da sua formulação como categoria de violência, entre ativistas e *experts*, conformam um raciocínio baseado no desenho da representação criticado por Butler (2017), com a eleição de determinadas situações como típicas e a “separação” ou um certo “confronto” entre vítimas e agressores/perpetradores/algozes. No contexto brasileiro, as gestantes/parturientes e pessoas que gestam são as vítimas, consumadas ou em potencial, e os profissionais da saúde, principalmente os médicos, são os possíveis agressores. Em que pese inúmeras ativistas reiterarem que diversos profissionais — desde funcionários de hospitais, passando por enfermeiros, doulas, psicólogos, médicos anestesistas, além dos obstetras — possam vir a cometer violência obstétrica, o embate público se dá principalmente com a categoria médica. Até mesmo porque o CFM e os conselhos estaduais de medicina têm agido no sentido de invalidar o uso do termo violência obstétrica, pois, segundo eles, essa expressão criminalizaria a prática da medicina, além de colocar em questão a “bondade do médico” (Morais, 2016; Farina, 2019; Lara, 2022).

---

<sup>11</sup> No Brasil, não há uma lei ou mesmo política pública que defina o que é violência obstétrica. No entanto, como falei no início, as leis da Venezuela e Argentina ajudam brasileiras nessa delimitação. Além disso, há diversas leis municipais e estaduais sobre violência obstétrica, além de projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional.

O primeiro parto de Renata é lido por ela, por mim e provavelmente por diversas pessoas minimamente familiarizadas com os esquemas normativos de reivindicações de não violência, como um caso de violência obstétrica. É talvez por conta desse esquema normativo apreendido e estudado por Onete em sua especialização, que ela entende não ter sofrido esse tipo de violência. Foi uma situação violenta, dolorosa, mas não um caso de violência obstétrica porque tal tipo de cena não se insere nos enquadramentos que criam/criaram uma “situação típica” como acontece na história do primeiro parto de Renata. A imposição da cesariana geralmente entra no *script* do que seria um parto ocorrido com violência obstétrica, no entanto, não se pode dizer o mesmo de uma cesárea desejada em um momento de grande estresse corporal, como no caso de Onete que desistiu do parto vaginal humanizado que tinha planejado.

Como comentei na introdução, a noção de consentimento tem se mostrado muito presente na definição do que é violência obstétrica. Esse consentimento deve ser entendido como o respeito às escolhas, decisões e desejos das parturientes. Não se trata do “consentimento informado” que elas têm que assinar pro forma nas instituições médicas e hospitalares, estando muito mais próximo da ideia de um Plano de Parto, em que a gestante manifesta previamente como deseja que sua experiência aconteça. No parto do primeiro filho, Renata teve suas decisões e desejos desrespeitados, seja porque não houve abertura da instituição para o acolhimento do Plano de Parto, seja porque ela não pôde beber água ou comer e, também, porque foi feita uma incisão no períneo enquanto ela pedia que isso não acontecesse. Mas a situação se configurou como violência obstétrica porque houve violação do seu consentimento e de suas escolhas? Ou por que ela não foi tratada com o cuidado que esperava? Questiono isso porque no nascimento do segundo filho, o respeito com que foi tratada pela enfermeira e principalmente pelo médico parece ter sido o fator primordial para que a experiência fosse avaliada por Renata como positiva, mesmo que ela não tenha escolhido a posição em que acabou parindo. Esse fato ela não deixou de mencionar, mas a diferença entre os relatos é contundente.

Quando ela não queria ficar na posição mais propícia ao exame dos batimentos cardíacos do bebê, houve ali uma negociação entre o médico e ela. Imagino que ele tenha insistido porque sabia que o exame era importante naquele momento e, provavelmente, por também supor isso é que Renata colaborou como pôde, na medida em que as dores das contrações permitiram. Ainda voltarei ao tema da colaboração.

Pensando a noção de consentimento no caso de Onete, cabe interrogar sobre que tipos de decisão podem ser tomados diante de uma equipe médica orientada pelos

enquadramentos da humanização do parto. Dito de outra forma, ao ouvir, ler e tentar analisar a história de Onete, não consigo deixar de pensar na hipótese contrária: e se ela não quisesse que fosse injetada ocitocina e mesmo assim tivessem feito isso sem seu consentimento? E se lhe tivessem feito a episiotomia enquanto ela pedia que não, como aconteceu no primeiro parto de Renata? Certamente seriam episódios lidos como violência obstétrica, por desrespeitar as decisões da parturiente, por realizar intervenções sem seu consentimento. Mas demorar para atender aos apelos pela realização da cesárea não pode ser, de certa forma, uma maneira de não respeitar as decisões da gestante? Estou fazendo esses questionamentos como um convite e uma tentativa de pensar fora da moldura. E, nessa tentativa, a experimentação de uma dor não desejada pode ser experienciada como violência, ainda mais quando há o pedido para que ela seja sanada e ele não é atendido de pronto.

A situação do parto de Onete remete à discussão sobre a dor no parto humanizado. Rosamaria Carneiro (2015a) mostra que, nos grupos de preparo para o parto que acompanhou em 2010 e 2011 em São Paulo, a releitura da dor acontecia pela separação entre dor e sofrimento. As interlocutoras de Carneiro (2015a) desejavam um “parto mais natural”, e por isso entendiam que as contrações, por serem um processo fisiológico, não deveriam ser encaradas como sofrimento. Elas desejavam viver todo o momento do parto da forma mais intensa possível, respeitando os tempos do corpo. Os preceitos da humanização do nascimento se expandiram nos últimos anos, seja em função dos ativismos, seja em decorrência de políticas públicas de humanização<sup>12</sup>. Tendo isso em conta, a reinterpretação da dor nos meios da humanização acaba não atingindo a todas as gestantes/parturientes da mesma forma. Ela parece fazer sentido para as mais envolvidas com a pauta, ou mesmo que aderem a ela de uma maneira mais “radical”. Aquelas que desejam um parto não somente vaginal, mas natural, no sentido de ser um processo puramente fisiológico sem intervenção “externa”.

---

<sup>12</sup> Em 2000 foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento. Em 2011, houve a criação da Rede Cegonha, um pacote de ações da assistência à saúde materna e infantil no SUS. Entre outras coisas, ela foi responsável pela criação de Centros de Parto Natural e pela realização de Pré-Natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em 2013, houve a criação de especializações em enfermagem obstétrica, residência na mesma área e treinamento segundo as “Boas Práticas”. Em 2017, teve início o Projeto ÁpiceON – Aprimoramento e Inovação no cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Esta é uma iniciativa do Ministério da Saúde que tem a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como instituição executora. Objetiva qualificar profissionais de hospitais universitários e de ensino que façam parte da Rede Cegonha. Sobre as políticas públicas de humanização do parto e nascimento, ver Carmem Simone Grilo Diniz, Dafne Rattner, Ana Flávia D’Oliveira, Janaína Aguiar e Denise Niy (2018).

Onete, por exemplo, chegou a dizer: “nós mulheres, a gente já sofre com tanta coisa, para querer exigir que uma mulher ainda passe por um sofrimento desse assim, para dizer que é guerreira? Eu, não tem, não tem essa. Não quero ser guerreira, sabe, eu quero que a coisa aconteça da melhor forma” (Onete, entrevista, 7 de março de 2020). Para pessoas como ela, a imposição de uma dor, nesse caso, entendida como sofrimento, pode sim ser experienciada como uma situação de violência. Isso também é mostrado por Sônia Giacomini e Olívia Hirsh (2020) ao contarem a história Carla, uma mulher negra que trabalhava como manicure, e foi admitida numa Casa de Parto<sup>13</sup> para dar à luz. Segundo as autoras, ela já estava vinculada à Casa desde o pré-natal, e gostava do tratamento recebido ali e da proposta da instituição. Mas, à medida em que as dores das contrações iam aumentando, ela passou a desejar uma cesariana e teve que ser transferida, porque ali na Casa o procedimento não era realizado. Ao refletirem sobre esse episódio, Giacomini e Hirsh (2020) dizem que a vivência de uma dor não desejada pode ser um sofrimento e vir a ser compreendida como violenta. Há muita semelhança entre a história de Onete e de Carla, contada pelas autoras; no entanto, as duas são bem diferentes quanto a pertença racial e de classe. Em comum têm o fato de que aderiram a propostas de humanização do nascimento sem a sua versão mais “natural”. Digamos que eram mulheres que, nas palavras de Onete, “queriam que as coisas acontecessem da melhor forma”, mas não necessariamente estavam dispostas a sentir contrações tão fortes ou mesmo esperar tanto.

Mas, volto à ideia da colaboração, que foi como nomeei o diálogo entre Renata e o médico que lhe assistiu no segundo parto. Fiz isso pensando na noção de “lógica do cuidado” elaborada por Annemarie Mol (2008). A antropóloga, a partir da análise das práticas de cuidado de profissionais da saúde e pacientes em torno da Diabetes tipo 1, diz que, ao contrário da “lógica da escolha”, a “lógica do cuidado” na assistência em saúde consiste na colaboração entre enfermeiros, médicos e pacientes para que seja atingido um objetivo comum. No contexto que ela acompanhou, uma vida com qualidade, apesar da doença crônica. Devido ao objetivo em comum a ser permanentemente alcançado, há a tomada das decisões práticas corriqueiras, ora pelo paciente, ora pelo profissional da saúde. No entanto, isso não faz tanta diferença na lógica do cuidado, uma vez que o

---

<sup>13</sup> “Diferentemente dos Centros de Parto Natural, as casas de parto funcionam de maneira independente de qualquer outro serviço de saúde. Em sua maioria, são geridas pela equipe de enfermagem, enfermeiras obstétricas e técnicas de enfermagem, sem a figura do médico e sem a possibilidade de cirurgia. Funcionam como ambientes de atenção ao parto de baixo risco, com protocolos particulares que definiriam para cada uma o que vem a ser esse tipo de parto” (Carneiro, 2021, p. 38).

primordial não é respeitar as decisões pré-estabelecidas, mas sim atingir um objetivo comum, no qual ambos se engajam a promover uma vida saudável, apesar da doença.

Como se diz popularmente, “gravidez não é doença” e nem o parto é uma doença crônica como a Diabetes. Porém, a ideia da colaboração e perseguição dos melhores resultados em conjunto que fazem parte da “lógica do cuidado”, descrita e formulada por Mol (2008) podem ser interessantes para entender o contexto da saúde como um todo, inclusive a atenção às gestantes/parturientes, não somente a assistência aos doentes crônicos. A “lógica do cuidado” se manifesta no diálogo de Renata com o médico que transcrevi anteriormente. Certamente há profissionais da saúde não tão dedicados, há problemas de remuneração insuficiente ou falta de reajuste, e todos os preconceitos e discriminações que atravessam as interações sociais. Mas, se fossem concebidos enquadramentos da violência obstétrica inclusivos à “lógica do cuidado”, quem sabe a pauta da não-violência no parto ganhasse mais adeptos, ou, talvez, profissionais da saúde um pouco mais abertos ao diálogo.

O que formula Mol (2008) vai ao encontro da ideia de interdependência fundada na precariedade de Butler (2017). Retomando também desta última a compreensão de que o sujeito se forma por meio da relação com os demais, pensar o consentimento na forma de um Plano de Parto estanque, ou mesmo como um conjunto de decisões, desejos e escolhas inegociáveis, pode não contemplar a relacionalidade inerente ao modo de ser do sujeito. A aposta nas escolhas prévias — por documento escrito ou expressadas verbalmente — pode estar fadada ao fracasso. Os próprios estudos da enfermagem (Riffel; Moretto, 2017; Medeiros; Figueiredo; Correa; Barbieri, 2019) evocam que o Plano de Parto é mais efetivo se for pensado como instrumento de diálogo entre a parturiente e os profissionais da assistência à saúde.

Fernandes, Rangel, Díaz-Benitez e Zampiroli (2020) elaboram, com base em pesquisas etnográficas sobre violências sexuais, que o consentimento pode ser pensado como poroso e negociado. Na prática — ao menos pelo que indicam interlocutoras como Renata e Onete — o consentimento pensado no âmbito da assistência ao parto e inserido no debate da violência obstétrica também o é. Caberia, talvez, reformular alguns enquadramentos/molduras da violência obstétrica que comportem a relacionalidade inerente à essa constatação.

## Referências

ALMEIDA, Heloísa Buarque de. Violence sexuelle et de genre à l'université: du secret à la bataille pour la reconnaissance. *Brésil(s): Sciences Humaines et Sociales*, n. 16, p. 1-18, 2019. Disponível em: <https://journals.openedition.org/bresils/5348>. Acesso em: 7 mar. 2021.

BRASIL. *Lei Maria da Penha*: Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm). Acesso em: 27 mai. 2024.

BRASIL. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal*: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf). Acesso em: 20 mar. 2021.

BUTLER, Judith. *Quadros de guerra*: quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

CARNEIRO, Rosamaria. *Cenas de parto e políticas do corpo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015a.

CARNEIRO, Rosamaria. “Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, n. 20, p. 91-112, 2015b. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2015.20.08.a>

CARNEIRO, Rosamaria. “Em casa é mais seguro!”: o olhar do refúgio, do privilégio e da política pública. In: TEIXEIRA, Luiz; RODRIGUES, Andreza; NUCCI, Marina; SILVA, Fernanda (Org.). *Medicalização do parto*: saberes e práticas. São Paulo: Hucitec, 2021. p. 35-48.

CASTRO, Carolina Fernandes de; QUINTANA, Alberto Manuel; OLESIAK, Luísa da Rosa; MÜNCHEN, Mikaela. Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde. *Revista Bioética*, v. 28, p. 522-530, 2020. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/2213](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/2213). Acesso em: 7 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Recomendação 1/2012*: Recomenda-se que a realização do parto ocorra em ambiente hospitalar de forma preferencial por ser mais segura. 2012. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1\\_2012.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2012.pdf). Acesso em: 23 de março de 2023.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Resolução CREMERJ n. 265/2012*: dispõe sobre a proibição da participação do médico em partos domiciliares. 2012. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/RJ/2012/265\\_2012.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/RJ/2012/265_2012.pdf) Acesso em 23 de março de 2023.

DEBERT, Guita Grin; GREGORI, Maria Filomena. Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. *RBCS*, v. 23, n. 66, p. 165-211, 2008.

DINIZ, Carmem Simone Grilo; RATTNER, Dafne; D'OLIVEIRA, Ana Flavia; AGUIAR, Janaína Marques; NIY, Denise. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reproductive Health Matters*, v. 26, n. 53, p. 19-35, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30106349/>. Acesso em: 28 abr. 2024.

FARINA, Erik. Prefeita de Pelotas veta projeto de lei contra violência obstétrica que causou polêmica em comunidade médica. *GaúchaZH*, 2019. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2019/04/prefeita-de-pelotas-veta-projeto-de-lei-contraviolencia-obstetrica-que-causou-polemica-entre-comunidade-medica-cjuvj9yio01jl01ron9xt4ge6.html>. Acesso em: 22 mar. 2024.

FERNANDES, Camila; RANGEL, Everton; DÍAZ-BENÍTEZ, Maria Elvira; ZAMPIROLI, Oswaldo. As porosidades do *consentimento*. Pensando afetos e relações de intimidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, n. 35, p. 165-193, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/vRMRnWn968qCt8XhbwH4csd/>. Acesso em: 20 mar. 2021.

FLANIGAN, Jessica. Obstetric autonomy and informed consent. *Ethical Theory and Moral Practice*, v. 19, p. 225-244, 2016. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/24762615>. Acesso em: 20 mar. 2021.

GAMA, Fabiene. Violências contra mulheres em universidades brasileiras: escrachos, denúncias, mediações. In: ALMEIDA, Tânia Mara; ZANELLO, Valeska. (Org.). *Panoramas da violência contra mulheres nas universidades brasileiras e latino-americanas*. Brasília: OAB Editora, 2022. p. 325-355.

GIACOMINI, Sonia; HIRSH, Olivia. Parto “natural” e/ou “humanizado”? Uma reflexão a partir da classe. *Revista Estudos Feministas*, v. 28, n. 1, e57704, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/pr6t6CkMxPyxhQL9BfCTW4P/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2024.

LARA, Bruna de. Ministério da Saúde incentiva violência obstétrica em lançamento da nova Caderneta da Gestante. *Intercept\_Brasil*, 2022. Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2022/05/09/ministerio-da-saude-raphael-camara-violencia-episiotomia/>. Acesso em: 22 mar. 2024.

MANTILLA, Maria Jimena; DI MARCO, Martín Hernán. Reflexividad, autonomía y consentimiento. Un análisis de las experiencias de mujeres en la búsqueda de un parto fisiológico em la Ciudad de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, n. 35, p. 260-282, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/PXTzyMySbTzg34vvT3fWrVz/abstract/?lang=es>. Acesso em: 20 mar. 2024.

MEDEIROS, Renata; FIGUEIREDO, Grazielle; CORREA, Áurea; BARBIERI, Márcia. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de enfermagem*, v. 40, p. e20180233, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/FwsQmg48tP6BrWrd95GhWhJ>. Acesso em: 23 fev. 2021.

MOL, Annemarie. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. London: Routledge, 2008.

MORAIS, Roberto Magliano de. Violência obstétrica ou contra o obstetra? *Conselho Federal de Medicina*, 2016. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/violencia-obstetrica-ou-contra-o-obstetra/>. Acesso em: 29 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Maternidade segura – assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: [https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade\\_segura\\_assistencia\\_parto\\_normal\\_guia\\_pratico.pdf](https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf). Acesso em: 14 fev. 2019.

PULHEZ, Mariana. “Parem a violência obstétrica!”: a construção das noções de “violência” e “vítima” nas experiências de parto. *RBSE- Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 12, n. 35, p. 544-564, 2013a. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/PulhezArt%20Copy.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2019.

PULHEZ, Mariana. A “violência obstétrica” e a disputa em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. In: *Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos)*, Florianópolis, 2013b. Disponível em: [http://www.fg2013.wvc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1372972128\\_ARQUIVO\\_PULHEZ\\_MarianaMarques\\_fazendogenero10\\_ST69.pdf](http://www.fg2013.wvc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1372972128_ARQUIVO_PULHEZ_MarianaMarques_fazendogenero10_ST69.pdf). Acesso em: 14 jan. 2019.

SENS, Maristella Müller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. *Interface (Botucatu)*, n. 23, e170915, p. 1-16, 2019.

REPÚBLICA ARGENTINA. *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres*. Disponível em: [servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm). Acesso em: 15 fev. 2019.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em: 15 fev; 2019.

REZENDE, Claudia Barcellos. Histórias de superação: parto, experiência e emoção. *Horizontes Antropológicos*, v. 25, n. 54, p. 203-225, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832019000200008>. Acesso em: 28 abr. 2024.

REZENDE, Claudia Barcellos. Sentidos da maternidade em narrativas de parto no Rio de Janeiro. *Sociol. Antropol.*, v. 10, n. 1, p. 201-220, 2020. <https://doi.org/10.1590/2238-38752019v1017>

RIFFEL, Mariene Jaeger; MORETTO, Virgínia Leismann. O Plano de Parto como instrumento de inovação tecnológica para o parto e nascimento. *Revista de Extensão*, n. 14, p. 52-58, 2017. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/index.php/revext/article/view/92729/52734>. Acesso em: 9 jan. 2021.

RUSSO, Jane; NUCCI, Marina. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. *Interface (Botucatu)*, n. 24, e180390, 2020. <https://doi.org/10.1590/Interface.180390>

ZILLI, Bruno; RUSSO, Jane; DÍAS-BENÍTEZ, Maria Elvira; MENEZES, Rachel Aisengart. Consentimento e poder médico: reflexões sobre dor, violência e prazer. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, n. 35, p. 159-164, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/Crxx8rBGrwCf9gbsfr674bv/>. Acesso em: 9 jan. 2021.

Recebido em 28 de agosto de 2023

Aceito em 7 de maio de 2024