

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO – HISTÓRIA: CULTURA E POLÍTICA
LINHA DE PESQUISA: HISTÓRIA POLÍTICA**

THAYLINE DE FREITAS BERNARDELLI

***“FOI VOCÊ QUE ESCOLHEU ESSA VIDA DE PARTO, AGORA VOCÊ TEM QUE AGUENTAR”*. REFLEXÕES SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL A PARTIR DO DOCUMENTÁRIO *O RENASCIMENTO DO PARTO 2* (2018)**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**MARINGÁ
2025**

THAYLINE DE FREITAS BERNARDELLI

“FOI VOCÊ QUE ESCOLHEU ESSA VIDA DE PARTO, AGORA VOCÊ TEM QUE AGUENTAR”. REFLEXÕES SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL A PARTIR DO DOCUMENTÁRIO O RENASCIMENTO DO PARTO 2 (2018)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História na Universidade Estadual de Maringá como requisito para a obtenção do grau de Mestre em História. Área de concentração: História, Cultura e Política. Linha de Pesquisa: História política

Orientador: Angelo Aparecido Priori

**Maringá
2025**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

B522f

Bernardelli, Thayline de Freitas

"Foi você que escolheu essa vida de parto, agora você tem que aguentar" : reflexões sobre a violência obstétrica no Brasil a partir do documentário O Renascimento do Parto 2 (2018) / Thayline de Freitas Bernardelli. -- Maringá, PR, 2025.

131 f. : il. color., figs.

Orientador: Prof. Dr. Angelo Aparecido Priori.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de História, Programa de Pós-Graduação em História, 2025.

1. Violência obstétrica - Brasil . 2. O Renascimento do Parto 2 (2018) - Documentário. 3. Humanização do parto. 4. Políticas públicas . I. Priori, Angelo Aparecido, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de História. Programa de Pós-Graduação em História. III. Título.

CDD 23.ed. 362.19

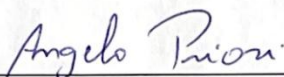
Elaine Cristina Soares Lira - CRB-9/1202

THAYLINE DE FREITAS BERNARDELLI

“Foi você que escolheu essa vida de parto, agora você tem que aquecer” Reflexões sobre a violência obstétrica no Brasil a partir do documentário O Renascimento do Parto 2 (2018)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Estadual de Maringá, como requisito para a obtenção do título de Mestre em História.

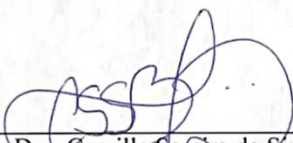
BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Angelo Aparecido Piori
Presidente/Orientador



Prof. Dr. Marcio José Pereira
Membro Convidado (UNESPAR)



Profa. Dra. Camilla Samira de Simoni Bolonhezi
Membro Convidado (FAP)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de tudo, a Deus, por ter sustentado meu corpo e minha alma nos momentos mais difíceis desta caminhada, me oferecendo silêncio quando tudo era ruído e desassossego, e força quando já não havia forças em mim.

Ao Jorge, meu companheiro de vida, que caminha ao meu lado com paciência e amor. Obrigada por transformar os momentos de desespero em possibilidades, por me fazer rir quando tudo parecia desmoronar, por ser abrigo quando eu quis desistir. Sua presença foi alento e farol nos dias escuros.

À minha mãe, Maria, presença firme e amorosa, que me ensinou desde cedo o valor da dignidade, da coragem e da justiça. Cada página desta dissertação carrega um pouco da sua força. Foi você quem me mostrou como lutar e resistir, e em cada queda, foi sua mão que me amparou.

Ao meu pai, Ademir, por sua presença gentil e constante. Sua fé e apoio incondicional acompanharam cada uma das minhas escolhas. Obrigada por ser meu porto seguro, por estender a mão sem hesitar e por transformar em cuidado e amor até os gestos mais simples.

Ao meu orientador Dr. Angelo Aparecido Priori, obrigada por acolher com ética e sensibilidade as escolhas que fizeram deste trabalho o que ele é. Sua escuta atenta e seu compromisso com a crítica foram fundamentais para que esta pesquisa pudesse amadurecer, encontrando, pouco a pouco, seu próprio caminho.

À minha avó Aurora, que, ainda na minha infância, compartilhou comigo suas vivências e memórias. Ao ouvir, com olhos atentos e coração inquieto, o relato da violência obstétrica que vitimou sua irmã ainda jovem, nasceu em mim uma indignação que, anos mais tarde se transformaria em desejo de pesquisar.

À minha irmã, Jaqueline, que, mesmo na correria dos próprios dias, sempre encontrou tempo para mim. Sua presença, ainda que silenciosa, esteve ao meu lado

nos momentos em que mais precisei — como quem cuida sem alarde, mas nunca deixa de estar.

Aos professores que compuseram a banca, Dr. Márcio José Pereira e Dra. Camilla Samira de Simoni Bolonhezi, agradeço profundamente pelas leituras cuidadosas, pelas críticas generosas e pelo olhar atento com que contribuíram para a finalização deste trabalho.

Aos amigos e amigas que a vida me deu — aqueles com quem compartilho laços que não se explicam, apenas se sentem. Obrigada por me acolherem nas crises, por me animarem nos cansaços e por celebrarem comigo cada pequena vitória.

Ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Estadual de Maringá e à CAPES, pelo apoio institucional e financeiro, que me permitiram seguir neste percurso com dedicação e profundidade.

RESUMO

Esta dissertação investigou, a partir do documentário *O Renascimento do Parto 2* (2018), como a violência obstétrica se manifesta na assistência ao parto no Brasil, evidenciando o descompasso entre as diretrizes das políticas públicas de humanização e a realidade enfrentada pelas mulheres ao longo da gestação, do parto e do pós-parto. Por meio da articulação entre relatos de mulheres e vozes técnico-científicas, o filme se configura como uma denúncia sensível e politicamente orientada, que desafia o silêncio imposto às experiências de dor, desamparo e desrespeito vividas no parto. A análise revelou que a violência obstétrica se sustenta em estruturas de poder enraizadas no patriarcado, no racismo institucional e na hierarquização dos saberes, sendo exercida por meio de mecanismos disciplinares sobre os corpos femininos. A linguagem cinematográfica transforma relatos individuais em memória coletiva, contribuindo para uma escuta pública do sofrimento e para a construção de um campo discursivo que reivindica reconhecimento e transformação. Apesar de sua potência política, o documentário apresenta limites representacionais, como a centralidade de experiências brancas e de classe média, produzindo um recorte que silencia vivências marcadas pela intersecção entre racismo, pobreza e exclusão institucional. Ainda assim, ao romper o pacto de silêncio e inscrever essas histórias no espaço público, *O Renascimento do Parto 2* fortalece a luta por um modelo de assistência que valorize a autonomia e o respeito à dignidade das mulheres.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Humanização do Parto; Documentário; Políticas Públicas

ABSTRACT

This dissertation investigated, through the documentary *O Renascimento do Parto 2* (2018), how obstetric violence manifests in childbirth care in Brazil, highlighting the gap between the guidelines of public policies on humanization and the reality faced by women throughout pregnancy, childbirth, and the postpartum period. By articulating women's testimonies with technical-scientific voices, the film is configured as a sensitive and politically oriented denunciation that challenges the silence imposed on experiences of pain, neglect, and disrespect in childbirth. The analysis revealed that obstetric violence is sustained by power structures rooted in patriarchy, institutional racism, and the hierarchy of knowledge, exercised through disciplinary mechanisms over women's bodies. The cinematographic language transforms individual accounts into collective memory, contributing to a public listening of suffering and to the construction of a discursive field that demands recognition and transformation. Despite its political potency, the documentary presents representational limits, such as the centrality of white and middle-class experiences, producing a framework that silences realities marked by the intersection of racism, poverty, and institutional exclusion. Even so, by breaking the pact of silence and inscribing these stories in the public sphere, *O Renascimento do Parto 2* strengthens the struggle for a model of care that values women's autonomy and respect for their dignity.

Keywords: Obstetric Violence; Humanization of Childbirth; Documentary; Public Policies

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Pôster do documentário	64
Figura 2- O cartaz We can do it.....	64

Sumário

INTRODUÇÃO	5
 CAPÍTULO I. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: A ORIGEM DO DEBATE E OS CAMINHOS PARA SUA VISIBILIDADE NO SÉCULO XXI	10
1.1 O movimento feminista e o surgimento da discussão sobre violência obstétrica	10
1.1.1 Feminismo no Brasil: o primeiro e o segundo momento da luta pelos direitos das mulheres.....	13
1.1.2 O terceiro momento do movimento feminista no Brasil e o debate sobre violência no parto.....	20
1.2 Ciberativismo no combate à violência obstétrica: o impacto das plataformas digitais na promoção do tema	30
1.2.1 Manifestações, pesquisas, documentários e normativas: iniciativas para visibilizar a violência obstétrica	32
 CAPÍTULO II. ENTRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO: DISCURSOS EM DISPUTA EM <i>O RENASCIMENTO DO PARTO 2</i> (2018).....	44
2.1 O Documentário como prática discursiva e fonte histórica.....	44
2.2 Eduardo Chauvet: do percurso pessoal à construção de um cinema de denúncia.....	48
2.2.1 <i>O Renascimento do Parto</i> (2013): onde tudo começou	51
2.3 A humanização do parto: proposta, disputa e tensões.....	55
2.3.1 O discurso da humanização em <i>O Renascimento do Parto 2</i> (2018).....	60
2.4 A memória da violência obstétrica: silêncios, enquadramentos e insurgências ..	66
 CAPÍTULO III. REFLEXÕES SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UM ESTUDO DO DOCUMENTÁRIO <i>O RENASCIMENTO DO PARTO 2</i>.....	71
3.1 Vozes que rompem o silêncio em <i>O Renascimento do Parto 2</i>	71
3.1.1 Formas de violência obstétrica a partir das experiências narradas	76
3.2 Vozes técnicas na defesa dos direitos das mulheres	78
3.2.1 A construção do conceito de violência obstétrica	80
3.3 O silenciamento das parteiras e a construção do saber médico moderno	84
3.4 Entre a obediência e a dor: o poder disciplinar	87
3.4.1 Instituições que violam: a violência obstétrica como rotina na assistência.....	90
3.5 Entre a norma e a realidade: as políticas públicas de humanização	95
3.5.1 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento	96

3.5.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	99
3.5.3 Lei do Acompanhante.....	101
3.5.4 Rede Cegonha	103
CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS.....	114

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica, um termo que descreve práticas desrespeitosas e abusivas durante o ciclo gravídico-puerperal da mulher, vem sendo reconhecida como um grave problema dentro do sistema de saúde. Compreende ações como o uso excessivo de intervenções médicas sem o consentimento da mulher, a imposição de procedimentos dolorosos, a negação do direito à autonomia sobre o próprio corpo e atitudes desumanas de profissionais de saúde. Embora tenha ganhado visibilidade no século XXI, tem raízes profundas na história da obstetrícia.

No início do século XIX, os partos eram majoritariamente assistidos por parteiras leigas, também chamadas de comadres ou aparadeiras. Elas eram chamadas em confiança pelas gestantes e, muitas vezes, assumiam um papel que ultrapassava o momento do parto. Sabiam sobre ervas, rezas, massagens; eram consultadas sobre doenças venéreas, aborto e até práticas ligadas ao infanticídio — atividades que revelam tanto sua importância quanto a complexidade moral de seu ofício. Essas mulheres, geralmente de origem popular, acumulavam saberes transmitidos de geração em geração, ocupando um papel central na vida cotidiana das populações, sobretudo entre as classes populares (Mott, 2002).

Essa configuração começou a se transformar com a fundação das primeiras escolas de medicina em 1832, na Bahia e no Rio de Janeiro, onde a obstetrícia foi introduzida como disciplina obrigatória, ainda que com prestígio marginal dentro da hierarquia médica. Surgiram os médicos-parteiros, que passaram a utilizar técnicas e instrumentos de alto risco, como o fórceps, criado no século XVII e incorporado à prática para auxiliar partos obstruídos (Mott, 2002). Nesse contexto, ser mulher significava submeter-se a esse novo olhar científico que começava a penetrar nos espaços femininos. Ser parteira implicava negociar: continuar com seus saberes empíricos, mas cada vez mais criticada e vigiada pela medicina.

A construção da obstetrícia como ciência implicou a deslegitimação dos saberes tradicionais. Como expõe Fabíola Rohden (2009), a consolidação do discurso obstétrico moderno envolveu uma operação simbólica que opunha a racionalidade científica masculina ao empirismo feminino das parteiras, consideradas atrasadas, perigosas e incompatíveis com o ideal de civilização e progresso científico. A institucionalização da formação médica demandou, também, a criação de espaços específicos para o ensino prático. Assim, enfermarias obstétricas começaram a

funcionar nos hospitais-escola, tendo como base o atendimento a mulheres pobres, negras e escravizadas, que eram transformadas em “corpos-escola” (Rohden, 2009).

A perspectiva racial e de classe é fundamental para compreender esse processo. Segundo Ligia Moreiras Sena (2016), as mulheres negras foram reiteradamente utilizadas como material didático, sem consentimento ou reconhecimento, em uma lógica que conjugava racismo, sexismo e exploração social. A medicalização, portanto, não apenas operava uma exclusão simbólica das parteiras, mas também estabelecia uma hierarquia entre os corpos: alguns eram dignos de cuidado e outros eram objeto de manipulação técnica. Essa assimetria permaneceu como marca estrutural da obstetrícia brasileira.

A partir da década de 1930, o Estado brasileiro passou a investir na criação de maternidades como parte dos projetos sanitaristas e de modernização institucional. Como explicam Luciana Aparecida Palharini e Silvia Fernanda de Mendonça Figueirôa (2018), a hospitalização do parto foi promovida como estratégia de combate à mortalidade materna e infantil, alinhando-se às diretrizes higienistas que visavam disciplinar os corpos e controlar a reprodução da população. Nesse período, observa-se uma transferência progressiva do parto do espaço doméstico para o hospitalar, acompanhado de um crescente afastamento da figura da parteira e da centralização da autoridade médica.

Essa transição não foi apenas espacial, mas epistemológica e simbólica. O parto passou a ser representado como um evento de risco, que exigia monitoramento constante, intervenções técnicas e presença do médico obstetra. De acordo com Lucia Regina de Azevedo Nicida (2018), esse modelo reforçou uma abordagem intervencionista, onde o uso de tecnologias — como fórceps, ocitocina, episiotomia e, posteriormente, cesariana — se tornou prática rotineira. A dor, o tempo e a imprevisibilidade, elementos centrais da experiência do parto, foram vistos como disfunções a serem corrigidas pela técnica.

Durante a Era Vargas, a influência da eugenia tornou-se marcante no Brasil, sobretudo nas décadas de 1930 e 1940. O Estado institucionalizou a proteção materno-infantil, transformando a maternidade em função patriótica. Criaram-se serviços públicos e privados que ofereciam assistência médica, apoio material e até instrução moral às mães pobres. O corpo da mulher foi convocado para regenerar a nação, produzindo filhos fortes e saudáveis. A mulher, antes presa ao marido e à casa, passou a ser elevada à categoria de mediadora entre filhos e Estado. Ser mãe tornou-

se um dever patriótico: criar filhos não era só uma função privada, mas uma contribuição à grandeza da nação (Costa, 2004).

Assim, entre o século XIX e a primeira metade do século XX, ser mulher e mãe no Brasil significava viver sob o duplo peso da medicalização e da eugenia: de um lado, um corpo esquadrihado por instrumentos e cirurgias arriscadas; de outro, uma função patriótica que subordinava o amor materno às exigências da ciência e da nação.

Entre as décadas de 1960 e 1980, a medicalização atingiu seu ápice com a consolidação do modelo tecnocrático de atenção ao parto. Como aponta Fernanda Silva *et al.* (2019), o discurso médico-científico passou a construir o “parto ideal” como aquele que seguia protocolos padronizados: a mulher deitada em posição litotômica, com episiotomia, soro com ocitocina, anestesia e, em muitos casos, cesariana. Essa padronização era justificada pela promessa de controle, eficiência e previsibilidade, mas resultava na invisibilização da subjetividade feminina e na violação da autonomia da mulher.

A partir da década de 1980, esse cenário começou a ser questionado por movimentos sociais, especialmente feministas e da humanização do parto, os quais denunciaram as violações de direitos no parto e propuseram novas formas de cuidado baseadas na escuta, na autonomia e no protagonismo das mulheres. A emergência do conceito de violência obstétrica e a defesa do parto humanizado inserem-se nesse contexto de crítica às estruturas hegemônicas da medicina e de valorização das experiências silenciadas. Desde os anos 2000, com o fortalecimento do ativismo digital, da circulação de pesquisas e da produção cultural, esse debate ganhou visibilidade, culminando em uma série de ações institucionais e mobilizações sociais. Nesse processo, o cinema documental ocupou papel relevante na denúncia das práticas abusivas, na construção da memória coletiva e na convocação para mudanças.

É nesse cenário que se inscreve o documentário *O Renascimento do Parto 2* (2018), dirigido por Eduardo Chauvet, como parte de uma trilogia que propõe uma crítica contundente ao modelo tecnocrático e à medicalização do parto no Brasil. A obra constrói como um espaço de denúncia e sensibilização, reunindo vozes de mulheres e profissionais para revelar práticas abusivas ainda presentes na assistência ao parto. Ao mesmo tempo, apresenta experiências de partos humanizados como possibilidade concreta de cuidado centrado na mulher.

Nesse sentido, esta dissertação busca compreender a partir do documentário *O Renascimento do Parto 2*, como a violência obstétrica se manifesta na assistência ao parto no Brasil, problematizando a distância entre as diretrizes das políticas públicas de humanização e a realidade vivida por mulheres durante gestação, parto e puerpério. Para isso, adota-se a perspectiva foucaultiana do discurso, entendido como prática social que institui verdades, produz sentidos e conforma sujeitos e saberes.

Segundo Michel Foucault (1996), todo dizer deve ser entendido como acontecimento histórico, inscrito em condições específicas de emergência e circulação. Essa perspectiva evidencia que os discursos não são neutros, mas produzem verdades, instituem sujeitos e definem o que pode ser considerado legítimo em determinado contexto. No campo obstétrico, isso significa reconhecer como o saber biomédico se consolidou como regime de verdade, autorizando médicos e instituições a definirem condutas sobre o corpo da mulher e silenciando outros saberes e experiências.

O documentário *O Renascimento do Parto 2* não é apenas um registro ou reflexo da realidade, mas uma prática discursiva que tensiona esse regime de verdade. Ao reunir relatos de mulheres, depoimentos de especialistas e imagens de partos humanizados, a obra desafia a autoridade exclusiva do discurso biomédico e reivindica novas formas de cuidado, baseadas na autonomia e no protagonismo feminino.

A contribuição foucaultiana também se mostra fecunda ao pensar a articulação entre discurso e poder disciplinar. Foucault, em *Vigiar e Punir* (1987), descreve como técnicas de controle produzem corpos dóceis e úteis, regulando gestos, comportamentos e modos de existir. Essa chave de análise permite compreender as práticas obstétricas evidenciadas no documentário — como cesarianas de rotina, protocolos rígidos e restrições ao corpo da gestante — não apenas como intervenções médicas, mas como mecanismos disciplinares que incidem de forma específica sobre os corpos das mulheres.

Dessa forma, a dissertação organiza-se em três capítulos. O primeiro busca investigar o surgimento e a consolidação do debate sobre violência obstétrica no Brasil, analisando as transformações históricas que marcaram a atenção à saúde da mulher desde a década de 1980. Nesse período, o movimento feminista desempenhou papel central na denúncia de abusos, na promoção da saúde integral da mulher e na formulação de programas e iniciativas voltadas à proteção dos direitos

reprodutivos. Além disso, pretende-se analisar marcos históricos, como programas de saúde, pesquisas acadêmicas, manifestações sociais, documentários e a circulação de relatos nas redes digitais, os quais contribuíram para retirar a violência obstétrica da invisibilidade, consolidando o tema na esfera pública na década de 2010.

O segundo capítulo tem como propósito analisar *O Renascimento do Parto 2* (2018) como prática discursiva que articula debates sobre humanização do parto, violência obstétrica e memória coletiva. Pretende-se examinar como o documentário articula diferentes experiências de parto, evidenciando a tensão entre práticas humanizadas e regimes biomédicos tecnocráticos, bem como as desigualdades de classe, raça e acesso a recursos que atravessam essas experiências. O capítulo abordará ainda a forma como a obra se relaciona com a memória da violência obstétrica, mostrando como certas vozes permanecem historicamente silenciadas e como relatos individuais se inserem em redes de compartilhamento e resistência.

No terceiro capítulo, visa-se examinar, à luz de *O Renascimento do Parto 2*, como práticas autoritárias e intervencionistas se manifestam no cotidiano das maternidades, expondo mulheres a violências físicas, psicológicas, institucionais e sexuais, e como essas experiências se articulam às desigualdades de classe, raça e gênero. Além disso, busca-se analisar de que modo o poder disciplinar e os discursos biomédicos hegemônicos estruturam relações de controle sobre os corpos das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, limitando sua autonomia. Pretende-se também investigar as diretrizes das políticas públicas de humanização do parto no Brasil — como o PHPN, a PNAISM, a Lei do Acompanhante e a Rede Cegonha — identificando obstáculos institucionais, sociais e culturais que dificultam sua efetivação.

CAPÍTULO I. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: A ORIGEM DO DEBATE E OS CAMINHOS PARA SUA VISIBILIDADE NO SÉCULO XXI

Neste capítulo, propomos investigar as origens do debate em torno da violência obstétrica no Brasil, destacando as transformações iniciadas na década de 1980 e o papel central do movimento feminista nesse processo. Para compreender o contexto em que esse debate se inscreve, retomamos brevemente os dois primeiros momentos do feminismo no país, situando a trajetória das mulheres na reivindicação de direitos civis, sociais e reprodutivos. Em seguida, voltamos nosso olhar para o terceiro momento do feminismo brasileiro, quando temas como a violência de gênero e a saúde da mulher ganham centralidade nas agendas de luta. É nesse cenário que surgem as primeiras denúncias de abusos e maus-tratos durante o parto, posteriormente reconhecidos como violência obstétrica. Por fim, examinamos os principais marcos da década de 2010 que contribuíram para consolidar esse debate no cenário público e acadêmico, evidenciando os fatores que tornaram esse período decisivo para o reconhecimento político e social do problema.

1.1 O movimento feminista e o surgimento da discussão sobre violência obstétrica

Os registros dos movimentos feministas que marcaram o início da primeira onda, no Ocidente, são frequentemente identificados como uma "resposta" às conquistas da Revolução Francesa, especialmente no que se refere à emancipação masculina. A escritora e professora Mary Wollstonecraft é amplamente considerada a pioneira dessa onda, tendo publicado, em 1792, *Uma reivindicação dos direitos da mulher*, onde aborda a emancipação feminina. Juntamente com Wollstonecraft, diversas outras mulheres se mobilizaram durante esse período, a exemplo de Olympe de Gouges, autora da obra *Declaração dos Direitos das mulheres e das cidadãs*, que, igualmente focava em questões como educação, direito ao voto e igualdade no casamento, com destaque para o direito das mulheres casadas de gerir suas propriedades (Ribeiro; Nogueira; Magalhães, 2021).

De maneira geral, a primeira onda do feminismo está relacionada à luta pelo sufrágio feminino. Entre meados do século XIX e o início do século XX, mulheres brancas, educadas e de classes altas se mobilizaram em vários países em busca de

direitos políticos. No entanto, a obtenção legal do sufrágio se deu ao longo de um extenso período. Nos Estados Unidos, o direito ao voto foi alcançado em 1920; no Reino Unido, o processo se desenrolou entre 1918 e 1928; enquanto na América Latina, a luta pelo sufrágio se estendeu de 1927, no Uruguai, 1932, no Brasil, até 1961, no Paraguai (Perez; Ricoldi, 2023).

A segunda onda do feminismo é frequentemente ligada às lutas políticas da década de 1960, que emergiram no contexto dos movimentos pelos direitos civis e da contracultura. Entre as distintas produções intelectuais que influenciaram esse movimento, é importante destacar a influência da filósofa e escritora Simone de Beauvoir. Precursora da Segunda Onda Feminista e autora da obra *O Segundo sexo*, publicado em 1949, Beauvoir colocou o corpo na posição de central na análise da experiência feminina. Mediante frase emblemáticas, a exemplo de “não se nasce mulher, torna-se mulher”, realizou reflexões profundas a respeito dos significados sociais e culturais do “ser mulher”, questões essas essenciais aos debates posteriores (Ribeiro; Nogueira; Magalhães, 2021).

Nessa direção, a segunda onda feminista trouxe à tona questões relacionadas ao corpo, à sexualidade e às violências enfrentadas pelas mulheres em suas relações familiares (Sousa, 2017). Nesse novo cenário, novas questões começaram a integrar as pautas feministas, incluindo mobilizações contra a rígida divisão dos papéis de gênero, que impunham às mulheres a dupla jornada de trabalho e a responsabilidade exclusiva pelos cuidados dos filhos. As “políticas do corpo” passaram a ganhar uma atenção significativa, com reivindicações por direitos reprodutivos, buscando a plena afirmação do corpo e da sexualidade feminina (aborto, prazer, contracepção), além da luta contra a violência sexual, que deixou de ser considerada uma questão privada e passou a ser reconhecida como uma questão pública (Soihet, 2013).

A terceira onda do feminismo é caracterizada pelo surgimento do conceito de interseccionalidade, especialmente nos Estados Unidos. A principal teórica desse conceito é Kimberlé Crenshaw, cujo argumento principal enfatiza que, embora todas as mulheres enfrentem discriminação de gênero de alguma forma, outros aspectos de suas identidades sociais, como raça, cor e etnia, influenciam a maneira como diferentes grupos de mulheres experimentam essa discriminação (Perez; Ricoldi, 2023).

A violência obstétrica deve ser compreendida por meio de uma abordagem interseccional, conforme proposta por Kimberlé Crenshaw¹ (2020), que argumenta que raça, classe e gênero se entrelaçam na produção de desigualdades. No Brasil, mulheres negras, indígenas e periféricas enfrentam formas mais severas de violência durante o parto, uma vez que estão sujeitas a sistemas de exclusão múltiplos, que combinam racismo estrutural e práticas obstétricas violentas normalizadas.

Ainda, poderíamos incluir Angela Davis (2016)² nessas reflexões sobre gênero e a história da medicalização do parto e o papel das instituições de saúde na subjugação das mulheres, para demonstrar como o racismo e o sexismo estruturam a assistência à saúde, uma vez que, a pesquisadora e ativista analisa como o racismo e o sexismo moldaram o acesso das mulheres negras à saúde, evidenciando que, historicamente, a assistência médica reprodutiva foi um mecanismo de controle social, especialmente sobre mulheres negras e pobres. No contexto brasileiro, essa dinâmica se reflete no alto índice de cesarianas forçadas e na precarização do atendimento obstétrico nas periferias.

As feministas da terceira onda, que emergiram a partir da década de 1980, incorporam uma perspectiva pós-modernista e pós-estruturalista, caracterizando sua luta por uma resistência à categorização e ao essencialismo (Ribeiro; Nogueira; Magalhães, 2021). O conceito de gênero passa a ser amplamente debatido, referindo-se à distinção entre os atributos culturais atribuídos a cada sexo e a dimensão biológica dos seres humanos. No livro "Problemas de Gênero", lançado na década de 1990, a filósofa Judith Butler se distancia das abordagens que sobreponham o gênero em relação ao sexo biológico. Ela critica as visões que tratam as identidades de gênero e sexo como fixas, categorizando de maneira rígida mulheres e homens, sujeito e outro. Influenciada por Michel Foucault, Butler propõe uma análise de como a dualidade sexual foi formada, enfatizando a maneira como os discursos científicos moldaram essa dualidade. Assim, ela apresenta o sexo como uma construção cultural, desafiando a ideia de que o gênero é apenas uma inscrição cultural sobre um sexo considerado naturalmente dado (Soihet; Pedro, 2007).

¹ CRENSHAW, Kimberlé. Cartografias das margens: interseccionalidade, políticas de identidade e violência contra mulheres não brancas. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de (org.). *Pensamento feminista: conceitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. p. 447-482.

² DAVIS, Angela. *Mulheres, raça e classe*. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

Butler (1990) ao argumentar que o gênero não é apenas uma identidade fixa, mas um conjunto de normas performativas que impõem padrões sobre os corpos, nos faz refletir sobre o contexto da violência obstétrica, onde o corpo feminino é medicalizado e institucionalmente controlado, muitas vezes sem consentimento da mulher, reforçando uma concepção binária e hierárquica de gênero, na qual a maternidade é vista como um dever e não uma escolha.

Embora o termo "ondas" sugira uma certa uniformidade nos processos políticos, é importante destacar que as características de cada fase variam conforme os contextos de diferentes países e regiões. Além disso, os processos de mobilização política não se desenvolvem de maneira cíclica e homogênea; em cada período, é possível identificar elementos de fases anteriores e posteriores. A metáfora das ondas transmite a ideia de que os fenômenos coexistem, embora se tornem mais visíveis em determinados momentos. Assim, uma nova onda não implica uma ruptura com as mobilizações políticas anteriores (Perez; Ricoldi, 2023).

Nesse sentido, podemos delinear o feminismo como um movimento que, desde suas primeiras expressões, encontrou um campo de atuação único. Esse feminismo é caracterizado por uma trajetória histórico-sociocultural específica, que ressalta as particularidades do contexto brasileiro e suas desigualdades estruturais. O movimento feminista no Brasil enfrentou desafios que se diferenciavam das experiências feministas observadas em outras partes do mundo, como veremos a seguir.

1.1.1 Feminismo no Brasil: o primeiro e o segundo momento da luta pelos direitos das mulheres

Para fins didáticos, dividiremos a história do feminismo no Brasil em três momentos, com base na periodização proposta por Céli Regina Jardim Pinto (2003) e Rayza Sarmiento de Sousa (2017). O primeiro momento ocorre no início do século XX, caracterizado pela luta por direitos políticos e pela reivindicação de melhorias na educação e nas condições de trabalho. O segundo momento se desenrola da década de 1970 até o final dos anos 1980, marcando um "ressurgimento do feminismo" e destacando a resistência do movimento contra a ditadura militar, além de abordar questões como liberdade sexual, direitos reprodutivos e aborto. Por último, o terceiro momento emerge a partir dos anos 1980, coincidente com a redemocratização do Brasil, e é marcado pela institucionalização do movimento feminista, com a criação de conselhos

de mulheres e o surgimento de organizações não governamentais (ONGs). Para além dessas formas de ativismo, o feminismo contemporâneo também é marcado pelo uso de novas tecnologias, a internet, em especial, desempenha um papel significativo no contexto atual.

O primeiro momento do feminismo no Brasil teve início na década de 1920, centrando-se na reivindicação das mulheres por direitos políticos, especialmente o direito ao voto e a serem eleitas. Essa conquista foi alcançada em 1932 e incorporada à Constituição de 1934. Embora Bertha Lutz tenha se destacado como uma figura emblemática dessa luta, a primeira fase do feminismo brasileiro não se limita ao sufragismo que ela representou. Como Céli Pinto destacou em seu livro *Uma história do feminismo no Brasil* (2003), houve diversas vertentes do feminismo nas primeiras décadas do século XX.

A primeira vertente do feminismo, sob a liderança de Bertha Lutz, não considera a exclusão da mulher em razão da posição de poder ocupada pelo homem. A principal questão da luta sufragista é o reconhecimento da mulher como sujeito detentor de direitos políticos. No entanto, essa vertente apresenta suas limitações, já que as mulheres buscam inclusão sem mexer na posição masculina. Essa abordagem representa a face bem-comportada do feminismo brasileiro (Pinto, 2003).

Em sua tese, Sousa (2017) examina a cobertura jornalística sobre o feminismo no período de 1921 até julho de 2016. Em relação à primeira metade do século XX, a autora ressalta que as negociações de Bertha Lutz com os políticos da época e as reivindicações das sufragistas são, em alguns momentos, retratadas com respeito e aprovação, enquanto em outros são tratadas com indiferença e ironia. Além das questões relativas ao voto feminino, os jornais abordam a atuação das mulheres brancas no mercado de trabalho, destacando as pioneiras como “feministas convictas” e celebrando suas conquistas. Essa cobertura revela uma associação do movimento feminista a mulheres específicas e a um recorte de classe (Sousa, 2017).

Na contramão desse reconhecimento, emerge a representação estereotipada das mulheres que se atrevem a reivindicar novos direitos e padrões sociais. Artigos de opinião chegam a desmerecer até mesmo o corte de cabelo curto, afirmando que “até se parecem com marmanjos”, conforme destacou Sousa (2017). Enquanto de um lado observamos essa desvalorização, do outro encontramos uma valorização manifesta na imprensa, que faz elogios às feministas engajadas nas questões das mulheres donas de casa e mães.

Nesse primeiro momento do feminismo, a temática da maternidade aparece no quadro do “feminismo aceitável”, como denominado por Sousa (2017). O feminismo aceitável se preocupa com a infância e a maternidade, recebendo apoio dos jornais da época. As mulheres que integravam essa vertente do movimento não se destacavam por suas contribuições para a melhoria da condição feminina, mas sim pela sua vinculação às esferas do cuidado.

De acordo com Pinto (2003), a face menos comportada do feminismo no início do século XX é o chamado feminismo difuso. Essa corrente se manifesta por meio da imprensa feminista alternativa, composta predominantemente por “mulheres cultas, com vidas públicas notáveis, em sua maioria professoras, escritoras e jornalistas” (Pinto, 2003, p. 15). Essas mulheres batalham pela educação feminina e discutem o interesse dos homens de mantê-las restritas ao ambiente doméstico, além de abordarem a dominação masculina e temas como sexualidade e divórcio. A autora classifica essa terceira vertente do feminismo como a mais radical da época, associando-a ao movimento anarquista e ao Partido Comunista, com um foco central na exploração das mulheres nas fábricas. Nesse período, a conquista mais significativa foi a obtenção do direito de voto, no ano de 1932, mediante o Decreto 21.076.

O segundo momento do feminismo brasileiro, o qual irrompe nos anos de 1970, foi marcado por algumas questões fundamentais. Segundo Cynthia Andersen Sarti (1998), o movimento emerge como resultado da resistência das mulheres à ditadura militar, após a derrota da luta armada, refletindo também no processo de elaboração política e pessoal dessa derrota. A participação das mulheres na luta armada não se limitava a uma oposição à ordem política vigente, mas também representava uma transgressão significativa em relação aos papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres na época (Sarti, 1998).

O golpe militar de 1964 instaurou um período marcado pela cassação de direitos políticos, censura, tortura, desaparecimentos, mortes e exílio, com uma intensificação dessas práticas a partir de 1968, especialmente após a promulgação do Ato Institucional nº 5 (AI-5), que endureceu a repressão a qualquer forma de atuação política. Dessa forma, o Movimento Feminista no Brasil adquire especificidades ao longo da década de 1970, com a maioria de suas militantes engajadas na luta contra a ditadura. Além das manifestações mediante a imprensa, como as publicações do *Brasil Mulher* e *Nós mulheres*, a resistência armada também constituiu a realidade de muitas dessas mulheres, a exemplo da realizada entre 1972 e 1974 pelo Pcdob no Araguaia,

Sul do Pará, onde cerca de 20% dos integrantes eram do sexo feminino. De igual modo, estiveram presentes nas guerrilhas urbanas, como evidencia Olivia Rangel Joffily:

A guerrilha urbana durou apenas alguns anos, de 1968 a 1974, mas, em nenhuma outra época, o Brasil viu tantas mulheres pegarem em armas. Embora os números não sejam precisos, calcula-se que cerca de uma centena delas integraram as ações armadas. Algumas estiveram na linha de frente e se destacaram na luta: Dulce Maia, banida, em fragalhos (estava com 38 quilo), em 1970; Vera Silvia Magalhães, participou do sequestro do embaixador norte-americano Elbrick; Lucia Murat, hoje cineasta; Yara Pereira, que perdeu na guerrilha dois irmãos e o marido; Maria do Carmo Brito, a baixinha, que teve comportamento heroico sob tortura e cujo marido suicidou-se no momento do confronto com a repressão; e Inês Etienne Romeu, membro da direção da VPR e da linha de frente no sequestro do embaixador Giovanni Bucher – presa e torturada, inventou um ponto em Casadura (RJ) e, para não entregar nomes, jogou-se sob um ônibus. Inês ficou conhecida por denunciar a existência da ‘Casa da Morte’, aparato clandestino da repressão política, localizada em Petrópolis (RJ), testemunhando a passagem e assassinato de diversos presos desaparecidos. Inês tentou o suicídio, várias vezes. Sobreviveu, mas, até hoje, sofre em virtude das graves sequelas deixadas pelas torturas sofridas (Joffily, 2005, p. 95)³.

Ademais, as manifestações desse segundo momento do feminismo no Brasil apresentavam um caráter predominantemente privado. A partir de 1972, começaram a surgir encontros fechados de grupos femininos nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, em um período marcado pela repressão durante o governo Médici (Pinto, 2003). Essa será outra importante marca do novo feminismo, mulheres que se conheciam previamente e se reúnem para discutir as ideias que estavam sendo levantadas pelos movimentos feministas norte-americano e europeu. Esses encontros contavam com a presença de, no máximo, vinte mulheres, e o acesso às casas onde ocorriam era restrito a convites. Essas mulheres enfrentavam uma relação complexa com o cenário político, pois parecia haver um pedido de desculpas por estarem discutindo questões relacionadas ao seu corpo, sua sexualidade e papel na sociedade, enquanto o país vivia sob uma ditadura. No entanto, apesar desse contexto desafiador, elas não se calaram e desempenharam um papel fundamental introduzindo essas questões no Brasil (Pinto, 2003).

³ É importante destacar que o texto de Olivia Rangel Joffily foi escrito em 2005, momento esse em que Inês Etienne Romeu estava viva, vindo a falecer somente no dia 27 de abril de 2015, aos 72 anos, em sua casa em Niterói.

Com o tempo o feminismo brasileiro, inicialmente originado nas camadas médias e denominado movimento de mulheres por sua pluralidade, se expandiu ao longo do tempo por meio de uma interação específica com as camadas populares e suas organizações de bairro, tornando-se, assim, um movimento interclasses (Sarti, 2004).

Essa atuação conjunta foi fundamental para o movimento de mulheres no Brasil, conferindo-lhe uma identidade própria. Envolveu, uma delicada relação com a Igreja Católica, foco de oposição ao regime militar, e com os grupos de esquerda, todos navegando contra a corrente do regime autoritário (Sarti, 1998). Enquanto os movimentos feministas na Europa e nos Estados Unidos, na década de 1960, defendiam a ideia de que "o pessoal é político", lutando por direitos relacionados ao corpo, à liberdade sexual, ao aborto e à eliminação das desigualdades nas esferas familiar e trabalhista, no Brasil essa luta assumiu uma conotação diferente. A defesa da liberdade sexual e do direito ao aborto, aqui, colocava-se em confronto direto com os dogmas da Igreja Católica, uma das principais instituições progressistas da época (Hollanda, 2018). Esses temas, portanto, se mantiveram restritos às discussões privadas, realizadas em pequenos "grupos de reflexão", sem repercussão pública significativa (Sarti, 2004).

Nos partidos de esquerda, a luta pela condição subalternizada da mulher era desvalorizada em prol de questões consideradas mais urgentes, como a desigualdade social (Pinto, 2003). Em resumo, ao contrário do primeiro momento, no segundo o movimento feminista se solidificou a partir da percepção de que,

[...] ser mulher, tanto no espaço público como no privado, acarreta consequências definitivas para a vida e que, portanto, há uma luta específica, a da transformação das relações de gênero. Por outro lado, há uma consciência muito clara por parte dos grupos organizados de que existe no Brasil uma grande questão: a fome, a miséria, enfim, a desigualdade social, e que este não é um problema que pode ficar fora de qualquer luta específica. Principalmente na luta das mulheres e dos negros, a questão da desigualdade social é central (Pinto, 2003, p. 45).

Assim, o feminismo foi se expandindo dentro desse contexto de mobilizações diversas. Inicialmente, ser feminista carregava uma conotação pejorativa. Estava-se sob constante ataque: para a direita, era visto como um movimento imoral e, portanto, perigoso; para a Igreja, cujos dogmas eram inquestionáveis, a perspectiva feminista sempre encontrou limites claros; e para a esquerda, era considerado um reformismo burguês (Sarti, 1998). De acordo com Heloisa Buarque de Hollanda (2018), o

resultado foi uma fragilização inicial do feminismo. Somente no exílio muitas feministas da terceira onda redescobriram à luta das mulheres.

No Brasil, o ano de 1975 marcou um momento significativo na história do feminismo, sendo reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o Ano Internacional da Mulher. Esse reconhecimento catalisou uma série de eventos no país, trazendo as questões femininas para a esfera pública. Um dos principais eventos, intitulado *O papel e o comportamento da mulher na realidade brasileira*, ocorreu no Rio de Janeiro e resultou na criação do Centro de Desenvolvimento da Mulher Brasileira. Esse centro desempenhou um papel crucial na formalização da luta pelos direitos das mulheres, sinalizando o início de um feminismo que se tornaria público e institucionalizado (Soihet, 2013), como veremos adiante.

No exílio, um número significativo de mulheres de esquerda, habituadas a um contexto em que "a luta de classes era a palavra de ordem e qualquer desvio disso era visto como traição" (Pinto, 2003, p. 52), se depara com uma realidade bastante distinta ao chegar à Europa. O ambiente ali é marcado por uma intensa efervescência política e cultural; o livro *O Segundo Sexo*, de Simone de Beauvoir, está sendo debatido após uma década de sua publicação, enquanto nos Estados Unidos, mulheres lideradas por Beth Friedman promovem a queima de sutiãs em praças públicas (Pinto, 2003). Ao retornarem ao Brasil no início dos anos 1980, elas desempenham um papel importante no fortalecimento da corrente feminista no movimento das mulheres brasileiras. Assim,

As exiladas traziam em sua bagagem não apenas a elaboração (alguma, pelo menos) de sua experiência política anterior, com também a influência de um movimento feminista atuante, sobretudo na Europa. Além disso, a própria experiência de vida no exterior, com uma organização doméstica distinta dos tradicionais padrões patriarcais da sociedade brasileira, repercutiu decisivamente tanto em sua vida pessoal quanto em sua atuação política. O saldo do exílio, de umas, e a experiência de ter ficado no país nos anos 70, de outras, que construíram o feminismo local, fez deste encontro de aliadas um novo panorama (Sarti, 1998, p.7).

O movimento a partir de então se consolidou como uma força política e social. O discurso feminista, centrado nas relações de gênero, se espalhou pelo país, impulsionado pela atuação de suas lideranças e pela receptividade da sociedade em processo de modernização. Grupos feministas ganharam força em associações, partidos e sindicatos, legitimando a mulher como sujeito social (Sarti, 1998).

Na década de 1980, o contexto que marcou o terceiro momento do feminismo foi a redemocratização do Brasil. Nesse cenário, as feministas se dividiram entre aquelas que desejavam a institucionalização do movimento e aquelas que viam a aproximação com o Estado como um sinal de cooptação⁴. Apesar das divergências, a institucionalização ocorreu. Assim, surgiram órgãos públicos cuja funcionalidade era de discutirem as questões específicas às mulheres na sociedade, dentre os quais Maria Amélia de Almeida Teles destaca o Conselho Estadual da Condição Feminina, criado em São Paulo em 1983 (Teles, 1993).

Uma outra instituição significativa na trajetória do movimento feminista foi o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, que lançou uma campanha nacional na televisão com o lema *Constituinte pra valer tem que ter os direitos da mulher*. Essa iniciativa mobilizou um expressivo grupo de feministas em Brasília, culminando na elaboração do documento conhecido como *Carta das Mulheres*. O documento é inovador ao tratar da violência contra a mulher e do aborto, embora este último tema tenha sido deixado de lado em uma estratégia de recuo frente ao pensamento conservador. A emenda mais abrangente aborda questões cruciais, como a saúde da mulher, a assistência médica e psicológica para mulheres vítimas de violência sexual, além da liberdade de planejamento familiar (Pinto, 2003).

Ademais, nos anos 1980, diversas organizações voltadas ao apoio de mulheres vítimas de violência começaram a surgir no Brasil, sendo a primeira delas o SOS Mulher, fundado em São Paulo, logo depois no Rio de Janeiro e Pernambuco (Teles, 1993). Segundo Teles (1993), essas entidades autônomas buscavam os meios de comunicação para promover o debate público. Um dos casos que ajudou a conferir credibilidade à luta ocorreu em São Paulo. Uma mulher de classe média alta, casada com um professor universitário branco e respeitado nos círculos intelectuais, foi espancada. Ela não se calou e denunciou o crime em um período em que não se falava sobre violência doméstica. A autora evidencia que,

A mulher brasileira até então se mantinha calada frente à violência doméstica. Capaz de denunciar corajosamente as torturas e assassinatos cometidos pela polícia, omitia a violência praticada contra ela própria pelo seu marido ou companheiro. As feministas denunciavam a violência doméstica e sexual, sem contudo mostrar casos concretos,

⁴ A escolha da filiação em diferentes partidos após o estabelecimento do multipartidarismo no Brasil por parte das feministas também foi um importante ponto para a não homogeneidade do movimento a partir de 1979 (Soihet, 2013).

como uma mulher visivelmente espancada, o que fazia com que os jornalistas e lideranças de esquerda alegassem que elas apenas copiavam as europeias, porque “lá, sim, é que tem esse tipo de violência” (Teles, 1993).

O movimento, passou a se estruturar em um feminismo voltado para a prestação de serviços, oferecendo apoio jurídico e assistência de profissionais de saúde às mulheres que enfrentavam a violência. De acordo com Pinto (2003), o objetivo era proporcionar um espaço onde essas mulheres pudessem receber atendimento e encontrassem um lugar de reflexão, buscando mudar suas realidades. Estamos diante de uma forma de organização que se expandiu durante a década de 1980 e se tornou predominante no movimento dos anos 1990, referindo-se ao feminismo profissionalizado das ONGs (Pinto, 2003).

Na mesma época, um segundo tema que se torna fundamental no movimento feminista é aquele que mais nos toca: a saúde da mulher. É aqui que iniciamos nossa jornada para entender como o movimento feminista tem contribuído para a discussão sobre a violência obstétrica no Brasil.

1.1.2 O terceiro momento do movimento feminista no Brasil e o debate sobre violência no parto.

A expansão da obstetrícia contribuiu ao longo do tempo com avanços na redução das taxas de mortalidade materna e infantil e não implica necessariamente práticas violentas em todas as situações de assistência médica. No entanto, em diferentes momentos da história, há registros de tratamentos desumanos e cruéis durante o parto. Simone Grilo Diniz aponta que, embora a discussão sobre a violência obstétrica seja considerada recente, o sofrimento das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal remonta a períodos históricos anteriores (Diniz *et al.*, 2015). A autora menciona, como exemplo, que no final da década de 1950, nos Estados Unidos, enfermeiras e mulheres relatam histórias de procedimentos desumanos no *Ladies Home Journal*, com um artigo intitulado “Crueldade nas Maternidades”⁵.

O artigo relata o sofrimento enfrentado por mulheres amarradas por longos períodos na posição de litotomia⁶. Em um caso, uma mulher teve suas pernas atadas

⁵ No original: “Cruelty in Maternity Wards”.

⁶ A litotomia é uma posição onde a paciente fica deitada de costas, com as pernas levantadas e erguidas em estribos.

para impedir o parto até que seu obstetra terminasse o jantar. Muitas mulheres foram agredidas e ameaçadas, correndo o risco de perder seus bebês, além de serem submetidas a episiotomias⁷ sem anestesia⁸. Segundo Henci Goer (2010), o artigo gerou grande repercussão no país, levando a mudanças na assistência ao parto e à criação da Sociedade Americana de Psico-profilaxia em Obstetrícia. No entanto, mesmo com esses avanços, décadas depois, o tratamento desumano ainda é alarmantemente comum, não apenas nos Estados Unidos, mas em todo o mundo.

Segundo Diniz *et al.* (2015), no Reino Unido, relatos de tratamentos cruéis contra mulheres grávidas surgem publicamente na mesma década. No ano de 1958, foi criada A Sociedade para a Prevenção da Crueldade contra Mulheres Grávidas (SPCPW). Posteriormente, a SPCPW passou a se chamar AIMS⁹, em 2007 a fundadora, Sally Willington, conforme se aproximava os 50 anos de campanhas por melhorias nos serviços de maternidade, relembra a Carta convocando pessoas a se juntarem a sociedade, publicada no jornal *Guardian* no dia 1º de abril de 1958, onde denunciava que,

No hospital, como é de se esperar, as mães suportam a solidão, a falta de simpatia, a falta de privacidade, a falta de consideração, a comida ruim, os horários de visita improváveis, a insensibilidade, a arregimentação, a falta de instrução, a falta de descanso, a privação do novo bebê, rotinas estupidamente rígidas, a grosseria, um completo desrespeito ao cuidado mental ou à personalidade da mãe. Nossos hospitais de maternidade são frequentemente lugares infelizes com memórias de experiências infelizes. Eles são superlotados, com falta de pessoal e desumanos. As melhorias envolverão alguma reconstrução (mais dinheiro) e uma atitude inteiramente nova a ser ensinada às parteiras em treinamento. Se alguém concordar comigo e achar que algo deve ser feito, espero que me escreva e se junte à SPCPW (AIMS, 2007, tradução nossa)¹⁰.

⁷ A episiotomia é um corte realizado na região do períneo da mulher (entre a vagina e o ânus), e tem como objetivo ampliar o canal de saída do bebê durante o parto normal. O procedimento é feito no término do parto, quando a cabeça do bebê está surgindo.

⁸ GOER, Henci. Cruelty in maternity wards: fifty years later. **The Journal of perinatal education**, v. 19, n. 3, p. 33-42, 2010.

⁹ Association for Improvements in the Maternity Services (AIMS).

¹⁰ No original: "In hospital, as a matter of course presumably, mothers put up with loneliness, lack of sympathy, lack of privacy, lack of consideration, poor food, unlikely visiting hours, callousness, regimentation, lack of instruction, lack of rest, deprivation of the new baby, stupidly rigid routines, rudeness, a complete disregard of mental care or the personality of the mother. Our maternity hospitals are often unhappy places with memories of unhappy experiences. They are overcrowded, understaffed and inhuman. Improvements will involve some rebuilding (more money) and an entirely new attitude to be taught to trainee-midwives. If anyone else agrees with me and thinks that something should be done, I hope they will write to me and join the SPCPW" (AIMS, 2007).

No Brasil, o tema sobre a violência no parto vem sendo abordado desde a década de 1980. Nessa época, a partir do movimento feminista, dentro das discussões sobre planejamento familiar, direitos sexuais e reprodutivos e aborto¹¹, além de narrativas relacionadas à raça, classe e sexualidade, surge a necessidade de olhar para a mulher muito além de um corpo que carrega uma criança, mas entendida em suas especificidades. Passa-se a questionar a assistência obstétrica, onde as práticas médicas possuem como base uma concepção da sexualidade feminina voltada apenas à reprodução. Por conseguinte, o movimento feminista dedicado ao tema da saúde da mulher, refletirá quanto a relação médico-paciente, sobre as políticas de controle dos corpos, bem como o direito ao exercício da sexualidade e da cidadania.

Nesse contexto, o movimento no Brasil se destacou por meio de grupos feministas que abordavam questões específicas, como a violência contra a mulher e a saúde feminina. Paralelamente, o feminismo acadêmico ganhou força, sustentado por pesquisas nas áreas de ciências humanas e educação, realizadas nas principais universidades do país e no Departamento de Pesquisa da Fundação Carlos Chagas (Pinto, 2003).

Nos anos de 1978 a 1979 foi realizada pelo Grupo Ceres, coletivo de reflexão feminista, uma pesquisa para a Fundação Carlos Chagas, onde, mulheres de diferentes níveis socioeconômicos e educacionais, com idades que variam de 10 a 84 anos e residentes da região metropolitana do Rio de Janeiro, foram entrevistadas e contaram os momentos mais marcantes de suas vidas. O objetivo do trabalho era “registrar as vivências de mulheres de diferentes origens e gerações, de tal maneira que todas nós pudéssemos ver-nos neste espelho, recuperando a nossa imagem (Grupo Ceres, 1981, p. 16). Assim, vinte e três entrevistas e um relato coletivo deu origem ao livro *Espelho de Vênus: identidade sexual e social da mulher*. Para Diniz et al. (2015), este trabalho foi pioneiro no Brasil ao abordar como o atendimento durante o ciclo gravídico-puerperal das mulheres pode ser violento,

Não é apenas na relação sexual que a violência aparece marcando a trajetória existencial da mulher. Também na relação médico-paciente,

¹¹ A luta pela legalização do aborto ainda causava alvoroço, principalmente da Igreja Católica, “como parte dessa Igreja esteve desde a década de 1960 muito associada à esquerda, não se constitui no Brasil um pensamento de esquerda vigoroso que fosse capaz de sustentar uma discussão pública sobre temas éticos e comportamentais que enfrentasse o senso comum conservador do país. Decorrente dessa situação, a esquerda brasileira pós-regime militar tem sido muito omissa a esse respeito, exceção feita, claro, às feministas, que, mesmo quando vinculadas à Igreja Católica, têm tido um papel central no enfrentamento de temas tabus como esse” (Pinto, 2003, p. 83).

ainda uma vez o desconhecimento de sua fisiologia é acionado para explicar os sentimentos de desamparo e desalento com que a mulher assiste seu corpo ser manipulado quando recorre à medicina nos momentos mais significativos da sua vida: a contracepção, o parto, o aborto (Grupo Ceres, 1981, p. 349).

Como já mencionado, na década de 1980, formaram no Brasil grupos feministas organizados com foco em duas questões centrais: a violência e a saúde. A criação de iniciativas que buscavam novas abordagens para o atendimento às mulheres, além da implementação de programas como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983 e o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde em São Paulo, em 1981, foi fundamental para a mobilização das feministas brasileiras em prol da saúde feminina. De um lado, existem grupos de discussão que produzem documentos e reivindicam políticas públicas. De outro, esses grupos oferecem um tipo de assistência social qualificada direcionada às mulheres das classes populares (Pinto, 2003). A implementação do PAISM contou com a participação significativa de médicas ativistas, evidenciando assim a contribuição do feminismo acadêmico nas questões relacionadas à saúde feminina.

De acordo com Diniz *et al.* (2015), o PAISM reconhecia que o atendimento à saúde das mulheres muitas vezes apresentava um caráter agressivo e impessoal. Contudo, devido à resistência dos profissionais e a outras questões urgentes levantadas pelo movimento feminista, além da dificuldade de acesso das mulheres de baixa renda aos serviços básicos de saúde, essa questão foi bastante negligenciada. O programa abordava os direitos reprodutivos, assegurando o direito à contracepção e à concepção, proporcionando à mulher amparo, segurança e autonomia em suas decisões sobre a quantidade de filhos que desejava ter e a forma como isso seria realizado (Souto; Moreira, 2021).

Segundo Kátia Souto e Marcelo Rasga Moreira (2021), o movimento feminista teve um papel crucial na criação do PAISM. Em outubro de 1984, com o objetivo de fortalecer o programa e definir diretrizes, durante o I Encontro de Saúde da Mulher, muitas feministas e mais de setenta grupos de mulheres se reuniram para elaborar a "Carta de Itapecerica", que exigia melhorias na saúde feminina. As principais ações do PAISM focaram na redução da mortalidade materna, na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos e na promoção de uma atenção integral à saúde das mulheres, incluindo a capacitação de profissionais para um atendimento adequado (Souto; Moreira, 2021). No entanto, com a implementação do programa, observou-se um aumento na

medicalização do corpo feminino, o que contrasta com os objetivos iniciais propostos (Carneiro, 2011).

O Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde de São Paulo destacou-se como uma das iniciativas feministas mais relevantes voltadas para a assistência ao parto no Brasil. Desde 1993, promoveu cursos que abordaram a questão da violência obstétrica, culminando na elaboração de um pequeno manual sobre o assunto (Diniz *et al.*, 2015). No cenário de questionamentos sobre as estruturas sociais que nos oprimem, as mulheres começaram a denunciar que a relação médico-paciente era autoritária e desumanizada, no exercício da medicina em geral e da ginecologia e obstetrícia em específico. Esse movimento levou à formação de grupos que promoviam o autocuidado e a troca de experiências sobre saúde, iniciando-se nos Estados Unidos na década de 1970 e expandindo-se posteriormente para a Europa, América Latina e Caribe (Equipe do Coletivo, 2000).

A proposta inicial do Coletivo Paulista era promover a saúde das mulheres como um direito, enfatizando a ideia de que o pessoal é político. Os cursos oferecidos tinham como objetivo incentivar as mulheres a refletirem sobre seus corpos, a regulação de sua fertilidade como um direito e não uma obrigação, e questões relacionadas à maternidade. Além disso, buscava-se criar um ambiente onde as usuárias pudessem experimentar um novo modelo de atendimento, onde suas necessidades e demandas fossem devidamente ouvidas. Um espaço onde pacientes e profissionais do Coletivo pudessem estabelecer uma nova relação, contrastando com a hierarquia frequentemente encontrada nos serviços públicos e privados de saúde (Equipe do Coletivo, 2000).

Segundo Diniz (2020), nesse período, as feministas começaram a questionar o modelo de assistência médica que via o corpo feminino como "defeituoso". O parto era considerado patológico e perigoso, necessitando de um controle rigoroso por parte das instituições e de intervenções tecnológicas invasivas. Logo, a crítica feminista enfatiza a perda da autonomia da mulher e a diminuição de sua autoridade sobre a reprodução, devido à atuação das instituições de saúde, além da desumanização que permeia as tecnologias utilizadas. É a partir desse ponto do debate que a crítica sobre a assistência à gravidez e ao parto, até então pouco reconhecida pelo movimento de mulheres, foi incorporada em uma ampla frente formada por diversos atores sociais que buscam transformar as práticas de atenção e cuidado à saúde da mulher durante

o ciclo gravídico-puerperal, incluindo a participação masculina na elaboração de uma medicina baseada em evidências (Diniz, 2000).

A partir desse momento, o Coletivo Paulista atuou em duas frentes: incentivar o autocuidado entre as mulheres como uma maneira de proteger a relação mãe-filho e fornecer informações sobre a escolha dos procedimentos relacionados à gravidez e ao parto, destacando a importância de questionar as práticas "de rotina" (Diniz, 2000). Dessa forma, o parto passou a ser abordado como um tema político e um espaço suscetível à violência de gênero (Carneiro, 2011).

Rosamaria Giatti Carneiro (2011) aponta que devido a esses debates, em 1990, em parceria com outras entidades da cidade de São Paulo, o Coletivo organizou o seminário *Violência – É Possível Viver Sem Ela*, que incluiu um estudo sobre *Dar à luz em condições violentas*, denunciando a precária situação hospitalar na cidade e destacando a importância de uma assistência humanizada. Em 1992, participou da pesquisa *Violência – Um Olhar sobre a Cidade*, pioneira ao evidenciar a violência presente nos partos, a agressividade dos profissionais de saúde e a humilhação enfrentada pelas parturientes (Carneiro, 2011).

Na década de 1990, a contribuição da crítica feminista em relação à assistência à gravidez e ao parto, desencadeou outras articulações de grupos de mulheres, como a Rede Feminista de Saúde (1991)¹² e a fundação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) em 1993, na qual o Coletivo se fez presente desde o início de sua construção. Nessa mesma década, a mobilização feminista abre espaço para que o termo “parto humanizado” passe a circular com mais frequência no Brasil. Dentro do movimento pela humanização do nascimento, que busca ressignificar a assistência médica vigente, o debate sobre violência no momento do parto também se

¹² A Rede Feminista de Saúde é integrada por organizações não-governamentais, grupos feministas, pesquisadoras e grupos acadêmicos de pesquisa, conselhos e fóruns de direitos das mulheres, além de ativistas do movimento de mulheres e feministas, profissionais da saúde e outras que atuam no campo da saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos. A rede está presente em dez estados nacionais, sua coordenação é realizada por um Conselho Diretor e uma Secretaria Executiva. Desde a sua criação, a metodologia de trabalho da Rede Feminista vem envolvendo ações e incidência política junto às diferentes instâncias públicas do país e fundamenta-se nos seguintes princípios: fortalecimento do movimento de mulheres em âmbito local, regional, nacional e internacional em torno da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos; reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos; reconhecimento da violência sexual, racial e doméstica como uma violação aos direitos humanos; defesa da implantação e da implementação de ações integrais de saúde e da mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde e legalização do aborto, cuja realização é decisão que deve competir à mulher como direito (site da Rede Feminista de Saúde). Para mais, ver <https://www.redesaude.org.br/institucional/>.

torna mais frequente, começou a ser mais amplamente abordado, especialmente a partir dos anos 2000. Para os ativistas,

Na esteira do movimento pela humanização dos nascimentos, questionamos cada um dos procedimentos de rotina como temas políticos, não apenas técnicos e supostamente neutros. Denunciamos a violência contida em sua pretensa “neutralidade científica”, que submetia as mulheres em nome da suposta segurança dessas práticas. Para nós, a “segurança” muitas vezes aparecia como argumento para justificar a intervenção desnecessária e o chamado “efeito cascata”, que fazia um procedimento trazer uma complicação que levava a outro procedimento e assim por diante (Diniz, 2000, p. 39).

As pesquisas sobre violência no parto na América Latina ressaltam o papel pioneiro do Brasil na discussão sobre violência obstétrica¹³. A fundação da ReHuNa foi um marco importante nesse contexto, seu documento fundador, intitulado “Carta de Campinas”, revela “as situações de violência e constrangimento que permeiam a assistência, especialmente as condições desumanas enfrentadas por mulheres e crianças durante o momento do nascimento” (ReHuNa, 1993). Além disso, enfatiza que,

A violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (ReHuNa, 1993).

Segundo Diniz *et al.* (2015), a ReHuNa optou por não abordar diretamente a questão da violência, preferindo utilizar expressões como “humanização do parto” e “promoção dos direitos humanos das mulheres”, temendo provocar reações hostis por parte dos profissionais, que poderiam acusá-los de violência. No entanto, essa organização desempenhou um papel crucial ao iniciar discussões no Brasil sobre alternativas para dar à luz, estimulando o debate sobre a assistência médica, o que, posteriormente, contribuiu para a popularização do conceito de violência obstétrica entre ativistas na América Latina.

A ReHuNa é uma rede formada por ativistas, profissionais e estudantes empenhados em transformar o panorama dos partos e nascimentos no Brasil. Seu objetivo

¹³ Conforme demonstra Sadler *et al.*, (2017).

é promover um atendimento humanizado em todas as etapas do processo, garantindo que as mulheres tenham autonomia e protagonismo durante o parto, além de assegurar que as práticas assistenciais sejam fundamentadas em evidências científicas. Para disseminar informações sobre alternativas ao parto tradicional, a primeira Secretaria Executiva da ReHuNa em Ceres (GO) produziu dois filmes, *A vida pede passagem* e *De volta às raízes*, que foram exibidos em todo o Brasil. Além disso, os vídeos *Um dia de Vida e Proximidade e Cuidado* têm sido utilizados em todas as capacitações oficiais do Ministério da Saúde sobre cuidado e atenção durante a gestação e o parto (Rattner *et al.*, 2009).

Uma outra maneira de promover o tema e difundir os estudos da ReHuNa foram as conferências realizadas a cada cinco anos desde 2000. A I Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, realizada em Fortaleza (CE), destacou-se por reunir ativistas, pesquisadores e profissionais de saúde de vários países. O evento teve como foco a discussão das elevadas taxas de intervenções durante o parto e o crescente reconhecimento de abusos sofridos por mulheres nesse momento.

Em 2005, realizou-se a II Conferência no Rio de Janeiro, que reuniu um grupo coeso de participantes, promovendo uma rede de debates e trocas de conhecimento entre ativistas brasileiros e o movimento internacional pela humanização do parto e do nascimento. A partir do primeiro encontro, foi criada a Rede Latino Americana e do Caribe para a Humanização do Parto e Nascimento (Relacahupan), que se tornou a líder nas discussões sobre os direitos das mulheres na região. Além disso, no âmbito jurídico brasileiro, a ReHuNa teve um papel importante nas reivindicações pelos direitos das mulheres durante a gestação e o pós-parto, contribuindo para várias iniciativas legislativas, incluindo a aprovação, em 2005, da Lei 11.108, conhecida como a Lei do Acompanhante, que garante o direito da mulher de ter uma pessoa de sua escolha ao seu lado durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

O conceito de humanização do parto, conforme abordado nas produções acadêmicas, refere-se a um conjunto de práticas e abordagens voltadas para o cuidado da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e para o recém-nascido, como uma reação ao modelo tecnocrático de assistência médica e à violência obstétrica. No modelo de parto humanizado, portanto,

[...] o parto deve ser respeitado em seu tempo, em um espaço em que a mulher se sinta segura e confortável (hospital, casa de parto, residência), com atendimento especializado e específico (singularizado,

para ela), preferencialmente sem qualquer intervenção desnecessária (tricotomia, episiotomia, manobra de Kristeller etc.), com o emprego de tecnologias apropriadas (ambiente adequado e com instrumentos que potencializem mecanismos fisiológicos do parto), com a possibilidade de deambulação e de ingestão de líquidos e alimentos, permitindo e incentivando a presença de acompanhante da escolha da mulher, respeitando a liberdade da mulher para escolher a posição que desejar no período expulsivo, sem a indicação rotineira de cesariana (salvo se realmente necessário), estímulo ao contato pele a pele imediato entre mãe e bebê após o nascimento e clampeamento tardio do cordão umbilical, sem exames desnecessários no bebê logo ao nascer, com incentivo e apoio à mulher para o aleitamento materno, com respeito à privacidade e à intimidade da mulher e da família inerentes ao parto e nascimento, mediante o cuidado pela equipe de saúde de não expor a mãe a situações vexatórias e degradantes, e oportunidade para que a mãe e o acompanhante de sua escolha recebam o bebê em privacidade, prática de alojamento conjunto, acompanhamento na amamentação e encaminhamento para o atendimento pediátrico (Bourguignon; Grisotti, 2020, p.493).

O modelo tecnocrático de nascimento, conforme descrito por Robbie Davis-Floyd (1987), emergiu do nosso receio em relação aos processos naturais do parto, aliado à nossa excessiva dependência da tecnologia. A transferência do parto para o ambiente hospitalar, para os médicos, simbolizava a desritualização de um processo que antes era considerado primitivo e conduzido por parteiras. No entanto, isso resultou em uma nova forma de ritualização do nascimento, agora sob a égide tecnocrata, cujos êxitos são fundamentados na ciência, executados por meio de tecnologia e realizados em grandes instituições que operam sob ideologias patriarcais (Davis-Floyd, 1987).

Para Davis-Floyd (1987), a obstetrícia adotou a metáfora da linha de montagem industrial para descrever o processo de parto. Nesse contexto, o hospital é comparado a uma fábrica equipada com tecnologias avançadas, enquanto o corpo da mulher é visto como uma máquina de parto. O resultado desse processo é o nascimento do bebê, enquanto a nova mãe é considerada um subproduto secundário. Na linha de montagem, o parto é abordado por meio de um conjunto padrão de intervenções destinadas a controlar os riscos associados a esse evento, onde o uso de tecnologias é empregado para antecipar possíveis complicações. Assim, o parto passa a ser visto como algo falho, anormal e arriscado.

A saída da parteira da cena do nascimento, juntamente com a rápida medicalização desse processo, fez com que o Ocidente incorporasse rapidamente à sua cultura a ideia de que o corpo da mulher é como uma máquina com falhas. Nesse

contexto, a obstetrícia passou a ser vista como detentora do conhecimento e da tecnologia essenciais para aprimorar esse processo. Ao mesmo tempo, as mulheres tiveram sua capacidade de decidir sobre seus próprios corpos negada, resultando em uma perda de autonomia, individualidade e sexualidade (Davis-Floyd, 1987).

Em síntese, a partir da década de 1980, os debates de grupos feministas sobre a saúde da mulher, e a qualidade da assistência médica, incluindo a relação entre médicos e pacientes, desempenharam um papel crucial na ressignificação do parto e da assistência obstétrica. Esses debates evidenciaram como as relações de gênero sustentam conhecimentos e práticas que despojam a mulher de sua autonomia, transformando seu corpo em um objeto. Assim, nas décadas de 1990 e 2000, um tema que começou a ganhar destaque foi a humanização do parto e do nascimento, que hoje se completa pela discussão sobre a violência obstétrica. Portanto, a relação entre esta forma de violência e o movimento pela humanização do parto e nascimento é fundamental: enquanto a violência obstétrica representa uma violação dos direitos e da dignidade das mulheres, o movimento se propõe a transformar essa realidade, promovendo um atendimento que respeite as necessidades e desejos das gestantes, garantindo um parto mais seguro, respeitoso e humanizado.

O conceito de “violência obstétrica”, foi documentado pela primeira vez na Venezuela, em 2007, por meio da Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, sendo catalogada como uma das dezenove formas puníveis de violência contra as mulheres. No Artigo 15 a lei designa que a violência obstétrica se configura como,

A apropriação do corpo das mulheres e de seus processos reprodutivos por profissionais de saúde, expressa pelo tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e da habilidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando de maneira negativa sua qualidade de vida (República Bolivariana da Venezuela, 2007, tradução nossa)¹⁴.

A violência sofrida por muitas mulheres no momento do parto foi registrada em diferentes períodos da história, recebendo diversas denominações, como abuso,

¹⁴ Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, 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).

desrespeito e maus-tratos. No entanto, foi apenas a partir de 2010 que o termo “violência obstétrica” começou a ganhar destaque, impulsionando a discussão sobre práticas violentas relacionadas ao parto, tanto no Brasil quanto em outros países da América Latina.

A partir desse momento o Brasil viu emergir um intenso debate sobre a violência obstétrica, que destacou as experiências traumáticas enfrentadas por muitas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. Diversas organizações e coletivos têm implementado uma série de iniciativas, principalmente por meio de plataformas digitais, como campanhas de conscientização, publicações, eventos, manifestações e produções artísticas, como documentários, além de elaborar materiais informativos, como cartilhas, manuais e diretrizes. Essas ações constituem um panorama atual sobre a violência obstétrica, refletindo um esforço coletivo e diversificado que busca não apenas aumentar a visibilidade do problema, mas também promover transformações na realidade das mulheres.

1.2 Ciberativismo no combate à violência obstétrica: o impacto das plataformas digitais na promoção do tema

As mulheres estão cada vez mais utilizando o ciberespaço como uma ferramenta para se fortalecerem e reivindicarem seus direitos. Por meio da organização em rede e da adoção das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs)¹⁵, elas se empoderaram no ambiente digital, promovendo uma atuação ativista e política (Senlle, 2020).

No cenário atual, as TICs têm desempenhado um papel crucial na amplificação das vozes de grupos minoritários e historicamente oprimidos. Por meio da conectividade, os integrantes desses grupos encontram formas de fortalecimento e mobilização, especialmente no que se refere à prevenção e redução da violência. Um exemplo evidente é a organização de mulheres que se engajam no debate contra a violência obstétrica. Segundo Robert Muggah e Gustavo Diniz,

A esfera mais dinâmica de inovação de TICs para promover a redução e a prevenção da violência ocorre dentro da própria sociedade civil.

¹⁵ As Tecnologias de informação e comunicação (TICs) abrangem ferramentas fixas e móveis, aplicativos, redes e serviços de computação utilizados para armazenar, processar, compartilhar e receber dados e informações, via internet ou outros modos de transmissão de comunicação.

Desenvolvidas nem para as autoridades públicas nem para atores de segurança, essas ferramentas estão surgindo espontaneamente a partir de indivíduos, empresas, institutos de pesquisa, universidades e ONGs (2014, p. 17).

As redes sociais possibilitaram a iluminação de narrativas de violência que anteriormente permaneciam ocultas nos quartos dos hospitais. Casos que pareciam isolados, ao serem compartilhados nessas novas plataformas, acabam se interligando e se multiplicando. Uma vítima se identifica com outra, troca experiências e oferece apoio mútuo. Essa é uma das vantagens da rápida circulação de informações no contexto atual, que está transformando a forma como o conhecimento é elaborado, consumido e divulgado. De acordo com Ligia Moreiras Sena e Charles Dalcanele Tesser (2017), o empoderamento feminino por meio digital é uma questão central na promoção da saúde, e a utilização das TICs é uma estratégia importante nesse processo. Portanto, o acesso à informação sobre os fatores que impactam a saúde das mulheres é essencial para que elas possam exercer maior controle e tomada de decisão sobre suas vidas (Sena; Tesser, 2017).

O feminismo contemporâneo se nutre do alcance que a internet possibilita. Plataformas digitais como blogs, YouTube, Facebook, X¹⁶, e Instagram permitiram que histórias pessoais, muitas vezes negligenciadas pelas grandes mídias, emergissem como fontes alternativas de conhecimento para as mulheres, impulsionando uma nova estratégia feminista (Senlle, 2020). A transformação que define esse movimento está intimamente ligada aos meios utilizados para disseminar as ideias: se antes o compartilhamento ocorria por meio de grupos de apoio, agora ele acontece online, com as jovens militantes desempenhando um papel central nessa mudança.

Além disso, a capacidade multiplicadora e articuladora da rede possibilitou a visibilidade de correntes do feminismo até então raramente expandidas, a exemplo do feminismo negro, trans ou lésbico (Costa, 2018). Contudo, é fundamental destacar que essa comunicação em massa, que transforma o feminismo, pode criar a ilusão de que estamos vivendo um momento de participação horizontal. No entanto, muitas pessoas ainda não têm acesso à internet.

No Brasil, em 2024, a porcentagem de habitantes em áreas urbanas conectados à internet atingiu 86%. No entanto, ainda existem 29 milhões de pessoas sem acesso à rede (Cetic.br, 2024). A pesquisa *TIC Domicílios 2024* revelou também a

¹⁶ A rede social X, é popularmente conhecida pelo seu antigo nome: Twitter.

desigualdade no acesso à internet entre as diferentes classes sociais: 100% dos lares da classe A têm conexão, enquanto apenas 68% das classes D e E estão conectadas. Além disso, entre os não usuários da internet, 22 milhões possuem apenas o Ensino Fundamental, 17 milhões se identificam como pretos ou pardos, 12 milhões residem na região Sudeste e 8 milhões estão localizados no Nordeste (Cetic.br, 2024)¹⁷.

A ampla difusão de relatos pessoais, as conexões de alcance global e a maior visibilidade de diversas questões feministas por meio digital caracterizam um momento que a autora define como a Quarta Onda Feminista (Senlle, 2020)¹⁸. No entanto, pesquisadores que se opõem a essa classificação argumentam que a internet não introduziu novas reivindicações que poderiam sinalizar uma nova onda, uma vez que as fases do feminismo são definidas por transformações de pensamento ou correntes teóricas com demandas específicas (Senlle, 2020).

Em síntese, a luta contra a violência obstétrica ganha força no contexto do movimento feminista contemporâneo, impulsionada pelo ativismo virtual, conhecido como ciberativismo. O ambiente digital facilitou a mobilização política das mulheres em defesa de seus direitos, permitindo que se organizassem por meio das redes sociais, disseminando informações e contribuindo para o enfrentamento dessa forma de violência. Além disso, um aspecto importante das novas formas de ativismo é a capacidade de mobilização dos relatos pessoais, já que as experiências em primeira pessoa, quando compartilhadas na rede, impactam significativamente o outro (Soares; Mazzarino, 2021). A seguir, apresentaremos exemplos de ciberativismo no combate à violência obstétrica no Brasil a partir de 2010.

1.2.1 Manifestações, pesquisas, documentários e normativas: iniciativas para visibilizar a violência obstétrica

No Brasil, entre os dias 10 e 12 de abril de 2014 ocorreu diversas manifestações cuja importância resultou em dezenas de pessoas nas ruas, carregando cartazes e com corpos pintados. Esse ato foi denominado *Somos Todxs*

¹⁷ A pesquisa *TIC Domicílios 2024* foi realizada pelo Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (Cetic.br), que monitora a adoção das tecnologias de informação e comunicação (TIC) no Brasil desde 2005. Para mais, acesse: <https://cetic.br/pt/noticia/em-duas-decadas-proporcao-de-lares-urbanos-brasileiros-com-internet-passou-de-13-para-85-aponta-tic-domicilios-2024/>.

¹⁸ Para uma revisão interessante dos argumentos críticos em favor dessa ideia, ver Matos (2010) e Holanda (2018).

Adelir – Ato contra a violência obstétrica e teve como principal motivador o fato sucedido com Adelir Carmen Lemos de Goés, quem, no dia 31 de março de 2014, sentindo dores lombares e no ventre, procurou o Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, em Torres, Rio Grande do Sul, acompanhada pela doula¹⁹ Stephany Hendz²⁰. Adelir, que tinha 29 anos, na época, estava grávida da terceira filha e após passar por dois partos cesarianos, nas suas palavras ansiava um parto normal²¹.

No hospital, após exames clínicos, a médica então de plantão informou a Adelir Carmen de Goés que sua filha se encontrava em posição pélvica (sentada)²², ademais, sua gravidez foi considerada prolongada, visto que, a ecografia feita no hospital mostrou que sua gestação havia atingido 42 semanas²³. Outra justificativa apresentada pela médica, era o fato de Adelir já ter realizado duas cesáreas anteriormente, podendo a sua cicatriz se romper, provocando sua morte e a do bebê.

¹⁹ “Doula é a profissional habilitada em curso para esse fim, escolhida pela gestante, que oferece apoio físico, informacional e emocional à mulher durante seu ciclo gravídico puerperal e, especialmente, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, por meio de suporte contínuo, visando a uma melhor evolução desse processo e o bem-estar da parturiente” (Brasil, 2023). Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/comunicacao/noticias/hc-uftm-passa-a-liberar-entrada-de-doulas-para-acompanhamento-de-parto>.

²⁰ Informação publicada no Jornal G1 Rio Grande do Sul: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/justica-determina-que-gravida-faca-cesariana-contravontade-no-rs.html>.

²¹ Declaração dada por Adelir em vídeo gravado pelo marido quando ainda se encontrava no hospital. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/levantei-bandeira-diz-obrigada-fazer-cesarea-sobre-parto-humanizado.html>.

²² Segundo a ginecologista e obstetra Barbara Murayama da Febrasgo (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia), em matéria ao jornal R7 Saúde sobre o caso de Adelir, “quando o bebê está sentado, como era o caso da dona de casa, sai primeiro o bumbum, depois as pernas, os braços e ombro, que é parte mais difícil de sair por ser mais largo. Como a cabeça fica por último, o colo do útero pode fechar e estrangular o bebê” (Sulina, 2014). Consultar em: <https://noticias.r7.com/saude/sem-cesarea-forcada-mae-e-filho-do-rs-poderiam-morrer-dizem-especialistas-05042014/>. Para saber mais sobre as discussões em torno do caso de Adelir e se a cesárea era sua única opção, acesse: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/04/140404_cesarea_debate_pai_rb.

²³ De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2022), uma gestação a termo precoce ocorre de 37 semanas até 38 semanas e 6 dias; a termo completo de 39 semanas até 40 semanas e 6 dias; a termo tardio de 41 semanas até 41 semanas e 6 dias e uma gestação pós termo, de 42 semanas ou mais. A gravidez prolongada é uma gestação que atinge ou ultrapassa as 42 semanas, e está relacionada a um maior risco de morbidade e mortalidade perinatal. Após a 41ª semana o Ministério da Saúde (Brasil, 2013) recomenda que a gestante seja encaminhada a uma avaliação do bem-estar fetal. Depois do ocorrido e da repercussão que teve o caso de Adelir, foi divulgado o resultado do exame que ela havia feito no dia 31 de março, no Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, que na realidade mostra que ela estava com 40 semanas de gestação e não com 42 semanas. A imagem do exame está disponível em: <https://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2014/04/04/noticias-saude,192648/exame-de-gravida-obrigada-a-fazer-cesariana-mostra-40-semanas-de-gesta.shtml>.

Portanto, conforme o jornal Folha de S.Paulo (2014)²⁴, essa foi a explicação do porquê Adelir não poderia ter o parto vaginal que desejava.

Sendo assim, a médica recomendou que ela fosse internada imediatamente para fazer a terceira cesariana. Quando recebeu a indicação para fazer a cirurgia, Adelir a recusou. Durante a troca de plantão, uma segunda médica que a atendeu, defendeu novamente a recomendação da cesárea, mas ela não aceitou e para sair do hospital assinou um termo de responsabilidade²⁵. O motivo de sua saída do hospital, de acordo com o site Fórum Justiça [s.n.]²⁶, consistia na intenção de Adelir em buscar uma segunda opinião, visto que, os resultados dos exames não haviam sido disponibilizados pela equipe médica.

Portanto, Adelir foi para casa esperar o avanço do trabalho de parto, para depois seguir até outro hospital que na sua opinião e da doula respeitasse a sua escolha por um parto humanizado²⁷, em Araranguá, Santa Catarina, já que Torres está próximo²⁸. Ela vinha buscando informações sobre parto humanizado, através de leituras e grupos de apoio para ajudá-la, inclusive possuía o suporte da doula Stephany Hendz e do marido Emerson Lovari²⁹. A segunda médica, inconformada com a recusa da gestante, procurou o Ministério Público ainda no dia 31 de março, argumentando com a “defesa da vida do nascituro”, logo, a Justiça acatou o pedido e no mesmo dia a juíza Liliane Maria Mog da Silva concedeu a medida liminar que submetia Adelir a uma cesariana³⁰.

Na madrugada do dia 1º de abril de 2014, na zona rural do município de Torres, Adelir, desligou as lâmpadas de sua casa e à luz de velas vivenciava as contrações do trabalho de parto, quando, policiais armados bateram à sua porta, juntamente a um

²⁴ Consultar em: <https://maternar.blogfolha.uol.com.br/2014/04/10/mulheres-fazem-protestos-e-vigilia-contr-o-caso-torres/>.

²⁵ Conteúdo disponível no G1: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/justica-determina-que-gravida-faca-cesariana-contr-vontade-no-rs.html>.

²⁶ Para mais informações acesse: <https://casoteca.forumjustica.com.br/caso/caso-adelir/>.

²⁷ “Por parto humanizado entende-se, *grosso modo*, aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível ou, então, o que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor e com seu consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado. Dessa forma, pode ser o parto que ocorre em casa, com ‘parteiras urbanas’, no hospital, com o médico, na água, na vertical, na horizontal ou de cócoras, desde que a mulher tenha solicitado ou concordado com a efetivação de determinadas práticas médicas” (Carneiro, 2011, p.13).

²⁸ Informação fornecida por Adelir em vídeo acessível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/levantei-bandeira-diz-obrigada-fazer-cesarea-sobre-parto-humanizado.html>.

²⁹ Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2014/04/1437308-simone-g-diniz-e-priscila-cavalcanti-evidencias-cientificas-e-direitos-das-mulheres.shtml>.

³⁰ Para mais informações, ver: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/04/140404_cesarea_debate_pai_rb.

oficial de justiça, declarando que ela seria submetida a um parto cesáreo³¹. Ante à ameaça de prenderem seu marido, com seus dois filhos pequenos assustados, e sentindo contrações a cada cinco minutos, ela foi coagida a entrar em uma ambulância, sendo escoltada por duas viaturas e ao menos seis policiais durante o seu retorno ao Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, onde teve sua filha mediante uma cesariana contra a sua vontade³².

Passados alguns dias, o acontecimento veio a público e Adelir se tornou, naquela conjuntura, o retrato da violência obstétrica no Brasil. Como vimos, motivados pelo caso de Adelir, entre os dias 10 e 12 de abril de 2014 realizou-se no país diversas manifestações, onde, muitas pessoas foram às ruas comunicar e denunciar esse ato de violência. As manifestações também repercutiram internacionalmente³³. Protestos foram marcados, por exemplo, em frente às embaixadas brasileiras em Londres (Inglaterra), Santiago (Chile), Doha (Qatar), Bogotá (Colômbia), Dublin (Irlanda), Bruxelas (Bélgica), Zurique (Suíça), Nova Iorque (Estados Unidos), Budapest (Hungria), Madri e Barcelona (Espanha)³⁴.

Os manifestantes do *Ato Nacional Somos todxs Adelir* denunciava que apenas uma opinião foi ouvida pela Justiça, a da médica, excluindo assim outras possibilidades e o desejo de Adelir³⁵. Além do mais, quando estava sendo transportada para realizar a cesárea, ela pediu para ser conduzida ao hospital em Araranguá, mas teve seu pedido negado, pois a Justiça havia determinado que o parto deveria acontecer no Hospital Nossa Senhora dos Navegantes³⁶. Bem como, protestavam em razão do fato de Adelir e o marido não terem visto o nascimento de sua filha. Ela, em razão de lhe cobrirem a visão, e ele porque foi impedido de entrar³⁷. Isso ocorreu, apesar deste ser um direito garantido pela legislação vigente (Lei Federal 11.108/2005). A convocatória para o Ato Nacional expressou que;

³¹ Conteúdo disponível no jornal El País:

https://brasil.elpais.com/brasil/2014/04/14/opinion/1397481297_943876.html.

³² Conforme relatou Adelir no vídeo disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/mulher-obrigada-pela-justica-fazer-cesariana-tem-alta-de-hospital-no-rs.html>.

³³ Em relação a mídia internacional, a título de exemplo, podemos citar, os jornais *The Guardian* (2014); *The Telegraph* (2014); *The Word* (2014) e o blog *El Parto es Nuestro* (2014).

³⁴ Como informado pelo blog do protesto: <https://somostodxsadelir.wordpress.com/acoes-internacionais/>.

³⁵ Para mais detalhes visite: <https://extra.globo.com/noticias/brasil/apos-caso-de-cesarea-forcada-ato-reune-mulheres-em-22-cidades-12127577.html>.

³⁶ Reportagem do jornal EXTRA, acesso em: <https://extra.globo.com/noticias/brasil/apos-caso-de-cesarea-forcada-ato-reune-mulheres-em-22-cidades-12127577.html>.

³⁷ Conteúdo disponível em: <https://casoteca.forumjustica.com.br/caso/caso-adelir/>.

Não se trata de um debate sobre parto normal ou cesárea! Trata-se de uma violação aos direitos humanos, particularmente ao direito à integridade pessoal, liberdade pessoal, proteção da honra e da dignidade. Trata-se de uma violação aos direitos reprodutivos, que consistem na possibilidade das pessoas poderem escolher, mediante a informação, COMO, QUANDO, ONDE e EM QUE CONDIÇÕES terão ou NÃO terão filhos. Se você não quer ter filhos, se você quer ter filhos por cesárea, o seu direito de escolha também está ameaçado quando o poder médico e o poder jurídico podem decidir por você e usar de medidas arbitrárias para que esta decisão seja cumprida à sua revelia (Somos Todxs Adelir, 2014).

Daniele Beatriz Manfrini (2017) em sua tese *‘Somos Todxs Adelir’: partir de si e ação política frente à violência obstétrica em Florianópolis*, destaca que a coordenação nacional do Ato foi realizada por alguns indivíduos e entidades não-governamentais, como a Associação Artemis³⁸, a qual denunciou a violência sofrida por Adelir perante os órgãos de defesa dos direitos humanos no Rio Grande do Sul, e impulsionou organizações locais de diversas cidades a se mobilizarem. Além do mais, participaram da articulação grupos de mulheres e defesa dos direitos das mulheres e manifestantes relacionados ao Movimento de Humanização do Parto.

A organização se deu virtualmente através de blogs e pela rede social Facebook e seguiu-se para as ruas. O Ato aconteceu em 32 cidades brasileiras e na maioria delas se passou em frente ao Ministério Público, os manifestantes levaram panfletos, cartazes; vestindo roupas vermelhas as mulheres grávidas pintaram suas barrigas com frases como “o útero é meu”, “obrigada não”, “meu corpo”³⁹. Houve roda de dança; cantos; e foram realizadas vigília com velas e flores, como forma de representar o luto por tantas outras mulheres que já sofreram violência obstétrica. Segundo Jorge Kuhn, professor de medicina da Universidade Federal de São Paulo, o qual se fez presente na manifestação, “foi uma truculência e abre um precedente enorme, porque isso pode fazer com que vários juízes deem liminares para obrigar

³⁸ Referida associação, em suas palavras, é “uma organização comprometida com a promoção da autonomia feminina e prevenção e erradicação de todas as formas de violência contra as mulheres, através da garantia de seus direitos e implantação de políticas e serviços que assegurem a mudança efetiva do cenário atual, em direção a uma sociedade mais justa e igualitária” (site da Associação Artemis). Para mais informações, ver <https://www.atados.com.br/ong/artemis>.

³⁹ Imagens da manifestação em São Paulo podem ser verificadas em matéria publicada pelo jornal Folha de S.Paulo: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1439953-apos-vigilia-mulheres-fazem-ato-contra-parto-forcado-no-centro-de-sp.shtml>.

mulheres a fazerem operações cesarianas quando o médico julgar que é melhor para a mulher”⁴⁰.

Segundo o site Fórum Justiça [s.n.], após as denúncias realizadas pela Associação Artemis, por consequência, algumas iniciativas aconteceram para ampliar o debate sobre a violência que pode ocorrer durante o ciclo gravídico-puerperal da mulher. A exemplo de um curso de capacitação para Defensores Públicos do Rio Grande do Sul em Violência Obstétrica; uma proposta de um Projeto de Lei Federal elaborada pelo deputado Jean Wyllys (PL 7633/2014); e a emissão de uma cartilha orientadora sobre Violência Obstétrica⁴¹, criado pela Associação Artemis juntamente à Defensoria Pública de São Paulo – NUDEM (Núcleo de Defesa da Mulher).

De acordo com Manfrini (2017), em Florianópolis o Ato foi divulgado em blogs, páginas da rede social Facebook, e pelo contato pessoal entre as participantes. Algumas mulheres manifestantes do Ato se conheciam anteriormente de outras reuniões e articulações virtuais, onde já vinham discutindo sobre violência obstétrica; outras se juntaram às primeiras para elaborar um documento que foi entregue à Promotora de Justiça, a qual no dia da mobilização as recebeu no auditório da Procuradoria-Geral de Justiça, sede do Ministério Público de Santa Catarina, fato que diferenciou essa mobilização das demais que ocorreu no país (Manfrini, 2017).

O documento, escrito por várias participantes, relembra o ocorrido com Adelir Carmen Lemos de Góes, destacando que a decisão da Justiça de “proteger a vida do nascituro”, não levou em conta a escolha dela, tampouco a sua autonomia. Ademais, denunciam não apenas essa, mas outras situações de mulheres que sofreram violência obstétrica, bem como algumas práticas abusivas que ocorrem em maternidades públicas e privadas na região de Florianópolis (Manfrini, 2017).

O objetivo do Ato ao levar esses casos ao Ministério Público, era de que este se movimentasse no sentido investigativo e fiscalizatório sobre as violências na assistência ao parto que ocorriam nas maternidades em Santa Catarina. Segundo Manfrini (2017), uma significativa conquista após o Ato em Florianópolis foi a criação de uma Casa e grupos de apoio. Estes são gratuitos, voluntários e abertos, onde os participantes se reúnem em diferentes regiões da cidade, discutindo sobre os temas

⁴⁰ Trecho da entrevista dada por Jorge Kuhn a Rede TVT. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=rv0PLtMzTVs>.

⁴¹ O Projeto de Lei e a Cartilha estão disponíveis em: <https://casoteca.forumjustica.com.br/caso/caso-adelir/>.

de violência obstétrica e dispondo de amparo diante às dificuldades no ciclo gravídico-puerperal.

A partir dos grupos de apoio, surge a Casa, que representa a institucionalização da atividade, sendo autofinanciável e possuindo diferentes serviços de atendimento, “trata-se de um grupo de mulheres, com especializações diferentes, desde enfermeiras, doulas, psicóloga e outras que trabalham em áreas diferentes para atender a demanda de apoio e acolhimento de outras mulheres” (Manfrini, 2017, p. 213). Outro desdobramento do Ato foi o incentivo na criação de duas importantes leis no estado de Santa Catarina: a Lei das Doulas (nº 16.969/2016)⁴² e a Lei nº 17.097/2017⁴³, esta visa proteger a gestante e informar sobre as práticas que constituem violência obstétrica. Além do mais, o Ministério Público de Santa Catarina para auxiliar na divulgação de informações sobre violência obstétrica lançou uma cartilha em formato digital⁴⁴ e empreendeu uma campanha em suas redes sociais comunicando o que é, como evitar e como denunciar essa forma de violência.

Daniele Manfrini (2017) defende em sua tese que há um contexto contemporâneo que favorece maior visibilidade a temática da violência obstétrica no Brasil. As manifestações de 2014 não foram um evento isolado, mas sim parte de uma conjuntura em que a internet desempenha um papel fundamental, proporcionando um espaço para que mulheres compartilhem suas experiências de violência. Para a autora, as mulheres têm se organizado coletivamente na luta contra a violência obstétrica,

[...] seja por Atos públicos, Manifestações e seja pelo *cyberativismo*, assim como, por outro, com ações individuais de propagação e abordagem do tema em trabalhos acadêmicos, em sala de aula e em grupos de gestantes e mães, e ainda de ações judiciais com vistas à criminalização das ações de violência (Manfrini, 2017, p. 26).

⁴² A Lei das Doulas obriga que as instituições de saúde, sejam estas privadas ou públicas, permita a presença das doulas, se assim solicitada pela parturiente, durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sem ônus e sem vínculos empregatícios com as instituições de saúde. A presença das doulas não se confunde com a presença do acompanhante estabelecida pela Lei nº 11.108/2005 (Santa Catarina, 2016). Acesso em: https://leis.alesec.sc.gov.br/html/2016/16869_2016_Lei.html.

⁴³ A Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017 foi consolidada e revogada pela Lei nº 18.322/2022. Disponível em: https://leis.alesec.sc.gov.br/html/2022/18322_2022_lei.html.

⁴⁴ Para visualizar a cartilha acesse: <https://documentos.mpsc.mp.br/portal/manager/resourcesDB.aspx?path=5146>.

A partir do início da segunda década do século XXI se intensifica no Brasil o debate sobre violência obstétrica. Muitos foram os acontecimentos que contribuíram para esse cenário, a começar pela pesquisa desenvolvida por Venturi e Colaboradores (2010) de nome *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado*, realizada pelo SESC em parceria com a Fundação Perseu Abramo em 2010. O estudo revelou que uma em cada quatro mulheres vivencia algum tipo de violência durante o parto. As formas mais frequentes de violência identificadas na pesquisa incluem gritos, realização de procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, ausência de analgesia e até casos de negligência (Pulhez, 2021).

Posteriormente, entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, o Ministério da Saúde, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, conduziu a pesquisa *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*. Os resultados mostraram que 53,5% das mulheres entrevistadas que tiveram parto normal sofreram episiotomia. Vale lembrar que, em 2001, o Ministério da Saúde publicou diretrizes que classificam a episiotomia de rotina e a manobra de Kristeller, entre outros procedimentos, como "claramente prejudiciais ou ineficazes", recomendando sua eliminação (Zanardo *et al.*, 2017). Com base nas informações das pesquisas mencionadas, diversas iniciativas começaram a surgir, tanto no âmbito acadêmico quanto na sociedade civil, incluindo blogs dedicados à maternidade, feminismo e parto humanizado, que destacam a importância de abordar a questão da violência obstétrica.

Ainda em 2012, ativistas e pesquisadoras pela humanização do parto e nascimento realizaram um levantamento online intitulado *Teste da Violência Obstétrica*⁴⁵, no qual foram analisadas 1.966 respostas. O teste consistiu na avaliação, pelas mulheres, dos cuidados recebidos durante a internação para o parto e nascimento em maternidades brasileiras. Os resultados foram divulgados no Dia Internacional da Mulher, 8 de março de 2012, e simultaneamente publicados em mais de 70 blogs. Embora tenha sido uma ação informal, o teste apresentou informações que corroboram os dados encontrados em pesquisas sobre a qualidade da assistência ao parto no Brasil. Entre os resultados, mais de 40% das mulheres relataram ter se sentido desrespeitadas pela equipe de saúde; 25% afirmaram ter sofrido episiotomia;

⁴⁵ Lígia Moreiras Sena, uma das realizadoras do *Teste da Violência Obstétrica* também está presente no documentário *O Renascimento do Parto 2* (2018), onde compartilha sua visão sobre a realidade da assistência ao parto e o impacto da violência obstétrica nas mulheres.

e para 50% das mulheres as dificuldades enfrentadas no pós-parto e no puerpério estavam relacionadas à maneira como seus partos foram conduzidos (Sena, 2016).

No mesmo ano, as mesmas ativistas e pesquisadoras do teste, através das redes sociais e blogs convidaram mulheres que sofreram algum tipo de violência obstétrica na assistência ao parto, a gravarem um pequeno vídeo em suas casas contando suas histórias. Mais de quinze mulheres protagonizaram o videodocumentário *Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras*, visando contribuir para afastar esse tema da invisibilidade. Este, foi considerado o melhor documentário no Seminário Internacional Fazendo Gênero, 2013, e conta atualmente com quase 300 mil visualizações no YouTube⁴⁶.

O videodocumentário foi apresentado pela primeira vez no X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado em Porto Alegre, em novembro de 2012. A partir de então, foi amplamente divulgado por meio de mídias sociais e blogs, o que gerou grande repercussão na mídia tradicional, um efeito similar ao ocorrido com o *Teste da Violência Obstétrica*. Em poucos dias, tornou-se um dos vídeos mais assistidos daquela semana na plataforma YouTube, na categoria "sem fins lucrativos/ativismo", alcançando uma ampla visibilidade em todo o país e gerando diversas reportagens. Além disso, passou a ser utilizado em cursos de graduação na área de medicina, em audiências públicas e em outras reuniões voltadas para discutir e dar voz às mulheres que sofreram violência obstétrica no Brasil (Sena, 2016).

Entre as narrativas, talvez o relato mais angustiante seja o de Ana Paula Garcia, que após planejar um parto natural, precisou ir ao hospital devido a uma complicação. Sem qualquer explicação dos profissionais, foi anestesiada, amarrada à cama, mesmo contra sua vontade, submetida a uma episiotomia, separada de sua filha, e deixada por várias horas em uma sala, sem a companhia do marido e sem informações sobre o que estava ocorrendo. Seu bebê não sobreviveu e faleceu no mesmo dia (Zorzam *et al.*, 2012). Ana Paula denunciou a morte de sua filha ao Ministério da Saúde, solicitando uma investigação, e, simultaneamente, denunciou a equipe médica, o convênio de saúde e o hospital ao Conselho Regional de Medicina (CRM) de Belo Horizonte. Diante do silêncio do Conselho, que abriu uma sindicância em novembro de 2012 sem fornecer mais esclarecimentos, a advogada de Ana Paula,

⁴⁶ ZORZAM, Bianca; SENA, Ligia Moreiras; FRANZON, Ana Carolina Arruda; BRUM, Kalu. Violência obstétrica - a voz das brasileiras. YouTube, 2012 Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>.

Gabriella Sallit, decidiu ingressar com uma ação judicial, conforme matéria escrita por Andrea Dip (2013).

O processo de Ana Paula foi pioneiro ao abordar a violência obstétrica nestes termos. Não se trata de um processo por erro médico, mas sim sobre a maneira como o atendimento é prestado, evidenciando a violência no cuidado, como explicou a advogada (Dip, 2013). Segundo Sallit, isso representa um marco, pois é o primeiro caso desse tipo no Brasil. Trata-se de uma ação de indenização por danos morais que envolve ações claramente reconhecidas como violência obstétrica (Dip, 2013)⁴⁷.

No dia 9 de agosto de 2013, estreou no cinema nacional o documentário *O Renascimento do Parto*, dirigido por Eduardo Chauvet e com roteiro de Érica de Paula, foi exibido em mais de cinquenta cidades brasileiras no mesmo ano. O filme dá continuidade a uma sequência de fenômenos realizados pelos movimentos sociais na luta por mudanças na assistência ao parto no Brasil. Além disso, promove nos cinemas um debate sobre humanização do parto e nascimento. Sendo largamente divulgado nas redes sociais, com uma meta inicial aspirada para sessenta dias que foi alcançada em somente três, arrecadou mais de R\$ 141 mil e bateu o recorde de *crowdfunding*⁴⁸ mais rápido do Brasil. Essa mobilização social garantiu sua entrada no circuito comercial e evidenciou a urgência em torno do tema. Com essa base, o documentário percorreu mais de cinquenta cidades em vinte e duas semanas de exibição, e alcançou, em poucos meses, um público mais de dez vezes superior à média do gênero no país (Filmes Fora da Lata, 2024).

Na mídia, o impacto também foi significativo. O documentário tornou-se pauta em mais de quinhentos blogs e ganhou destaque nos principais veículos de comunicação do país (Benfeitoria, 2013). Seu trailer e material promocional possuem 1,8 milhão de visualizações no YouTube, demonstrando seu alcance digital.

O filme mostra, entre outros problemas presente no sistema obstétrico brasileiro, alguns exemplos de violência obstétrica. Estes são usualmente consideradas normais pelos profissionais de saúde, a exemplo de episiotomias e administração de

⁴⁷ A reportagem *Na hora de fazer não gritou* está disponível no site: <https://apublica.org/2013/03/na-hora-de-fazer-nao-gritou/>.

⁴⁸ O termo *crowdfunding* consiste em um financiamento coletivo, realizado através de uma plataforma online por pessoas interessadas na iniciativa. A diferença de um projeto de *crowdfunding* para a conhecida vaquinha expressa-se no seu retorno em algo para a sociedade e não apenas para alcançar um objetivo pessoal ou de um grupo.

ocitocina sintética⁴⁹ sem o consentimento ou a informação à mulher; o impedimento de que a gestante tenha direito a um acompanhante; manobra de Kristeller⁵⁰; mentir com a finalidade de realizar uma cesárea, entre outros. (Diniz, 2014). Após dois meses do seu lançamento nos cinemas foi o documentário nacional com a segunda maior bilheteria do país. Nos municípios menores campanhas foram organizadas para que o filme chegasse até lá, sendo exibido em auditórios, bibliotecas e teatros, dos quais a entrada era gratuita.

O documentário também fez uso das redes sociais como um meio para engajar e mobilizar pessoas em torno da causa, tanto para arrecadar os recursos necessários para sua realização quanto para divulgar informações ao público sobre humanização do parto, violência obstétrica etc. Durante a campanha, sua página no Facebook contava com pouco mais de 120 mil seguidores, número que atualmente alcança 321 mil. Em suma, *O Renascimento do Parto* (2013) e outras iniciativas similares demonstram como o ativismo audiovisual tem sido importante na luta contra a violência obstétrica no Brasil. Esse documentário foi pioneiro no Brasil ao levar ao grande público um tema muitas vezes relegado ao âmbito acadêmico ou ativista.

Em 2018, foi lançado *O Renascimento do Parto 2*, principal fonte desta dissertação. Dirigida por Eduardo Chauvet, a sequência aprofunda os debates inaugurados pelo primeiro filme e direciona o foco para a violência obstétrica como problema estruturante do modelo de assistência ao parto no Brasil. A narrativa articula relatos de mulheres com análises de especialistas, evidenciando práticas violentas como a negação do direito à presença de acompanhante, a realização de intervenções desnecessárias e o desrespeito à autonomia das gestantes. Com cenas impactantes e uma construção estética voltada à sensibilização do espectador, o documentário busca não apenas informar, mas convocar à reflexão crítica sobre os direitos das mulheres, frequentemente violados nos serviços de saúde. Além disso, incorpora

⁴⁹ A ocitocina sintética é aplicada na veia, com soro, para estimular as contrações uterinas e induzir o trabalho de parto, quando este não acontece de forma fisiológica devido alguma condição clínica ou física da parturiente ou do bebê. Porém, esse método farmacológico se utilizado de forma imprópria pode ocasionar problemas maternos e fetais. Além de ser considerado uma violência obstétrica quando aplicado rotineiramente e sem critérios adequados. Para mais, ver Moraes *et al.* (2020).

⁵⁰ A manobra de Kristeller foi proibida em vários países, sendo considerada uma técnica agressiva por muitos pesquisadores. Ela envolve a aplicação de pressão na parte superior do útero para acelerar o nascimento do bebê. Trata-se de um empurrão ou pressão realizada por alguém da equipe médica logo abaixo das costelas da mãe, com o objetivo de evitar que o bebê volte a subir durante a fase expulsiva.

discussões sobre políticas públicas e experiências internacionais, ampliando o escopo da denúncia.

Para viabilizar a exibição de *O Renascimento do Parto 2* nos cinemas, também foi lançada uma campanha online amplamente divulgada nas redes sociais, que arrecadou mais de R\$ 127 mil. De acordo com informações disponíveis no site da campanha⁵¹, o documentário teve sua estreia comercial em vinte e oito cidades brasileiras.

Em síntese, neste capítulo, buscamos demonstrar como a partir da década de 1980, os debates promovidos por grupos feministas sobre saúde da mulher e a qualidade da assistência médica desempenharam um papel fundamental para o reconhecimento da violência obstétrica como uma questão pública e política. Ao questionar a medicalização excessiva, a hierarquização das relações entre profissionais e pacientes e a deslegitimação dos saberes femininos, essas discussões revelaram como as práticas obstétricas estão atravessadas por relações de gênero que destituem as mulheres de sua autonomia, transformando seus corpos em objetos de controle e intervenção. Essa crítica serviu de base para o fortalecimento de outras formas de mobilização nas décadas seguintes.

Nesse sentido, diferentes iniciativas como pesquisas acadêmicas, manifestações sociais e a ampla circulação de relatos nas redes digitais contribuíram para retirar a violência obstétrica da invisibilidade e tensionar os discursos que a naturalizavam. O engajamento coletivo de mulheres, profissionais de saúde, ativistas e pesquisadores impulsionou e impulsiona a demanda por transformações estruturais no sistema de saúde, a fim de promover uma assistência baseada no respeito, na dignidade e nos direitos humanos das mulheres.

Os documentários também se destacaram nesse processo ao transformar vivências individuais em narrativas coletivas de resistência. Obras como *Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras* (2012) e *O Renascimento do Parto* (2013, 2018) ampliaram o alcance das denúncias, sensibilizando o público e promovendo o debate. A internet fortaleceu esse movimento, funcionando como um canal estratégico de mobilização e difusão de informação. *O Renascimento do Parto 2*, em particular, emerge como fruto desse cenário contemporâneo, no qual a discussão sobre

⁵¹ Para visualizar o site da campanha acesse: <https://benfeitoria.com/projeto/ORP2>.

humanização do parto e a violência obstétrica conquistam espaço crescente nos debates públicos, acadêmicos e institucionais.

CAPÍTULO II. ENTRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO: DISCURSOS EM DISPUTA EM *O RENASCIMENTO DO PARTO 2* (2018)

Neste capítulo, propõe-se analisar o documentário *O Renascimento do Parto 2* (2018) como um discurso contra-hegemônico, capaz de denunciar a violência obstétrica e defender uma ética do cuidado centrada na autonomia das mulheres. A análise busca compreender como o filme intervém na disputa simbólica sobre a assistência obstétrica, tensionando a lógica tecnocrática e propondo modos alternativos de atenção ao parto. Parte-se da reflexão teórica sobre o documentário como prática discursiva situada, capaz de produzir sentidos, memória e resistência, atuando também como instrumento de mobilização social.

O percurso analítico considera primeiramente a trajetória de Eduardo Chauvet, situando suas produções anteriores e sua atuação na idealização da trilogia *O Renascimento do Parto*. Posteriormente, examina-se o filme de 2013, destacando sua recepção, impacto social e contribuição para a problematização das práticas obstétricas no Brasil, ao mesmo tempo em que evidencia tensões ligadas ao ponto de enunciação do cineasta e aos limites representacionais da obra.

Em seguida, investiga-se o discurso da humanização do parto no Brasil, situando suas origens em políticas públicas e movimentos sociais, bem como suas tensões internas e ambiguidades, que alternam entre práticas inclusivas e reproduções de desigualdades. Logo depois, observa-se, então, como esse discurso é mobilizado em *O Renascimento do Parto 2*, evidenciando formas outras de parir — menos marcadas pela intervenção e capazes de devolver à gestante sua centralidade.

Por fim, discute-se a memória da violência obstétrica: os silêncios impostos, os enquadramentos institucionais e as insurgências que permitem que experiências antes deslegitimadas sejam resgatadas e tornadas visíveis, constituindo uma memória coletiva que desafia o modelo tecnocrático e reconfigura o imaginário social sobre o nascimento.

2.1 O Documentário como prática discursiva e fonte histórica

Há algo de profundamente inquietante na imagem em movimento. O cinema, como arte e linguagem, nos alcança antes mesmo da razão, por meio do som, da luz e do gesto que se repete. Para Marcel Martin (2005), o que distingue o cinema é sua capacidade de encarnar o real como presença sensível, que fala aos sentidos e à imaginação. A cada corte e a cada enquadramento, constrói-se um modo de ver o mundo e de disputá-lo. Desse modo, o cinema não é apenas uma janela para a realidade, mas uma construção que organiza a forma como a compreendemos.

Jean-Claude Carrière (2006) chama de linguagem o intervalo invisível entre uma imagem e outra, onde se esconde o sentido. É nesse intervalo, nesse gesto de costura entre fragmentos do real, que o documentário se revela como prática discursiva e política, capaz de produzir sentidos, questionar normas e provocar reflexão sobre a realidade social e histórica que representa. A potência cognitiva das imagens, evocada por Carrière (2006), converge com a reflexão de Edgar Morin (2014) sobre o poder mágico do audiovisual. Ambos reconhecem que o cinema herda da fotografia sua força de realidade, mas vai além ao incorporar movimento e som, conferindo verossimilhança até mesmo às fantasias. Contudo, Martin (2005) indica que essa fidelidade aparente oculta o fato de que toda imagem é resultado de escolhas: a realidade na tela é sempre moldada pelo olhar de quem a produz.

Essa construção envolve ideologias e relações de poder. Christian Metz (1980) explica que a linguagem cinematográfica organiza signos visuais e sonoros com base em códigos culturais, orientando a interpretação do público. Foucault (1996) acrescenta que todo discurso é prática social que define saberes, normas e modos de visibilidade, mostrando que o cinema participa ativamente da construção simbólica da realidade. Assim, cada documentário é também uma forma de posicionamento político, mesmo que sutil, ao selecionar o que será mostrado e como será interpretado.

Por essa capacidade de construir sentidos, o documentário se torna uma ferramenta poderosa para a análise histórica. Marc Ferro ressalta: [...] certamente o cinema não é toda a história. Mas, sem ele, não se poderia ter o conhecimento do nosso tempo” (Ferro, 1968, p. 585 *apud* Morettin, 2003, p. 19). Segundo Eduardo Morettin (2003) foi a partir da década de 1970 o cinema passou a ser reconhecido como um "novo objeto" da historiografia, não apenas como fonte ilustrativa, mas como forma de interpretação e construção do passado.

Rodrigo Archangelo (2007) salienta que o filme documental deve ser compreendido como forma de representação historicamente situada. Suas imagens condensam tanto permanências do tempo longo quanto abalos do tempo curto, carregando em si os conflitos de sua época. Roger Chartier (2002) complementa ao afirmar que representar não é reproduzir o real, mas construir sentidos a partir de práticas sociais. Sandra Pesavento (2008) amplia essa concepção ao entender a representação como “presentificação de uma ausência”: o documentário pode tornar visível o que não está mais presente fisicamente.

Marcos Napolitano (2008) destaca que o que nunca se subtrai de uma obra é o meio social de sua produção: talvez sua representação mais fidedigna seja o contexto em que foi criada. Por isso, a análise deve considerar autoria, datação, condições de produção, coerência histórica e a forma como o filme mobiliza afetos e sentidos junto ao público. Também é essencial perceber a obra como artefato cultural inserido em disputas simbólicas de seu tempo (Barros, 2007), confrontando suas escolhas narrativas e ideológicas com outras fontes (Archangelo, 2007).

Essas escolhas se materializam em recursos estéticos e narrativos. Bill Nichols (2016) introduz o conceito de “voz” do documentário, compreendendo-o como a maneira pela qual o filme comunica suas ideias e posicionamentos. Essa voz se manifesta em escolhas como montagem, ritmo, enquadramentos, trilha sonora, entrevistas, narração — ou mesmo sua ausência — e pode ter como finalidade persuadir, informar ou engajar o espectador. Napolitano (2008) evidencia a importância de considerar a subjetividade do diretor e as ausências significativas, pois aquilo que se omite também comunica. Portanto, analisar um documentário exige olhar atento às decisões técnicas e formais, pois elas sustentam o discurso e moldam o modo como o público entende a obra.

A construção de sentido, entretanto, não se encerra na obra. Michel de Certeau (1982) afirma que a recepção constitui também um momento ativo da produção de significados: o espectador reinterpreta e ressignifica as imagens que consome a partir de seu próprio repertório. Núria Calafell Sala (2015) e Cássio dos Santos Tomaim (2013)⁵² reforçam que o sentido do filme surge na interação entre obra e espectador.

⁵² Tomaim (2013), que, a partir da teoria da *tríplice mimesis* de Paul Ricoeur, propõe que a narrativa documentária (assim como a histórica) é construída sobre ações humanas já pré-significadas (mimesis I), configuradas em uma estrutura narrativa (mimesis II) e refiguradas na recepção do espectador (mimesis III), que atualiza o sentido da obra a partir de sua própria experiência de mundo.

Essa relação dinâmica é marcada por um jogo complexo entre discurso, afeto, memória e ideologia. É essa dimensão que torna o documentário uma linguagem performativa e politicamente potente: sua força reside em sua capacidade de afetar o público, criando laços de identificação que produzem efeitos concretos sobre a subjetividade.

A teoria feminista contribui para analisar como discursos visuais influenciam a formação das identidades. Judith Butler (2003; 2022) propõe que os sujeitos são performativamente constituídos pela repetição de normas sociais, especialmente as de gênero, reforçadas ou tensionadas pela linguagem visual. Stuart Hall (2003) vê a representação como prática cultural estratégica, marcada por disputas de poder, enquanto para Teresa de Lauretis (1984), o audiovisual é tecnologia de subjetivação, pois molda modos de ver, sentir e estar no mundo. Combinadas, essas ideias permitem compreender que o documentário não apenas relata, mas participa da construção social da realidade, disputando narrativas e valores.

É a partir desse referencial teórico que se analisa *O Renascimento do Parto 2* (2018). O documentário combina recursos estéticos, narrativos e testemunhais para denunciar a violência obstétrica. Como observa Michael Pollak (1989), são nas margens da história oficial que emergem memórias subterrâneas, e o filme se situa nesse espaço, dando visibilidade a experiências historicamente silenciadas.

Robert Rosenstone (2010) acrescenta que o cinema constitui uma das formas mais influentes de produção do conhecimento histórico e de organização da memória. Segundo o autor, trata-se de uma maneira de fazer história distinta da tradição escrita, pois permite representar afetos, subjetividades e silêncios que os documentos convencionais não captam. Dessa forma, *O Renascimento do Parto 2* articula linguagem cinematográfica, memória coletiva e denúncia social, participando da construção de sentidos e desafiando os silenciamentos historicamente impostos às mulheres no campo da reprodução. Essa perspectiva abre caminho para analisar, nas próximas etapas do capítulo, quem fala através do documentário e quais trajetórias atravessam sua realização.

O espectador é, portanto, operador ativo na construção de sentido, sendo ele quem conclui o percurso entre representação e compreensão.

2.2 Eduardo Chauvet: do percurso pessoal à construção de um cinema de denúncia

Ao nos voltarmos à trajetória do diretor de *O Renascimento do Parto 2* (2018), não pretendemos traçar uma biografia nos moldes tradicionais, que atribui à vida de um indivíduo coerência interna e linearidade narrativa. Como adverte Pierre Bourdieu (1986), essa forma de relato tende a naturalizar conexões retrospectivas e a transformar o acaso em finalidade, apagando os deslocamentos, rupturas e contingências que constituem qualquer trajetória social. A escassez de informações sobre sua infância, origens familiares e experiências pessoais reforça a necessidade de afastar-se da ilusão biográfica e adotar uma perspectiva sobre o modo como sua posição no campo audiovisual e suas relações afetivas e profissionais se conecta com a produção de um discurso visual que se tornou central nas lutas por visibilidade da violência obstétrica no Brasil.

Dessa forma, partiremos daquilo que se pode observar: sua formação, suas escolhas temáticas e obras assinadas, para compreender como sua trajetória influencia a estética e os discursos construídos no documentário. Gabriella Bertrami Vieira (2021) reforça que representações cinematográficas não são neutras; elas refletem visões de mundo dos indivíduos e grupos que as produzem, carregando marcas de seus contextos sociais, afetivos e políticos. Para a autora, o cinema documental organiza discursos que competem por sentidos no campo social (Vieira, 2021). Conhecer, ainda que parcialmente, o percurso de Chauvet é, portanto, fundamental para compreender as opções narrativas inscritas em sua obra e os efeitos simbólicos que ela produz.

Eduardo Henrique Leon Chauvet graduou-se em Comunicação, com especialização em produção audiovisual pela Temple University, na Filadélfia (EUA), e concluiu posteriormente cursos em Cinema de Documentário, Ficção e Roteiro na Academia Internacional de Cinema, com passagens por São Paulo e Rio de Janeiro. Em 2009, completou um MBA em Gestão Estratégica de Marketing pela Fundação Getúlio Vargas, em Brasília. Sua trajetória multifacetada inclui experiências como diretor, roteirista, montador e produtor executivo.

No audiovisual brasileiro, Chauvet dedicou-se a projetos voltados à cultura e à memória. Em Brasília, onde nasceu e iniciou sua carreira, comandou por mais de quinze anos o *Programa Alternativo*, exibido pelo SBT Brasília, voltado à divulgação

de produções artísticas e culturais. Esse trabalho gerou um acervo que deu origem ao portal *Memórias do Brasil*, reunindo mais de três mil vídeos sobre música, teatro, literatura, inclusão social e qualidade de vida, oferecendo um retrato plural da identidade cultural brasileira.

Outro projeto marcante do cineasta é a série *O Caminho do Anhanguera – A Inédita História do Brasil Central* (2008), com cinquenta e dois episódios, inspirada na expedição do bandeirante Bartolomeu Bueno da Silva. A série percorreu mais de dez mil quilômetros em São Paulo, Minas Gerais, Goiás e Distrito Federal, registrando mais de quarenta cidades e diversas expressões da história regional, como igrejas, fazendas centenárias, museus, unidades de conservação ambiental, culinária típica e tradições orais. O projeto resultou também na publicação de um livro homônimo, de autoria de seu pai, Gustavo Chauvet.

Foi na década de 2010 que Chauvet ingressou na temática do parto humanizado, influenciado por sua então esposa, Érica de Paula, conforme relatou em entrevista ao portal NAMU: “Sou um ativista dessa causa desde 2011, sou novinho, caí de paraquedas porque a minha ex-esposa, pesquisadora e educadora perinatal, trabalhava com isso e eu fui aprendendo dentro de casa” (Torres, 2019)⁵³. Érica, psicóloga formada pela Universidade de Brasília, especializada em Medicina Tradicional Chinesa, atuava como acupunturista voltada ao cuidado de gestantes e bebês.

A partir de 2009, Érica iniciou sua atuação como doula e educadora perinatal, realizando cursos com especialistas internacionais, como Michel Odent⁵⁴, e participando de congressos da ReHuNa. Inserida nesse contexto, propôs, em 2011, a produção de um especial de Dia das Mães sobre parto para o *Programa Alternativo*, onde o casal já desenvolvia projetos audiovisuais em conjunto. A proposta, inicialmente pensada para a televisão, transformou-se em um curta-metragem e, diante da complexidade do tema, em um longa documental⁵⁵. Assim nasceu *O Renascimento do Parto* (2013), dirigido por Eduardo Chauvet em coautoria com Érica de Paula.

⁵³ A entrevista de Bruno Torres com Eduardo Chauvet, pode ser acessada em: <https://namu.com.br/portal/saude/medicina-integrativa/em-busca-do-parto-ideal/>.

⁵⁴ Michel Odent está entre os especialistas entrevistados em *O Renascimento do Parto* (2013).

⁵⁵ Informações extraídas da entrevista de Érica de Paula ao canal do Instituto Nascer no YouTube. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=t8DljBDbhoE>.

Em entrevista ao programa *Mulheres*, durante o lançamento do primeiro filme, o casal e o médico Jorge Kuhn⁵⁶ comentam a obra e os benefícios do parto humanizado. Apesar de Érica ter sido responsável pela pesquisa, roteiro e produção, a entrevista evidencia uma contradição: enquanto o documentário busca valorizar a atuação de doulas e parteiras como figuras centrais na humanização do nascimento, resgatando os saberes femininos, na divulgação, sua participação é mínima, com apenas uma pergunta e menos de trinta segundos de fala, enquanto Chauvet e Kuhn protagonizam o debate⁵⁷. Essa assimetria reflete um processo histórico de exclusão das mulheres na produção de saberes sobre seus próprios corpos, substituídos por uma autoridade técnico-científica legitimada pelo discurso biomédico. Paradoxalmente, trata-se justamente da hierarquia que o próprio filme busca questionar e superar.

A sequência da obra, passa a ser conduzida sem a presença de Érica, o que coincide com o término da relação conjugal. O envolvimento afetivo de Chauvet com a temática reforça uma estética voltada à denúncia e mobilização social, não obstante as disputas simbólicas e as dinâmicas de poder que a atravessam. Como ressalta Vieira (2021), compreender os contextos de produção e os sujeitos envolvidos na elaboração de um documentário é fundamental para a análise historiográfica, pois são essas trajetórias que delimitam os enquadramentos possíveis da realidade representada.

Para analisar *O Renascimento do Parto 2* (2018) é necessário retomar o primeiro filme da série, *O Renascimento do Parto* (2013), que estabelece o contexto discursivo, as tensões sociais e os limites representacionais explorados posteriormente. Essa articulação permite compreender como o segundo longa expande o debate sobre violência obstétrica e humanização do parto, mas também herda escolhas narrativas e enquadramentos sociais do filme inicial. Em ambos os

⁵⁶ Jorge Kuhn é médico obstetra, doutor pela Universidade Livre de Berlim, e tornou-se uma das principais referências entre os profissionais que questionam a chamada “indústria da cesariana”, defendendo o parto domiciliar como alternativa segura para mulheres saudáveis. Em 11 de junho de 2012, após declarar seu apoio a essa prática em entrevista ao programa *Fantástico*, da Rede Globo, o CREMERJ anunciou que faria uma denúncia ao CREMESP, com a intenção de puni-lo por sua posição. Em resposta à tentativa de silenciamento, foi organizada a *Marcha do Parto em Casa*, nos dias 16 e 17 de junho, um ato coletivo em defesa do direito das mulheres de escolher onde parir. O movimento também denunciava as elevadas taxas de cesariana no país e prestavam apoio a Kuhn. A *Marcha* ocorreu em diversas cidades brasileiras e reuniu mulheres — principalmente gestantes e mães com seus bebês — em passeatas que reforçavam a importância da autonomia reprodutiva.

⁵⁷ A íntegra da entrevista concedida ao programa *Mulheres* está disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=G7VLcjzhIZg>.

casos, é preciso problematizar o ponto de enunciação ocupado por Eduardo Chauvet — homem branco, cisgênero e de classe média —, cuja posição social influencia as decisões sobre quem fala, o que é mostrado e como os depoimentos são organizados.

2.2.1 *O Renascimento do Parto* (2013): onde tudo começou

Desde o seu lançamento, *O Renascimento do Parto* (2013) rapidamente se destacou no cenário audiovisual brasileiro por sua repercussão social e política. Antes mesmo da sua estreia, o vídeo promocional divulgado por Érica de Paula em suas redes sociais, mobilizou uma resposta espontânea de pessoas que, impactadas apenas pelo conteúdo prévio, mudaram de médico ou reformularam suas escolhas quanto ao tipo de parto desejado (TV Brasil, 2016)⁵⁸. Essa resposta revela o quanto o tema abordado tocava em questões urgentes e vivenciadas por muitas mulheres, mobilizando transformações concretas na vida de gestantes e até mesmo mudanças de conduta por parte de profissionais da saúde.

A produção realizada de forma totalmente independente, sem apoio de recursos públicos ou privados, garante ao filme um lugar singular na história do cinema brasileiro, como recordista de financiamento coletivo para obras cinematográficas, conforme abordado no primeiro capítulo. Essa mobilização social, além de viabilizar financeiramente o projeto, revela a construção de um outro discurso sobre o nascimento, legitimado pelo envolvimento direto dos espectadores.

O documentário destaca-se ainda por ser um dos poucos a alcançar exibição em salas de cinema, um feito significativo em um contexto no qual produções brasileiras, sobretudo documentais, enfrentam grandes dificuldades para se manter nesse circuito, historicamente restritivo e pouco acessível ao gênero. Além disso, foi selecionado para festivais nacionais e internacionais⁵⁹ de relevância e recebeu convites para sessões especiais no Palácio do Planalto, no Fórum Mundial de Direitos Humanos e no Fórum Social Mundial⁶⁰ (Filmes Fora da Lata, 2024).

⁵⁸ Entrevista concedida por Érica de Paula ao canal TV Brasil, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Nd-HEXxvYvg>.

⁵⁹ A exemplo do Los Angeles Brazilian Film Festival, o IV China DocBrazil Festival, o VI Festival de Cine Latinoamericano y Caribeño de Margarita (Venezuela) e o 31º Festival de Cinema de Bogotá (Colômbia) (Filmes Fora da Lata, 2024).

⁶⁰ Em 2015, reconhecendo a relevância do filme para a promoção da saúde e a humanização do parto, o Ministério da Saúde convidou os autores a adaptá-lo em uma série de oito episódios, incorporada ao portal “Promoção da Saúde – SUS”, ampliando sua circulação e seu potencial educativo junto ao público (Filmes Fora da Lata, 2024).

A obra foi ainda amplamente distribuída por meio de DVDs, transmissões televisivas, plataformas de streaming e mostras públicas gratuitas organizadas em escolas, universidades, postos de saúde, grupos de gestantes, hospitais, pontos de cultura e espaços comunitários (Filmes Fora da Lata, 2024)⁶¹. Ao transitar por circuitos comerciais, alternativos e institucionais, consolidou-se como uma potente ferramenta de mobilização social e política, ultrapassando os limites do cinema tradicional. Segundo Diniz (2014), esse impacto expressivo só foi possível porque o filme atende a uma demanda coletiva por informação, autonomia e justiça reprodutiva.

O primeiro segmento do filme apresenta a dificuldade enfrentada por gestantes que aspiram ao parto vaginal, mas se deparam com barreiras impostas por obstetras da rede privada, frequentemente resistentes a esse tipo de assistência. Diniz (2014), portanto, observa uma contradição central: embora o discurso biomédico reconheça as vantagens do parto normal em termos de desfechos maternos e neonatais, prevalece uma cultura marcada pela tocofobia, na qual o processo é associado à dor, ao risco e ao primitivismo. Nesse contexto, multiplicam-se diagnósticos artificiais de sofrimento fetal, circulares de cordão forjadas e outras justificativas utilizadas para induzir cesarianas, acompanhadas de ameaças de abandono ou de risco ao bebê. Assim, ao evidenciar esses mecanismos de coerção, o documentário mostra de que maneira o medo se converte em instrumento de autoridade, minando a autonomia feminina e abrindo espaço para a violência obstétrica.

O segmento seguinte dedica-se a desconstruir os obstáculos que dificultam o parto vaginal, com destaque aos perigos decorrentes de intervenções cirúrgicas desnecessárias. A banalização da cesárea, tema central no debate, é problematizada por especialistas, médicos, enfermeiras, doulas, obstetrias, antropólogos, os quais apontam os interesses econômicos, logísticos e culturais responsáveis por sua hegemonia. Enquanto o parto natural exige tempo, paciência e acompanhamento contínuo, a cesariana é rápida, agendada e lucrativa, permitindo procedimentos adicionais como laqueadura tubária (Zanardo *et al.*, 2017). Assim, o nascimento torna-se um evento técnico, previsível e controlável — o que explica o despreparo de muitos médicos para acompanhar gestações conduzidas de forma fisiológica e o desprezo institucional por práticas menos invasivas (Diniz, 2014).

⁶¹ Para mais detalhes sobre a recepção e o alcance de *O Renascimento do Parto* (2013), consultar: <https://www.eduardochauvet.com/o-renascimento-do-parto-1>.

A pesquisa *Nascer no Brasil* (2012) revela que, embora cerca de 70% das gestantes iniciem a gravidez desejando o parto vaginal, mais da metade termina submetida à cesariana (Pulhez, 2021). Esse descompasso sugere que os direitos das mulheres, especialmente sua autonomia reprodutiva, muitas vezes não são respeitados, tornando o nascimento uma experiência marcada por medo, impotência e desrespeito. Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), referentes a 2016, mostram que a taxa de partos cirúrgicos alcançou 40% na rede pública e 84% na privada (Ministério da Saúde, 2015). Diniz (2001) aponta que, diante dessa epidemia, torna-se difícil convencer mulheres e suas famílias sobre as vantagens do parto vaginal. Samara Calixto Gomes *et al.* (2018) reforçam a crítica ao mostrar como a cesárea, ao invés de um recurso salvador em casos de risco, tornou-se um problema social: isola as mulheres de seus familiares, impede o contato imediato com o recém-nascido, dificulta a amamentação precoce e expõe mães e bebês a riscos desnecessários.

Outro ponto evidenciado é que a escolha pelo procedimento cirúrgico, muitas vezes interpretada como uma preferência feminina, é, na realidade, resultado de experiências anteriores de violência, negligência ou abandono no parto natural. Diante da precariedade da assistência oferecida, a cesariana apresenta-se como alternativa para minimizar o sofrimento (Diniz, 2004). No parto vaginal, a imposição de rotinas hospitalares, a restrição de movimentos e interferências obstétricas desnecessárias dificultam o desencadeamento fisiológico do processo, transformando-o em sinônimo de patologia e intervenção médica (Diniz, 2001).

Para Katia Pereira da Silva (2016), ao incluir cenas reais de partos naturais humanizados, a obra desafia a narrativa dominante que associa a cirurgia à segurança e ao conforto, demonstrando que é possível parir com acolhimento e autonomia. Essas imagens, articuladas às entrevistas com profissionais vinculados ao campo da humanização, apresentam o parto como uma experiência transformadora, muitas vezes descrita como acontecimento transcendente na vivência feminina. O contraste é construído por meio de uma cuidadosa seleção visual que opõe a frieza e a impessoalidade das cesáreas à atmosfera de cuidado e respeito presente em contextos de nascimento humanizado (Gomes *et al.*, 2018).

A crítica proposta pelo documentário, no entanto, não escapa a certas limitações. Aline de Andrade Ramos Cavalcanti (2014) aponta para uma seletividade nos personagens e espaços de fala. Ao centrar-se em cesarianas eletivas realizadas

por convênios privados, o longa recorta uma experiência tipicamente vivida por mulheres brancas, escolarizadas e de classe média, invisibilizando outras formas de violência obstétrica mais frequentes entre mulheres negras, periféricas e usuárias do SUS, que aparecem apenas como ilustração ou em posição de coadjuvantes silenciosas, raramente como vozes autorizadas a narrar suas próprias histórias (Cavalcanti, 2014). Essa escolha produz hierarquias de sofrimento e silencia as vozes de mulheres cuja realidade é marcada por abandono, negligência, racismo institucional e violência cotidiana nos serviços públicos.

Cavalcanti (2014) também observa que essa assimetria se reflete na estética do documentário. A seleção dos ambientes, em sua maioria sofisticados, nos quais os entrevistados exibem signos de elegância e refinamento indicam a construção de um discurso que, embora dissidente em relação à obstetrícia tradicional, permanece restrito a determinados grupos sociais. O filme promove um ideal de parto humanizado acessível apenas a quem pode pagar por equipes particulares. Os profissionais que conduzem o discurso — obstetizes, doulas e médicos humanizados — aparecem como “experts” e detentores da prática obstétrica legítima, enquanto as parteiras tradicionais são relegadas a um segundo plano (Cavalcanti, 2014).

Silva (2016) ressalta que o longa propõe um resgate de práticas ancestrais de parto, oferecendo às mulheres a possibilidade de escolher onde e com quem parir — seja no hospital, em casa, com parteira, doula ou médico. Nesse contexto, as doulas acompanham e acolhem as gestantes durante o parto, simbolizando a essência do modelo humanizado, sustentado em três pilares: protagonismo feminino, visão integral do nascimento e práticas baseadas em evidências científicas.

A trajetória pessoal de Érica de Paula e Eduardo Chauvet, marcada pela inserção em um meio urbano e de classe média, repercute na construção do documentário. Essa origem social confere ao filme uma voz que se pretende contra-hegemônica, mas que se enraíza em valores, experiências e repertórios culturais específicos desse estrato social. Ao mesmo tempo em que a posição de Érica, como doula, lhe oferece proximidade com relatos de gestantes e com o cotidiano do parto, sua atuação ocorre sobretudo em contextos privados, onde a humanização aparece como escolha de consumo e estilo de vida. A perspectiva de Chauvet, como cineasta independente, aproxima a obra de uma estética intimista e sensível, mas também valoriza ambientes sofisticados e personagens associados a privilégios sociais,

sugerindo que o “renascimento” do parto, embora inspirador, permanece limitado a um universo restrito.

Essas escolhas revelam que a crítica feita pela obra, embora necessária e disruptiva, não escapa de reproduzir desigualdades. Ao dar visibilidade principalmente a experiências de mulheres de maior poder aquisitivo e a profissionais legitimados, o filme limita sua potência transformadora, invisibilizando práticas e resistências que também constroem alternativas ao modelo tecnocrático. Apesar disso, *O Renascimento do Parto* (2013) desempenha um papel central na construção de um novo imaginário sobre o nascimento, no qual as mulheres retomam o direito de parir com dignidade, respeito e autonomia. No próximo tópico, será abordada a consolidação do discurso da humanização do parto no Brasil, suas disputas e tensões, bem como os desafios de sua implementação tanto prática quanto simbólica.

2.3 A humanização do parto: proposta, disputa e tensões

A consolidação do discurso da humanização do parto no Brasil está vinculada às transformações político-econômicas que reconfiguraram o campo da saúde a partir da década de 1970. Cavalcanti (2014) associa esse processo à ascensão da racionalidade neoliberal, que orientou reformas estruturais em países periféricos, impulsionadas por organismos financeiros internacionais, como Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional. Essas mudanças visavam conter gastos públicos, transferindo responsabilidades do Estado para a iniciativa privada e para as famílias. No setor da saúde, implicaram questionamentos sobre a universalidade do atendimento, priorização de ações de baixo custo e focalização dos serviços nos segmentos mais vulneráveis.

Segundo Cavalcanti (2014), citando Misoczky (2003), o Banco Mundial ingressou formalmente no campo das políticas de saúde em 1975 com a publicação do *Salud: documento de política sectorial*, o qual propunha a quebra da universalidade, a utilização de mão de obra menos qualificada e a simplificação de procedimentos. Em 1987, o relatório *Financing Health Services: An Agenda for Reform* reafirmou essas diretrizes, defendendo a redução da responsabilidade estatal e a adoção de estratégias seletivas, com base na premissa de que a saúde como direito universal seria economicamente inviável em países em desenvolvimento (Cavalcanti, 2016).

Durante a década de 1980, o Banco Mundial investiu em pesquisas voltadas à racionalização de custos na saúde, propondo, por exemplo, a substituição de médicos por enfermeiras-parteiras no atendimento de partos normais e criticando o excesso de cesarianas como gasto público injustificável. A partir dos anos 1990, observou-se uma ampla produção de documentários sobre parto no Brasil, na Europa e nos Estados Unidos, inaugurando uma nova fase na disputa por sentidos sobre o nascimento (Cavalcanti, 2014).

Com o início dos anos 2000, o discurso da humanização passou a ocupar maior espaço no debate público brasileiro. A produção e circulação de filmes, campanhas e projetos apoiados por TICs — como sites, blogs e plataformas de financiamento coletivo — contribuíram para difundir uma pedagogia política centrada na valorização do parto humanizado, buscando transformar práticas e imaginários sociais relacionados ao nascimento. Contudo, essas ações também se inserem em um mercado simbólico, no qual a autogestão e a responsabilização das mulheres pelo êxito do parto podem ser reforçadas, especialmente em contextos de retração das políticas públicas (Cavalcanti, 2014).

A emergência e institucionalização do discurso da humanização resultam da convergência de interesses distintos: de um lado, movimentos feministas, de saúde coletiva e de direitos reprodutivos que denunciam a violência obstétrica; de outro, organismos multilaterais e governos neoliberais que enxergam na humanização uma estratégia de reorganização dos serviços. A inserção do discurso nas políticas públicas deve ser compreendida à luz dessa disputa, na qual coexistem forças que ampliam direitos e outras que priorizam o corte de recursos.

O vocabulário da humanização pode ser mobilizado por atores com objetivos conflitantes. Como aponta Diniz (2005), o termo já foi apropriado por representantes da obstetrícia tecnocrática, como Fernando Magalhães e Jorge Rezende, que o associavam ao uso de instrumentos como fórceps e à narcose para aliviar a dor física. A ideia de cuidado, nesse caso, se opunha à concepção religiosa tradicional do sofrimento como punição pelo pecado original.

Na atualidade, o conceito ressignificado se vincula a uma crítica ao modelo biomédico predominante, caracterizado pela centralidade hospitalar, hierarquização dos saberes e fragmentação do atendimento. Nesse paradigma, o parto é visto como episódio de risco que demanda controle intensivo e procedimentos padronizados (Luz, 2014). A mulher é concebida como objeto da assistência: alguém que deve submeter-

se às decisões dos profissionais de saúde, frequentemente sem poder de escolha ou consentimento informado. Em contraste, a abordagem humanista entende o parto como experiência biopsicossocial, valorizando escuta, acolhimento e autonomia da gestante (Luz, 2014), contemplando privacidade, presença de acompanhante, liberdade de movimento e redução de intervenções desnecessárias (Santos; Melo; Cruz, 2015).

O modelo holístico amplia essa perspectiva, compreendendo o nascimento como evento simbólico, afetivo e espiritual, no qual o corpo feminino detém saberes ancestrais. O cuidado é frequentemente transferido para ambientes familiares ou comunitários, práticas como o parto domiciliar assistido, o acompanhamento de doulas e a valorização de rituais ganham centralidade (Luz, 2014; Mendonça, 2015). Trata-se de abordagem que busca integrar ciência e sensibilidade, reafirmando o nascimento como experiência profundamente humana. Nesse contexto, a figura da doula emerge como suporte físico e emocional, criando vínculos e promovendo uma atenção centrada na subjetividade da mulher, em contraste com o distanciamento impessoal do modelo tecnocrático (Mendonça, 2015; Silva, 2017).

Essa compreensão é ilustrada por um episódio narrado pelo obstetra Ricardo Herbert Jones. Durante uma visita a uma livraria, ele foi atingido na cabeça por um exemplar do livro de Michel Odent e, ao folheá-lo, deparou-se com um registro impactante: uma parteira abraçada à mulher em trabalho de parto (Mendonça, 2015). Tal imagem revelou ao médico que, por mais comprometido que estivesse com a humanização, havia um limite em sua prática solitária: ele não conseguiria oferecer o nível de intimidade, conexão e integração ali expressos. Compreendeu, então, a necessidade de contar com o apoio das mulheres para alcançar um cuidado verdadeiramente transformador (Davis-Floyd, 2012 *apud* Mendonça, 2015).

Parte do discurso humanizado se ancora na valorização do instinto materno e da fisiologia do corpo feminino, contrapondo-se à medicalização. No entanto, essa ênfase pode carregar implicações simbólicas que reforçam noções essencialistas sobre a condição feminina. Michel Odent e Fernand Lamaze são referências desse movimento, defendendo o “desligamento” do mundo externo para favorecer o andamento fisiológico do parto (Silva, 2017; Tornquist, 2002). Essa perspectiva, entretanto, é criticada por Carmen Susana Tornquist (2002), que alerta para o risco de reduzir a mulher à função reprodutiva, “animalizando” o processo e apagando dimensões culturais e políticas. Para a autora, a cultura não constitui um obstáculo,

mas integra a própria condição da existência humana, devendo ser considerada na experiência do parto.

A crítica se intensifica na análise da noção de “parto belo”, ideal estético construído na retórica humanizada. De acordo com Tamara Queiroz Costa Silva (2017), trata-se de uma representação recorrente em imagens que exaltam a experiência de parir como simples e harmoniosa, reforçando a naturalização e pureza do nascimento. Nesse cenário, o parto é simbolizado como um momento sublime, em que o corpo feminino manifesta sua potência criadora. Tornquist (2002) alerta, entretanto, que esse ideal pode se tornar excludente, gerando frustração, culpa ou marginalização para mulheres cujas vivências diferem desse padrão. Mesmo em narrativas críticas à violência obstétrica, o “parto belo” pode ocultar desigualdades estruturais e silenciar experiências marcadas por dor, medo ou falta de escolha. A construção simbólica é reforçada por mídias visuais, como documentários, redes sociais e campanhas ativistas, que destacam partos bem-sucedidos e emocionantes, mas também podem impor expectativas difíceis de alcançar (Silva, 2017).

O acesso ao parto humanizado no Brasil é profundamente desigual, manifestando-se de forma distinta nos setores público e privado. Inicialmente, essa abordagem foi difundida entre mulheres das camadas médias urbanas, com maior escolaridade e inserção no sistema suplementar de saúde. Posteriormente, passou a integrar políticas públicas, como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído em 2000, com o objetivo de democratizar práticas de cuidado centradas na gestante. Contudo, sua implementação nas instituições públicas encontrou obstáculos concretos, decorrentes da escassez de recursos, da sobrecarga de profissionais e da persistência de hierarquias médicas que limitam a autonomia feminina. Já no setor privado, os desafios assumem outra configuração. Apesar de maior liberdade de escolha, prevalece a hegemonia da cesariana, consolidada como procedimento preferencial pela lógica de mercado que organiza a assistência obstétrica (Giacomini; Hirsch, 2020).

Cabe ressaltar, ainda, que a noção de “humanização” não se apresenta de forma homogênea entre diferentes grupos sociais. Entre mulheres brancas de camadas médias, a categoria é frequentemente associada à ampliação da autonomia, à possibilidade de escolhas informadas e à recusa de intervenções consideradas desnecessárias. Já entre as camadas populares, o parto humanizado tende a ser identificado, sobretudo, com o direito de ser tratada com dignidade, respeito e

atenção, em contraposição a experiências de negligência e violência obstétrica. Essa diferença de significados evidencia o modo como a classe social media expectativas e experiências relacionadas ao nascimento (Giacomini; Hirsch, 2020).

As desigualdades raciais, por sua vez, intensificam as barreiras de acesso. Mulheres negras de classes populares enfrentam tanto limitações materiais para acessar serviços de qualidade quanto práticas discriminatórias, caracterizando o racismo obstétrico. Rosamaria Carneiro (2017) observa que estigmas associados ao corpo negro feminino — frequentemente visto como resistente à dor ou passivo — legitimam intervenções desnecessárias e negligências reiteradas. Além disso, as desigualdades territoriais também agravam o problema: serviços de referência concentram-se em grandes centros urbanos, enquanto regiões periféricas e rurais têm cobertura precária (Diniz, 2005; Santos, 2024).

O modelo de parto humanizado também se apresenta como campo de disputas simbólicas. Pesquisas recentes indicam a formação de um circuito de consumo, que inclui cursos de preparação, grupos de apoio, doulas, obstetrites e médicos especializados, geralmente vinculados a maternidades de referência. Esse arranjo exige recursos financeiros e culturais concentrados nas camadas médias e altas urbanas, restringindo seu alcance (Gusmão, 2015; Santos, 2024). Além disso, a adesão ao modelo muitas vezes funciona como marca de distinção social, articulando-se a estilos de vida ligados à saúde naturalizada, alimentação orgânica, amamentação prolongada e terapias alternativas.

O debate sobre a humanização do parto no Brasil evidencia que, embora o discurso tenha avançado em termos de direitos reprodutivos e práticas de cuidado centradas na gestante, sua implementação enfrenta tensões estruturais e simbólicas. Conflitos entre a lógica tecnocrática da obstetrícia, desigualdades de classe, raça e gênero, e as experiências reais das mulheres mostram que a humanização ainda precisa ser continuamente problematizada e reivindicada.

Nesse contexto, produções audiovisuais desempenham papel estratégico ao dar visibilidade a essas tensões, articulando estética, narrativa e política. É nesse espaço que se insere *O Renascimento do Parto 2* (2018), que amplia a discussão iniciada pelo primeiro filme e atua como instrumento de denúncia da violência obstétrica. No subtópico seguinte, será analisado como a obra coloca em cena o discurso da humanização, tensionando o modelo tecnocrático e consolidando um olhar sensível sobre o cuidado ao parto.

2.3.1 O discurso da humanização em *O Renascimento do Parto 2* (2018)

O lançamento de *O Renascimento do Parto 2* ocorreu em 10 de maio de 2018, próximo ao Dia das Mães. Dirigido por Eduardo Chauvet e com noventa e um minutos de duração, o segundo longa aprofundou o debate iniciado no primeiro filme, consolidando-se como prática discursiva comprometida com a transformação social. A obra atua como instrumento de mobilização ao articular redes feministas, movimentos sociais, profissionais da saúde e usuárias do sistema obstétrico brasileiro. Sua produção, circulação e recepção revelam a força de uma coletividade empenhada em inscrever a violência obstétrica na esfera pública e no campo dos direitos humanos.

O financiamento foi majoritariamente viabilizado via *crowdfunding*, superando 196% da meta inicial (Benfeitoria, 2013), o que evidencia o engajamento de uma rede já organizada em torno da humanização do parto. A esse aporte popular somou-se o apoio institucional do Fundo de Apoio à Cultura do Distrito Federal (FAC-DF), compondo um arranjo híbrido entre iniciativa comunitária e respaldo estatal. Tal participação sinaliza o reconhecimento do tema também por setores do poder público.

A recepção em torno de *O Renascimento do Parto 2* superou amplamente a do primeiro filme: enquanto este estreou em apenas três salas comerciais, o segundo foi exibido em trinta e cinco cinemas no país (Muller, 2018)⁶². Esse crescimento demonstra a consolidação de um público disposto a transformar o audiovisual em ferramenta política. A conquista só foi possível graças à atuação de redes descentralizadas de ativistas, coletivos de gestantes, doulas, parteiras e movimentos feministas, os quais organizaram exibições, promoveram debates e pressionaram cinemas comerciais a incluir o título em suas programações (Penina, 2018)⁶³.

A circulação internacional ampliou ainda mais sua relevância. Disponibilizado na Netflix com versões em inglês, francês e espanhol, o documentário chegou a mais de cinquenta países (Filmes Fora da Lata, 2024), demonstrando como a denúncia da

⁶² Entrevista de Eduardo Chauvet ao portal *Papo de Cinema*, acessível em: <https://www.papodecinema.com.br/entrevistas/o-renascimento-do-parto-2-entrevista-exclusiva-com-eduardo-chauvet/>.

⁶³ Declarações de Chauvet ao portal *Lunetas* podem ser consultadas em: <https://lunetas.com.br/o-renascimento-do-parto-3-e-preciso-mudar-a-forma-de-nascer/>.

violência obstétrica ressoa para além do contexto brasileiro e reposiciona a obra na disputa por narrativas sobre parto, maternidade e direitos reprodutivos.

Como destaca Nichols (2016), o documentário não apenas representa o real, mas intervêm sobre ele. Essa dimensão performativa se torna evidente nos efeitos relatados por espectadores. Muitas mulheres afirmaram, após a exibição, terem conseguido nomear experiências de violência antes naturalizadas ou silenciadas. Profissionais de saúde relataram mudanças em suas práticas, transformadas pela escuta dos depoimentos e pela potência das imagens (Crescer, 2018). A recepção, portanto, ultrapassa o consumo e alcança o campo da formação política e ética, tal como propõe Morettin (2003), ao compreender o gênero como dispositivo pedagógico que incita à crítica, desestabiliza verdades e educa o olhar.

Essa dimensão política se materializa em ações complementares, como a campanha “Sensibilizando o Judiciário”⁶⁴, na qual, a cada meta de financiamento atingida cinquenta kits⁶⁵ eram enviados a autoridades estratégicas do sistema de justiça — magistrados, desembargadores, ministros, promotores e procuradores — ou seja, agentes com poder decisório sobre políticas e sentenças que afetam diretamente os corpos e os direitos das mulheres (Benfeitoria, 2013). O gesto explicita que a violência obstétrica não se combate apenas nas maternidades, mas também nos tribunais, nas câmaras legislativas e nos gabinetes ministeriais.

No plano estético e discursivo, o documentário mobiliza estratégias próprias do modo expositivo (Nichols, 2016), construindo um argumento que busca informar e persuadir. Entrevistas com profissionais legitimados, relatos de mulheres, registros audiovisuais e recursos de montagem atuam como evidências que sustentam seu ponto de vista. Três eixos principais estruturam essa narrativa: a denúncia da violência obstétrica, a valorização das boas práticas de assistência e a representação das mobilizações coletivas em rodas de conversa e protestos públicos.

O primeiro eixo apresenta relatos de mulheres que vivenciaram situações traumáticas durante o parto, entrelaçados a registros audiovisuais que expõem a violência obstétrica como prática sistemática de controle institucional sobre os corpos

⁶⁴ A campanha foi organizada pela Associação Artemis em articulação com os grupos responsáveis pela circulação da obra.

⁶⁵ Cada kit continha a pesquisa *Nascer no Brasil*, que traz dados sobre a violência obstétrica no país; um DVD do filme *O Renascimento do Parto* (2013), dando forma sensível à denúncia; uma Nota Técnica, produzida pela própria Artemis, que traduz juridicamente a gravidade das violações; um compilado de legislação nacional pertinente à assistência ao parto, puerpério e nascimento; e uma carta explicativa, em nome da Associação, contextualizando os objetivos da ação (Benfeitoria, 2013).

femininos. Cenas de intervenções não consentidas revelam como a medicalização excessiva, sob o discurso do cuidado, opera como regime de verdade que define quais práticas são consideradas “seguras” ou “necessárias”. A presença de especialistas — médicas, psicólogas, obstetras, advogadas e jornalistas — reforça a crítica ao modelo tecnocrático e evidencia a distância entre normas institucionais e direitos das mulheres. O segundo eixo contrapõe a essas cenas registros de partos humanizados — domiciliares e hospitalares — acompanhados por doulas, familiares e equipes especializadas.

A alternância entre episódios de violência obstétrica e experiências respeitadas evidencia como normas sociais, culturais e institucionais moldaram historicamente o corpo feminino, subordinando-o e limitando sua autonomia. Nesse ponto, a crítica de Butler (2003; 2022) à performatividade⁶⁶ normativa se torna evidente: o filme desloca padrões hegemônicos que tratam a mulher como passiva e dócil, revelando corpos que escolhem, sentem, protestam e reivindicam — performances que reconfiguram a gramática do nascimento e reinscrevem o parto como espaço de resistência. Essa dimensão ultrapassa a representação, pois o audiovisual atua como tecnologia de subjetivação, moldando olhares, afetando modos de sentir e reposicionando os sujeitos no mundo (De Lauretis, 1984). Ao dar visibilidade à dor historicamente silenciada, o filme desestabiliza dispositivos de poder que sustentam a autoridade biomédica, promovendo, como observa Sala (2015), um gesto político que reinstaura o corpo feminino como sujeito de decisão, saber e agência.

As sequências de partos humanizados retratam, em sua maioria, mulheres brancas e de classe média, revelando uma experiência atravessada por recortes sociais específicos. Nessas sequências, aparecem se exercitando, dançando, ouvindo música ou dando à luz em banheiras e piscinas, em ambientes preparados com velas, flores, iluminação suave e até a presença de animais de estimação. Esse enquadramento constrói uma atmosfera de intimidade e autonomia, apresentada como evidência de uma assistência segura e desejável. Os depoimentos de profissionais vinculados à humanização, somados às falas das mulheres que vivenciaram tais experiências, legitimam essas práticas como alternativas possíveis, em contraste com a violência obstétrica denunciada em outras passagens do filme.

⁶⁶ Performatividade é ação e movimento. É um fazer que produz, podendo ser utilizado de forma a tensionar modelos existentes ou, em outros casos, a reiterar as construções existentes.

A montagem enfatiza aspectos como o ritmo natural do nascimento, a interação entre as pessoas presentes e a expressividade das parturientes, reinscrevendo o parto como acontecimento relacional, gesto ético e espaço de protagonismo. Porém, mesmo bem-intencionada, a narrativa de *O Renascimento do Parto 2* pode reforçar um modelo de “parto ideal” inacessível a muitas mulheres, gerando sentimentos de frustração e fracasso. Como alerta Tornquist (2004), a noção de “humanização” pode assumir uma função prescritiva quando apropriada por lógicas mercadológicas ou padrões estéticos específicos, criando expectativas inalcançáveis e favorecendo novas formas de exclusão.

A desigualdade de acesso reforça esse risco. Diniz (2014) observa que, na prática, partos humanizados muitas vezes dependem da contratação de equipes privadas, o que restringe essa experiência às mulheres com maior poder aquisitivo. Contudo, essa lógica se inverte em alguns contextos do SUS: casas de parto, maternidades vinculadas a projetos de humanização e equipes de enfermeiras obstétricas têm conseguido oferecer experiências respeitadas, muitas vezes mais próximas do modelo humanizado do que as encontradas em instituições privadas. Essa inversão expõe uma contradição: enquanto o setor privado, guiado por interesses de mercado e conveniências médicas, tende a reforçar a medicalização e intervenções desnecessárias, o SUS, mesmo com limitações, pode garantir práticas mais qualificadas, desde que haja profissionais comprometidos com essa abordagem.

O parto humanizado é mais do que um ideal: configura-se um compromisso coletivo com a justiça reprodutiva. Tornquist (2004) ressalta que sua efetivação depende do reconhecimento do direito à saúde como direito humano e não como privilégio, exigindo políticas públicas universais e equitativas, atenção às interseccionalidades e uma escuta genuína das mulheres — sobretudo daquelas historicamente silenciadas: negras, indígenas, periféricas e com deficiência. Essa interseccionalidade é ilustrada na obra pelo relato de Lurdes Soares. Sem os membros inferiores desde os sete anos, enfrentou reiteradas tentativas de invalidação. Ao engravidar, ouviu de médicos que não poderia ter parto normal e que sua gestação era de risco, mesmo sem exames que sustentassem tal diagnóstico. Ela precisou buscar diversos profissionais até encontrar quem respeitasse seu desejo de parir via vaginal. Sua trajetória é marcada por recusas sociais e institucionais — “*você não pode, você não consegue*” — que ela mesma afirma ter enfrentado repetidamente (O Renascimento do Parto 2, 2018).

Figura 2- Pôster do documentário

Figura 1- O cartaz We can do it



Fonte: O Renascimento do Parto 2, 2018⁶⁷ (esquerda).

Fonte: O pôster *We can do it!*, produzido por J. Howard Miller em 1942 (direita)⁶⁸.

A Figura 1 apresenta o pôster de *O Renascimento do Parto 2*, inspirado no cartaz “We Can Do It!” (Figura 2) criado por J. Howard Miller durante a Segunda Guerra Mundial. Originalmente, a imagem icônica de uma mulher de bandana vermelha e braço flexionado foi concebida como propaganda para motivar trabalhadoras industriais nos Estados Unidos — uma figura que mais tarde se tornaria símbolo feminista, associada à força, resistência e autodeterminação das mulheres frente ao patriarcado e à divisão sexual do trabalho.

A reinterpretação do gesto de força com o corpo grávido de Lurdes — mulher negra, periférica e com deficiência — transmite que o parto também é território de luta: o braço flexionado, antes vinculado à força produtiva da mulher na fábrica, desloca-se para o campo da reprodução, onde a autonomia é reivindicada. Antes mesmo da primeira fala, o cartaz já comunica um projeto discursivo alinhado às lutas feministas, defendendo os direitos reprodutivos e reafirmando o protagonismo das mulheres no nascimento de seus filhos, ao mesmo tempo em que aponta para a construção de uma assistência obstétrica humanizada.

⁶⁷ Disponível em: <https://images.app.goo.gl/wEjgPg4SgMBHRMH96>. Acesso em 05 jul. 2025.

⁶⁸ Disponível em: <https://pophistorydig.com/topics/rosie-the-riveter-1940s-2020s/>. Acesso em 05 jul. 2025.

O documentário busca ainda ampliar a representatividade em relação ao primeiro filme, incluindo experiências de parto humanizado no SUS, como as da Casa de Parto de São Sebastião (DF) e, sobretudo, do Hospital Sofia Feldman (MG), reconhecido nacionalmente por protocolos baseados em evidências e forte integração comunitária — inclusive realizando partos domiciliares. Ao trazer essas instituições para o centro da narrativa, a sequência tensiona a associação recorrente entre humanização e privilégios de classe, mesmo diante das desigualdades e desafios ainda existentes (Regis; Feijó, 2019). No entanto, o espaço de fala das mulheres atendidas no Sofia Feldman é bastante restrito — limitado a apenas dois depoimentos breves —, enquanto grande parte da narrativa privilegia experiências de mulheres de contextos sociais mais favorecidos, especialmente nos partos naturais acompanhados por equipes privadas.

No filme, especialistas europeus como Jane Evans, Lesley Page e Frank Lowen são convocados para validar práticas humanizadas, enquanto as parteiras tradicionais permanecem totalmente ausentes (Regis; Feijó, 2019). Essa escolha limita a potência crítica do filme e reatualiza a hierarquia discursiva que busca confrontar, ao mesmo tempo em que evidencia apagamentos históricos de saberes femininos e populares, refletindo o persistente epistemicídio de gênero e raça no campo obstétrico. Trata-se de um exemplo do que Foucault (2008) descreve como exclusão e marginalização de determinados saberes, considerados “não científicos” ou “menores”.

Isso ocorre em um contexto no qual o paradigma biomédico se consolidou como modelo hegemônico de atenção, impondo uma lógica técnica e hierárquica que transforma o parto em evento médico-hospitalar, desconsiderando suas dimensões subjetivas, emocionais e sociais (Diniz, 2005). Nessa estrutura, o médico — quase sempre homem e branco — mantém-se no epicentro do poder e da autoridade sobre o parto. Garantir outra forma de assistência implica superar esse modelo, combatendo o racismo institucional, a medicalização excessiva e o apagamento das histórias e dos desejos das mulheres (Tornquist, 2004).

O terceiro eixo combina rodas de conversa e protestos em praça pública. Nas rodas, mulheres discutem justificativas médicas para intervenções desnecessárias e compartilham vivências de parto, produzindo saberes fundamentados na experiência corporal, em oposição ao regime tecnocrático que lhes nega legitimidade. Já nos protestos, cartazes com frases irônicas como “praticar musculação ou ser atleta” ou “jogo Flamengo x Fluminense” ironizam argumentos recorrentes para a realização de

cesarianas sem indicação clínica. Aqui, a crítica não se expressa pelo discurso verbal, mas pela linguagem visual e pela presença coletiva no espaço público, subvertendo a narrativa médica com humor e criatividade. Como aponta Hall (2003), a representação constitui um espaço de disputa cultural: ao transformar a rua em arena simbólica, essas mulheres inscrevem seus corpos como instrumentos de resistência e produção de novos sentidos.

Os três eixos do documentário evidenciam tensões entre regimes de verdade distintos: o conhecimento biomédico institucionaliza normas e legitima intervenções, enquanto as experiências das gestantes e as práticas humanizadas constituem saberes historicamente desqualificados, capazes de questionar a autoridade médica. Ao confrontar essas verdades, o filme revela a articulação entre poder e saber no campo obstétrico (Foucault, 2008), abrindo espaço para novas formas de conhecimento, memória coletiva e protagonismo feminino.

Em síntese, *O Renascimento do Parto 2* constrói um discurso de humanização que desafia o modelo tecnocrático e reposiciona a mulher como sujeito de direito, ao mesmo tempo em que aponta alternativas pautadas no cuidado e na escuta, inscrevendo-se em um movimento político que reivindica mudanças concretas na forma como o nascimento é assistido. Sua circulação em cinemas, coletivos feministas, universidades e instâncias do sistema de justiça demonstra que a obra não se limita a representar a realidade, mas atua sobre ela, mobilizando públicos e fortalecendo debates sobre autonomia e direitos reprodutivos. Ao expor relatos de violência obstétrica e valorizar experiências de parto humanizado, o documentário cumpre uma função contra-hegemônica, ainda que tensionada por recortes sociais privilegiados e pelo recurso a especialistas europeus. Essa dimensão aponta para a importância de se investigar a memória da violência obstétrica, isto é, como experiências historicamente deslegitimadas podem emergir, ser preservadas ou invisibilizadas.

2.4 A memória da violência obstétrica: silêncios, enquadramentos e insurgências

Toda memória é seletiva — não apenas porque esquecemos, mas porque vivemos em sociedades onde recordar é também obedecer a enquadramentos, pressões e disputas. Entre o dizível e o indizível, entre o que se cristaliza como

verdade histórica e o que resiste nas margens, delineiam-se os contornos de uma memória institucionalmente enquadrada. Não há lembrança inocente: toda narrativa pública pressupõe o silenciamento de outras (Pollak, 1989).

O silêncio, contudo, não significa esquecimento. Para Michael Pollak (1989), ele pode ser a única forma de preservar uma memória dissidente, indizível ou perigosa. Tal como ocorreu com sobreviventes de guerras, deportações ou campos de concentração — cujos testemunhos foram, por muito tempo, recusados ou considerados inconvenientes —, muitas mulheres vítimas de violência obstétrica foram levadas ao não-dito, seja por vergonha, descrédito, culpa ou por ausência de escuta. Narrar sobre ter sido violentada nesse contexto desestabiliza o ideal materno e desafia o prestígio simbólico da medicina tecnocrática (Diniz, 2005; Jelin, 2002).

Esse silêncio é reforçado pela autoridade epistêmica dos profissionais de saúde, cujos discursos tendem a minimizar o sofrimento das mulheres ao interpretá-lo como histeria, exagero ou ingratidão (Diniz, 2005; Tornquist, 2002). Dessa forma, institui-se uma memória enquadrada, resultado de um processo de legitimação simbólica no qual os discursos hegemônicos da ciência e da técnica delimitam o que pode ser lembrado e reconhecido, excluindo outras formas de saber e sentir. Pollak (1989) ressalta, no entanto, que esse enquadramento não é absoluto: memórias traumáticas, vergonhosas ou politicamente indesejadas persistem subterraneamente, reorganizando-se até encontrar oportunidade de emergir — seja em contextos de crise, reorganização política ou por meio de práticas contra-hegemônicas, como a do documentário que abre fissuras no silêncio instituído.

O documentário *O Renascimento do Parto 2* (2018) evidencia essa insurgência. A violência obstétrica, muitas vezes ausente dos registros oficiais, aparece como memória subterrânea: resiste no silêncio, conservando-se nas margens do discurso público e sendo transmitida entre mulheres por meio de redes afetivas, relatos orais, movimentos sociais e produções culturais (Pollak, 1989). São esses espaços que mantêm viva a lembrança da dor, mesmo quando não reconhecida oficialmente. Ao mesmo tempo, o enquadramento simbólico da medicina como cuidado neutro e do parto como território técnico dificulta a aceitação da denúncia, frequentemente relegando-a à esfera do “caso isolado” ou do “erro médico”, perpetuando um ciclo de silenciamento e impunidade.

A emergência da memória da violência obstétrica é atravessada por tensões. Ainda que relatos femininos sejam hoje mais visíveis, sua incorporação desses

testemunhos em políticas institucionais ou campanhas de humanização pode esvaziar seu potencial crítico e transformador, convertendo resistência em narrativa funcional ao sistema (Jelin, 2002). Sala (2015) amplia essa perspectiva, mostrando que certos corpos — racializados, generificados, medicalizados — são sistematicamente excluídos dos regimes legítimos de enunciação. A violência obstétrica, portanto, não se restringe ao ato físico, mas inclui o apagamento das vozes que denunciam.

Nesse cenário, o documentário apresenta seis relatos de mulheres que vivenciaram procedimentos obstétricos desrespeitosos e agressivos, destacando experiências de dor ignorada, intervenções médicas coercitivas e violação da autonomia. Ao trazer essas experiências à esfera pública, o filme atua como mediador entre vivência individual e inscrição social, oferecendo um espaço no qual as mulheres deslocam-se da posição passiva para a de agentes ativas, capazes de denunciar abusos e reivindicar dignidade. Frases como “fui cortada sem querer”, “me amarraram” ou “costuraram e só depois me soltaram” não apenas descrevem situações, mas questionam a autoridade médica tradicional e desestabilizam estruturas de poder.

Memórias individuais, nesse processo, tornam-se narrativas coletivas de resistência, ampliando os contornos do que pode ser lembrado e reconhecido publicamente. Como aponta Elizabeth Jelin (2002), a memória coletiva é fruto de um embate contínuo entre atores e versões que buscam espaço e legitimidade. Nesse processo, lembrar torna-se também um ato identitário: é no esforço de narrar-se — mesmo entre ruínas, hesitações e lacunas — que os sujeitos se inscrevem no mundo (Halbwachs, 1990; Jelin, 2002).

Segundo Maurice Halbwachs (1990), a memória é sempre social. Mesmo quando se manifesta individualmente, depende da existência de quadros coletivos que fornecem ao sujeito as categorias, os significados e os contextos necessários para recordar. Lembrar, portanto, não é apenas rememorar um acontecimento passado, mas reconstruí-lo no presente a partir de marcos simbólicos compartilhados. No caso da violência obstétrica, a possibilidade de reconhecê-la como tal exige estruturas simbólicas que permitam nomear práticas antes naturalizadas. Por décadas, o discurso biomédico, a institucionalização da assistência e a idealização da maternidade funcionaram como filtros que inviabilizavam esse reconhecimento, isolando as mulheres em experiências vividas como naturais ou inevitáveis. Sem

linguagem adequada, redes de apoio ou validação social, a memória do parto violento se desfazia em silêncio, confusão ou culpa.

A ausência de relatos de mulheres negras no documentário revela a persistência de um padrão histórico de silenciamento. Embora a obra denuncie a violência obstétrica como prática estrutural, todas as narrativas de violação são de mulheres brancas. A única presença negra se dá na fala de uma jornalista, cuja posição é a de comentarista, e não de sujeito que rememora a experiência vivida. Essa assimetria representacional indica como mesmo o discursos contra-hegemônicos reproduzem apagamentos já denunciados pela literatura sobre gênero, raça e saúde.

Verônica Aline Matos Santos (2024) evidencia que a violência obstétrica, quando direcionada a mulheres negras, apresenta características próprias, resultantes da intersecção entre gênero e racismo. O corpo feminino negro, historicamente subalternizado, é mais frequentemente convertido em objeto de experimentação e de procedimentos invasivos desnecessários, sob a justificativa do aprendizado médico. Nesses casos, observa-se a materialização do que Achille Mbembe (2016) define como necropolítica: a administração desigual da vida e da morte, que expõe determinados grupos a maior risco de sofrimento e descarte.

Segundo Santos (2024), a violência obstétrica também provoca impactos psicológicos específicos sobre mulheres negras, relacionados à internalização do racismo e à reprodução do complexo de inferioridade colonial descrito por Frantz Fanon (2008). Esse processo consiste em incorporar, de maneira inconsciente, a desvalorização racial disseminada socialmente, resultando em sentimentos de inadequação, baixa autoestima e dificuldade de reivindicar direitos no espaço hospitalar (Fanon, 2008 *apud* Santos, 2024). Jurema Werneck (2016) acrescenta que o racismo institucional na saúde opera justamente ao negar às mulheres negras o reconhecimento como sujeitos plenos de cuidado, reforçando estigmas que atravessam gerações.

Thaianne Sousa Santana (2023) amplia o horizonte dessa análise ao tratar da memória coletiva. A autora demonstra como mulheres negras foram enquadradas em estereótipos raciais — hipersexualizadas, exotizadas ou representadas como incapazes de amor — que legitimaram a desumanização de seus corpos. Esses estereótipos operaram como violência simbólica e como dispositivos de apagamento, reduzindo suas histórias de resistência e contribuição social a uma “não memória”.

Para a autora, esse processo decorre de um Estado negacionista, que naturaliza o silenciamento histórico (Santana, 2023).

Quando o documentário não aborda relatos de mulheres negras que sofreram violência obstétrica, essa dinâmica se atualiza no campo audiovisual. Ao restringir o espaço de fala a mulheres brancas, a narrativa fílmica reforça a falsa universalidade de uma experiência que, na realidade, incide de modo desigual sobre diferentes grupos sociais. O silêncio em torno das mulheres negras perpetua a ideia de que sua experiência não é digna de visibilidade, reproduzindo, ainda que de forma involuntária, a “não memória” descrita por Santana (2023) e ignora que são justamente elas que apresentam os piores indicadores de morbimortalidade materna no Brasil (Diniz *et al.*, 2016).

A leitura integrada de Santos (2024) e Santana (2023) permite concluir que a memória da violência obstétrica das mulheres negras permanece duplamente silenciada: primeiro, nos corpos, pelas práticas institucionais de racismo e pela produção de traumas psíquicos específicos; depois, na esfera pública, pelo apagamento de suas vozes em narrativas audiovisuais que buscam denunciar tais práticas. Reconhecer essa contradição é essencial para compreender os limites das narrativas contra-hegemônicas quando não incorporam efetivamente a perspectiva dessas mulheres. Embora, no filme, especialistas discutam a violência obstétrica que as atinge, a ausência de relatos em primeira pessoa reforça a assimetria representacional, mantendo-as no lugar de objeto de análise, e não de sujeitos de memória.

Em síntese, o debate sobre a memória da violência obstétrica revela que recordar não é apenas um gesto individual, mas um ato político atravessado por disputas de poder, silenciamentos e resistências. Se, por um lado, o enquadramento institucional tende a neutralizar e minimizar o sofrimento das mulheres, por outro, práticas contra-hegemônicas — como relatos orais, movimentos sociais e produções culturais — criam brechas para que experiências antes marginalizadas sejam visibilizadas. Nesse cenário, *O Renascimento do Parto 2* atua como espaço de insurgência simbólica, deslocando a dor do campo privado para a arena pública e contribuindo para a construção de uma memória coletiva capaz de questionar hierarquias, desestabilizar discursos médicos e afirmar o direito das mulheres a narrar e ressignificar suas próprias histórias.

CAPÍTULO III. REFLEXÕES SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UM ESTUDO DO DOCUMENTÁRIO *O RENASCIMENTO DO PARTO 2*

O presente capítulo busca analisar, a partir do documentário *O Renascimento do Parto 2* (2018), como a violência obstétrica se manifesta na assistência ao parto no Brasil, problematizando a distância entre as diretrizes das políticas públicas de humanização e a experiência concreta das mulheres durante a gestação, parto e puerpério.

A análise será estruturada a partir de diferentes eixos complementares. Inicialmente, serão examinados os relatos de seis mulheres, cujas experiências, intensificadas por recursos audiovisuais específicos, transformam a dor individual em denúncia coletiva, permitindo sistematizar as formas de violência obstétrica. Em seguida, serão consideradas as contribuições de especialistas das áreas da saúde, do direito e das ciências sociais, que auxiliam na construção de uma definição crítica da violência obstétrica. Também será retomado o processo histórico de expropriação dos saberes femininos, com foco na perseguição às parteiras durante a chamada “caça às bruxas”, para compreender as origens do poder obstétrico e da medicalização do parto.

Serão ainda analisados os dispositivos contemporâneos de controle e disciplinamento nos serviços de saúde, à luz das teorias de Michel Foucault, Maíra Soares Ferreira e Gabriela Arguedas Ramírez. A partir dos relatos das mulheres, investigar-se-á como persistem a medicalização, a normalização de condutas e a punição velada de resistências, operando como estratégias de dominação que sustentam a violência como forma legítima de controle sobre os corpos que gestam.

Por fim, o capítulo abordará as políticas públicas de humanização do parto — como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Lei do Acompanhante e a Rede Cegonha — relacionando seus princípios às denúncias apresentadas no documentário e aos dados produzidos por pesquisas brasileiras, a fim de problematizar os descompassos entre o discurso normativo e as práticas efetivas nos serviços obstétricos do país.

3.1 Vozes que rompem o silêncio em *O Renascimento do Parto 2*

O documentário *O Renascimento do Parto 2* inicia sua narrativa de maneira impactante, lançando o espectador diretamente em uma situação de parto marcada pela violência. Nos primeiros sete minutos, é exibido um vídeo amador gravado pelo companheiro da parturiente, que registra o nascimento do filho sem perceber que, naquele momento, a mulher está sendo submetida a práticas abusivas. Ainda que não haja uma sinalização explícita de que se trata de uma situação de violência, a cena provoca desconforto imediato.

O médico, nesse caso, adota uma postura autoritária e punitiva: a mulher é repreendida, culpabilizada e submetida à manobra de Kristeller sem consentimento. Em dado instante, tenta afastar a mão da profissional de saúde que executa a prática, mas sua reação é ignorada, e sua dor, deslegitimada. Logo depois, o bebê é afastado sem que a mãe possa sequer tocá-lo, encerrando simbolicamente um processo de completa exclusão da mulher sobre o próprio corpo e sua experiência de parto. Essa sequência antecipa o que, mais adiante, será explicitado por profissionais de saúde e pesquisadoras entrevistadas: a violência obstétrica é muitas vezes uma violência “perfeita”, no sentido de que algumas práticas estão profundamente naturalizadas e incorporadas às rotinas hospitalares, que se torna invisível tanto para quem a sofre quanto para quem a presencia.

Após esse momento inicial, o tom da obra é delineado e abre caminho para uma de suas estratégias centrais: a escuta das mulheres. Ao longo do filme, seus relatos expõem experiências subjetivas de dor, indignação e resistência. Mais do que registros individuais, funcionam como instrumentos de memória e denúncia, convocando o espectador à escuta sensível. Palavras, imagens e silêncios se articulam para construir uma denúncia coletiva das diferentes formas de violência obstétrica, tensionando o modelo hegemônico de atenção ao parto no Brasil.

À medida que a narrativa avança, o diretor articula as falas das mulheres com análises de especialistas de diferentes campos do conhecimento, compondo um diálogo entre a carga afetiva das experiências e a dimensão analítica do saber técnico. Esse cruzamento aprofunda a compreensão da violência obstétrica e evidencia que não se trata de episódios isolados, mas de expressões sistemáticas de um modelo sustentado por hierarquias e desigualdades.

Entre as mulheres que relatam práticas abusivas, apenas Anne Rammi⁶⁹ é identificada nominalmente. Apresentada como ativista, sua fala ocupa um lugar híbrido: ao mesmo tempo em que se inscreve na posição de quem sofreu, ela também assume o lugar de especialista, interpretando a experiência e situando-a no debate público. Seu depoimento é registrado na recepção do hospital onde deu à luz, enquanto aguarda, sem sucesso, por uma entrevista com algum responsável pelo setor de maternidade. Nesse espaço, atravessado pela espera e pelo silêncio institucional, sua memória se inscreve. Nos momentos seguintes, a cena se desloca para uma avenida, onde Anne aparece com sua filha no colo. Ali, sua fala adquire um caráter abertamente político: ela convoca as mulheres a ocuparem os espaços de formulação de políticas públicas — historicamente monopolizados por homens — e reafirma os direitos reprodutivos como pauta de justiça social.

Chama atenção, contudo, o fato de que todas as mulheres que compartilham suas experiências de violência obstétrica no documentário são brancas. Ainda que não intencional, a escolha do diretor revela uma limitação na composição das vozes protagonistas. Como discutido no capítulo anterior, embora especialistas reconheçam a centralidade do racismo na experiência obstétrica — incluindo uma mulher negra que explicita como essa violência atinge de forma particular as mulheres negras no Brasil —, essas não são apresentadas em cena como testemunhas de suas próprias histórias. A ausência de suas vozes reforça uma perspectiva hegemônica em que o sofrimento branco é tomado como universal, enquanto as experiências das mulheres negras permanecem invisibilizadas.

Nos relatos, quatro das seis entrevistadas⁷⁰ são filmadas em uma sala de cinema, espaço carregado de significados simbólicos. O cinema, é, por excelência, um lugar de escuta e visibilidade, mas também de silêncio e escuridão. Nesse ambiente, a iluminação é tênue, criando um clima intimista e introspectivo; os enquadramentos, em primeiros ou médios planos, focaliza os rostos. Esse recurso

⁶⁹ Anne Rammi, é reconhecida por seu trabalho na defesa dos direitos das mulheres. Sua atuação começou no ambiente digital, com a criação do blog *Super Duper* em 2010, onde compartilhou suas experiências como mãe e refletiu sobre questões relacionadas à essa vivência. Posteriormente, integrou o projeto colaborativo *Mamatraca*, no portal UOL Mulher, entre 2013 e 2014, que abordou temas relacionados à maternidade, inclusive sobre a violência obstétrica. Em 2018, foi eleita Co-Deputada Estadual pela Bancada Ativista, um mandato coletivo que defendia a representatividade política das mulheres e pautas relacionadas à proteção da infância e à erradicação da violência obstétrica. Sua atuação, tanto no campo digital quanto político, posiciona Rammi como uma importante referência no movimento em defesa das mulheres e das crianças.

⁷⁰ Uma das mulheres anônimas, embora presente na sala de cinema, tem sua fala registrada separadamente em uma livreria, mudança de cenário não justificada pelo diretor.

aproxima o espectador da emoção expressa e intensifica a força das falas. Mesmo quando uma mulher assume o centro da cena, a câmera frequentemente mostra as demais ouvindo em silêncio, gesto que reforça a dimensão compartilhada dessa vivência. A “mise-en-scène”⁷¹ valoriza tanto a individualidade quanto a coletividade, compondo uma visualidade de solidariedade e transformando relatos pessoais em denúncia comum.

O uso recorrente de primeiros planos nos momentos de maior emoção evidencia lágrimas, silêncios prolongados e vozes embargadas, criando uma tessitura sensível em que o rosto se torna o lugar onde a dor se inscreve e a denúncia ganha forma. Como observa Nichols (2016), esse recurso tem o poder de levar o espectador para o espaço emocional da fala, favorecendo sua identificação com as mulheres filmadas. Não é apenas a palavra que convoca o reconhecimento, mas a imagem que a acompanha — um rosto que expressa a profundidade da experiência vivida e impele quem assiste a escutá-la com urgência.

Paralelamente aos relatos, o filme intercala vídeos amadores que mostram procedimentos reais como episiotomias, manobras de Kristeller, cesarianas, exames de toque e até mesmo cenas de mulheres imobilizadas em macas. Embora não vinculados diretamente às entrevistadas, esses materiais reforçam a ideia de que as práticas denunciadas não são pontuais, mas estruturais.

Gestos e expressões corporais — braços cruzados, mãos trêmulas, olhares evasivos — reforçam aquilo que nem sempre é dito. Mesmo que a expressão “violência obstétrica”, não seja verbalizada pelas participantes, seus corpos falam: pausas para conter o choro, hesitações na fala e feições indignadas constituem uma linguagem silenciosa de resistência. A trilha sonora potencializa a atmosfera. Músicas melancólicas acompanham relatos dolorosos, enquanto sons de tensão marcam cenas de maior impacto, funcionando como chave interpretativa que orienta não apenas o olhar, mas também o sentir do espectador (Nichols, 2016).

A estética do documentário, portanto, é indissociável de sua política. Cada cenário, enquadramento, música e silêncio contribui para que a violência obstétrica

⁷¹ A mise-en-scène é um conceito central na linguagem cinematográfica que se refere à organização visual e expressiva dos elementos que compõem uma cena — como o cenário, a disposição dos corpos, os gestos, os objetos, a luz e o enquadramento — articulando tempo, espaço e relações dramáticas. Trata-se “de uma arte de colocar os corpos em relação no espaço e evidenciar a presença do homem no mundo ao registrá-lo em meio a ações, cenários e objetos que dão consistência a sensação de realidade à sua vida” (Oliveira Júnior, 2013, p. 8).

seja não apenas compreendida, mas sentida. *O Renascimento do Parto 2* transforma experiências individuais de dor em denúncia, resistência e memória. Como lembra Nichols (2016), todo documentário é também uma forma de intervenção no mundo, pois apresenta uma visão sobre a realidade e busca provocar reflexão, diálogo e engajamento.

A denúncia se manifesta na exposição sensível e contundente das práticas violentas naturalizadas no cotidiano obstétrico; a resistência emerge na tomada de palavra das mulheres, rompendo com o silêncio que costuma envolver essas experiências; e a memória se constrói quando os relatos entrelaçados pela linguagem audiovisual se tornam narrativa comum. Ao compartilharem suas dores, essas mulheres convocam o espectador a defender um modelo de parto mais humano e respeitoso. Nesse movimento, a obra ultrapassa a dimensão da denúncia pontual e se inscreve como parte de um processo contínuo de mobilização⁷², orientado para a construção de uma sociedade mais justa e comprometida com os direitos reprodutivos das mulheres.

Cada relato de violência obstétrica presente no documentário carrega marcas profundas de dor e indignação, expondo experiências atravessadas por intervenções desnecessárias, imposições médicas sem consentimento e separações que deixaram marcas emocionais. O parto é frequentemente descrito como experiência de silenciamento e violação, marcada pela solidão, vergonha e culpa. Ainda que não sejam especificados os tipos de instituição em que ocorreram, emerge um modelo assistencial pautado pela hierarquia médica e pela negação de direitos básicos.

Apesar das singularidades, os depoimentos revelam elementos recorrentes que evidenciam a naturalização da violência obstétrica no Brasil. A próxima seção propõe sistematizar as formas de violência identificadas a partir da análise do documentário, seguindo categorias reconhecidas pela literatura especializada — física, psicológica, institucional e sexual —, aprofundando a compreensão sobre a

⁷² Segundo Jose Bernardo Toro e Nisia Maria Duarte Werneck (2004), a mobilização social é um processo no qual pessoas se unem de forma livre em torno de um objetivo comum, movidas por um propósito compartilhado. Mobilizar significa convocar vontades, ideias e ações, e depende que os sujeitos se reconheçam como responsáveis e capazes de promover mudanças. “Para que ela seja útil a uma sociedade, ela tem que estar orientada para um propósito de futuro. Se o seu propósito é passageiro, converte-se em um evento, uma campanha e não em um processo de mobilização” (Toro; Werneck, 2004, p. 14).

complexidade, as intersecções e a persistência dessas práticas nos serviços de saúde.

3.1.1 Formas de violência obstétrica a partir das experiências narradas

Considerando a natureza reiterativa de determinadas práticas relatadas em *O Renascimento do Parto 2*, opta-se por não descrever individualmente cada experiência. A escolha por uma abordagem categorial, em diálogo com a literatura especializada, visa não apenas conferir clareza expositiva à análise, mas também evidenciar que tais violências, longe de serem casos pontuais, revelam padrões que se enraízam e se reproduzem no interior do modelo hegemônico de atenção obstétrica no Brasil.

a) Violência física

Refere-se a intervenções que causam dor ou danos ao corpo da mulher, realizadas sem respaldo em evidências científicas (Parto do Princípio, 2012). Nos depoimentos, aparece com frequência na imposição de procedimentos não consentidos ou na realização de intervenções sem justificativa clínica. Segundo Aline de Carvalho Martins e Geiza Martins Barros (2016), esse tipo de violência revela-se com frequência no uso inadequado da tecnologia médica durante o parto.

- Cesarianas com base em informações parciais ou distorcidas: quatro mulheres relataram terem sido submetidas a cirurgias indesejadas, justificadas por frases como “você não tem dilatação” ou “você está muito velha”.
- Manobra de Kristeller: duas entrevistadas descreveram o procedimento como “brutal” e “violentíssimo”.
- Uso rotineiro de ocitocina: três participantes receberam a substância sem indicação clara.
- Procedimentos agressivos: foram relatados casos de puxar a placenta com força e imobilização em maca durante a cesárea.
- Laqueadura sem consentimento: uma entrevistada relatou ter sido submetida ao procedimento sem que tivesse sido informada previamente.
- Negação de analgesia: uma mulher implorou por anestesia e só a recebeu no final do parto.

- Privação de necessidades básicas: dois relatos de negação de água, comida e uso do banheiro.

b) Violência psicológica

Diz respeito a práticas verbais e comportamentais que geram humilhação, medo, insegurança, perda de dignidade ou abandono (Parto do Princípio, 2012). Para Martins e Barros (2016), incluem-se julgamentos morais e culpabilizações, xingamentos, gritos, ironias, reprimendas e ameaças, configurando um ambiente de desrespeito e coação emocional.

- Ameaças de morte: duas mulheres ouviram repetidamente “ou você faz cesárea ou vai morrer”.
- Culpabilização moral: uma gestante foi responsabilizada por sentir dor, ouvindo da equipe: “foi você que escolheu essa vida de parto, agora tem que aguentar”.
- Omissão de informações: duas das três mulheres que receberam ocitocina não foram informadas sobre seu uso.

c) Violência institucional

Relaciona-se a formas de organização dos serviços que dificultam ou negam o acesso das mulheres aos direitos que lhes são legalmente garantidos, em hospitais públicos ou privados (Parto do Princípio, 2012).

- Negligência e abandono: duas mulheres ficaram sozinhas, sem informações ou acompanhamento.
- Separação entre mãe e bebê: cinco não puderam segurar seus filhos após o nascimento, contrariando diretrizes da OMS (Guillén, 2015).
- Proibição de acompanhante: em um caso, o marido sequer sabia onde a mulher estava, apesar de a Lei nº 11.108/2005 assegurar esse direito.

d) Violência sexual

Envolve condutas que invadem a intimidade, o pudor ou a integridade sexual e reprodutiva. Essas ações podem ou não envolver contato direto com órgãos genitais,

e muitas vezes estão camufladas sob a legitimidade da prática médica (Parto do Princípio, 2012).

- Episiotomias de rotina: duas mulheres relataram o procedimento, uma delas com consequências dolorosas duradouras.
- Toques excessivos: uma entrevistada foi submetida a exames repetidamente ao longo do trabalho de parto.
- "Ponto do marido": uma mulher descobriu posteriormente que recebeu um ponto a mais na sutura da episiotomia, prática que visa estreitar o canal vaginal com o suposto objetivo de aumentar o prazer sexual masculino.

Essas manifestações de violência revelam a lógica de um modelo assistencial que naturaliza práticas abusivas e hierarquiza saberes, reproduzindo desigualdades de poder no cotidiano obstétrico. Ao sistematizar os relatos das mulheres em categorias de violência física, psicológica, institucional e sexual, evidencia-se como essas experiências são interconectadas e sustentadas por normas, rotinas e relações de autoridade dentro das instituições de saúde. O documentário *O Renascimento do Parto 2* (2018) ilustra essa realidade ao combinar depoimentos e análises de especialistas, oferecendo uma perspectiva crítica que identifica padrões estruturais de desumanização no parto e reforça a necessidade de repensar o modelo de atenção obstétrica no Brasil.

3.2 Vozes técnicas na defesa dos direitos das mulheres

Após a identificação das formas de violência obstétrica presentes nos relatos das mulheres em *O Renascimento do Parto 2*, torna-se necessário aprofundar a reflexão teórica que fundamenta esse estudo. O documentário contribui significativamente ao articular narrativas pessoais com entrevistas de profissionais de diferentes áreas, como medicina, psicologia, direito, jornalismo, saúde coletiva e Ministério Público. Essa interlocução entre vivência e saber técnico amplia a compreensão do fenômeno, ao situá-lo dentro de um contexto mais amplo de desigualdades históricas, sociais e institucionais que estruturam a assistência ao nascimento no Brasil.

A forma como os especialistas são apresentados no filme reforça a centralidade conferida ao saber técnico. Identificados com nome completo e profissão, assumem

posição de autoridade, enquanto as mulheres que relatam a violência permanecem anônimas. Essa escolha do diretor pode sugerir a tentativa de universalizar a experiência da violência obstétrica, mas o anonimato compromete a visibilidade de marcadores sociais importantes para compreender as desigualdades que atravessam essas experiências, entre eles a classe social. Entre os profissionais, apenas uma mulher negra é identificada, evidenciando a lacuna na representatividade de vozes historicamente marginalizadas, que enfrentam maiores barreiras de acesso aos espaços de fala e produção de conhecimento.

A linguagem cinematográfica reforça o caráter político do documentário. Enquadramentos próximos com fundo desfocado destacam a expressividade e os gestos de quem fala, enquanto a maior parte das gravações ocorre em espaços públicos — ruas e praças — aproximando o discurso da realidade concreta e sinalizando o compromisso social dos entrevistados.

Antes de definir o conceito de violência obstétrica, é relevante notar que as vozes técnicas não se limitam a expor práticas abusivas, mas também informam sobre os direitos das mulheres durante o parto e os limites legais e éticos das condutas médicas. Nesse movimento, denunciam omissões do Estado, fragilidades na legislação e a persistência de um modelo assistencial centrado na hierarquia e no controle dos corpos femininos.

Os especialistas esclarecem que tanto a cesariana quanto a episiotomia são procedimentos cirúrgicos, e, como tais, só podem ser realizados com o consentimento livre e esclarecido da paciente — salvo em situações de risco iminente de vida comprovado e com a autorização de algum familiar, conforme previsto no Código Penal, no Código de Ética Médica e no Código Civil. Ressaltam, ainda, o direito à escolha da posição de parto, frequentemente desrespeitado, com parturientes sendo forçadas a se deitar, mesmo quando manifestam o desejo de parir de cócoras (Portaria MS nº 1.067/2005)⁷³.

Além disso, alertam para consequências físicas e emocionais de intervenções desnecessárias, como incontinência urinária ou alterações na vida sexual após episiotomia mal indicada. Também denunciam estratégias institucionais que buscam encobrir essas práticas, como o uso de planos de parto padronizados, que são entregues

⁷³ Consulte em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/acesso-rapido/documentos-sobre-o-comite-de-mortalidade-materna/2017/resolucao_ss42_06-05-2015_-boas_praticas_do_parto_e_nascimento.pdf.

prontos às parturientes e não cumprem os critérios legais de liberdade, informação e consentimento. Ao destacar as inconsistências entre normas, práticas médicas e direitos das mulheres, as falas dos especialistas evidenciam a necessidade de transformação estrutural. Mais do que conscientizar, elas provocam um deslocamento do olhar do espectador: de mero observador de relatos individuais, para agente capaz de questionar políticas, protocolos e relações de poder que moldam a experiência do parto.

Na sequência, serão analisadas falas selecionadas dos especialistas entrevistados no documentário, que, articulados ao referencial teórico da área, oferecem contribuições relevantes para a compreensão conceitual da violência obstétrica.

3.2.1 A construção do conceito de violência obstétrica

Na obra *O Renascimento do Parto 2*, Alexandre Coimbra Amaral⁷⁴ introduz a expressão “violência obstétrica” ao situá-la em um contínuo histórico de opressões estruturais no Brasil: “*Nós temos uma memória ancestral do que é a violência nesse país, são quinhentos anos de construção de violências racistas, sexistas, classistas e agora, violência obstétrica*” (O Renascimento do Parto 2, 2018). Sua reflexão desloca a compreensão desse fenômeno para além dos limites do ambiente hospitalar, inscrevendo-o nas bases históricas e sociais da formação brasileira. Essa perspectiva converge com a das ciências sociais, que compreendem a violência obstétrica como expressão de um sistema institucionalizado de poder e não como episódios isolados ou desvios individuais (Righetti; Di Marco, 2022).

Anne Rammi reforça essa leitura ao afirmar: “*Se trata de um modelo institucionalizado que está arraigado na lógica patriarcal: poder e dominação sobre o corpo das mulheres*” (O Renascimento do Parto 2, 2018). Sua fala ecoa os estudos de Gabriela

⁷⁴ Alexandre Coimbra Amaral é psicólogo e possui mestrado em Magister en Psicología Clínica pela Pontificia Universidad Católica de Chile. Em 2015, ele palestrou no Simpósio “Direitos: para que e para quem?”, realizado pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, discutindo como a violência obstétrica afeta a saúde mental das mulheres. Em 2016, também participou do congresso *Nascer Melhor*, promovido pelo site *Aleitamento.com.br*, onde abordou temas sobre o parto humanizado e o respeito à mulher durante o parto. Sua participação tanto nesses eventos acadêmicos quanto no documentário, estão inseridas em um contexto maior de defesa da humanização do parto. Já entre 2018 e 2022 atuou como psicólogo no programa “Encontro com Fátima Bernardes” da Rede Globo, onde discutiu temas relacionados à saúde mental com o público brasileiro. Atualmente, ele também é colunista da *Revista Crescer* e do *Portal Lunetas*, mantém um podcast e oferece cursos sobre comunicação, transições de vida e cultura de paz.

Arguedas Ramírez (2014), que, a partir da teoria foucaultiana, denomina o fenômeno como poder obstétrico: uma autoridade disciplinar sustentada na hierarquização dos saberes e na imposição da prática médica sobre a autonomia feminina. Trata-se de técnicas e discursos que, sob a aparência de cuidado e racionalidade científica, disciplinam os corpos femininos e produzem sujeitos dóceis e obedientes (Ramírez, 2014). Chadwick (2017) destaca que essas violências podem assumir formas diretas, como agressões físicas e verbais, mas também formas mais sutis e invisíveis.

Alexandre Amaral aprofunda essa perspectiva ao explicar que a grande maioria das violências obstétricas são violências perfeitas, aquelas que, segundo ele, *“muitas pessoas não vão entender que é violência, porque ela está tão bem construída, tão bem normalizada, que tem uma maquiagem de proteção ou de amparo: ‘Olha, vou dar só um cortezinho, só um piquizinho’”* (O Renascimento do Parto 2, 2018). Ao retomar a noção elaborada por Marilena Chaui (1985) de “violência perfeita”, o especialista aponta para uma dimensão da violência que se apresenta sob a aparência do cuidado, mascarando seu verdadeiro caráter de dominação.

Para Chauí (1985), essa violência não depende da coerção direta, mas da interiorização da vontade alheia, ou seja, a pessoa dominada age conforme os interesses de quem domina, acreditando que está exercendo sua própria vontade. Em contextos como o da atenção obstétrica, a vontade do profissional costuma se sobrepor à da gestante por meio de discursos suavizados, como chamar uma episiotomia de “piquezinho” ou a ocitocina de “sorinho” (Flores; Netto, 2022). Assim, a chamada “violência perfeita”, refere-se a uma forma de dominação que opera de maneira tão eficaz e naturalizada que não é percebida como violência nem por quem a sofre.

Ana Lúcia Keunecke⁷⁵, advogada entrevistada no filme, destaca que,

A Convenção de Belém do Pará⁷⁶ dispõe que toda conduta que cause um dano físico, psicológico, sexual, moral à mulher é uma violência de

⁷⁵ Ana Lúcia Dias da Silva Keunecke, é também professora, e sua presença no documentário se estendeu além da entrevista, sendo assistente de produção e responsável pela pesquisa. Ela é reconhecida pelo seu ativismo com atuação focada nos direitos das mães e na defesa dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres, tanto na esfera pública quanto privada, em níveis nacional e internacional. Ana Lúcia também é membro do Colegiado da ReHuNa e da DEFEMDE (Rede Feminista de Juristas). Co-fundadora das ONGs CINEMATERNA, Associação Artemis e Mulher Sem Violência. Ela atua em diversas frentes, promovendo a defesa dos direitos das mulheres e o cumprimento de tratados internacionais relacionados aos direitos humanos, com foco na promoção de políticas públicas e no monitoramento de sua implementação.

⁷⁶ De acordo com Ludmila Aparecida Tavares e Carmen Hein Campos (2018), a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher foi firmada em 1994 pela Organização dos Estados Americanos e ratificada pelo Brasil em 1995. A Convenção foi assinada no Estado

gênero. É além de má assistência, é além de erro médico, é além de negligência (O Renascimento do Parto 2, 2018).

Essa compreensão é respaldada pela literatura acadêmica, que aponta o simples fato de ser mulher como o principal fator de risco para vivenciar a violência obstétrica, caracterizando-a, portanto, como uma forma de violência de gênero (Reyes, 2022). No entanto, tal vulnerabilidade é agravada por marcadores como classe, raça, etnia, idade e nível de escolaridade, que modulam e legitimam, culturalmente, as agressões sofridas. Mulheres negras, indígenas, periféricas ou em situação de pobreza são, portanto, mais vulneráveis às práticas desumanizadoras. Isso se deve aos contextos estruturais injustos que naturalizam os maus-tratos dentro dos serviços de saúde e sustentam a violência como prática cotidiana (Reyes, 2022). Como pontua a jornalista Ellen Paes⁷⁷, também presente no documentário,

A mulher negra é a que menos recebe anestesia, recebe menos informação. É a que vai chegar no sistema de saúde e vai escutar: ‘Ah, você tem as ancas largas’, ‘Você é boa parideira’, ‘Você aguenta mais a dor’” (O Renascimento do Parto 2, 2018).

A fala da Ellen Paes⁷⁸ evidencia como os estereótipos racistas se perpetuam nas práticas médicas, reforçando as desigualdades históricas e convertendo o

do Pará, o que lhe conferiu o nome de “Convenção de Belém do Pará”, e representa um marco internacional na proteção dos direitos humanos das mulheres. O documento reconhece a violência de gênero como violação dos direitos humanos e estabelece obrigações para os Estados no combate a essa violência, incluindo mecanismos de monitoramento por meio da Comissão e da Corte Interamericana de Direitos Humanos. “Foi a primeira Convenção que não apenas nomeia a problemática da violência contra as mulheres, mas define, mostra quem pode ser autor de violência nas relações mais íntimas, na comunidade, ou mesmo o Estado, na violência praticada pelos agentes públicos” (Tavares; Campos, 2018, p. 15).

⁷⁷ Ellen Paes também é roteirista, comunicadora e ativista brasileira, cuja trajetória profissional é marcada pela atuação em temas como saúde pública, diversidade, maternidade, justiça social, direitos das mulheres e pautas LGBTQIAPN+. Por meio de documentários, programas de televisão, webséries, palestras, podcasts e publicações, constrói narrativas que promovem o debate sobre inclusão, equidade e direitos humanos. Dentre suas produções, destaca-se o documentário *#EuVocêTodasNós*, lançado em 2017, no qual evidencia as experiências de mulheres negras e mães, abordando, entre outras questões, a violência obstétrica. Sua reflexão sobre esse tema também se faz presente em espaços de comunicação, como no episódio #164 do podcast *“Senta Direito, Garota!”*, lançado em setembro de 2024, onde compartilha suas experiências e perspectivas, contribuindo para a ampliação do debate público sobre os impactos dessa forma de violência nos corpos e nas vidas das mulheres.

⁷⁸ Ellen Paes é jornalista, roteirista, comunicadora e ativista brasileira, cuja trajetória profissional é marcada pela atuação em temas como saúde pública, diversidade, maternidade, justiça social, direitos das mulheres e pautas LGBTQIAPN+. Por meio de documentários, programas de televisão, webséries, palestras, podcasts e publicações, constrói narrativas que promovem o debate sobre inclusão, equidade e direitos humanos. Dentre suas produções, destaca-se o documentário *#EuVocêTodasNós*, lançado em 2017, no qual evidencia as experiências de mulheres negras e mães, abordando, entre outras questões, a violência obstétrica. Sua reflexão sobre esse tema

racismo em ferramenta de violência obstétrica. Essas práticas podem ser praticadas por diferentes agentes — médicos, enfermeiros, residentes, parteiras e outros profissionais de saúde, e não se restringe a um gênero específico. Como afirmam Luis Iván Díaz García e Yasna Fernández (2018), embora a violência de gênero seja comumente associada aos agressores homens, ela também pode ser reproduzida por mulheres que ocupam posições de poder dentro do sistema médico. O que a define não é o perfil individual de quem a prática, mas a posição de desvantagem da vítima dentro de uma estrutura de poder institucionalizada.

De acordo com Belén Castrillo (2016), a violência obstétrica deve ser compreendida ainda como grave violação dos direitos humanos⁷⁹. Essa perspectiva é reforçada pela fala de Valéria Sousa, advogada participante do documentário, ao afirmar que: *“Todas as pessoas humanas têm direito à vida, à segurança, à não violência e à saúde [...]. Os abusos, os maus-tratos ou a omissão do tratamento adequado de saúde constituem violação de direitos humanos”* (O Renascimento do Parto 2, 2018). Trata-se de uma forma estrutural de violência de gênero, que regula os corpos femininos sob a aparência de cuidado, manifestando-se de maneira explícita ou naturalizada durante a gestação, o parto, o pós-parto e o abortamento, sendo agravada por desigualdades de raça, classe, etnia e território.

Ao longo deste tópico, observou-se como *O Renascimento do Parto 2* constrói uma definição da violência obstétrica por meio da articulação entre diferentes camadas narrativas — os relatos de mulheres que vivenciaram práticas abusivas e as análises técnicas de profissionais que as contextualizam dentro de um sistema de assistência que reproduz mecanismos de controle, especialmente sobre corpos racializados e empobrecidos. Essa leitura dialoga com Foucault (1987) e com Ramírez (2014), evidenciando a autoridade médica como instrumento de regulação e apagamento da autonomia feminina.

Diante disso, torna-se necessário aprofundar a análise das raízes históricas e dos mecanismos de poder que mantêm a naturalização da violência obstétrica. Além

também se faz presente em espaços de comunicação, como no episódio #164 do podcast *“Senta Direito, Garota!”*, lançado em setembro de 2024, onde compartilha suas experiências e perspectivas, contribuindo para a ampliação do debate público sobre os impactos dessa forma de violência nos corpos e nas vidas das mulheres.

⁷⁹ O termo “direitos humanos” expressa o conjunto de direitos fundamentais da pessoa humana. É algo inseparável da própria condição humana e não tem ligação com particularidades ou especificidades de um indivíduo ou grupos [...]. Portanto, para que os direitos sejam direitos humanos, todos os humanos em todas as regiões do mundo devem possuí-los igualmente apenas pelo status de serem humanos (Priori; Kischener, 2019, p. 9).

das manifestações visíveis, essas práticas refletem um sistema que incorpora controle, exclusão e dominação como parte do modelo biomédico de atenção ao parto. O próximo tópico investigará como tais formas de violência se consolidam historicamente, apoiando-se na expropriação dos saberes femininos, na institucionalização do conhecimento médico e na normalização dos corpos gestantes, à luz de autores como Michel Foucault, Maíra Soares Ferreira e Gabriela Arguedas Ramírez.

3.3 O silenciamento das parteiras e a construção do saber médico moderno

Compreender a violência obstétrica exige ir além da identificação de práticas abusivas, investigando os processos históricos, políticos e simbólicos que legitimaram sua inserção na assistência à saúde das mulheres. *O Renascimento do Parto 2* contribui para essa análise ao destacar, como observa Lígia Moreiras Sena⁸⁰:

Isso começou especificamente na assistência ao parto no século XVI, quando as parteiras, as comadres, as curandeiras foram tiradas da cena de parto e substituídas por homens que eram considerados os detentores do conhecimento científico. Foi uma apropriação, pelos homens, da ciência com técnica e tecnologia (O Renascimento do Parto 2, 2018).

No contexto europeu, especialmente entre os séculos XV e XVII, desenvolveu-se um movimento de repressão às mulheres detentoras de saberes sobre corpo, sexualidade, parto e cura — conhecimentos transmitidos por meio de práticas empíricas e comunitárias que, sob a ótica da Igreja e do nascente Estado Moderno, representavam uma ameaça à ordem vigente (Ferreira, 2022). Como analisa Maíra Soares Ferreira (2022), parteiras, curandeiras e benzedadeiras, essenciais à saúde das comunidades, foram perseguidas sob pretexto de combate à heresia e a imposição de uma nova ordem médica e moral. Essa ofensiva resultou na eliminação de seus saberes e na consolidação de uma lógica de controle que transferiu o parto do espaço comunitário para o domínio técnico-masculino, fundando um modelo de assistência centrado na autoridade médica e na exclusão das mulheres como protagonistas do cuidado.

⁸⁰ Lígia Moreiras Sena é doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina e em Ciências/Farmacologia também pela mesma instituição. Lígia é pesquisadora nas áreas de saúde coletiva, maternidade e infância, medicalização, violência obstétrica no Brasil etc., com foco nos impactos da violência sobre a saúde da mulher e da criança. Em 2010, criou o projeto *Cientista Que Virou Mãe*, que visa promover reflexões sobre maternidade, infância, e a importância de educar com amor, gentileza e respeito.

Silvia Federici (2017) contextualiza esse processo na transição do feudalismo para o capitalismo: a “caça às bruxas”, que vitimou majoritariamente mulheres, (cerca de 80% das acusadas), visava destruir a autonomia feminina, suprimir práticas anti-concepcionais e abortivas, e eliminar saberes tradicionais, criando condições para o controle dos corpos e a reprodução da força de trabalho. Para Federici (2010), esse processo serviu como fundação para o capitalismo nascente. A falsa libertação da mulher de certos trabalhos produtivos foi, na realidade, a sua sujeição à função reprodutiva. A maternidade, transformada em dever moral e naturalizado, foi imposta como única via legítima para a existência feminina, estabelecendo a chamada “maternidade obrigatória”, na qual os corpos femininos eram disciplinados e instrumentalizados.

O saber empírico feminino foi progressivamente substituído por uma medicina masculina, elitista e institucionalizada. Parteiras e curandeiras foram desqualificadas como ignorantes ou perigosas, enquanto os médicos-cirurgiões assumiram o protagonismo na assistência ao parto (Ferreira, 2022). De acordo com Federici (2017), esse processo de repressão e exclusão das mulheres do campo da saúde e da reprodução representou um “cercamento moderno” do corpo feminino.

Essa perseguição se consolidou no Brasil colonial e escravocrata por meio da opressão sistemática às parteiras, curandeiras e aos saberes tradicionais, especialmente os associados às mulheres indígenas, africanas ou de comunidades populares, vistos como incontroláveis, ameaçadores e prejudiciais. Sob uma lógica patriarcal, racista e religiosa, o contexto colonial marginalizou tais práticas como demoníacas ou subversivas, legitimando a imposição da medicina europeia como a única forma válida de cuidado (Ferreira, 2022).

Nos séculos XVIII e XIX, a transição da obstetrícia empírica, tradicional, domiciliar e feminina para a hospitalar, científica e masculina foi legitimada por um discurso de racionalidade, progresso e higienização. No Brasil, após a independência, o Estado regulou e hierarquizou os saberes, deslocando parteiras para funções auxiliares e consolidando o monopólio masculino sobre o parto (Ferreira, 2022). A Revolução Industrial reforçou a hospitalização e a tecnificação, patologizando o parto e tornando a mulher objeto da medicina perinatal, sujeita a protocolos rígidos e intervenções mesmo em gestações saudáveis, uma vez que, nesse novo modelo seu corpo passou a ser tratado como potencialmente doente (Ramírez, 2014; Sánchez, 2015).

No Brasil, o modelo hospitalar se consolidou nas zonas urbanas, especialmente a partir da segunda metade do século XX, promovido pelo ideal de progresso e

desenvolvimento. Com a hospitalização dos partos vieram também práticas abusivas como o uso excessivo de ocitocina, anestesia, cesarianas não indicadas e imobilização das parturientes (Ferreira, 2022). O processo histórico de exclusão e violência não se encerrou com a caça às bruxas; ele permanece inscrito nas instituições contemporâneas, especialmente no campo da saúde reprodutiva.

A medicina moderna, ao se consolidar como única forma legítima de conhecimento sobre o corpo e o parto, reforçou hierarquias de gênero, classe e raça. Essa trajetória é fundamental para compreendemos que as raízes da violência obstétrica estão profundamente entrelaçadas aos processos históricos de repressão e silenciamento das mulheres. Como afirma Ramírez (2014), os efeitos desse desterro ainda se fazem sentir nas instituições e nas formas atuais de assistência. Nesse contexto, a resistência se manifesta na luta feminista, que denuncia a misoginia estrutural do saber médico hegemônico e reivindica o direito das mulheres à sua autonomia (Ramírez, 2014). Como aponta Carmen Simone Grilo Diniz⁸¹, entrevistada no documentário:

O feminismo é, talvez, 'o núcleo duro', o grande inspirador dessa crítica e da questão da violência obstétrica. Esse conhecimento da ginecologia-obstetrícia médica, e da medicina em geral, é um conhecimento, em grande medida, misógino, que parte do pressuposto, [...] de que as mulheres são incapazes da medicina (O Renascimento do Parto 2, 2018).

Concluir esse percurso histórico é reafirmar que combater a violência obstétrica implica revalorizar os saberes femininos e transformar as estruturas que sustentam sua exclusão, reconhecendo que o controle sobre os corpos das mulheres é uma construção histórica, política e simbólica.

⁸¹ Carmen Simone Grilo Diniz é médica e doutora pela Universidade de São Paulo. Sua carreira foi marcada por um forte compromisso com a saúde das mulheres, incluindo a atenção à saúde materna e infantil, e a abordagem de questões de gênero na saúde. Diniz iniciou sua trajetória de pesquisa e assistência no Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, com o qual colaborou por vinte anos. Além disso, coordenou a pesquisa nacional *Nascer no Brasil* na região Sudeste (2010-2012), e o projeto *Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido*, focado na melhoria da assistência ao parto no SUS e na eliminação de práticas violentas. É atualmente coordenadora do grupo GEMAS (Gênero e Evidências em Maternidade e Saúde), que investiga as relações entre gênero e maternidade na saúde. E lidera o projeto *“Visibilizando as intervenções no parto”* (2021-2023), que busca mapear práticas de parto no Brasil e suas consequências para a saúde das mulheres. Sua contribuição na luta contra a violência obstétrica se estende à sua participação ativa na elaboração de políticas públicas que promovam um atendimento mais humanizado e respeitoso para as mulheres em trabalho de parto. Em reconhecimento à sua dedicação à pesquisa e à defesa dos direitos das mulheres, recebeu o Prêmio Ruth Sonntag Nussenzweig em 2022, concedido a mulheres cientistas que se destacam no avanço da medicina.

3.4 Entre a obediência e a dor: o poder disciplinar

A partir das contribuições de Michel Foucault e da interlocução com autoras como Gabriela Arguedas Ramírez e Maíra Soares Ferreira, a violência obstétrica pode ser compreendida como uma prática inserida em um sistema de poder disciplinar, que regula, normatiza e submete os corpos gestantes à autoridade do saber médico e da instituição hospitalar.

Segundo Foucault (1987), a medicina não constitui um saber neutro e universal, mas é historicamente situada e moldada pelos contextos econômicos, políticos e culturais nos quais se insere. Nas sociedades ocidentais contemporâneas, onde a ciência ocupa o lugar privilegiado de discurso da verdade, a medicina institucional assume uma posição central na produção e exercício do poder (Foucault, 2003). Ela não apenas define o que é considerado normal ou patológico, saudável ou doente, mas também detém a autoridade legítima para intervir nos corpos e regular a vida.

Nas sociedades ocidentais modernas, esse poder é exercido principalmente por meio do biopoder e do poder disciplinar. O biopoder refere-se à forma como os Estados Capitalistas Modernos administram as populações, regulando aspectos fundamentais da vida, como a sexualidade, a reprodução e as práticas de saúde com base em discursos científicos (Foucault, 2012). Antes, predominava o chamado poder soberano, cuja função era marcada pelo direito de dispor da vida dos súditos, ou seja, de “fazer morrer” e “deixar viver”. Esse modelo se inspirava no princípio jurídico romano do *patria potestas*, que atribuía ao pai de família o direito absoluto sobre a vida dos filhos, com base no fato de tê-la concedido (Bertolini, 2018).

Com a transição para o biopoder, observa-se uma inflexão: o poder de morte torna-se secundário, complementar a um poder que se exerce de forma positiva sobre a vida, com ênfase em sua ampliação, controle e normatização. Nesse horizonte, como aponta Foucault (2012, p. 151), “[...] agora é sobre a vida, e ao longo de todo o seu desenrolar, que o poder estabelece seus pontos de fixação. A morte é o limite, o momento que lhe escapa”. Inserida nesse regime, a medicina passa a ocupar uma posição central, legitimada como instância autorizada a definir e regular os parâmetros da existência biológica.

De acordo com Foucault (2012), o poder disciplinar, por sua vez, a partir do século XVII, passou a conceber o corpo como uma máquina, voltando-se para seu

adestramento. Buscava-se, com isso, ampliar suas capacidades, extrair ao máximo sua força e promover, simultaneamente, sua utilidade e docilidade, integrando-o a sistemas de controle cada vez mais eficazes e econômicos. Essa lógica disciplinar, que emergiu no contexto da modernidade, não se encerra nesse período: ela se atualiza e se aprofunda nas instituições contemporâneas. Como afirma Ramírez (2014), os hospitais continuam a operar como dispositivos disciplinares, especialmente na assistência obstétrica, onde a gravidez e o parto são tratados como eventos patológicos. As gestantes são submetidas às práticas normalizadoras, como à posição de litotomia, ao uso rotineiro de ocitocina, às episiotomias e às cesarianas, que reduzem sua autonomia e reforçam uma lógica tecnocrática de controle. Para Ferreira (2022), essa racionalidade técnica é inseparável de uma investida política e econômica sobre os corpos: é, sobretudo enquanto força produtiva, que o corpo se torna alvo e instrumento das relações de poder e dominação, em uma dinâmica complexa e interdependente.

Ramírez (2014) contribui a essa análise ao propor o conceito de “poder obstétrico”, uma forma específica de exercício do poder disciplinar que atua sobre os corpos com capacidade gestacional. Trata-se de um conceito que reconhece a particularidade de gênero na relação entre medicina e corpos reprodutivos. A autora sustenta que o objetivo funcional do poder obstétrico é produzir corpos femininos dóceis, capazes de maximizar a eficiência da reprodução. Para isso, a gravidez é tratada como uma condição de instabilidade e desordem, que deve ser vigiada, regulada e corrigida. A parturiente é subjetivamente construída como doente ou incapacitada, e isso legitima a intervenção constante do corpo médico (Ramírez, 2014).

Um setor hospitalar de ginecologia e obstetrícia guarda, em diversos aspectos, semelhanças com uma prisão: “Nada acontece sem autorização ou sem um propósito de utilidade definido sob a ótica dos tomadores de decisão” (Ramírez, 2014, p. 156)⁸². Os dispositivos que sustentam esse poder incluem curvas de normalidade, protocolos de tempo, vigilância constante e técnicas médico-jurídicas que regulam a sexualidade e a reprodução. A proposta de Ramírez (2014) amplia o referencial foucaultiano ao demonstrar que o controle exercido sobre os corpos gestantes se apoia na desqualificação dos saberes femininos, no apagamento da autonomia das mulheres e na moralização da dor e da submissão como virtudes maternas. A autora ressalta que o saber da mulher sobre seu corpo é sistematicamente desqualificado. Trata-se de um

⁸² No original: “Nada sucede sin autorización y sin un propósito de utilidad definido desde la perspectiva de los tomadores de decisiones” (Ramírez, 2014, p. 156).

“saber subjugado”, considerado inferior, não científico e, portanto, indigno de credibilidade. Em contrapartida, o saber médico se impõe como o único autorizado, silenciando as vozes femininas e relegando a mulher a uma posição de objeto de intervenção, e não de interlocutora válida (Ramírez, 2014). Essa exclusão é reforçada pela estrutura de gênero dominante, que associa o masculino à razão e o feminino à emoção e à irracionalidade.

Ferreira (2022) identifica que uma meticulosa administração de uma certa quantidade de violência – configurada como violência obstétrica – é muitas vezes disfarçada de cuidados necessários, mas que, em essência, podem ser traduzidos como práticas de castigo e coerção. A disciplina, nesse caso, não atua apenas como regulação externa, mas internaliza-se como norma moral e técnica: as mulheres são ensinadas a se submeter, a não questionar, a confiar no saber médico e a agradecer, mesmo diante do sofrimento e da dor evitáveis.

Quando as mulheres manifestam vontades que divergem dos protocolos, como recusar anestésias, episiotomias ou partos cesáreos, suas decisões são frequentemente desconsideradas ou invalidadas. Como analisa Ferreira (2022), esta resistência é muitas vezes respondida com negligência, isolamento e, em alguns casos, coerção explícita, como no uso do medo para obter consentimento imediato. Ramírez (2014), por sua vez, destaca que a expressão de vontades contrárias à lógica dominante é sistematicamente censurada e pode ser punida com medidas exemplares, que visam restabelecer a ordem e reafirmar a autoridade médica. Nesse cenário, a docilidade aparece como a única via possível para que as mulheres obtenham algum nível de acolhimento ou alívio, evidenciando o caráter disciplinar e punitivo que ainda atravessa a assistência obstétrica.

Na modernidade, como analisa Ferreira (2022), instaura-se um modelo de punição que se afasta da dor física explícita para se tornar mais sutil e subjetiva, baseado na administração seletiva de direitos. No campo da assistência obstétrica, essa lógica se expressa na normalização de práticas violentas — como as mortes maternas evitáveis — que, embora causem sofrimento e perdas irreparáveis, são legitimadas pelo aparato legal e moral do Estado. A dor é silenciada e o sofrimento das mulheres é invisibilizado por uma estrutura que reverencia a autoridade médica e investe na produção do esquecimento coletivo (Ferreira, 2022).

Além da dimensão de gênero, a violência obstétrica opera de forma interseccional. Ferreira (2022), amparada na noção de “opressões múltiplas” formulada por

María Lugones (2008), destaca que marcadores como raça, classe e sexualidade funcionam simultaneamente como dispositivos de subjugação e dominação, legitimando a violação de corpos historicamente considerados menos dignos de cuidado e proteção. Assim, a naturalização da violência obstétrica é sustentada por uma política estatal que determina, por meio de normas morais e científicas, quais corpos podem ser tocados, invadidos, anestesiados ou mutilados – e em que circunstâncias (Ferreira, 2022). Nesse arranjo, o Estado não apenas permite, mas institui e perpetua a violência. No sistema público, a punição recai sobre os corpos racializados e empobrecidos; no privado, prevalece uma lógica de controle técnico e estético, igualmente reguladora (Ferreira, 2022).

Com base nas discussões desenvolvidas, a violência obstétrica pode ser compreendida como uma forma de exercício do poder disciplinar que regula os corpos gestantes sob a autoridade médico-institucional. À luz do referencial foucaultiano, a assistência obstétrica, tal como estruturada nas práticas contemporâneas, vai além do cuidado: opera como uma tecnologia de controle que regula a vida reprodutiva voltada à preservação de uma determinada ordem social. Como analisa Ferreira (2022), esse modelo não se dissocia da lógica punitiva, pois se organiza em torno de um corpo considerado produtivo apenas quando submisso. É justamente nesse contexto que o poder obstétrico busca produzir corpos femininos dóceis, medicalizados, disponíveis à dominação e exploração (Ferreira, 2022; Ramírez, 2014).

A partir de Foucault (1987; 2003; 2012) em diálogo com Ferreira (2022) e Ramírez (2014), compreende-se que a violência obstétrica não resulta de falhas pontuais, mas é expressão direta das tecnologias de poder que historicamente governam os corpos femininos. A medicalização, a normalização de condutas e a punição velada de resistências operam como estratégias de dominação. No próximo item, retomaremos os relatos de mulheres apresentados no documentário *O Renascimento do Parto 2*, evidenciando como essas dinâmicas persistem, sustentando a violência como forma legítima de controle sobre os corpos que gestam.

3.4.1 Instituições que violam: a violência obstétrica como rotina na assistência

Os relatos reunidos em *O Renascimento do Parto 2* expõem como práticas autoritárias permanecem nos serviços de saúde, legitimadas em nome da técnica, da

segurança e da eficiência. Como demonstra a análise a seguir do documentário há uma tensão constante entre o saber biomédico hegemônico e o desejo por uma experiência de parto em que seus corpos, escolhas e saberes sejam respeitados. A escuta dessas experiências, à luz dos referenciais teóricos aqui discutidos permite compreender como o poder disciplinar se materializa nas relações cotidianas de um modelo assistencial que desautoriza, silencia e pune as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. Uma das participantes afirma:

Eu fiquei praticamente da meia-noite até às quatro e meia da manhã, absolutamente sozinha dentro de um quarto, com ocitocina ligada na veia [...]. Não foi uma alma viva me dizer: 'Olha, está acontecendo isso', 'nós vamos fazer isso', 'vamos esperar até tal hora', ninguém [...]. Eu fiquei sabendo, aliás, o que era ocitocina muito tempo depois (O Renascimento do Parto 2, 2018).

O fragmento evidencia a atuação do poder disciplinar por meio do isolamento, da falta de consentimento e da administração de medicamentos sem explicação. A parturiente é despossuída de sua autonomia e reduzida a um corpo passivo de intervenção, manipulado segundo critérios técnicos. Na sequência, ela relata como se sentiu:

Vulnerável, eu acho que essa é a palavra, simplesmente me amarraram e eu insisti que eu queria o parto normal. Depois que costuraram, que fizeram todo o procedimento da cesariana, é que me soltaram e me mostraram a minha filha assim, ó, a uns 10 centímetros, 15 centímetros de mim (O Renascimento do Parto 2, 2018).

A contenção física emerge aqui como forma de punição diante à insistência por um parto vaginal, enquanto a restrição ao contato imediato entre mãe e filha, reflete a lógica segundo a qual, no parto, “o que importa é o bebê”. Sob essa perspectiva, a mulher é apagada do processo, reduzida a um receptáculo transitório cujo bem-estar emocional pode ser sacrificado em nome de um resultado considerado “bem-sucedido”. Como analisa Francisca Fernández Guillén (2015), a parturiente é convertida em campo de trabalho cirúrgico, cujo valor está atrelado à eficiência, não à dignidade da experiência.

Outra participante compara sua experiência à de um animal privado de liberdade: “Exame de toque o tempo todo, não me deixavam beber água de jeito nenhum,

não me deixavam comer. Eu estava me sentindo um animal em cativeiro” (O Renascimento do Parto 2, 2018).

A sensação de cativeiro traduz a vivência de despersonalização, discutido por Davis-Floyd (1987) ao analisar o modelo tecnocrático do parto, onde o corpo é tratado como máquina que deve ser regulada, separada de suas dimensões simbólicas e afetivas. Esse quadro se agrava a experiência de dor: *“Eu tinha implorado que eu queria anestesia, eles me deram no final. Eu não senti minha filha nascer”* (O Renascimento do Parto 2, 2018). A dor, nesse cenário, é instrumentalizada como recurso pedagógico e moralizador. Como argumenta Ramírez (2014), o sofrimento imposto às mulheres é naturalizado como parte de um ideal sacrificial da maternidade, em que suportar a violência torna-se prova de sua “boa” condição materna.

Ao relembrar sua experiência de parto, uma das entrevistadas relata que, aos dezoito anos, não pôde opinar em nada durante o processo, evidenciando como o poder obstétrico se agrava em contextos marcados por desigualdades de idade e gênero. Segundo Ramírez (2014), há um tratamento “adultocêntrico”⁸³ que reforça a exclusão das adolescentes como sujeitos de direitos. A juventude da parturiente é mobilizada para justificar sua desautorização, funcionando como um dispositivo de controle que a submete ao silêncio e à obediência.

A mesma mulher relata: *“Passei minha gravidez inteira escutando: ou você faz uma cesárea ou você vai morrer [...] eu fui educada numa família onde médicos têm razão. Então eu ia morrer”* (O Renascimento do Parto 2, 2018). O medo atua, nesse caso, como instrumento de coerção: ao antecipar o risco, o discurso médico molda a decisão da parturiente e converte a cesariana em destino imposto, eliminando qualquer possibilidade de escolha efetiva. Sua subjetividade é produzida sob a ameaça de morte, resultando em um consentimento induzido e forçado.

Outro caso chama atenção pela gravidade da violação dos direitos reprodutivos⁸⁴. Uma das entrevistadas vivenciou três cesarianas indesejadas, seguidas de uma

⁸³ Pela perspectiva adultocêntrica os adolescentes são percebidos como inferiores em relação ao grupo dominante composto por pessoas adultas (Santiago; Faria, 2015). Essa lógica hierárquica promove o apagamento da singularidade de suas vidas, ao concebê-los não como sujeitos plenos no presente, mas como meros “protótipos de adultos”, definidos por uma visão do que ainda serão, e não do que já são (Cavalcante, 2021).

⁸⁴ Os direitos reprodutivos compreendem garantias fundamentais relacionadas “[...] à autonomia sobre os corpos; proteção contra violência e tratamentos cruéis, desumanos e degradantes; e a liberdade de tomada de decisões livres, informadas e fundamentadas. Nesta perspectiva, as esterilizações femininas consideradas involuntárias configuram métodos contraceptivos de caráter definitivo, que não abrangem o consentimento livre, informado e completo do indivíduo, seja ele homem ou mulher” (Silva, 2019, p. 105).

laqueadura sem consentimento, o que revela a atuação de um modelo verticalizado de assistência, na qual o corpo da parturiente é retirado de sua agência e submetido a intervenções cirúrgicas sem escuta ou participação:

Quatro anos depois, o que eu não processei ainda foi terem feito uma laqueadura enganado. Porque tive três filhos, acabou? Não posso mais ter filhos? Foram três cesáreas desnecessárias, é o meu corpo, eu fui cortada três vezes, sem querer ser cortada três vezes (O Renascimento do Parto 2, 2018).

A esterilização compulsória aparece como sanção reprodutiva, ilustrando a atuação do Estado na regulação da fertilidade. Ela é punida por gestar "demais" e excluída da possibilidade de decidir sobre seu futuro reprodutivo. Sua pergunta retórica — “porque teve três filhos acabou, não posso ter mais filhos?” — expõe o absurdo da situação: a maternidade, antes imposta como destino, é depois negada como direito.

A punição moral também é percebida no depoimento da mulher que busca exercer autonomia durante o parto: “Foi você que escolheu essa vida de parto, agora você tem que aguentar” (O Renascimento do Parto 2, 2018). Trata-se de uma violência simbólica⁸⁵ que reafirma a maternidade como destino natural e sacrificante, onde resistir ao modelo médico hegemônico é visto como desafio à ordem e, portanto, passível de correção (Ramírez, 2014). Na sequência, a participante descreve:

Romperam a minha bolsa, e aí ele sobe mesmo em cima de mim, sobe num banquinho ou numa escada, enfim. Ele pegava com a palma da mão e empurrava minha barriga com muita força. Brutal. Fizeram episiotomia sem eu saber, sem informação, sem meu consentimento. Cortaram (O Renascimento do Parto 2, 2018).

As intervenções descritas opera sobre os corpos para ajustá-los a uma determinada ordem. No contexto obstétrico, essa ordem se traduz em protocolos rígidos e um ideal de parto controlado, previsível e eficiente. A violência se estabelece, então, como meio de garantir a conformidade da experiência à norma biomédica. O corpo da parturiente é tratado como objeto manipulável, cuja integridade pode ser violada sob o pretexto do cuidado.

⁸⁵ Segundo Pierre Bourdieu (2012), a violência simbólica é uma forma de dominação que se exerce de maneira invisível, por meio de esquemas de percepção e valores sociais incorporados tanto por quem domina quanto por quem é dominado. Ela não se impõe pela força física, mas pela aceitação inconsciente de hierarquias e desigualdades como naturais e legítimas, tornando-se especialmente eficaz por não ser reconhecida como violência.

O impacto desse processo aparece na internalização cultural da normatividade médica. A mesma entrevistada recorda a reação de sua mãe diante da episiotomia: *“Eu olhei pra minha mãe e falei assim: ‘Mãe, me cortaram’, e daí minha mãe falou: ‘Não filha, isso é normal’, e eu falei: ‘Não é normal, eu estou sentindo dor’”* (O Renascimento do Parto 2, 2018). O testemunho revela como o discurso médico é reproduzido socialmente, silenciando os saberes femininos sobre o corpo. A experiência subjetiva da dor é convertida em algo esperado e banalizado, inclusive por pessoas próximas, esvaziando o direito da mulher ao questionamento, ao saber e à recusa. A participante relata, ainda, ter sido submetida ao chamado “ponto do marido” — prática que não lhe foi informada. Esse procedimento se ancora ao imaginário social que vincula o corpo feminino à disponibilidade sexual e ao dever conjugal, reforçando a lógica patriarcal que sustenta a violência obstétrica. Como observa a médica e pesquisadora Simone Diniz,

Tem-se a fantasia que, depois que aquele falo enorme que é o bebê passou pela vagina, o falo do parceiro vai ficar perdido por lá. Então, a mulher deixa de ser um objeto sexual para ser uma pessoa gasta, usada, frouxa (O Renascimento do Parto 2, 2018).

A partir dessa representação simbólica, práticas corretivas violentas como essa passam a ser legitimadas, sob a justificativa de restaurar a suposta “utilidade” sexual da mulher após o parto. O relato confirma a ocorrência desse episódio: *“Na gestação do João foi quando eu descobri que, na episiotomia da Juliana, eu recebi um ‘ponto a mais’, que é o chamado ‘ponto do marido’”* (O Renascimento do Parto 2, 2018). A simples existência desse termo já é reveladora de uma lógica que desloca a gestante do centro do cuidado e subordina sua experiência a um desejo alheio. A violência é ao mesmo tempo simbólica e física: transforma seu corpo em objeto de serviço sexual e legitima uma intervenção invasiva, realizada sem consentimento, com o propósito de atender à expectativa do prazer masculino. Trata-se da anulação da autonomia da parturiente, cuja integridade é violada em nome de um desejo que não lhe pertence. Ao mesmo tempo, Federici (2017) demonstra que essa apropriação do corpo feminino se articula historicamente à função reprodutiva e sexual, reafirmando a dominação patriarcal como fundamento da ordem social.

A força narrativa do documentário se intensifica com a inserção de uma gravação, em que é possível ouvir o médico se referir ao “ponto do marido”: *“O parquinho*

de diversão aqui não pode deixar estragar [...] O cortezinho é o mínimo possível, passa que passa justo” (O Renascimento do Parto 2, 2018), seguida por risos de outros profissionais. A metáfora do "parquinho de diversão" evidencia como a misoginia também se infiltra nas práticas médicas por meio da linguagem e do humor. Essa cena desloca o discurso da abstração para a realidade: o espectador não apenas ouve o que foi denunciado, mas presencia a banalização da violência, no exato momento em que a mulher, exausta e vulnerável, acaba de dar à luz.

A partir de Foucault (1987), compreende-se que a violência obstétrica atua como dispositivo disciplinador, que impõe normas e legitima intervenções coercitivas, moldando subjetividades obedientes. Como demonstram os relatos, a assistência obstétrica hospitalar frequentemente transforma o parto em um processo de submissão, onde a mulher é desautorizada, infantilizada e punida sempre que tenta exercer sua autonomia.

O documentário, ao dar voz às mulheres, rompe com o silêncio institucional e denuncia práticas frequentemente justificadas como cuidados técnicos. Dessa forma, *O Renascimento do Parto 2* se afirma como instrumento de crítica e mobilização social pela construção de um modelo de assistência baseado na dignidade, na escuta e no respeito à autonomia.

3.5 Entre a norma e a realidade: as políticas públicas de humanização

A última parte desta dissertação busca analisar o descompasso entre as diretrizes estabelecidas pelas políticas públicas brasileiras de atenção ao parto e a violência obstétrica denunciada no documentário *O Renascimento do Parto 2*. A partir dos anos 2000, o Estado brasileiro passou a adotar um discurso oficial em favor da humanização do parto, expresso em iniciativas como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN, 2000), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 2004), a Lei do Acompanhante (2005) e a Rede Cegonha (2011). No entanto, os relatos apresentados no documentário revelam a persistência de condutas que violam direitos e contradizem essas normativas. Ao tornar visíveis essas contradições, o filme opera como uma crítica às instituições e documenta a distância entre o previsto nas políticas públicas e a realidade vivida pelas mulheres nos serviços de saúde.

As políticas públicas podem ser entendidas como um conjunto de ações planejadas pelo Estado com o objetivo de enfrentar problemas sociais, garantir direitos e promover o bem-estar coletivo. No campo da saúde, expressam compromissos institucionais que orientam modelos de atenção, financiamento, gestão e práticas assistenciais. De acordo com Elenaldo Celso Teixeira (2002), as políticas em saúde envolvem processos históricos marcados por disputas entre visões democráticas e autoritárias. Sua implementação, no entanto, depende de múltiplos fatores, como a estrutura e a capacidade dos serviços, o engajamento dos profissionais, a alocação de recursos, o contexto político e a pressão social. Como argumenta Jairnilson Silva Paim (2008), mesmo políticas bem formuladas podem falhar sem gestão articulada e participação ativa da sociedade. No caso da atenção obstétrica, isso significa que diretrizes humanizadoras requerem transformação de práticas institucionais profundamente enraizadas em lógicas biomédicas, hierárquicas e autoritárias.

3.5.1 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pela Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000, representou um marco nas políticas públicas de saúde do Estado brasileiro ao propor a transformação do modelo de atenção obstétrica, historicamente marcado por práticas medicalizantes, hierarquizadas e centradas na figura do profissional de saúde. Sua implementação ocorreu em um contexto de mobilização internacional, impulsionado pelas recomendações da OMS, que alertava os países membros sobre a necessidade de adotar estratégias de humanização na assistência ao parto e ao nascimento (Wolff; Moura, 2004).

Entre os seus principais objetivos, se destacou: a ampliação do acesso à atenção pré-natal e ao parto; a garantia de um atendimento de qualidade, digno e respeitoso; o incentivo à presença de acompanhante; a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal; e o fortalecimento da atuação interdisciplinar na assistência obstétrica. O programa defende o parto normal como via preferencial, a limitação das intervenções cirúrgicas desnecessárias — como cesarianas sem indicação clínica — promovendo práticas baseadas em evidências e a eliminação de procedimentos rotineiros sem respaldo científico (Brasil, 2002). Ao fazer isso, o PHPN buscou assegurar que a mulher pudesse exercer plenamente seu protagonismo diante da experiência da maternidade, de forma segura, respeitosa e isenta de qualquer tipo de violência.

Contudo, apesar do avanço conceitual representado por essa política, o que se observa nas maternidades brasileiras, tanto públicas quanto privadas, permanece distante do que o PHPN propunha. *O Renascimento do Parto 2* traz à tona a persistência de práticas que contradizem frontalmente seus princípios, como a imposição de cesarianas sem justificativa clínica, a negação da presença do acompanhante e a realização de procedimentos não baseados em evidências.

Simone Diniz, reforça essa crítica ao afirmar: “*Chega de parto violento para vender cesárea*” (*O Renascimento do Parto 2*, 2018). Sua fala articula a denúncia das mulheres presentes na obra à análise de uma cultura obstétrica que mercantiliza o nascimento e naturaliza intervenções. Em artigo publicado em coautoria com outras pesquisadoras, Diniz *et al.* (2015), citando César Victora (2012), alertam para o impacto direto do aumento das taxas de cesarianas na saúde materna no Brasil: aproximadamente 23% das mortes maternas poderiam ser atribuídas ao crescimento desse tipo de cirurgia após os anos 2000, período coincidente com a vigência do próprio PHPN. Isso evidencia não apenas a fragilidade na implementação da política, mas também a resistência estrutural de um modelo que continua operando sob uma lógica de padronização, medicalização e controle sobre os corpos femininos.

Segundo Tesser *et al.* (2015), a cesariana, quando realmente necessária, é um recurso importante para salvar vidas e reduzir complicações. No entanto, quando realizada de forma indiscriminada, pode gerar mais riscos do que benefícios. No Brasil, verifica-se o uso desse procedimento em excesso: uma pesquisa publicada em 2018 pelo jornal britânico *The Lancet* revelou que o país apresentava uma taxa de cesarianas de 56%, ficando atrás apenas da República Dominicana, com 59% (Pulhez, 2021). Esse cenário é classificado pela OMS como epidêmico, já que a recomendação da instituição é que o percentual não ultrapasse 15% — limite a partir do qual não se verifica redução nas taxas de mortalidade materna (Pulhez, 2021). Além disso, mulheres submetidas à cesariana apresentam maior risco de complicações, como infecções, hemorragias, internações em UTI e maiores chances de problemas em futuras gestações. Para os bebês, há maior probabilidade de nascerem prematuros, com baixo peso e necessitarem de cuidados intensivos (Tesser *et al.*, 2015).

Ana Lúcia Keunecke afirma que: “*A pesquisa da Fiocruz, Nascer no Brasil comprova a violência obstétrica que sofre cada tipo de pessoa*” (*O Renascimento do Parto 2*, 2018), ressaltando como as desigualdades sociais estruturam experiências distintas de parto, tornando determinadas mulheres mais vulneráveis a intervenções

desrespeitosas e práticas abusivas. Segundo Keunecke, mulheres de classe alta, ainda que submetidas à violência da cesariana desnecessária, vivenciam essa experiência em serviços que oferecem conforto e hotelaria, o que muitas vezes é confundido com boa assistência. Essa leitura é corroborada pelos dados da pesquisa *Nascer no Brasil*, realizada em 2012, os quais mostram que 60,6% das mulheres brancas foram submetidas à cesariana, sendo que 43,9% delas sequer chegaram a entrar em trabalho de parto, percentual significativamente superior ao observado entre mulheres pretas (30,2%) e pardas (31,1%), conforme demonstrado por Diniz *et al.* (2016). Embora mulheres pretas e pardas realizem menos cesarianas eletivas — mais comuns entre brancas e de classes mais altas —, isso não representa vantagem. Ao permanecerem em partos vaginais, principalmente em hospitais públicos, estão mais expostas a formas diretas de violência obstétrica.

A desigualdade racial e de classe também se expressa nos indicadores socioeconômicos: enquanto 41,7% das mulheres brancas pertencem às classes A/B, 17,2% das pardas e 23,9% das pretas ocupam a faixa D/E. As diferenças se estendem à escolaridade: 30,1% das mulheres pretas e 22,9% das pardas têm ensino fundamental incompleto, em contraste com a 13,7% das brancas; no ensino superior completo, a proporção é de 15,9% entre brancas, frente a 4,3% das pardas e 3% das pretas (Diniz *et al.*, 2016). Esses indicadores evidenciam como desigualdade racial e socioeconômica molda o acesso a recursos de saúde e oportunidades de escolha no parto, mostrando que a experiência obstétrica é atravessada por determinantes estruturais que vão além do simples atendimento clínico.

Para além do número elevado de cesarianas, o desrespeito à dignidade da gestante permanece como uma prática comum na assistência obstétrica brasileira, em evidente desacordo com os princípios estabelecidos pelo PHPN. O documentário *O Renascimento do Parto 2* expõe essa realidade através dos relatos de mulheres submetidas a ameaças, julgamentos morais e falta de informações durante o parto, como abordado anteriormente. A fala reproduzida pelo médico Jorge Kuhn, também contribui para a denúncia: “Ah, na hora de fazer você não gritou tanto assim, e agora por que está gritando?” (*O Renascimento do Parto 2*, 2018), frase que, segundo a pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC em 2010, é a segunda mais ouvida nas maternidades, ficando atrás apenas de: “Não chora, não, que ano que vem você está aqui de novo”. Esses episódios de humilhação verbal foram citados por 7% das mulheres (Palharini, 2017).

A mesma pesquisa também mapeou outras formas de violência obstétrica, incluindo exames de toque dolorosos (10%), a ausência de métodos de alívio da dor (10%), gritos (9%), falta de informação (9%) e negligência no atendimento (8%). No total, 25% das mulheres que passaram por parto normal relataram alguma experiência de violência (Gomes; Souza, 2022). Contudo, como aponta a pesquisadora Lígia Moireiras Sena, em sua participação no documentário, esse número provavelmente está subestimado, já que grande parte das mulheres no Brasil dá à luz por meio de cesariana, procedimento que, embora menos associado ao sofrimento físico imediato, também pode ser palco de práticas violentas, como a coação, a desinformação e a violação do consentimento (O Renascimento do Parto 2, 2018). A violência, portanto, se expressa tanto nas palavras quanto nas condutas, revelando a persistência de um modelo autoritário e desumanizador de assistência ao parto.

Em síntese, embora o PHPN tenha consolidado avanços importantes no campo da formulação de políticas voltadas à valorização da experiência da gestante e ao reconhecimento dos seus direitos, o documentário *O Renascimento do Parto 2* e diversas pesquisas indicam que a realidade obstétrica no país continua atravessada por violações à dignidade, desrespeito e medicalização excessiva.

3.5.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004, propôs uma mudança de paradigma ao incorporar de maneira explícita a perspectiva de gênero, raça e etnia como eixos estruturantes para a formulação, implementação e avaliação das ações voltadas à saúde das mulheres. Com base nos princípios de equidade, integralidade e respeito aos direitos humanos, seus objetivos foram delineados de forma a enfrentar as desigualdades estruturais que historicamente impactam a saúde das mulheres brasileiras (Brasil, 2004).

No campo da assistência obstétrica, a PNAISM trouxe avanços importantes ao reconhecer que o cuidado na gestação, no parto e no puerpério é atravessado por marcadores de gênero, raça, classe e território. A política defendeu a ampliação e qualificação da atenção obstétrica e neonatal no SUS, afirmando a mulher como sujeito de direitos e ressaltando a importância de práticas alinhadas às diversidades sociais e culturais (Brasil, 2004). Para isso, propôs o fortalecimento das redes de atenção ao parto e nascimento, a formação de profissionais para práticas baseadas em

evidências científicas e culturalmente sensíveis, além da organização de serviços comprometidos com o acolhimento das singularidades das usuárias (Brasil, 2004).

Entretanto, quando confrontamos essas diretrizes com os resultados de pesquisas, torna-se evidente que os avanços propostos pela PNAISM ainda encontram fortes barreiras estruturais nos serviços de saúde. O estudo *Nascer no Brasil* aponta que mulheres pretas e pardas continuam enfrentando piores condições de atenção pré-natal e parto em comparação às mulheres brancas. Elas realizam menos consultas, têm acesso limitado a exames, recebem menos informações sobre o acompanhamento gestacional e frequentemente não possuem vínculo prévio com uma maternidade, o que contribui para maior deslocamento e peregrinação durante o trabalho de parto, aumentando os riscos associados à assistência obstétrica (Leal *et al.*, 2017).

No momento do parto, essas desigualdades se aprofundam. Embora mulheres negras sejam submetidas a menos intervenções obstétricas, como cesarianas e episiotomias, quando passam por procedimentos como a episiotomia recebem menos anestesia em comparação às mulheres brancas (Leal *et al.*, 2017). Ana Lúcia Keunecke denuncia que “*as mulheres negras sofrem mais xingamentos, manobras de Kristeller, exames de toques desnecessários*” (O Renascimento do Parto 2, 2018). Ela chama atenção também para a situação das mulheres indígenas, que, sob estereótipos racistas, frequentemente são privadas de alimentação e de cuidados essenciais: “*Se tem uma ideia de que ela é um animal que vai saber parir de cócoras, então se ela precisar de uma cirurgia cesariana de emergência, ela não tem acesso*” (O Renascimento do Parto 2, 2018).

Segundo Guilherme Alves *et al.* (2023), certas expressões comumente utilizadas durante a assistência obstétrica evidenciam práticas explícitas de racismo, ao atribuir características corporais ou comportamentais às mulheres negras. Entre essas falas estão: “mulheres pretas são parideiras por excelência”, “negras são fortes, mais resistentes à dor”, “negras são mais resistentes à anestesia” e “elas não fazem o pré-natal direito”. Tais comentários refletem estereótipos que podem influenciar decisões clínicas e contribuir para a manutenção de práticas desiguais e discriminatórias. Esse tipo de conduta longe de serem exceções, revelam o funcionamento cotidiano do racismo institucional na assistência ao parto e contradizem os princípios da PNAISM, que estabelece como diretriz fundamental que o atendimento deve ser livre de qualquer forma de discriminação, respeitando a diversidade e os direitos das mulheres (Brasil, 2004).

Assim, embora a PNAISM represente um esforço significativo de institucionalizar o cuidado integral e interseccional, os relatos e as evidências mostram que sua implementação ainda é limitada. A promessa de uma atenção humanizada e equitativa à saúde das mulheres brasileiras permanece, em muitos contextos, como um ideal distante da realidade vivida, especialmente para aquelas em situação de maior vulnerabilidade social e racial.

3.5.3 Lei do Acompanhante

A promulgação da Lei nº 11.108, em 2005, conhecida como Lei do Acompanhante, representou um desdobramento significativo das diretrizes estabelecidas pelo PHPN. A norma assegura às gestantes o direito de contar com a presença de uma pessoa de sua confiança durante todo o processo de parto, abrangendo o pré-parto, o trabalho de parto e o pós-parto. Sua aprovação foi respaldada por pesquisas internacionais, conduzidas em países como Canadá, Finlândia, África do Sul e Guatemala, que demonstraram os benefícios da presença contínua de um acompanhante: redução de intervenções desnecessárias, diminuição da duração do trabalho de parto, menor incidência de cesáreas e depressão pós-parto, além de experiências mais positivas para as mulheres (Picheth; Crubellate; Verdu, 2018).

No Brasil, a regulamentação da lei provocou mudanças tanto no sistema público quanto no setor privado de saúde. Em 2005, o Ministério da Saúde publicou uma portaria orientando os serviços hospitalares quanto à implementação da medida, e, em 2007, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) autorizou a cobertura de acomodação e alimentação para o acompanhante nos planos de saúde (Picheth; Crubellate; Verdu, 2018). Além disso, a ampliação desse direito incentivou diversas iniciativas legislativas municipais em maternidades municipais e hospitais privados, que passaram a reconhecer outras formas de suporte, como o trabalho das doulas, profissionais que oferecem apoio físico, emocional e informacional durante o ciclo gravídico-puerperal, valorizando práticas não medicalizadas e centradas na autonomia das mulheres (Picheth; Crubellate; Verdu, 2018).

O documentário *O Renascimento do Parto 2* apresenta uma cena, na qual um pai, de forma pacífica, tenta dialogar com uma enfermeira para garantir o direito de estar presente junto à esposa. Logo no início da interação, a enfermeira afirma: “Sabe por que você não pode? Porque o diretor do hospital não permite” (O Renascimento

do Parto 2, 2018). A justificativa é complementada com um argumento de que a proibição é em respeito às outras mulheres no mesmo quarto, que estariam sem roupa e amamentando. Esse tipo de resposta, comum em diversos contextos hospitalares, desloca o problema da instituição para o convívio entre pacientes, sustentando-se em uma lógica que culpabiliza a presença do acompanhante pela suposta violação da privacidade de outras mulheres. No entanto, como apontam Martins e Barros (2016), tal argumento constitui uma forma sutil de violência institucional.

A cena se intensifica à medida que o pai tenta ler, em voz alta, o conteúdo da lei para a enfermeira diante de um policial. Ela responde: *“A gente não tem conhecimento da lei”* e, mesmo confrontada com sua leitura literal, insiste que *“o hospital não permite”* (O Renascimento do Parto 2, 2018). O impasse se prolonga até que ela, visivelmente incomodada, responde com hostilidade: *“A esposa dele já teve o bebê, está quieta lá no canto dela, fazendo lindamente o papel de mãe, e o senhor está aporrinhando desde a hora que chegou”* (O Renascimento do Parto 2, 2018). A tentativa de exercer um direito é tratada como perturbação; o homem é desqualificado e a mulher é idealizada como “mãe silenciosa” e obediente. Ao final, em tom de escárnio, a profissional diz: *“Pega sua leizinha e pode entrar”* (O Renascimento do Parto 2, 2018), puxando-o pela roupa e conduzindo-o para dentro. O policial, por sua vez, permanece inerte diante da cena, evidenciando como a autoridade institucional muitas vezes silencia diante do desrespeito aos direitos das mulheres, legitimando, por omissão, práticas autoritárias naturalizadas nos serviços de saúde.

Essa breve sequência revela os elementos estruturais da violência obstétrica institucional: a negação do direito sob justificativas arbitrárias, o uso da autoridade profissional como ferramenta de dominação, a ridicularização de quem reivindica respeito à lei e a exclusão de qualquer figura que possa romper com a lógica verticalizada do cuidado. Como observa Diniz (2005), a assistência obstétrica hospitalar ainda opera sob um modelo hierárquico, que espera obediência da parturiente e silenciamento de suas redes de apoio. A expressão irônica “leizinha” escancara a inversão de valores que caracteriza esse modelo: a legalidade se torna irrelevante diante do poder informal dos agentes institucionais.

A recorrência dessa violação é confirmada por diferentes estudos. A pesquisa *Nascer no Brasil* apontou que apenas 18,7% das mulheres tiveram a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto. O direito foi ainda menos respeitado entre mulheres negras: 30,9% das pretas e 24,8% das pardas não contaram com ninguém

ao seu lado (Diniz *et al.*, 2016). Essa realidade é corroborada por um levantamento informal realizado em 2012 pelas redes sociais, chamado “Teste da Violência Obstétrica”, no qual 50% das participantes relataram não ter tido a presença de um acompanhante durante o parto (Sena; Tesser, 2017).

Esses dados revelam uma grave desconexão entre os marcos legais e a prática cotidiana nos serviços de saúde. A garantia do acompanhante constitui uma estratégia fundamental de proteção física e emocional para a mulher. Negá-lo é perpetuar uma lógica institucional que viola direitos e silencia experiências.

3.5.4 Rede Cegonha

A Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, representa uma das principais estratégias do governo federal para reestruturação do modelo de atenção obstétrica e neonatal no SUS. Seu principal objetivo é garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada durante seu ciclo gravídico-puerperal, bem como garantir às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2011a; Santos; Melo; Cruz, 2015).

O programa surgiu como resposta às elevadas taxas de mortalidade materna e infantil no Brasil e à persistência de um modelo assistencial caracterizado pela medicalização excessiva, fragmentação do cuidado e práticas desumanizadas. Para enfrentar esses desafios, a Rede Cegonha propõe uma abordagem integral e regionalizada, estruturada em quatro componentes: atenção ao pré-natal; atenção ao parto e ao nascimento; cuidados no período puerperal e à criança até os dois anos; e um sistema logístico que garante transporte sanitário e regulação adequada (Santos; Melo; Cruz, 2015).

Sua criação se insere em um contexto de crescente visibilidade das discussões sobre humanização do parto e denúncia da violência obstétrica. Pesquisas anteriores, como a da Fundação Perseu Abramo (2010), já identificavam práticas autoritárias nos serviços de parto, enquanto o estudo Nascer no Brasil (2012) evidenciou o descompasso entre diretrizes públicas e realidade institucional: somente 5% das mulheres que pariram vivenciaram partos sem qualquer intervenção (Tesser *et al.*, 2015).

A Rede Cegonha busca reverter o modelo intervencionista, promovendo o protagonismo das gestantes. Entre as estratégias previstas, destacam-se os Centros de

Parto Normal (CPN) e as Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP). Os CPN, normalmente geridos por enfermeiras obstétricas, são voltados à realização de partos fisiológicos em ambiente acolhedor, com privacidade e respeito. Já as CGBP oferecem suporte para gestantes que necessitam de acompanhamento clínico mais intensivo, funcionando como espaços de cuidado vinculados a maternidades ou hospitais de referência em gestação, nascimento e puerpério de alto risco (Brasil, 2011g).

A política também investe na qualificação dos profissionais de saúde em práticas humanizadas, com incentivo à formação de enfermeiras obstétricas por meio de programas de residência e especialização, além da oferta de atualizações para trabalhadores que estavam afastados da assistência (Unicef, 2021). Ainda assim, sua plena implementação encontra obstáculos significativos, como o financiamento insuficiente, a fragmentação das ações e dos serviços, falhas na gestão e resistências à adoção de práticas humanizadas (Cavalcanti *et al.*, 2013).

Reconhecendo que a morbimortalidade materna e infantil é um fenômeno multifatorial, e em grande parte evitável, a Rede Cegonha alerta que o uso indiscriminado de intervenções sem respaldo científico contribui para a má qualidade da assistência (Brasil, 2011g; Cavalcanti *et al.*, 2013). Estima-se que 92% das mortes maternas no país poderiam ser evitadas com um cuidado obstétrico adequado (Unicef, 2021). Assim, a Rede representa uma tentativa de institucionalizar um novo modelo de atenção baseado nos princípios da equidade, universalidade e integralidade do SUS, promovendo um cuidado que respeite os direitos humanos, combata a violência obstétrica e contenha a epidemia de cesarianas. No entanto, sua efetivação depende de investimentos contínuos, transformações estruturais nos serviços de saúde e enfrentamento das resistências institucionais ainda profundamente enraizadas (Unicef, 2021; Cavalcanti *et al.*, 2013).

O descompasso entre práticas hospitalares e diretrizes internacionais é histórico. Desde a Reunião da OMS e da OPAS⁸⁶, em Fortaleza (1985), foi recomendada a adoção de condutas baseadas em evidências, posteriormente incorporadas pela Rede Cegonha (Brasil, 2011g). Esse encontro foi um marco para a revisão crítica da assistência ao parto, especialmente na América Latina, e resultou na sistematização

⁸⁶ OPAS significa Organização Pan-Americana da Saúde, entidade internacional vinculada à OMS, responsável por coordenar políticas e programas de saúde pública nas Américas, promovendo a cooperação técnica entre países para melhorar indicadores de saúde, reduzir desigualdades e implementar boas práticas no cuidado à população.

de condutas obstétricas em quatro categorias. A proposta, centrada na promoção de uma assistência segura e humanizada, contrasta de forma contundente com as situações de violência relatadas no documentário *O Renascimento do Parto 2*.

A Categoria A compreende práticas comprovadamente úteis que devem ser incentivadas, como o respeito à autonomia da mulher, a liberdade de posição durante o trabalho de parto, o contato pele a pele com o recém-nascido e o fornecimento de informações adequadas (Brasil, 2011g). No entanto, como expõe Ana Previtalli⁸⁷: *“É um direito da mulher já garantido pela legislação, querem ficar na posição de cócoras e elas são forçadas a deitar, inclusive seguradas”* (O Renascimento do Parto 2, 2018). A pesquisa *Nascer no Brasil* confirma essa realidade: 92% das mulheres foram colocadas em posição de litotomia, contrariando a liberdade de movimento recomendada pela OMS (Tesser *et al.*, 2015).

A Categoria B reúne práticas consideradas prejudiciais ou ineficazes, que deveriam ser eliminadas. Entre elas está a episiotomia de rotina, ainda amplamente realizada apesar das evidências contrárias (Brasil, 2011g). O documentário apresenta diversos relatos que ilustram sua aplicação sem consentimento. Além disso, Ana Previtalli observa: *“Muitas vezes elas são cortadas sem serem avisadas, muitas vezes sem anestesia; gritam, na hora, dizendo: ‘eu não quero que corte’, e, mesmo assim, o médico corta”* (O Renascimento do Parto 2, 2018). Ana Lúcia Keunecke relata um caso ocorrido em um hospital-escola, no qual uma mulher passou por duas episiotomias, uma para treinar o corte e outra para treinar a sutura. O obstetra Jorge Kuhn denuncia a banalização do procedimento, muitos profissionais continuam realizando: *“episiotomia de rotina em todas as mulheres ou episiotomia apenas para apressar o processo”* (O Renascimento do Parto 2, 2018). Os dados da pesquisa *Nascer no Brasil* corroboram a persistência da prática: 56% das mulheres foram submetidas a episiotomia durante o parto (Tesser *et al.*, 2015).

⁸⁷ Ana Carolina Previtalli Nascimento, procuradora da República desde 2003, tem se destacado no combate à violência obstétrica, um tema que abordou em um curso-palestra promovido pela Procuradoria da República em Santa Catarina (MPF/SC) em 2018. Ela foi uma das pioneiras no Direito a tratar desse problema, apresentando um panorama sobre as práticas abusivas durante o parto. Na luta contra a violência obstétrica no MPF em São Paulo, Ana Carolina mostrou como acontece a violência e sugeriu estratégias jurídicas para enfrentar esse problema. Em sua atuação, a procuradora defendeu a humanização do parto como uma medida essencial para combater a violência obstétrica, destacando a importância de reduzir as cesarianas e adotar práticas respeitadas que assegurem os direitos das mulheres. A atuação de Ana Carolina tem sido fundamental para sensibilizar e orientar os profissionais da área jurídica no enfrentamento dessa forma de violência.

Estudos apontam que a episiotomia aumenta significativamente a incidência de lacerações graves, incontinência urinária e fecal, infecções e hemorragias (Brandt *et al.*, 2018). A OMS recomenda que seu índice não ultrapasse 10% dos partos vaginais, limitando-se a casos específicos com indicação clínica. Quando realizada de forma indiscriminada, a prática pode dificultar a recuperação no pós-parto, causar dor crônica durante relações sexuais e exigir, em alguns casos, novas intervenções cirúrgicas para correção de cicatrizes malformadas (Diniz; Duarte, 2004).

A Categoria C refere-se às intervenções que devem ser aplicadas com cautela, devido à ausência de evidências conclusivas quanto aos seus efeitos. A ocitocina sintética e a manobra de Kristeller são exemplos emblemáticos (Brasil, 2011g). As informações do estudo *Nascer no Brasil* indicam que 40% das mulheres receberam ocitocina e amniotomia durante o parto, e 37% foram submetidas à manobra de Kristeller (Tesser *et al.*, 2015).

No documentário, Ana Previtalli denuncia o uso abusivo da ocitocina, administrada para acelerar artificialmente o parto e “liberar vagas”, desconsiderando os riscos envolvidos. O uso indiscriminado desse hormônio aumenta a intensidade das contrações, eleva o sofrimento materno e pode elevar em excesso a frequência cardíaca da parturiente, além de comprometer a oxigenação do bebê, gerando riscos neurológicos (Sauaia; Serra, 2016).

A manobra de Kristeller, criticada por Simone Diniz e outros especialistas no filme, quando realizada sem indicação clínica e sem o devido esclarecimento, é uma forma de violência obstétrica. Essa prática consiste na aplicação de pressão no fundo uterino, podendo causar lesões internas graves, hemorragias, fraturas de costelas e traumas abdominais. Além disso, aumenta a probabilidade de complicações para o recém-nascido, incluindo distócia de ombros, fraturas de clavícula e trauma encefálico (Sauaia; Serra, 2016).

Por fim, a Categoria D engloba práticas frequentemente mal utilizadas, a exemplo da restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto, dos exames vaginais repetidos, especialmente realizados por diferentes profissionais (Brasil, 2011g). O *Renascimento do Parto 2* evidencia essa violação por meio do relato de uma mulher submetida a múltiplos toques vaginais ao longo do trabalho de parto. Além disso, Ana Lúcia Keunecke denuncia um caso em que uma gestante foi examinada por oito profissionais distintos com fins de ensino. Tais condutas configuram formas de violência física e sexual, frequentemente naturalizadas nos contextos hospitalares. Estudos

apontam que cerca de 20% das parturientes vivenciaram experiências semelhantes (Brandt *et al.*, 2018). Ademais, a pesquisa *Nascer no Brasil* indica que apenas 26% das mulheres puderam se alimentar durante o parto (Tesser *et al.*, 2015), evidenciando a persistência dessa prática restritiva, também relatada no documentário.

A análise das categorias mostra que, embora existam normativas bem fundamentadas, como as diretrizes da OMS e do Ministério da Saúde, sua implementação é limitada por uma cultura obstétrica hierárquica, medicalizada e que nega autonomia. A persistência de procedimentos contraindicados, aliada à negligência das boas práticas, revela não apenas falhas na formação e gestão dos serviços, mas também a urgência de uma transformação estrutural na assistência obstétrica no Brasil.

Ao longo deste capítulo, demonstrou-se que a violência obstétrica é sistemática e profundamente enraizada na organização institucional dos serviços de saúde. A análise partiu da articulação entre os testemunhos de mulheres e especialistas apresentados no documentário *O Renascimento do Parto 2* (2018), com os marcos legais e políticas públicas, revelando o distanciamento entre os direitos previstos em diretrizes oficiais e a realidade vivida nas maternidades brasileiras.

A pesquisa evidenciou que práticas desaconselhadas desde o início dos anos 2000, como episiotomia de rotina, manobra de Kristeller, uso indiscriminado de ocitocina, restrição de movimento, exames vaginais repetidos e negação de acompanhante, permanecem como parte do cotidiano obstétrico. Tais condutas revelam uma lógica disciplinadora, voltada a tornar o corpo feminino obediente e funcional à ordem hospitalar.

Esses procedimentos não afetam todas as mulheres da mesma maneira: mulheres negras, pobres e com menor escolaridade são submetidas a um tratamento mais violento e desumanizado, conforme evidenciam dados da pesquisa *Nascer no Brasil* (2012) e entrevistas do documentário. Ferreira (2022) reforça que a violência obstétrica naturaliza a punição de corpos marcados por raça, classe e território. No setor privado, aparece sob a forma de cesarianas desnecessárias e mercantilização do parto; no público, por meio de intervenções dolorosas, ausência de acolhimento e posturas autoritárias (Ferreira, 2022).

Embora as políticas públicas tenham produzido avanços importantes, o discurso da humanização ainda encontra sérias limitações diante das resistências institucionais, hierarquias e desigualdades estruturais. Como salienta Ferreira (2022), a transformação desse cenário não se dará por meio de ações pontuais, condutas

individuais ou experiências isoladas de boas práticas, mas do rompimento com os pactos de silêncio que cercam temas como a dor, a sexualidade e a morte, enfrentando fundamentos patriarcais, racistas e coloniais que estruturam o sistema político e médico brasileiro.

Por fim, as análises realizadas indicam que a superação da violência obstétrica não é apenas uma demanda por melhores práticas. É necessário promover uma mudança profunda na lógica de cuidado, na formação dos profissionais de saúde e na estrutura institucional. Trata-se de uma transformação essencialmente política, feminista e coletiva — e deverá passar pela denúncia, pela escuta das mulheres e pela reconstrução de um modelo que reconheça a dignidade e a autonomia dos corpos que gestam e dão à luz (Ferreira, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encerrar esta dissertação é, antes de tudo, reconhecer a potência de um gesto: o de escutar o que tantas vezes foi silenciado. Partindo do documentário *O Renascimento do Parto 2* (2018), este trabalho se dedicou a investigar como a violência obstétrica se manifesta na assistência ao parto no Brasil, problematizando a distância entre as diretrizes das políticas públicas de humanização e a realidade vivida pelas mulheres durante a gestação, parto e puerpério. Escutar essas experiências, articulando-as a uma crítica das instituições que deveriam protegê-las e das práticas médicas, permitiu compreender a violência obstétrica como uma violência de gênero, enraizada em desigualdades históricas e sustentada por discursos que desautorizam e silenciam as mulheres. Que esta escuta, possa contribuir para deslocar verdades estabelecidas e abrir caminho para práticas de cuidado centradas na dignidade, na autonomia e no respeito

O primeiro capítulo reconstruiu o percurso histórico e social que permitiu a emergência do debate sobre violência obstétrica no Brasil. Desde a década de 1980, grupos organizados de mulheres passaram a denunciar práticas abusivas na assistência ao parto e a questionar a lógica medicalizada que tratava o corpo feminino como objeto de controle institucional. Inserido no chamado “terceiro momento” do feminismo brasileiro, esse período marcou a ampliação das pautas para além das questões civis e trabalhistas, direcionando a atenção para a violência contra as mulheres e sua saúde. A forte atuação do movimento feminista tanto nos espaços de militância quanto

na formulação de políticas públicas, resultou em diversas iniciativas, a exemplo da criação do PAISM (1983), do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a fundação da ReHuNa (1993), os quais constituíram marcos decisivos para a institucionalização do cuidado e para a crítica ao modelo tecnocrático de nascimento. Foi nesse cenário que surgiram as primeiras denúncias sobre o tratamento desumano vivenciado por mulheres durante o parto.

Ao longo da década de 2010, o tema ganhou força a partir de pesquisas acadêmicas que trouxeram dados concretos sobre a magnitude do problema, como o estudo *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado* (2010) e o inquérito *Nascer no Brasil* (2011-2012). Esses levantamentos revelaram que grande parte das mulheres vivenciava algum tipo de violência durante o parto, muitas vezes invisível aos olhos da sociedade, mas profundamente impactante em suas vidas e em suas famílias. Ao documentar práticas como a episiotomia de rotina, o uso de ocitocina sem informação prévia e a proibição de acompanhante durante o parto, os estudos mostraram que tais condutas não apenas contrariam evidências científicas sobre boas práticas obstétricas, como também configuram violações dos direitos humanos. A partir daí, a violência obstétrica começou a ser discutida em relatórios de organizações internacionais, como a OMS, que passou a reconhecer o desrespeito e os maus-tratos durante o parto como uma forma de violência de gênero.

Nesse contexto, a internet desempenha um papel central. Casos emblemáticos como o de Adelir Carmen Lemos de Goés resultaram em manifestações, mostrando como a violação de direitos reprodutivos e a negação da autonomia da mulher não se mantinham escondidas nas paredes das maternidades. Ao mesmo tempo, blogs, campanhas online, redes sociais, videodocumentários e ciberativismo permitiram que relatos antes silenciosos se tornassem públicos, conectando mulheres de diferentes regiões e transformando experiências pessoais em narrativas coletivas de denúncia e empoderamento. Documentários como *Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras* (2012) e *O Renascimento do Parto* (2013, 2018) ilustram como o audiovisual se tornou um instrumento poderoso de sensibilização e engajamento social, aproximando o debate acadêmico, ativista e público em geral. Essas práticas promoveram a circulação de informações sobre direitos reprodutivos e sobre modelos alternativos de assistência, como o parto humanizado.

O movimento feminista não apenas evidenciou abusos, mas também construiu alternativas de cuidado. Casas de acolhimento, grupos de apoio e a atuação de

doulas, psicólogas e profissionais de saúde dedicadas à humanização do parto mostram que a resistência se materializa em ações concretas que oferecem suporte e informação. Assim, a análise evidenciou que a visibilidade da violência obstétrica no século XXI é resultado de um longo processo de mobilização política, enraizado nas lutas feministas e potencializado pelas plataformas digitais e produções audiovisuais, que abriram espaço para a escuta, a partilha e o enfrentamento das violências cotidianas que marcam o nascimento no Brasil.

No segundo capítulo, analisamos *O Renascimento do Parto 2* como prática discursiva situada, marcada por escolhas narrativas, disputas simbólicas e posicionamentos políticos. Longe de ser um reflexo neutro da realidade, o documentário inter-vém nos debates contemporâneos, resgatando memórias silenciadas, questionando verdades instituídas e propondo novas formas de visibilidade. A obra atua na produção de sentidos sobre o corpo feminino e o nascimento, reposicionando as mulheres como sujeitos de direito em um campo historicamente dominado por saberes médicos e institucionais.

Seu caráter contra-hegemônico evidencia que outro modelo de assistência é possível, embora seu acesso ainda seja desigual. Observou-se que a humanização do parto não se manifesta da mesma forma para todas: mulheres de classes médias e altas têm maior acesso a equipes privadas e experiências respeitosas, enquanto mulheres negras e periféricas enfrentam barreiras materiais e simbólicas, como racismo institucional, estereótipos e negligência, que elevam o risco de morbimortalidade materna.

A subjetividade e a posição social dos diretores são constitutivas da linguagem documental. Nichols (2016) observa que todo documentário é mediado por quem realiza e como percebe o mundo. Em *O Renascimento do Parto 2*, podemos perceber como o diretor, pertencente a um grupo social de maior escolaridade e inserção urbana, privilegia experiências de mulheres brancas e de classes médias, com acesso a equipes privadas. Essa escolha evidencia que, mesmo em produções contra-hegemônicas, a classe influencia quais experiências são narradas e como a humanização é representada.

No plano simbólico e estético, a obra contribui para a construção de novos imaginários sobre o nascimento, resgatando saberes ancestrais e afirmando o direito das mulheres à autonomia reprodutiva. Contudo, corre o risco de instaurar um novo ideal normativo: o do “parto belo”, que desconsidera as desigualdades de classe, raça e

acesso a recursos. Como alertam Diniz (2001) e Tornquist (2002), mesmo discursos que se pretendem subversivos podem reproduzir expectativas de harmonia, vivência empoderadora da dor e parto como experiência simbólica de autotransformação, que não são acessíveis a todas as mulheres, excluindo formas legítimas e plurais de parir. Dessa forma, o documentário pode acabar padronizando o parto humanizado, impondo um novo critério moral e estético.

A alternância entre relatos de experiências traumáticas e registros de partos humanizados reforça a tensão entre regimes de verdade distintos: o conhecimento biomédico hierárquico e as práticas humanizadas baseadas na escuta, no cuidado e no protagonismo das mulheres. Entretanto, a ausência de relatos de mulheres negras como protagonistas de suas narrativas de parto evidencia a persistência de um apagamento simbólico e histórico, reproduzindo, ainda que de forma não intencional, uma falsa universalidade da experiência de humanização. Essa ausência reforça que a memória da violência obstétrica não é neutra, sendo atravessada por recortes de classe e raça que moldam quem tem visibilidade e voz.

Recordar a violência sofrida não é apenas rememorar experiências individuais, mas reconstruí-las socialmente, em meio a tensões de poder, apagamentos e resistências. Muitas mulheres tiveram suas vivências deslegitimadas ou minimizadas, seja por vergonha, descrédito ou pela autoridade institucional da medicina tecnocrática. Ao resgatar trajetórias apagadas e restituir a palavra às mulheres cujos corpos foram marcados pela violência em nome da autoridade médica, o filme se constitui como agente ativo na construção da memória coletiva. O que está em disputa não é apenas o passado, mas também os futuros que ele projeta. O gesto de lembrar, nesses termos, é também um gesto de transformação (Jelin, 2002).

No terceiro capítulo, a análise desenvolvida demonstra que a violência obstétrica não se trata de episódios isolados, mas de um padrão institucionalizado. Os relatos do documentário mostram de forma contundente como práticas autoritárias e intervencionistas se manifestam no cotidiano das maternidades, expondo mulheres a violências físicas, psicológicas, institucionais e sexuais. Procedimentos como episiotomias de rotina, manobra de Kristeller, negação de informações, humilhações e julgamentos, revelam que o parto se torna um espaço de exercício de poder, no qual corpos e vozes femininas são regulados e submetidos a normas invisíveis, mas profundamente sentidas.

Nesse contexto, histórias como a da mulher amarrada à maca por insistir no parto normal, a que se sentiu “um animal em cativeiro” ou a jovem coagida a uma cesárea sob ameaça de morte mostram que a resistência é punida e a submissão, exigida. A lógica disciplinar, centrada em hierarquias profissionais, protocolos rígidos e rotinas padronizadas, impõe uma obediência silenciosa. A autonomia das gestantes é frequentemente ignorada: decisões sobre posição durante o parto, presença de acompanhante ou escolha de procedimentos são tomadas por profissionais que exercem autoridade normativa, naturalizando intervenções e limitando o protagonismo das mulheres.

Ao examinar a implementação das políticas públicas de humanização — PHPN, PNAISM, Lei do Acompanhante e Rede Cegonha — fica evidente que avanços conceituais existem, mas sua efetividade encontra barreiras significativas. Persistem obstáculos materiais, culturais e institucionais, como a resistência de profissionais, estrutura inadequada, hierarquias rígidas, a desigualdade de informação, estereótipos de classe e raça e a naturalização da medicalização do parto, os quais limitam a concretização de direitos. Apesar das normas e programas, práticas desrespeitosas e intervencionistas persistem, mostrando que políticas públicas isoladas não bastam para transformar o cotidiano da assistência obstétrica.

As desigualdades de gênero, raça, classe e idade atravessam cada experiência de parto, revelando padrões diferenciados de violência e exclusão. Mulheres negras e pobres enfrentam riscos maiores, desde o pré-natal até o pós-parto, com menor acesso a informações, acompanhamento profissional consistente e oportunidades de escolha. Mulheres de classes mais altas podem sofrer intervenções desnecessárias, como cesarianas eletivas, mas em contextos que escondem a violência por meio do conforto e da aparência de cuidado. Esses contrastes mostram que a violência obstétrica é marcada por discriminação estrutural: nem todas as mulheres sofrem da mesma forma, mas todas permanecem submetidas à lógica disciplinar do sistema de saúde.

Sendo assim, compreende-se a violência obstétrica como violência misógina, direcionada ao controle e à punição da sexualidade feminina. Trata-se de uma prática que assume contornos distintos conforme os marcadores sociais que atravessam cada corpo — como classe, raça, etnia e território — refletindo desigualdades estruturais no cuidado (Ferreira, 2022).

Esse percurso reforça a necessidade de transformações profundas, que vão além de protocolos ou campanhas de conscientização. Superar a violência obstétrica exige reconfigurar a cultura institucional, valorizar a escuta das mulheres, promover formação profissional sensível e interseccional, e reconhecer o parto como experiência de protagonismo feminino. Essa mudança não ocorrerá por ações isoladas, mas por meio de um processo coletivo e feminista, capaz de questionar o modelo tecnocrático de atenção, de modo que a violência não continue a operar de maneira silenciosa, mas devastadora, dentro das maternidades. Romper os pactos de silêncio é fundamental, e este trabalho é um esforço nesse sentido.

A humanização, quando convertida em discurso vazio, corre o risco de ser instrumentalizada sem escuta real às mulheres. Para Tornquist (2004), uma assistência verdadeiramente humanizada exige o reconhecimento da singularidade de cada experiência, políticas públicas eficazes e o enfrentamento das desigualdades de classe, raça e acesso aos serviços de saúde.

Ao concluir esta trajetória investigativa, é fundamental reconhecer tanto os alcances quanto as limitações do estudo. O documentário *O Renascimento do Parto 2* (2018), dirigido por Eduardo Chauvet, serviu como fonte central para iluminar as estruturas de opressão que atravessam o campo obstétrico no Brasil e evidenciar a urgência de narrativas que contemplem vozes historicamente silenciadas — mulheres negras, indígenas, periféricas e trans. A ausência dessas protagonistas reflete escolhas do diretor, concentrando a narrativa em experiências majoritariamente brancas e de classe média, o que limita a abrangência das conclusões da pesquisa e reforça a necessidade de integrar dados de estudos complementares para ampliar a compreensão da violência obstétrica sob uma perspectiva interseccional.

A análise evidencia que a violência obstétrica se mantém enraizada em estruturas de poder históricas, atravessadas pelo patriarcado, pelo racismo institucional e pela hierarquização dos saberes, manifestando-se por meio de mecanismos disciplinares sobre os corpos das mulheres. O cinema cumpre papel estratégico na construção de discursos contra-hegemônicos e na formulação de uma memória sensível ao sofrimento das mulheres, promovendo escuta pública e reivindicando reconhecimento e transformação social. Entretanto, como toda representação, o filme também limita sua abrangência ao priorizar determinadas experiências e normatizar certos modelos de parto considerados ideais e relegar à margem saberes tradicionais, como os das

parteiras, cujos saberes e práticas seguem sendo apagados, mesmo em discursos que se pretendem transformadores.

Essas limitações conduzem a recomendações para pesquisas futuras: é urgente aprofundar investigações sobre a experiência de mulheres negras, indígenas e periféricas, cujas vivências de violência obstétrica são atravessadas por opressões interseccionais, como o racismo e a desigualdade social. Reconhecer essas lacunas amplia a compreensão do fenômeno e reforça a necessidade de construir um campo de estudo comprometido com a dignidade reprodutiva, a autonomia das mulheres e a valorização de suas narrativas como formas legítimas de conhecimento.

A violência obstétrica não é uma sombra do passado: ela é urgência cotidiana, é grito contido em cada mulher que sai de uma maternidade levando, além do filho nos braços, a dor calada da violência. É sobre essa dor que esta dissertação se debruçou — não para representá-la por completo, mas para escutá-la, nomeá-la e, sobretudo, enfrentá-la. Que esta escrita se una a tantas outras vozes que se levantam para transformar o silêncio em palavra, o trauma em memória e a denúncia em ação.

REFERÊNCIAS

Bibliografia

ALVES, Guilherme. et al. Relação entre iniquidade racial e violência obstétrica no parto. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás** - “Cândido Santiago”, v. 9 (9d3), p. 1-19, 2023. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/547>. Acesso em 12 jul. 2025.

ARCHANGELO, Rodrigo. **Um bandeirante nas telas de São Paulo**: o discurso adhemarista em cinejornais (1947–1956). 2007. 184 f. Dissertação (Mestrado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-03032008-140811/publico/DISSERTACAO_RODRIGO_ARCHANGELO.pdf. Acesso em: 21 jun. 2025.

BARROS, José d’Assunção. **Cinema e história** – as funções do cinema como agente, fonte e representação da história. *Ler História*, Lisboa, n. 52, p. 127-159, 2007. Disponível em: <https://journals.openedition.org/lerhistoria/2547>. Acesso em: 20 jun. 2025. Acesso em 12 jul. 2025.

BERTOLINI, Jeferson. **O conceito de biopoder em Foucault**: apontamentos bibliográficos. *Saberes: Revista interdisciplinar de Filosofia e Educação*, v. 18, n. 3, p.

86-100, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/368443595_O_CONCEITO_DE_BIODEPOUR_EM_FOUCAULT_APONTAMENTOS_BIBLIOGRAFICOS. Acesso em 12 jul. 2025.

BOURGUIGNON, Ana Maria; GRISOTTI, Marcia. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 485-502, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/zZddht4v88Y6Vz84frYyj7Q/>. Acesso em: 10 set. 2024.

BRANDT, Gabriela Pinheiro, et. al. **Violência obstétrica**: a verdadeira dor do parto. Revista Gestão e Saúde, v.19, n.1, p.19-37, 2018. <https://www.herrero.com.br/files/revista/file2a3ed78d60260c2a5bedb38362615527.pdf>. Acesso em 12 jul. 2025.

BOURDIEU, Pierre. Symbolic Violence. **Revista Latina de Sociología**, n.2, p.1-4, 2012. Disponible en: <https://revistas.udc.es/index.php/RELASO/article/view/relaso.2012.2.1.1203>. Acesso em 12 jul. 2025.

_____. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

_____. **A ilusão biográfica**. Actes de la recherche en sciences sociales, Paris, v. 62-63, p. 69–72, jun. 1986. Disponível em: https://historiacultural.mpbnet.com.br/pos-modernismo/BORDIEU_Pierre-A_ilusao_biografica.pdf. Acesso em: 16 jun. 2025.

BUTLER, Judith. **Desfazendo gênero**. São Paulo: Editora Unesp, 2022.

_____. **Problemas de gênero**. Feminismo e subversão da identidade. Brasil: Civilização Brasileira, 2003.

CALAFELL SALA, Núria. La violencia obstétrica y sus modelos de mundo. Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia, **Universidad de León**, n. 10, p. 331–354, jun. 2015. Disponível em: <https://revpubli.unileon.es/ojs/index.php/cuestionesdegenero/article/view/1350/1382>. Acesso em: 15 abr. 2025.

CARRIÈRE, Jean-Claude. **A linguagem secreta do cinema**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de parto e políticas do corpo**: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. Orientadora: Luzia Margareth Rago. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). 2011. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011. 341 f.

_____. O peso do corpo negro feminino no mercado da saúde: mulheres, profissionais e feministas em suas perspectivas. **Mediações**: Revista de Ciências Sociais, Londrina, v. 22, n. 2, p. 394-424, 2017. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/23609>. Acesso em: 20 jul. 2025.

CARNEIRO, Luiza; FRAGA, Rafaella. Justiça determina que grávida faça cesariana contra vontade no RS. **G1**, Rio Grande do Sul, 02 abril 2014. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/justica-determina-que-gravida-faca-cesariana-contra-vontade-no-rs.html>. Acesso em: 10 nov. 2024.

CASTRO, Roberto; ERVITI, Joaquina. **Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos**. Cuernavaca: CRIM-UNAM, 2015.

CAVALCANTE, Emanuel Bernardo Tenório. O conceito de adultocentrismo na História: diálogos interdisciplinares. **Fronteiras: Revista de História**, Dourados, v. 23, n. 42, p. 196-215, 2021. Disponível em: <https://ojs.ufgd.edu.br/FRONTEIRAS/article/view/15814/8561>. Acesso em 12 jul. 2025.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva *et al.* Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.32, n.4, p. 1297-1316, 2013. <https://www.scielo.org/pdf/physis/2013.v23n4/1297-1316/pt>. Acesso em 12 jul. 2025.

CAVALCANTI, Aline de Andrade Ramos. **Liberdade para nascer: uma análise do discurso de humanização do parto no cinema documentário ativista**. 2014. 174 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/11319>. Acesso em: 16 jul. 2025.

CASTRILLO, Belén. Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, núm. 24, p.43-68, 2016. <https://www.scielo.br/j/sess/a/jXWfHQCDHrHMGpSqNB93ZPD/?format=pdf&lang=es>. Acesso em 12 jul. 2025.

CERTEAU, Michel de. *A escrita da História*. Trad. Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CHADWICK, Rachelle. Ambiguity, ambivalence and contradiction: a Foucauldian analysis of natural birth discourses in South African birth activism. **South African review of Sociology**, v.48, n. 3, p. 34-52, 2017. <https://doi.org/10.1177/0959353517692607>. Acesso em 12 jul. 2025.

CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre a mulher e violência. *In: CARDOSO, R. (Org). Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar, p. 25-72 1985.

CHARTIER, Roger. **A beira da falésia – A História entre Certezas e Inquietude**. Porto Alegre: Editora da UFRS, 2002.

COSTA, Cristiane. Rede. *In: HOLLANDA, Heloisa Buarque (org.). Explosão feminista: arte, cultura, política e universidade*. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2018.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

CRENSHAW, Kimberlé. Cartografias das margens: interseccionalidade, políticas de identidade e violência contra mulheres não brancas. *In*: HOLLANDA, Heloísa Buarque de (org.). **Pensamento feminista: conceitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. p. 447-482.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

DAVIS-FLOYD, Robbie E. The technocratic model of birth. **The Journal of American Folklore**, v. 100, n. 398, p. 479-498, 1987. Disponível em: <http://www.davis-floyd.com/wp-content/uploads/2016/10/Davis-Floyd-1987-The-Technological-Model-of-Birth.pdf>. Acesso em: 11 set. 2024.

DÍAZ GARCÍA, Luis Iván; FERNÁNDEZ, Yasna M. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. **Revista de derecho (Valparaíso)**, n. 51, p. 123-143, 2018. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-68512018000200123&script=sci_arttext. Acesso em 05 out. 2024.

DINIZ, Simone Grilo *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-772570>. Acesso em: 11 set. 2024.

_____. Cuidando do prazer. *In*: DINIZ, Carmen Simone Grilo *et al.* (org.). **Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000.

_____. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. 264 f.

_____, *et al.* Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 561-572, 2016. <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2016.v25n3/561-572/pt>. Acesso em 12 jul. 2025.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. <https://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>. Acesso em 12 jul. 2025.

_____; DUARTE, Ana Cristina. **Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)**. Editora UNESP, 2004.

_____. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 48, p. 217–220, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/gtMZ7BgtY6c8nHHT6gTtDjC/>. Acesso em: 16 jul. 2025.

DÍAZ GARCÍA, L.; FERNÁNDEZ, Y. M. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. **Revista de derecho** (Valparaíso), n. 51, p. 123-143, 2018. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-68512018000200123&script=sci_arttext. Acesso em 05 mai. 2024.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, Londres, v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, 2002. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)08592-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)08592-6/abstract). Acesso em: 10 out. 2024.

DUARTE, Ana Cristina. Violência obstétrica. In: **Estuda, Melania, Estuda**, 15 fevereiro 2013. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com/2013/02/guest-post-violencia-obstetrica-by-ana.html>. Acesso em: 10 set. 2024.

EQUIPE DO COLETIVO. História do Coletivo. In: DINIZ, Carmen Simone Grilo *et al.* (org.). **Saúde das mulheres**: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000.

FARIA, Ana Lúcia Goulart de; SANTIAGO, Flávio. Para além do adultocentrismo: uma outra formação docente descolonizadora é preciso. **Educação e Fronteiras**, Dourados, v.5, n.13 p. 72-85, 2015.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. Rio de Janeiro: Editora Elefante, 2017.

FERREIRA, Maíra Soares. Geografías brasileñas del dolor: la violencia obstétrica como un castigo sexual a las mujeres. In: CASTRO, Roberto; FRÍAS, Sonia M. (Coords.). **Violencia obstétrica y ciencias sociales**: estudios críticos en América Latina. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, p. 235–256, 2022.

FLORES, Carolina Alta; NETTO, Vitor de Mello. “É para o seu bem”: a “violência perfeita” na assistência obstétrica. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.3, p. 1-23, 2023.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

_____. **A Ordem do Discurso**: aula inaugural no Collège de France, Pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Trad. de Laura Fraga de Almeida Sampaio. 3. ed. São Paulo: Ed. Loyola, 1996.

_____. A vida dos homens infames. In: _____. **Estratégia, poder-saber**. Ditos e escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p.203-222, 2003.

_____. **A arqueologia do saber**. Trad. Luiz Felipe Baeta Neves. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber**; tradução de Maria Thereza da Costa e J. A. Guilhon Albuquerque. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

GOER, Henci. Cruelty in maternity wards: fifty years later. **The Journal of perinatal education** [S.l.], v. 19, n. 3, p. 33-42, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920649/>. Acesso em 10 set. 2024.

GOMES, Samara Calixto *et al.* **Renascimento do parto**: reflexões sobre a medicalização da atenção obstétrica no Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 71, n. 5, p. 2594–2598, set./out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nHFxfwdbY9sCV7KcHyP9Rfh/?lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2025.

GOMES, Bruna Maria Costa; SOUZA, Stephany dos Santos Silva. **Da medicalização do Parto à violência obstétrica**: tecituras sob o ponto de vista interseccional. *Revista Periódicus*, v.1, n. 17, p. 72-92, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/35531>. Acesso em 12 jul. 2025.

GIACOMINI, Sonia Maria; HIRSCH, Olívia Nogueira. Parto “natural” e/ou “humanizado”? Uma reflexão a partir da classe. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 1, e57704, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/pr6t6CkMxPyxhQL9BfCTW4P/abstract/?lang=pt>. Acesso em 08 mai. 2025.

GUILLÉN, Francisca Fernández. ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. **Dilemata**, año 7, n. 18, p. 113-128, 2015. Disponível em: <https://dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/375/380>. Acesso em 12 jul. 2025.

GUSMÃO, Tássia Raquel Marques. **O parto desejado: projetos e trajetórias na busca do parto “humanizado”**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

HALBWACHS, Maurice. *A memória coletiva*. Tradução de Jean Duvignaud. São Paulo: Vértice, 1990.

HALL, Stuart. **Introducción: ¿Quién necesita «identidad»?** In: HALL, Stuart; DU GAY, Paul (orgs.). *Cuestiones de identidad cultural*. Buenos Aires: Amorrortu, 2003. p. 13–39.

HOLLANDA, Heloisa Buarque de. **Explosão feminista**: arte, cultura, política e universidade. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2018.

JELIN, Elizabeth. **Los trabajos de la memoria**. Madrid: Siglo XXI, 2002.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 1-17, 2017.

<https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em 12 jul. 2025.

DE LAURETIS, Teresa. **Alicia ya no. Feminismo, Semiótica, Cine**. Universitat de València / Instituto de la Mujer, Madrid: Ediciones Cátedra, 1984.

LUZ, Lia Hecker. **O renascimento do parto e a reinvenção da emancipação social na blogosfera brasileira**: contra o desperdício das experiências. 2014. 155 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/items/50f90b6c-5990-493b-9b08-973278a838be>. Acesso em: 16 jul. 2025

MATOS, Marlise. Movimento e teoria feminista. É possível reconstruir a teoria feminista a partir do sul global? **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 67-92, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/d3NZRM8zPZb49RYwdSPr5jQ/?format=pdf>. Acesso em 18 nov. 2024.

MANFRINI, Daniele Beatriz. **‘Somos Todxs Adelir’**: Partir de si e ação política frente à violência obstétrica em Florianópolis. Orientadora: Teresa Kleba Lisboa. 2017. Tese (Doutorado em Ciências Humanas), Faculdade Interdisciplinar em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. 287 f.

MARTIN, Marcel. **A linguagem cinematográfica**. Trad. Lauro António e Maria Eduarda Colares. Lisboa, 2005.

MARTINS, Aline de Carvalho; BARROS, Geiza Martins. Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. **Revista Dor**, São Paulo, v. 17, n.3, p. 215-218, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/tgYkjrZLZ3MQxmpmknYRbqk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 12 jul. 2025.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. **Arte & ensaios**, n. 32, p. 122-151, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993>. Acesso em 22 mai. 2025.

METZ, Christian. **O Significante Imaginário, Psicanálise e Cinema**. Livros Horizonte, 1980.

MENDONÇA, Sara Sousa. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas**, Porto Alegre, v.15, n.2, 2015, pp. 250-271. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/civitas/a/W9cNfCspgPLNXJxsmzHR5YH/?format=html&lang=pt>. Acesso em 17 jun. 2025.

MORAES, Amanda Caroline Martins Machado de. et al. Parto e ocitocina: a violência obstétrica caracterizada pela imprudência. **Revista Remecs-Revista**

Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde, v. 7, n. 12, p. 11-20, 2022. Disponível em: <https://www.revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/811>. Acesso em: 20 nov. 2024.

MORETTIN, Eduardo Victorio. O cinema como fonte histórica na obra de Marc Ferro. **História: Questões & Debates**. Curitiba: Editora UFPR, n. 38, p. 11-42, 2003. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/historia/article/view/2713/2250>. Acesso em: 21 dez. 2024.

MORIN, Edgar. **O cinema ou o homem imaginário**. Ensaio de Antropologia Sociológica. São Paulo: Editora É Realizações, 2014.

MOTT, Maria Lúcia. **Parto, parteiras e parturientes**: o nascimento do Brasil urbano. São Paulo: Hucitec, 2002.

MUGGAH, Robert; DINIZ, Gustavo. **Prevenindo a violência na América Latina por meio de novas tecnologias** [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé, 2014. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/pdf/resrep20629.pdf>. Acesso em 28 nov. 2024.

NICIDA, Lucia Regina de Azevedo. A medicalização do parto no Brasil a partir do estudo de manuais de obstetrícia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1147-1154. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/XP3PRhKTFf6JWRC6xkYfQdJ/>. Acesso em: 16 jul. 2025.

NAPOLITANO, Marcos. Fontes audiovisuais: A história depois do papel. In: PINSKY Carla Bassanezi. (Org.) **Fontes históricas**. 2 ed. 1ª reimpressão. São Paulo: Contexto, p. 235-289, 2008.

NICHOLS, Bill. **Introdução do documentário**. Tradução: Mônica Saddy Martins. 6ª ed. Campinas, São Paulo: Papirus, 2016.

O'BRIEN, Elizabeth; RICH, Miriam. Obstetric violence in historical perspective. **The Lancet**, Londres, v. 399, n. 10342, p. 2183-2185, 2022. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01022-4/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01022-4/abstract). Acesso em: 11 set. 2024.

OLIVEIRA JR, Luiz Carlos. **A mise en scène no cinema**: do clássico ao cinema de fluxo. Campinas: Papirus, 2013.

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu**, v.49, p. 1-37, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/xpCQkdXRrdcQsZZST5bC99Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 12 jul. 2025.

_____; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1039–1061, out.–dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500008>. Acesso em: 16 jul. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/4ndgv>. Acesso em 12 jul. 2025.

PEREZ, Olivia Cristina; RICOLDI, Arlene Martinez. A quarta onda feminista no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis v. 31, n. 3, p.1-13, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/3D7wfT8QmwRfJMv38PrG4tN/>. Acesso em: 25 nov. 2024.

PESAVENTO, Sandra. História cultural: caminhos de um desafio contemporâneo. *In: Narrativas, imagens e práticas sociais*: percursos em história cultural. (Org): Pesavento, S. J; Santos, N.M.W; Rossini, M.S. Porto Alegre: Asterisco, 2008, p. 11–10.

PICHETH, Sara Fernandes. Et. al. A transnacionalização do parto normal no Brasil: um estudo das últimas cinco décadas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n.4, p. 1063-1082, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/CPfqzSnWY95FgDRvjWbD7cL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 12 jul. 2025.

PINTO, Céli Regina Jardim. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.

PRIORI, Angelo; KISCHENER, Manoel Adir. Conversas sobre direitos e dignidade da pessoa humana. *In: PRIORI, Angelo; FELIPE, Delton Aparecido; PEREIRA, Márcio José (Org.). Conversas sobre direitos humanos e práticas educativas no espaço escolar*. Maringá, PR: Edições Diálogos, 2019.

POLLAK, Michael. Memória, esquecimento, silêncio. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 3–15, 1989. Disponível em: https://www.uel.br/cch/cdph/arqtxt/Memoria_esquecimento_silencio.pdf. Acesso em: 20 jun. 2025.

PULHEZ, Mariana Marques. Violência obstétrica no Brasil: controvérsias em torno de um conceito. **CSONline – Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Juiz de Fora, n. 33, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/31695>. Acesso em: 11 set. 2024.

QUATTROCCHI, Patrizia. Violencia obstétrica desde América Latina hasta Europa: similitudes y diferencias en el debate actual. QUATTROCCHI, Patrizia; MAGNOME,

Natalia. (coord.). **Violencia obstétrica en América Latina**: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias. Universidad Nacional de Lanús, 2020, p. 195-201. *E-book*. Disponível em: <https://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/7>. Acesso em: 03 out. 2024.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 595-602, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2009.v13suppl1/595-602/pt>. Acesso em: 11 set. 2024.

RAMÍREZ, Gabriela Arguedas. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. **Cuadernos intercambios sobre Centroamérica y el Caribe**, vol. 11, n.1, p. 145-169, 2014. Disponible en: <https://archivo.revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238/13530>. Acesso em 12 jul. 2025.

REYES, Ester Espinoza. La pirámide de la violencia obstétrica: dimensiones culturales y estructurales. In: CASTRO, Roberto; FRÍAS, Sonia M. (Coords.). **Violencia obstétrica y ciencias sociales**: estudios críticos en América Latina. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2022. p. 181–202.

RIBEIRO, Diana; NOGUEIRA, Conceição; MAGALHÃES, Sara Isabel. As ondas feministas: continuidades e descontinuidades no movimento feminista brasileiro. **Sul-Sul - Revista de Ciências Humanas e Sociais**. Bahia, p. 57-76, 2021. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/136148/2/496080.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2024.

REGIS, Jacqueline Fiuza da Silva; FEIJÓ, Glauco Vaz. Marcas da colonialidade no movimento pela humanização do parto no Brasil a partir dos filmes *O renascimento do parto* 1 e 2. **Discurso & Sociedad**, vol. 13, n.1, 2019, p. 118-138. Disponível em: <https://rua.ua.es/entities/publication/10b0a47f-651e-4372-894c-15223119842c>. Acesso em 03 mai. 2025.

RIGHETTI, Natalia; DI MARCO, Martín Hernán. Un análisis crítico de las conceptualizaciones de la violencia obstétrica. In: CASTRO, Roberto; FRÍAS, Sonia M. (Coords.). **Violencia obstétrica y ciencias sociales**: estudios críticos en América Latina. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, p. 67–100, 2022.

ROSENSTONE, Robert. **A história nos filmes, os filmes na história**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

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

SADLER, Michelle *et al.* Para além do desrespeito e do abuso: as dimensões estruturais da violência obstétrica. In: PORTELLA, Ana Paula; DINIZ, Simone (coord.). **Violência: uma barreira para a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos**. Recife:

Grupo Curumim Gestação e Parto, 2017, p. 64-72. *E-book*. ISSN 1809-9785. Disponível em: <https://srhm-cdn-1.s3.eu-west-2.amazonaws.com/wp-content/uploads/2018/04/19145839/2017-RHM-in-Portuguese.pdf#page=64>. Acesso em: 13 nov. 2024.

SÁNCHEZ, Silvia Bellón. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. **Dilemata**, año 7, n.18, p.93-11, 2015. Disponible en: <https://dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374/379>. Acesso em 12 jul. 2025.

SANTANA, Thaianne Sousa. O direito e a re(construção) da memória coletiva: mulheres negras e a violência em forma de estereótipo num estado negacionista. **Jus Scriptum' Internacional Journal of Law**, v.7, Esp. p.121-163, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29327/5282263.1-4>. Acesso em 18 jun. 2025.

SANTOS, Verônica Aline Matos. “Era uma longa caminhada para chegar lá...” e “Lembra da mulher que ficou lá atrás?”: mulheres negras e a experiência em uma casa de parto humanizado na cidade de São Paulo. Dissertação (mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, 2024.

SANTOS, Raffaella Ayanne alves dos; MELO, Mônica Cecília Pimentel de; CRUZ, Daniel Dias. Trajetória da humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa da literatura. **Cadernos de Cultura e Ciência**, v. 13, n.2, p.76-89, 2015. <https://pdfs.semanticscholar.org/0c62/fc93aabaa2bb92d2a9cb61c52547194389eb.pdf>. Acesso em 12 jul. 2025.

SARTI, Cynthia Andersen. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 35–50, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/QVNKzsbHFngG9MbWCFFPPCv/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

_____. O início do feminismo sob a ditadura no Brasil: o que ficou escondido. In: **Congresso Internacional da LASA**, 21., 1998, Chicago, Illinois. Texto preparado para apresentação. Disponível em: <https://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/lasa98/Sarti.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2025.

SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma Dor Além do Parto: Violência Obstétrica em Foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**, Brasília, v. 2. n. 1, p. 128-147, 2016. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076>. Acesso em 12 jul. 2025.

SENLLE, Renata Garcia. **Conversas de Mães em Rede**: um percurso netnográfico, dos blogs maternos até a Bancada de Mães Ativistas nas eleições de 2018 no Facebook. Orientador: Paulo Roberto Nassar de Oliveira. 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências da Comunicação). Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. 289 f.

SENA, Ligia Moreiras. **“Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração.”** A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. Orientador: Charles Dalcanale Tesser. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). 2016. Faculdade de Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 268 f.

_____; TESSER, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 209-220, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/5yYdGTkjmRqRXnFJX6xfpk/>. Acesso em: 12 nov. 2024.

SILVA, Bruna Marques da. Direitos reprodutivos e esterilizações involuntárias: uma reflexão acerca da aplicação dos princípios da dignidade da pessoa humana à luz dos fundamentos morais kantiana. In: BARRETTO, Vicente de Paulo; ZAGHLOUT, Sara Alacoque Guerra; MARQUES, Clarice Gonçalves Pires. (Orgs.). **Dimensões teóricas e práticas dos direitos humanos**. Porto Alegre: Editora Fi, p.97-118, 2019.

SILVA, Tamara Queiroz Costa. **O discurso de humanização do parto no contexto da sociedade tecnocientífica contemporânea**. 2017. 161 f. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://pos.eicos.psicologia.ufrj.br/wp-content/uploads/2017_MEST_Tamara_Queiroz_Costa_Silva.pdf. Acesso em: 16 jul. 2025.

SILVA, Kátia Pereira da. **“O renascimento do parto”**: análise das contingências envolvidas na escolha do tipo de parto. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas, 2016. Disponível em: <https://ulbra-to.br/bibliotecadigital/uploads/document5d9246261b36c.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2025.

SILVA, Fernanda *et al.* “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.28, n.3, p.171–184, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZBMXtHqcSpYZJrXfsBF87Nt/?lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2025.

SOARES, Amanda Cantú Rodrigues; MAZZARINO, Jane Márcia. Feminismo de internet: como as redes sociais contribuem para o desenvolvimento da Quarta Onda Feminista no Brasil. **Contratexto**, Lima, n. 36, p. 261-286, 2021. Disponível em: <https://revistas.ulima.edu.pe/index.php/contratexto/article/view/5152>. Acesso em 4 nov. 2024.

SOIHET, Rachel. **Feminismos e antifeminismos**. Mulheres e suas lutas na conquista da cidadania plena. Rio de Janeiro: 7Letras, 2013.

_____. PEDRO, Joana Maria. A emergência da pesquisa da História das Mulheres e das Relações de Gênero. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 27, n. 54,

p. 281-300, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbh/a/QQh4kZdCDdnQZjv6rqJdWCc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 nov. 2024.

SOUSA, Rayza Sarmiento de. **Das sufragistas às ativistas 2.0**: feminismo, mídia e política no Brasil (1921 a 2016). Orientador: Ricardo Fabrino Mendonça. 2017. Tese (Doutorado em Ciência Política). Faculdade de Ciência Política, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. 219 f.

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo Rasga. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 832-846, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4JncpcMDZ7TQ9Hd7dkMPMpt/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2024.

TAVARES, Ludmila Aparecida; CAMPOS, Carmen Hein de. A convecção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “convenção de Belém do Pará”, e a Lei Maria da Penha. **Interfaces Científicas: Humanas e Sociais**. Aracaju, v.6, n.3, p. 9-18, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/humanas/article/view/3536/2672>. Acesso em 12 jul. 2025.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Salvador: AATR, 2002.

TELES, Maria Amélia de Almeida. **Breve história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.

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. Farm. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p.1-12, 2015. Disponível em; <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>. Acesso em 12 jul. 2025.

TOMAIN, Cássio dos Santos. O documentário e sua “intencionalidade histórica”. **Doc On-line**, n. 15, p. 11–31, dez. 2013. Disponível em: https://www.doc.ubi.pt/15/dossier_cassio_tomain.pdf. Acesso em: 17 abr. 2025.

TORO A, José Bernardo; WERNECK, Nisia Maria Duarte. **Mobilização Social**: um modo de construir a democracia e a participação. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483–499, jul./dez. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/4mpSbNhng5dV5kV6WT8Tc5J/>. Acesso em: 16 jul. 2025.

_____.TORNQUIST, Carmen Susana. **Parto e poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. 429 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas,

Florianópolis, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/86639>. Acesso em: 16 jul. 2025.

VACAFLO, Carlos Herrera. Género, responsabilidade penal y castigo: ¿cómo el derecho penal comprende a la violencia en la salud materna?. In: QUATTROCCHI, Patrizia; MAGNOME, Natalia. (coord.). **Violencia obstétrica en América Latina**: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias. Universidad Nacional de Lanús, 2020. p. 31-55. *E-book*. Disponível em: <https://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/7>. Acesso em: 03 out. 2024.

VIEIRA, Gabriella Bertrami. **O cinema e seus duplos**: olhares sobre as formas de crer em Santo Forte (1999), de Eduardo Coutinho. 2021. 182 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2021. Disponível em: <https://pph.uem.br/dissertacoes-e-teses-por-ano/mestrado/2021>. Acesso em: 02 jun. 2025.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2016.v25n3/535-549/pt/>. Acesso em 15 mai. 2025.

WOLFF, Leila Regina; VASCONCELOS MOURA, Maria Aparecida. A institucionalização do Parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 8, n. 2, p. 279-285, 2004. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127717713016.pdf>. Acesso em 12 jul. 2025.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; CALDERÓN URIBE, Magaly; DE NADAL, Ana Hertzog Ramos; HABIGZANG, Luísa Fernanda. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 29, e155043, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 jul. 2025.

Fontes

APÓS vigília, mulheres fazem ato contra parto forçado no centro de SP. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 12 abril 2014. Cotidiano. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1439953-apos-vigilia-mulheres-fazem-ato-contra-parto-forcado-no-centro-de-sp.shtml>. Acesso em: 13 nov. 2024.

BALOGH, Giovanna. Mulheres fazem protestos e vigília contra o caso Torres. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 10 abril 2014. Maternar. Disponível em: <https://maternar.blogfolha.uol.com.br/2014/04/10/mulheres-fazem-protestos-e-vigilia-contra-o-caso-torres/>. Acesso em: 06 nov. 2024.

BARIFOUSE, Rafael. Polêmica no RS: A cesárea era mesmo a única opção? **BBC NEWS BRASIL**, São Paulo, 04 abril 2014. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/04/140404_cesarea_debate_pai_rb. Acesso em: 12 nov. 2024.

BENFEITORIA. **O Renascimento do Parto**. Página oficial da campanha de crowdfunding de O Renascendo o Parto, © 2013. Disponível em: <https://benfeitoria.com/projeto/o-renascimento-do-parto>. Acesso em 19 jun. 2025.

BRASIL. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outra providência. **Diário Oficial**: seção 1, Morumbi, SP, 2015, n. 84, p. 1-6. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/aceso-rapido/documentos-sobre-o-comite-de-mortalidade-materna/2017/resolucao_ss42_06-05-2015_boas_praticas_do_parto_e_nascimento.pdf. Acesso em 10 mai. 2025.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF, 2013, nº 32.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de gestação de alto risco**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 23 nov. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em 12 jul. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2013, p. 130f. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF, 2011g.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Secretaria de Políticas de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 1, p. 69–71, jan.–abr. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/csvgvNHzkYX4xM4p4gJXrVt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 nov. 2024.

Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante**: a operação cesariana. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília, DF, 2015, n. 179, p. 106f. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf. Acesso em 22 jun. 2025.

BRUM, Eliane. A potência de Adelir. **El País**, Brasil, 14 abril 2014. Opinião. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2014/04/14/opinion/1397481297_943876.html. Acesso em: 03 nov. 2024.

CASO Adelir. Casoteca. *In*: **Fórum Justiça** [s.n.]. Disponível em: <https://casoteca.forumjustica.com.br/caso/caso-adelir/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

CETIC.BR. Em duas décadas, proporção de lares urbanos brasileiros com Internet passou de 13% para 85%, aponta TIC Domicílios 2024 [Internet]. **Cetic.br**, 31 outubro 2024. Disponível em: <https://cetic.br/pt/noticia/em-duas-decadas-proporcao-de-lares-urbanos-brasileiros-com-internet-passou-de-13-para-85-aponta-tic-domicilios-2024/>. Acesso em: 02 nov. 2024.

DIP, Andreia. Na hora de fazer não gritou. **Pública**, 25 março 2013. Mulheres, Saúde, SUS. Disponível em: <https://apublica.org/2013/03/na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em 11 nov. 2024.

EQUIPE DO BLOG. Un nuevo y gravísimo caso de violencia obstétrica: someten una mujer a cesárea en contra de su voluntad en Brasil. In: **El Parto es Nuestro**, Espanha, 07 abril, 2014. Disponible em: https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/04/07/un-nuevo-y-gravisimo-caso-de-violencia-obstetrica-someten-una-mujer-cesarea-en?utm_source=dlvr.it&utm_medium=Facebook. Aceso en: 08 nov. 2024.

FILMES FORA DA LATA. **O Renascimento do Parto – O Filme**, © 2024. Página oficial do documentário O Renascimento do Parto, dirigido por Eduardo Chauvet. Disponível em: <https://www.eduardochauvet.com/o-renascimento-do-parto-1>. Acesso em 04 jun. 2025.

GRUPO CERES. **Espelho de Vênus**: identidade social e sexual da mulher. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1981.

INSTITUTO NASCER. O Renascimento do Parto / parto in foco - íntegra. YouTube, 22 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=t8DljBDbhoE>. Acesso em 17 jun. 2025.

LISTEN With Mother. **AIMS Journal**, v. 19, n. 2. [Reino Unido], 2007. Disponível em: <https://www.aims.org.uk/journal/item/listen-with-mother>. Acesso em 16 nov. 2024.

MENDES, Valéria. Exame de grávida obrigada a fazer cesariana mostra 40 semanas de gestação. **Uai**, Belo Horizonte, 04 abril 2014. Saúde. Disponível em: <https://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2014/04/04/noticias-saude,192648/exame-de-gravida-obrigada-a-fazer-cesariana-mostra-40-semanas-de-gesta.shtml>. Acesso em: 10 nov. 2024.

MULHERES. Lançamento “O Renascimento do Parto” – Programa Mulheres – 06/08/2013. YouTube, 9 de agosto de 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=G7VLcjzhIZg>. Acesso em 10 jun. 2025.

MULLER, Marcelo. O Renascimento do Parto 2: entrevista exclusiva com Eduardo Chauvet. **Papo de Cinema**, 2018. Disponível em: <https://www.papodecinema.com.br/entrevistas/o-renascimento-do-parto-2-entrevista-exclusiva-com-eduardo-chauvet/>. Acesso em 27 jun. 2025.

O RENASCIMENTO do parto. Direção: Eduardo Chauvet. Roteiro e Produção: Érica de Paula. Brasil: Master Brasil Filmes, 2013. 1DVD (90 min). (Documentário).

O RENASCIMENTO do parto 2. Direção: Eduardo Chauvet. Produção: Dyogo Moises. Brasil: Master Brasil Filmes, 2018. 1DVD (91 min). (Documentário).

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica**: Parirás com dor. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC_VCM_367.pdf. Acesso em 10 mai. 2025.

PENINA, Mayara. O Renascimento do Parto 3: é preciso mudar a forma de nascer. **Lunetas**, 2018. Disponível em: <https://lunetas.com.br/o-renascimento-do-parto-3-e-preciso-mudar-a-forma-de-nascer/>. Acesso em 12 jun. 2025.

PINTO, Ana Carolina. Após caso de cesárea forçada, ato reúne mulheres em 22 cidades. **EXTRA**, Rio de Janeiro, 08 abril 2014. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/brasil/apos-caso-de-cesarea-forcada-ato-reune-mulheres-em-22-cidades-12127577.html>. Acesso em 12 nov. 2014.

PORZUCKI, Nina. In Brazil, half of all mothers have C-sections — whether they want it or not. **The Word**, Estados Unidos, 14 maio 2014. Saúde e Medicina. Disponível em: <https://theworld.org/stories/2014/05/14/why-are-cesarean-rates-brazil-so-high>. Acesso em: 08 nov. 2024.

REHUNA. Carta de Campinas – Ato de fundação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. Campinas, SP: **Amigas do Parto**, 2011. Disponível em: <https://ongamigasdoparto.blogspot.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html>. Acesso em: 11 set. 2024.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Ley 38668: Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela**, 2007. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em: 10 set. 2024.

REDE TVT. “Somos Todos Adelir”: ato reúne ativistas contra violência obstétrica. YouTube, 11 de abril de 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=rvOPLtMzTvs>. Acesso em 12 nov. 2024.

SANTA CATARINA. **Lei nº 16.869, de 15 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e estabelece outras providências. Florianópolis, 2016. Disponível em: https://leis.alesc.sc.gov.br/html/2016/16869_2016_Lei.html. Acesso em: 10 nov. 2024.

_____. **Lei nº 18.322, de 5 de janeiro de 2022**. Consolida as Leis que dispõem sobre Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Florianópolis, 2022. Disponível em: https://leis.alesc.sc.gov.br/html/2022/18322_2022_Lei.html. Acesso em: 10 nov. 2024.

SCHILLER, Rebecca. Forcing a woman to have a caesarean is an assault we won't tolerate. **The Guardian**, Londres, 11 abril 2014. Opinião Mulheres. Disponível em:

<https://www.theguardian.com/commentisfree/2014/apr/11/forcing-woman-caesarean-assault-brazilian-embassies-natural-birth>. Acesso em: 08 nov. 2024.

SIMONE G. Diniz e Priscila Cavalcanti: Evidências científicas e direitos das mulheres. **UOL**, São Paulo, 08 abril 2014. Opinião. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2014/04/1437308-simone-g-diniz-e-priscila-cavalcanti-evidencias-cientificas-e-direitos-das-mulheres.shtml>. Acesso em: 07 nov. 2024.

WORDPRESS. **Somos Todxs Adelir**. Ato Nacional Contra a Violência Obstétrica, [2014]. Disponível em: <https://somostodxsadelir.wordpress.com/>. Acesso em: 02 nov. 2024.

SULINA, Vanessa. Sem cesárea forçada, mãe e filho do RS poderiam morrer, dizem especialistas. **R7**, 05 abril 2014. Saúde. Disponível em: <https://noticias.r7.com/saude/sem-cesarea-forcada-mae-e-filho-do-rs-poderiam-morrer-dizem-especialistas-05042014/>. Acesso em: 12 nov. 2024.

TORRES, Bruno. Em busca do parto ideal: novo filme irá discutir a violência obstétrica e apresentar experiências de sucesso na assistência às gestantes. **NAMU Portal**, 2019. Disponível em: <https://namu.com.br/portal/saude/medicina-integrativa/em-busca-do-parto-ideal/>. Acesso em: 15 jun. 2025.

TRUDA, Felipe. 'Levantei a bandeira', diz obrigada a fazer cesárea sobre parto humanizado. **G1**, Rio Grande do Sul, 04 abril 2014. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/levantei-bandeira-diz-obrigada-fazer-cesarea-sobre-parto-humanizado.html>. Acesso em: 10 nov. 2024.

TURNER, Beverley; HILL, Milli. 'Kidnapped' by the authorities: meet the woman forced to have a caesarean. **The Telegraph**, Londres, 17 abril 2014. Disponível em: <https://www.telegraph.co.uk/women/mother-tongue/10767161/Kidnapped-by-the-authorities-meet-the-woman-forced-to-have-a-caesarean.html>. Acesso em: 08 nov. 2024.

TV BRASIL. Coautora do filme O Renascimento do Parto conta sobre papel da internet para o sucesso do filme. YouTube, 31 de julho de 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Nd-HEXxvYvg>. Acesso em 25 jun. 2025.

UNICEF; REHUNA. **Assistência ao parto e nascimento**: uma agenda para o século 21. Brasília: UNICEF; ReHuNa, p. 148, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1348126>

ZORZAM, Bianca; SENA, Ligia Moreira; FRANZON, Ana Carolina Arruda; BRUM, Kalu. **Violência obstétrica** - a voz das brasileiras. YouTube, 2012 Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>. Acesso em: 15 nov. 2024.