

## A encenação da violência obstétrica: (dis)junções entre ficção e realidade

### The representation of obstetric violence: (dis)junctions between fiction and reality

### La representación de la violencia obstétrica: (dis)yuncións entre ficción y realidad

*Renata Barreto Malta<sup>1,a</sup>*

[renatamaltarm@gmail.com](mailto:renatamaltarm@gmail.com) | <http://orcid.org/0000-0002-7414-9081>

*Jônatas Breno Silva Santos<sup>1,b</sup>*

[jonatasbreno@gmail.com](mailto:jonatasbreno@gmail.com) | <http://orcid.org/0000-0002-1862-7587>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Sergipe, Programa de Pós-graduação em Comunicação. Aracaju, SE, Brasil.

<sup>a</sup> Doutorado em Comunicação Social pela Universidade Metodista de São Paulo.

<sup>b</sup> Mestrado em Comunicação Social pela Universidade Federal de Sergipe.

## RESUMO

Este artigo se propõe a analisar cenas de parto exibidas em telenovelas brasileiras, criteriosamente selecionadas, com o objetivo de identificar as representações de diferentes formas de violência obstétrica, explícitas ou veladas. Para tanto, optamos por dois métodos complementares: a análise de conteúdo e a análise de imagens em movimento. Como resultado, identificamos três eixos que abarcam as diferentes expressões midiáticas da violência contra a parturiente: violência pela situação, violência pelo abandono e violência direta. Na discussão, pontuamos consonâncias e dissonâncias entre ficção e realidade, além da falta de problematização acerca do tema, o que, de forma sintomática, contribui para a sua naturalização.

**Palavras-chave:** Violência obstétrica; Telenovela; Representação; Análise de conteúdo; Análise de imagens em movimento.

## ABSTRACT

This article proposes to analyze scenes of childbirth broadcasted by Brazilian soap operas, carefully selected, aiming to identify the representation of different forms of obstetric violence, explicit or veiled. Therefore, we selected two complementary methods: the content analysis and the analysis of moving images. As a result,

we have identified three axes that include the different expressions of the violence against the parturient by the media: violence by situation, violence by abandonment and direct violence. Through the discussion, we pointed consonances and dissonances between fiction and reality, as well as the lack of problematization regarding the theme, which, symptomatically, contributes to its naturalization.

**Keywords:** Obstetric violence; Soap opera; Representation; Content analysis; Analysis of moving images.

## RESUMEN

Este artículo se propone a analizar escenas de parto exhibidas en telenovelas brasileñas, criteriosamente seleccionadas, con el objetivo de identificar las representaciones de diferentes formas de violencia obstétrica, explícitas o veladas. Para eso, optamos por dos métodos complementares: el análisis de contenido y el análisis de imágenes en movimiento. Como resultado, identificamos tres ejes que abarcan las diversas expresiones mediatizadas de la violencia contra la parturiente: violencia por la situación, violencia por abandono y violencia directa. En la discusión, puntuamos consonancias y disonancias entre ficción y realidad, además de la falta de problematización acerca del tema, lo que, de forma sintomática, contribuye para su naturalización.

**Palabras clave:** Violencia obstétrica; Telenovela; Representación; Análisis de contenido; Análisis de imágenes en movimiento.

---

## INFORMAÇÕES DO ARTIGO

### Contribuição dos autores:

Concepção e desenho do estudo: Renata Barreto Malta.

Aquisição, análise ou interpretação dos dados: Jônatas Breno Silva Santos e Renata Barreto Malta.

Redação do manuscrito: Renata Barreto Malta e Jônatas Breno Silva Santos.

Revisão crítica do conteúdo intelectual: Renata Barreto Malta.

**Declaração de conflito de interesses:** não há.

**Fontes de financiamento:** o artigo é fruto de pesquisa com financiamento da FAPITEC especificamente direcionado a bolsas de Iniciação Científica 2017-2018.

**Considerações éticas:** não há.

**Agradecimentos/Contribuições adicionais:** agradecimento aos membros de Grupo de Pesquisa GENI – Gênero e Interseccionalidades na Comunicação e especialmente aos alunos e alunas bolsistas e voluntários da Iniciação Científica, entre os anos de 2017 e 2018, Heloísa Costa Idalino da Silva, Jonathan Batista dos Santos, Wesley Silva Andrade, Gabriel dos Santos Cordeiro, Aldo Luiz dos Santos, que colaboraram para a seleção e análise do *corpus* que deu origem a este artigo.

**Histórico do artigo:** submetido: 11 nov. 2019 | aceito: 5 ago. 2020 | publicado: 17 dez. 2020.

**Apresentação anterior:** não houve.

**Licença CC BY-NC atribuição não comercial.** Com essa licença é permitido acessar, baixar (*download*), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Reciis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

## INTRODUÇÃO

### Carta à obstetra

*Olá doutora Debora<sup>i</sup>,*

*[...] Na véspera de eu completar 40 semanas, às 6h da manhã, percebi que minha bolsa havia rompido. [...] Você disse que não tinha jeito (de ter um parto normal) e me mandou direto para o hospital. Eu obedeci.*

*[...] Fiquei lá no centro obstétrico um tempo te esperando, acho que você tentou atender todas as pacientes da manhã, antes de ter que sair do consultório pra fazer essa cesárea de emergência. Daí, você nasceu, minha filha, eu passei um pouco mal durante a cirurgia, não sei bem o que aconteceu [...]. Escutei o choro da minha filha, foi o momento menos ruim. Depois nem lembro quem me trouxe ela e encostou na minha bochecha e queria que eu beijasse. Eu olhei e obedeci.*

*[...] Uma semana após o parto eu tive uma hemorragia. No dia seguinte, quando fui ao seu consultório, você comentou que a cesárea é uma cirurgia um pouco grande. Depois falou que, sabe como é, é tanta coisa, às vezes pode ter ficado uma gaze no meu útero. [...] Havia muita coisa dentro de mim, meu útero estava crescendo novamente. Eu tinha uma neném recém-nascida e muita dor e coisas fedorentas saindo de dentro de mim.*

*[...] Depois que tudo isso passou, meu sentimento de incapacidade de parir foi sendo substituído por culpa de não ter me informado o suficiente para tomar as atitudes corretas que me permitiriam parir e um vazio muito grande por isso não ter acontecido<sup>i</sup> (Carta de Elena Campo Flores).*

### Cena 1

*Fátima arruma uma mala e aparenta nervosismo. Familiares desejam a ela boa sorte. Uma amiga a leva ao hospital. O pai da criança irá depois. Em um quarto de hospital, a enfermeira pede para que ela tome um medicamento. Fátima questiona: “– Pra que é isso?” A enfermeira responde de forma seca: “– É um sedativo.” Fátima afirma não estar nervosa, mas obedece. A amiga que acompanha Fátima pede para que ela tente relaxar. Fátima pede à amiga que reze por ela. Corta para o centro cirúrgico, Fátima está desacompanhada. Planos fechados focam o trabalho de uma equipe médica. Luzes, equipamentos hospitalares, uma incisão cirúrgica precisa e o bebê é retirado. O menino não chora. A mãe não tem acesso à criança. Do lado de fora, mulheres questionam a demora. Heleninha afirma que a sua cesariana não demorou tanto assim. O médico aparece e comunica à família o sexo do bebê, o bom estado de saúde da mãe e um problema com o menino – nessa ordem. O pai da criança, que esperava do lado de fora, parece preocupado. Muito tempo se passa e ninguém se lembra de Fátima (Novela Vale tudo, 1988).*

Em comum, nessas duas histórias, narrativas alusivas à violência obstétrica – naturalizada e aculturada –, ora na vida real, ora na teledramaturgia. A dissonância entre ficção e realidade, aqui, está na consciência acerca da violência sofrida. Na novela, a vida de Fátima seguiu normalmente, ela continuou fazendo suas maldades, como boa vilã, mas o parto nunca foi comentado. Já a história de Elena não foi bem assim, ao escrever a carta à obstetra, grávida do segundo filho, ela buscava se fortalecer e se recuperar psicologicamente dos traumas que o primeiro parto lhe causou.

---

<sup>i</sup> Apresentamos excertos da carta escrita por Elena Campo Flores, enviada a sua médica obstetra e publicada integralmente em Regis e Resende<sup>1</sup> para análise de discurso.

É na esteira dessa (dis)junção<sup>ii</sup> entre ficção e realidade que este artigo se desenvolve. Evidenciamos que ao longo do texto discorreremos sobre as representações ficcionais da teledramaturgia acerca do parto e os conceitos que ali se inserem. Para tanto, baseamo-nos especialmente no campo teórico dos estudos culturais. A partir do significado etimológico de representar – ‘tornar presente’, ‘substituir’ ou ‘ausentar’ – deparamo-nos com o paradoxo inerente ao termo, uma espécie de ‘presença ausente’ do objeto representado, que depende da figura de um substituto. Quando essa representação é produzida por uma obra ficcional, imersa nos sistemas simbólicos, esse ‘substituto’ é necessariamente fabricado. “A representação não aloja a presença do ‘real’ ou do significado. A representação não é simplesmente um meio transparente de expressão de algum suposto referente. Em vez disso, a representação é, como qualquer sistema de significação, uma forma de atribuição de sentido”<sup>2</sup> (p. 91).

Para analisar a realidade percebida e interpretada que se apresenta nas telas, é preciso conceituar a violência obstétrica e entender como ela se expressa na vida das mulheres. Segundo a organização Artemis: “A violência obstétrica é a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições em que são atendidas por profissionais da saúde, bem como o desrespeito a sua autonomia”<sup>3</sup>. Por meio de pesquisas, a organização afirma que intervenções inapropriadas e violentas são praticadas de forma rotineira no momento do parto e que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), essas práticas devem ser consideradas fator de risco tanto para a mulher como para o bebê<sup>3</sup>.

A falta de discussão acerca desse tipo de violência a invisibiliza e o silenciamento do termo não favorece a sua problematização. Nesse sentido, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou o parecer nº 32/2018 no qual consta que: “A expressão ‘violência obstétrica’ é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética”<sup>4</sup> (p. 12). Alinhado a esse posicionamento, em maio de 2019, o Ministério da Saúde decidiu abolir o uso da expressão ‘violência obstétrica’. A pasta, liderada por Luiz Henrique Mandetta, ministro da saúde do presidente Jair Bolsonaro naquele período, publicou um ofício alegando que o termo tem “conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério”<sup>5</sup>. A expressão, que foi criada para dar visibilidade aos maus-tratos, às negligências e aos abusos sofridos por mulheres ao dar à luz, foi, portanto, negada pelo Estado. Um mês depois, o Ministério Público Federal recomendou que o Ministério da Saúde reconhecesse a legitimidade do termo, no entanto, está mantida a decisão de não utilizá-lo em suas normas e políticas públicas<sup>6</sup>.

Frente a esse cenário, questionamos em que medida realidade e ficção se cruzam, pontuando nosso anseio por analisar as motivações subjetivas e seus meios de legitimação cultural, especialmente nas representações midiáticas. Nesse sentido, as produções televisivas ficcionais – no caso do Brasil especialmente a telenovela – exercem influência na vida cultural, política e comportamental da sociedade. Elas têm acesso livre ao cotidiano dos cidadãos, pois suas narrativas são construídas a partir dessas histórias<sup>7</sup>. A pertinência desse produto cultural no cenário brasileiro é notória, pois “nessa dimensão territorial tão desigual, essa é, muitas vezes, a única forma de lazer possível a milhões de brasileiros”<sup>8</sup> (p. 87).

Propomos, assim, analisar a representação da violência obstétrica nas cenas de parto das telenovelas da Rede Globo, a partir de um *corpus* cujo critério de seleção será pormenorizado no próximo tópico, e discutir, de forma fundamentada, suas relações com a vida das mulheres brasileiras que são submetidas cotidianamente a esse tipo de violência. É certo que outros marcadores sociais, como raça e classe, desestabilizam um olhar universal centrado unicamente em gênero. No entanto, não nos propomos a analisá-los de forma aprofundada por entendermos se tratar de uma discussão complexa, o que não será possível para este artigo.

ii A ideia de dis(junção) será central para o desenvolvimento lógico do presente artigo. Desse modo, elucidamos tratar-se de um tensionamento ou ambivalência entre as representações ficcionais e os relatos alusivos à realidade das parturientes.

No que concerne ao estado da arte, dentre os artigos publicados, encontramos apenas uma pesquisa que se propôs a analisar cenas de partos em telenovelas brasileiras. Trata-se de um estudo coordenado por Claire Stanton, da Universidade de Princeton, em parceria com a Universidade de São Paulo (USP)<sup>9</sup>. A violência obstétrica não foi especificamente analisada, já que o foco da pesquisa era compreender de forma geral a representação do parto nessas produções. O principal resultado apresentado é que o *corpus* expõe o parto normal como uma experiência dolorosa para a mulher e personagens submetidas a cesarianas são retratadas, em sua maioria, sorridentes e aparentemente sem dor horas depois do procedimento.

Outras obras consideradas relevantes tratavam especificamente de representação social do parto em programas de *reality show* televisivo, demonstrando a importância das experiências reais para gestantes<sup>10-11</sup> ou, de forma mais ampla, trazem depoimentos de entrevistadas, citando produções ficcionais como influenciadoras em sua percepção acerca do parto<sup>12-13</sup>. A epidemia de cesarianas e a violência obstétrica são discutidas nos diferentes artigos como fenômenos nocivos à saúde da mulher e que se dão por uma série de fatores, dentre esses, a influência da mídia e a escassez de propaganda informativa acerca dos males de uma cesariana desnecessária e dos direitos da gestante no momento do parto<sup>14-15</sup>.

Parece-nos importante destacar um artigo denominado *'Is it realistic?' the portrayal of pregnancy and childbirth in the media*<sup>16</sup>, o qual se propõe a entender a representação da gravidez e do parto na mídia, a partir de uma bibliometria acurada. Como resultado, emergiram: a medicalização na assistência ao parto; mulheres consultando a mídia para adquirir conhecimento acerca do parto; e o parto como um evento comum em sociedade. O estudo concluiu que a mídia exerce influência sobre a percepção das mulheres acerca do parto e que a representação dramática do parto tende a perpetuar a sua medicalização. Assim, profissionais como parteiras e doulas precisam estar mais engajadas na produção midiática para que haja uma mudança no que tange à representação do parto.

## METODOLOGIA

Para a pesquisa empírica, primeiramente, explicitamos que o *corpus* é composto por cenas que representam o parto, presentes em telenovelas produzidas pela Rede Globo de televisão, historicamente líder de audiência no país e internacionalmente reconhecida por suas produções da teledramaturgia. Para a seleção das produções – exibidas a partir da década de 1980<sup>17</sup> –, realizamos uma análise prévia das sinopses. Para acessá-las, recorreremos ao site Teledramaturgia, criado pelo pesquisador Nilson Xavier<sup>18</sup>. Esse espaço contém um completo banco de dados sobre as telenovelas exibidas no Brasil. Todas as sinopses em que constavam o nascimento de um bebê, ou especificamente um parto, foram consultadas e, quando disponíveis, as cenas selecionadas para análise. Totalizamos 60 cenas de partos ao longo de quase quatro décadas – dos anos 1980 aos 2010, finalizando em 2017 –, quando as análises se iniciaram.

Evidenciamos que o recorte temporal do *corpus* abrange o período de crescimento das cesarianas no Brasil. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)<sup>17</sup>, realizada em 1981 pelo IBGE, a taxa de cesarianas nesse período era de 30,9%, comparados com os 14,1% registrados em 1970, um crescimento de mais de 100% em uma década. Podemos afirmar que se trata de um *corpus* representativo e não intencional, cuja única característica comum é o parto.

Para a realização das análises, optamos por dois métodos distintos que se complementam. Primeiramente, decidimos pela análise de conteúdo do *corpus*<sup>19</sup>. Ao aplicá-lo, buscamos observar características do conteúdo descrito em elementos variáveis. Categorizamos as temáticas presentes no *corpus* com a finalidade de observar se a representação do parto apresentava algum nível de violência obstétrica – termo já conceituado anteriormente neste artigo. Ao longo da codificação, definimos três categorias, as quais contemplam diferentes formas de violência obstétrica, descritas a partir das seguintes palavras-chave: 'Violência pela situação' – quando o parto acontecia em lugar inadequado; 'Violência pelo abandono' – quando a gestante

estava desacompanhada de pessoa com vínculo afetivo que a apoiasse; ‘Violência direta’ – quando a violência, física ou psicológica, partia de profissionais da saúde, parteiras ou aqueles/as que auxiliaram o parto de forma amadora. Nessa etapa, quantificamos a presença de violência obstétrica de forma geral e específica de cada categoria.

Em uma segunda fase, utilizamos como método a análise de imagens em movimento<sup>20</sup>. Aqui, a análise se divide em fases, sendo elas: seleção, transcrição, codificação e tabulação. E a partir de duas dimensões: a verbal/sonora e a visual, resultando em um material extenso e detalhado, proporcionando um entendimento mais aprofundado e qualitativo da representação da violência obstétrica no *corpus*. Pontuamos que, embora esse detalhamento não se expresse de forma explícita nos resultados da pesquisa, o método nos permitiu a observação de diálogos e alguns extratos serão apresentados como ilustrativos ao longo da discussão, assim como, no campo visual, a ambientação da cena, a escolha de planos e as expressões das personagens se tornaram visíveis e passíveis de comparação.

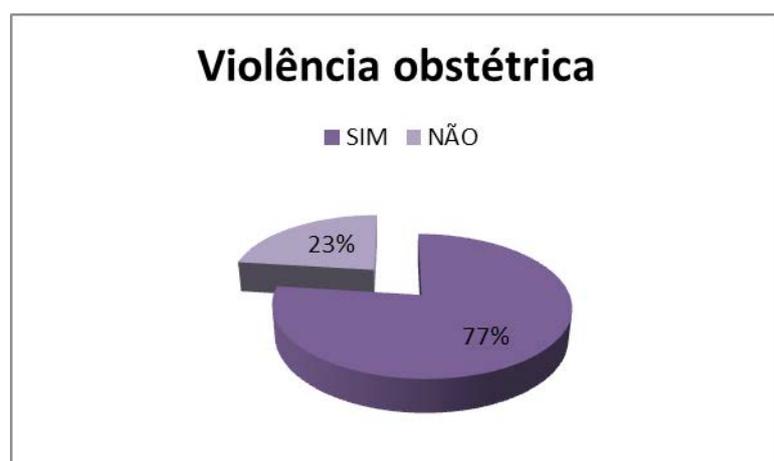
Apesar de o *corpus* ser composto por produções de quatro décadas distintas e nossas análises considerarem a amplitude temporal em questão, não identificamos diferenças significativas no que tange à representação da violência obstétrica, quando comparada a partir do critério da dimensão temporal, e, portanto, não organizamos nossos achados com base nesse crivo. Assim, evidenciamos que não houve uma mudança visível no que concerne à problemática ao longo do tempo.

No próximo tópico, apresentaremos os resultados quantitativos e qualitativos desta pesquisa, já interpretados e fundamentados, considerando que os quadros e tabelas resultantes da fase de análise compõem um material extenso e inviável para os limites propostos para um artigo.

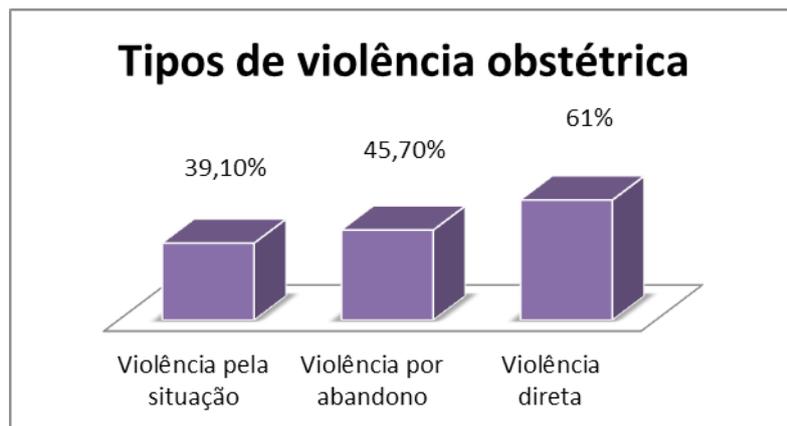
## A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: PARA ALÉM DOS NÚMEROS

A partir das diretrizes metodológicas já bem explicitadas, quantificamos a presença de violência obstétrica no *corpus* desta pesquisa. Em cerca de 77% das cenas analisadas identificamos algum nível desse tipo de violência, classificada em três eixos – uma mesma cena pode ser codificada em mais de um eixo –, como mostram os gráficos abaixo.

**Gráfico 1 – Índice de violência obstétrica no corpus**



Fonte: Os autores (2020).

**Gráfico 2 – Tipos de violência obstétrica**

Fonte: Os autores (2020).

Antes de partirmos para a discussão dos dados resultantes da pesquisa e representados nos gráficos anteriores, pretendemos elucidar os parâmetros que norteiam a constatação da violência obstétrica nas salas de parto. Segundo a Fundação Perseu Abramo<sup>21</sup>, 25% das mulheres brasileiras sofreram algum tipo de violência durante o atendimento ao parto. É importante, aqui, considerar quais os parâmetros que resultaram nesses números. As mulheres que compunham a amostra foram questionadas sobre determinadas perguntas, a saber: se o exame de toque foi realizado de forma dolorosa ou sem o oferecimento de algum tipo de alívio da dor; se houve algum momento em que gritaram com a mulher em atendimento; se a paciente foi informada dos procedimentos que estavam sendo realizados; se houve alguma negativa de atendimento; se a paciente foi xingada ou humilhada; se foi também empurrada, amarrada ou sofreu algum tipo de agressão física; e, por fim, se foi sexualmente assediada. A resposta positiva era calculada quando ao menos uma das situações descritas havia ocorrido.

Nas telinhas, computamos um número muito maior de ocorrência da violência obstétrica, porém o critério para identificação de sua incidência divergiu daquele utilizado pela Fundação, de forma a problematizar modos de violência sofridos por mulheres (em forma de personagens) naturalizados no parto. Reforçamos que, embora a representação possa não sugerir uma realidade dada e fixa sobre um determinado fato, ela fornece uma gama de significados e sentidos que contribuem para construir interpretações sobre os diversos aspectos que compõem a realidade complexa de um fenômeno social<sup>22</sup>. Sobre essas especificidades, trataremos mais adiante.

Por hora, buscaremos outras referências para contextualizar a violência obstétrica e suas métricas. Para além das situações descritas em forma de perguntas acima mencionadas, encontramos no guia de assistência ao parto normal da OMS<sup>23-24</sup> uma série de recomendações que, ao serem consideradas como referência, ampliam sobremaneira as situações violentas no momento do parto. Algumas delas merecem destaque.

#### **A. Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas**

[...]

9. Respeitar a escolha de companhia durante o trabalho de parto e parto.

#### **B. Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas**

[...]

8. Administração de ocitócicos a qualquer hora, antes do parto, de tal modo que o efeito não possa ser controlado.

9. Uso rotineiro de posição de supina (deitada de costas) com ou sem estribos durante o parto. [...]

40. Pressão do fundo do útero durante o parto – conhecida como Manobra de Kristeller.

#### D. Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas

[...]

12. Parto operatório (cesariana).

13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia.

Certamente se incluíssemos ao questionário da Fundação os procedimentos não recomendados que compõem esse manual, a incidência de violência obstétrica seria bem maior. Como descreve Silva<sup>25</sup> – com base no relato de vários profissionais da saúde que lutam contra práticas violentas a parturientes, na posição de litotomia<sup>iii,26</sup> compulsória, considerada inapropriada pela OMS –, para a realização do parto normal, a mulher é corriqueiramente submetida a uma série de ‘violências’. “Com os movimentos limitados, a mulher é então proibida de alimentar-se e de ingerir líquido durante as várias horas em que decorre o parto. O jejum é iniciado como uma prática preventiva, ainda que não haja qualquer evidência que preconize tal omissão [...]. A ocitocina, que é produzida naturalmente pelo organismo humano, é inserida na parturiente junto ao soro, a fim de intensificar as contrações, na expectativa médica de agilizar o processo de parto. Ao passar do tempo, e após mais alguns exames de toque, é aplicada uma anestesia para dirimir a dor e, conseqüentemente, reduzir ou anular por completo o controle fisiológico de parir. Com o organismo da mulher em plena disfunção, em decorrência de todas as interferências médicas, restam então as manobras. O exemplo mais comum é quando o médico ou enfermeiro sobe na barriga da gestante para empurrar o bebê para baixo, o chamado Kristeller – oficialmente proibido, mas constantemente praticado. Por fim, é feita uma episiotomia<sup>iv,23</sup>. Na assistência privada, as mulheres não são submetidas comumente a todos estes procedimentos, mas a uma cirurgia abdominal para a extração do feto – a cesariana” (p. 21)<sup>25</sup>.

Segundo pesquisa publicada em 2014 pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)<sup>27</sup>, entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, apenas 5% das mulheres brasileiras vivenciaram um parto normal sem intervenções de rotina, e a cesariana foi considerada uma ‘epidemia’ no país – 52% de nascimentos foram realizados por via cirúrgica. É aqui que ficção e realidade novamente se encontram, a violência velada retratada na teledramaturgia brasileira corroborou e ainda corrobora para legitimar essas práticas que se configuram como sério problema de saúde pública. Como afirma Lopes<sup>7</sup>, a novela dá visibilidade a certos assuntos, comportamentos, produtos, e não a outros – “ela define uma certa pauta que regula as interseções entre a vida pública e a vida privada” (p. 23).

#### A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM CENA

Partindo para uma categorização dos tipos de violência obstétrica identificados ao longo da análise do *corpus*, classificamos três eixos centrais, os quais pretendemos, aqui, detalhar de forma interpretativa e embasada. Para tanto, é importante ressaltar as características que compõem a estrutura narrativa da telenovela que, para além de alimentar e ser alimentada por histórias do cotidiano, depende de conflitos para existir. “Esse tipo de construção se diz teleológico, pois ele se resume fundamentalmente num (ou mais) conflito(s) básico(s), que estabelece logo de início um desequilíbrio estrutural, e toda evolução posterior dos acontecimentos consiste num empenho em restabelecer o equilíbrio perdido, objetivo que, em geral, só se atinge nos capítulos finais”<sup>28</sup> (p. 84).

Por ser um produto televisivo de caráter aberto, a telenovela está sujeita ao julgamento do público e da crítica e tem sua trama construída e reconstruída, mesmo quando os capítulos estão sendo exibidos. Ademais,

iii Litotomia: a mulher é obrigada a ficar deitada e imobilizada, com as pernas abertas posicionadas em estribos. Essa posição, além de multiplicar a dor do parto, ao comprimir veias importantes, tende a dificultar a saída do feto. Seu uso é justificado por tornar mais confortável a posição do médico ao visualizar o canal de parto, além de colocar literalmente a posição da mulher mais submissa às práticas médicas.

iv Episiotomia: corte no músculo situado entre a vagina e o ânus, para forçar o aumento da passagem de parto.

a liberdade criativa de quem a produz se adéqua aos moldes estabelecidos pelos setores comerciais. Desse modo, deparamo-nos com uma estrutura narrativa baseada em fórmulas que atendem a vários interesses<sup>29</sup>.

Esse modelo de narrativa tende a exagerar a vida real, ou retirar dela ocorrências atípicas ou minimamente esporádicas, normatizando-as. No que concerne ao parto, situações extremas se repetem e podem ser interpretadas como uma escolha nociva ao imaginário social que se constrói também com base nessas imagens ficcionais ao se revelarem o ápice do indesejado pela gestante. Desse modo, se na vida real, um parto acidental não é lido como violência, nas telinhas assim o interpretamos e o posicionamos como primeiro eixo definidor de violência obstétrica de nossas análises.

## Violência pela situação

Como bem afirmamos, identificamos em nosso *corpus* um drama que se repete. Personagens gestantes são submetidas a uma série de situações que as levam a dar à luz nos locais mais inadequados. Ao quantificarmos, dentre as narrativas que apresentam algum tipo de violência obstétrica (cerca de 77% do *corpus*), deparamo-nos com quase 40% de partos ‘violentos pela situação’.

As histórias são variadas, em *Bebê a bordo* (1988), após realizar um assalto, Ana invade o carro de Tonico e aponta a arma para sua cabeça. No meio da fuga, ela entra em trabalho de parto e ali mesmo dá à luz, ajudada por desconhecidos. Na novela *De corpo e alma* (1992), Paloma é sequestrada pelo ex-companheiro, quando entra em trabalho de parto é abandonada na estrada, resgatada por um caminhoneiro, chega quase desfalecida a um prostíbulo e ali tem seu bebê. Em *Da cor do pecado* (2004), Preta tem o atendimento negado em vários hospitais e acaba parindo dentro de um ônibus. Mais recentemente, na novela *A força do querer* (2017), Ritinha entra em trabalho de parto dentro de um táxi em meio a um tiroteio e é auxiliada por uma policial.

Esses são alguns exemplos para ilustrar a categoria aqui classificada como violência obstétrica por considerarmos que essas histórias, para além de garantir emoção à trama, contribuem para uma interpretação negativa e completamente distorcida acerca do parto normal. A disjunção entre ficção e realidade nesse aspecto é tão extrema quanto as histórias de parto. De acordo com o Ministério da Saúde<sup>30</sup>, em 2018, no Brasil, os partos hospitalares ocorreram numa média de 99,1%. Não se trata aqui de apologia ao parto hospitalar, especialmente considerando-se as condições de violência que as gestantes brasileiras cotidianamente vivenciam, mas sim de pontuar a total assimetria entre ficção e realidade.

Os efeitos dessas representações não podem ser aqui mensurados, porém, como afirma Charaudeau<sup>31</sup>, a televisão, através do domínio da imagem e do som, é responsável pela fabricação do imaginário do público, “[...] isto é, um espelho que devolve ao público aquilo que é sua própria busca de descoberta do mundo [...] ela não pode se apresentar como máquina de fabricar ficção, mesmo que, afinal, seja isso que ela produza”<sup>31</sup> (p. 223). Ao investigar as relações de poder e cultura em um cenário tão controverso quanto o da representação, Woodward<sup>32</sup> menciona a noção de ‘constrangimento’, explicitando que somos coagidos de diferentes formas a adotar posições identitárias que forneçam sentido às nossas experiências. Há nesse jogo uma tendência em conservar uma expectativa a partir das referências socialmente disponíveis, primordialmente construídas com base em elementos culturais hegemônicos.

Ao optar por dramatizar o parto normal e representá-lo frequentemente como lugar de conflito extremo, “essa representação, ainda que estruturalmente melodramática e sujeita à variedade de interpretações, é aceita como verossímil, vista e apropriada como legítima e objeto de credibilidade”<sup>33</sup> (p. 31).

## Violência pelo abandono

O segundo eixo classificado como violência obstétrica por este estudo foi baseado na ausência de um ente com vínculo afetivo que acompanhasse a gestante durante o parto. Dentre as cenas com incidência de violência, identificamos quase 46% de partos com essa característica.

Em *Anjo mau* (1997), Nice está sozinha na sala de cirurgia enquanto passa por uma cesariana de emergência. Do lado de fora, o pai da criança se mostra angustiado e reclama: “– *O doutor Monteiro não me deixa ficar do lado da minha mulher num momento como esse! Ela não pode ficar sozinha*” – completa o personagem, demonstrando ter sido impedido pelo médico de acompanhar o parto. Descontrolado, Rodrigo invade a sala de cirurgia, quando a criança já nascia, e segura a mão da esposa. Apesar da emoção da cena, o ato foi visto como desmedido e irresponsável.

Quase duas décadas depois, na novela *Império* (2014), prestes a dar à luz a gêmeos, Du é levada sozinha à sala de cirurgia para a realização da cesariana. Ao demonstrar interesse em acompanhar a mãe de seus bebês, João Lucas é impedido pela própria mãe e desencorajado pelas enfermeiras. No diálogo, é questionada a capacidade do pai (homem) de encarar um parto.

A partir desses exemplos, deparamo-nos com duas problemáticas, uma descumpra a Lei do Acompanhante<sup>v</sup>, que em tese garante a livre escolha da mulher por alguém que a acompanhe em todos os momentos do parto. A outra é de cunho cultural, que naturaliza a incapacidade dos homens (companheiros e pais dos bebês) de presenciar o parto. Ambas merecem uma análise mais profunda, já que, aqui, encontramos paridade com a vida real.

Da mesma forma como Rodrigo foi impedido pelo médico de acompanhar Nice em *Anjo mau*, mesmo tendo acesso aos melhores hospitais, atualmente, depois de aprovada a Lei do Acompanhante, a situação de Nice ainda se assemelha a de boa parte das parturientes. Segundo estudo publicado pela Fiocruz, somente 18,7% das mulheres brasileiras tiveram a presença contínua de acompanhante ao longo do parto no período de realização da pesquisa, tanto na saúde pública, quanto na privada<sup>27</sup>.

Percebemos no discurso da teledramaturgia simetria com a realidade, quando se revela a resistência do médico obstetra em aprovar a presença do acompanhante. Assim como o Dr. Monteiro obstetras explicitam descontentamento com a obrigatoriedade do acompanhante: “*Eu particularmente não gosto do acompanhante, acredito que como o Brasil é um país aculturado, de jovens totalmente sem cultura, quando tem a visita de um cidadão totalmente aculturado, isso acaba prejudicando [...], mas eu não vou discutir com um leigo um procedimento médico. A lei me faculta assim. Eu não tenho que dar satisfação*” (p. 26) (Obstetra M.C.<sup>25</sup>). “*A maior dificuldade minha é com acompanhante, porque ele hoje sabe mais do que o médico, pesquisa na internet. Então ele chega e determina o que deve e o que não deve ser feito, e isso me traz muito desgosto, ter que trabalhar com esse tipo de paciente*” (p. 05) (Med. 1<sup>33</sup>).

De fato, várias evidências indicam que o cumprimento da lei é facultativo e que não existem mecanismos vigentes de fiscalização e punição para quem não a cumpre, especialmente considerando as opressões e relações de poder em jogo. Em entrevista publicada em Oliveira; Penna<sup>33</sup>, enfermeiras relatam que a resistência dos obstetras é ainda a principal barreira, a exemplo: “*Eu tenho a maior dificuldade de colocar os acompanhantes na sala de parto, parece até que você está fazendo um favor, e depois se a gente insiste, a violência se volta contra mim*” (p. 05) (Enf. 3<sup>33</sup>)

v Regulamenta que os serviços do Sistema Único de Saúde, da rede própria ou conveniada, devem permitir a presença, junto à mulher, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Ademais, garante que tal acompanhante deve ser escolhido pela parturiente.

Lei n.º 11.108 (BR), de 07 de abril de 2005. Altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. DOU 2005 abr. 08.

É importante ponderar que essa postura autoritária não pode ser generalizada para toda a classe médica. De fato, em entrevista publicada em *Sens*; Stamm<sup>34</sup>, a totalidade dos obstetras ouvidos pelo estudo pontua a violência obstétrica como um problema sério. Algumas falas revelam a consciência de que há violência, quando os médicos “*desrespeitam a paciente e tiram a sua individualidade e autonomia*” (p. 05) (M6<sup>34</sup>), reforçando o entendimento do direito das mulheres em escolher um acompanhante durante todas as etapas do parto.

A disjunção entre ficção e realidade também se dá no fato de que não se questiona o abandono da mulher na hora do parto – tanto Nice quando Du, entre tantas outras personagens, passam por isso. Mesmo com personalidade mais ‘rebelde’, Du, da novela *Império*, se cala ao entrar sozinha para dar à luz ao casal de gêmeos. A falta de problematização na ficção se torna sintomática na medida em que naturaliza o desamparo da parturiente como parte da vida. No entanto, esse tipo de violência é sentida e relatada por mulheres que passaram desacompanhadas pelo parto de forma dolorosa e traumática. “*Foi aí que me levaram para o centro cirúrgico. Fui eu, a obstetra, os dois residentes, e mais dez outros estudantes. O único que não entrou foi o pai, porque disseram que não podia, porque já tinha gente demais*” (p. 29) (Milena<sup>25</sup>).

Nesse contexto, variados estudos demonstram que a parturiente necessita de suporte contínuo, e que, quando esse apoio é proporcionado por um familiar, existe maior propensão de avaliações positivas acerca do nascimento da criança, resultando em mulheres mais satisfeitas e felizes com essa experiência<sup>35</sup>. De acordo com a pesquisa publicada por Dodou e colaboradores<sup>36</sup>, o acompanhamento de um familiar foi fator fundamental para o bem-estar emocional das respondentes, contribuindo em três aspectos centrais: como amenizador do sentimento de solidão e sofrimento; como atuante no trabalho de parto e parto; como pivô do sentimento de segurança e confiança.

Para além do descumprimento da lei, outras variáveis incidem no momento do parto, as quais contribuem para a ausência de acompanhamento à parturiente, denominada aqui como ‘violência pelo abandono’. A cena analisada da novela *Império* descortina uma face do machismo que naturaliza a incapacidade do homem em presenciar o parto e, mais além, de se responsabilizar pelo cuidado do outro. A fala de Maria Marta (mãe do personagem João Lucas) em *Império* (2014) é emblemática: “– *Nem pensar! Você acha que tem condições, coragem de encarar o parto?! [...] Não é como você vê no cinema, o sangue é de verdade*”.

Para corroborar com esse discurso, em uma série de tramas que compõem o *corpus*, observamos homens expulsos da cena do parto por mulheres parteiras ou amadoras que assumem a responsabilidade de auxiliar a parturiente, assim como assistimos a pais desmaiarem ou se mostrarem extremamente nervosos, necessitando, por vezes, do apoio de outras pessoas para se acalmarem. Essas últimas situações são, geralmente, regadas de um tom de humor desconcertante, mas que, de fato, contribuem para aculturar o suposto despreparo do homem – ao invés de questionar o sentimento de solidão e abandono da mulher em situação de vulnerabilidade. Nessa perspectiva, mesmo que os enredos se construam a partir de exageros ou assumam posições cômicas e bufonas, é inegável que essas produções se inspiram na realidade, e que, conseqüentemente, produzem efeito e formam opiniões<sup>37</sup>.

Não coincidentemente, encontramos simetria entre essas histórias e a vida real. “*Meu esposo (me acompanhou), mas ele não aguentou não, assim que a nenê começou a sair, ele saiu fora [...]*” (p. 267) (E7<sup>33</sup>). “*Minha sogra ficou comigo, ela assistiu, tirou foto e tudo, porque meu esposo não conseguiria assistir, é muito nervoso [...]*” (p. 266) (E9<sup>33</sup>).

Nesse aspecto do abandono, expressam-se características que aparentam ambiguidades, considerando-se o ideal masculino. Badinter<sup>38</sup>, ao descrever o perfil do ‘macho’, afirma que se trata de um modelo que se mantém há séculos e que se baseia em alguns imperativos. O primeiro deles se define em *no sissy stuff*, em tradução livre, ‘nada de fricotes’. Como, então, o homem não seria forte o suficiente para encarar um parto? Qual a face do machismo que os libera dessa função sem que a masculinidade seja questionada?

A participação do homem no processo da gravidez, culminando no parto, se expressa por comportamentos e sentimentos que se entrelaçam ao ato de cuidar e, assim, estão alicerçados no envolvimento afetivo

familiar da esfera reprodutiva. E por serem de caráter emocional e direcionados ao cuidado da família, esses aspectos não são culturalmente designados ao homem, mas sim considerados essenciais e naturais à mulher, derivados do ideal de reciprocidade e solidariedade que estrutura a divisão sexual do trabalho e suas desigualdades<sup>39</sup>.

Em entrevista a Oliveira e Brito<sup>40</sup>, homens que declararam participar do puerpério demonstram como esse tipo de envolvimento é contra-hegemônico. *“Eu queria saber mais, sabe? Pra entender. Eu acho que o homem deveria saber mais sobre as esposas. Esse negócio de menstruação, gravidez, sabe? Essas coisas de mulher”* (p. 599) (Diamante<sup>40</sup>)

Nesse sentido, Woodward<sup>32</sup> questiona o estruturalismo para discutir os dualismos que alicerçam a sociedade e garantem a permanência de poderes existentes. Segundo a autora, a divisão binária se baseia em questões supostamente biológicas que, antes de serem biológicas, são interpretações culturalmente construídas. Como resultado, no parto, tanto na ficção como na vida real, é frequente que a mulher se veja desamparada, vulnerável e rodeada de estranhos, exposta a outros tipos de violência sem testemunho.

## Violência direta

Neste eixo, contabilizamos as situações de violência obstétrica praticadas diretamente por profissionais da saúde, parteiras ou pessoas amadoras, as quais assumiram a responsabilidade de auxiliar a parturiente. Deparamo-nos aqui com os mais altos índices ao longo desta etapa empírica, cerca de 61% de ocorrência. Para um maior detalhamento, é importante mencionar que, diferentemente da realidade, as cenas de parto costumam ser curtas e, especialmente aqueles que ocorreram em hospitais, sem diálogos ou imagens em planos fechados que propiciem a percepção exata de todos os procedimentos adotados. Nesse sentido, notamos uma discrepância visível entre os partos via cesariana e os partos normais.

Nos partos normais, observamos primeiros planos ou primeiríssimos planos direcionados às expressões de dor e sofrimento da gestante, como também alguns planos para situar o espectador acerca da situação. Já nas cesarianas, detalhes dos procedimentos médicos ganham os holofotes, desde a aplicação da anestesia na cervical, assepsia, incisão precisa até a retirada do bebê – como foi descrita anteriormente a cena de Vale tudo (1989) e reproduzida em História de amor (1995); Anjo mau (1997); Laços de família (2000); Páginas da vida (2006); Viver a vida (2009); Morde & assopra (2011); Amor à vida (2013); Geração Brasil (2014); e Em família (2014).

Mesmo considerando as limitações para uma análise interpretativa das intervenções obstétricas e possíveis ações violentas presentes na teledramaturgia, neste eixo, se fizeram representadas situações diversas, as quais merecem atenção. Iniciamos com as mais recorrentes, haja vista a grande influência social da teledramaturgia em naturalizar procedimentos inapropriados, constantemente livres de qualquer nível de problematização.

No *corpus* analisado foi frequente a tentativa de acelerar o parto. O uso de ocitocina não pôde ser observado em nenhuma cena, no entanto a fala de alguns profissionais de saúde, parteiras ou mesmo amadores, por vezes, de forma sutil, revela uma angústia pelo fim do processo de parto, como exemplos: *“– Quanto mais força você fizer, mais rápido a gente termina”* (fala do médico à Laura na novela Por amor, 1997); *“– O seu bebê está querendo vir, mas você precisa ajudar”* (fala do médico à Dora em Viver a vida, 2009); *“– Vai, força, menina! Não quer filho?”* (fala agressiva da sogra de Leonor que ajuda no parto em Velho Chico, 2016).

Se na ficção, o ato de acelerar o parto esteve representado de forma sutil e, até mesmo, velada, seu paralelo com a vida real se mostra muito mais traumático. *“Foi aí que ela respondeu que o bebê já estava nascendo e disse pra eles (residentes): ‘– Vamos agilizar, vamos estourar a bolsa.’ Comecei a gritar para não estourar e ela disse que iria sim. [...] Falei que não estava mais aguentando fazer força e a médica disse: ‘– Você não quer parto normal? Se não parir em 15 minutos vai para a cesárea.’ Foi aí que fiz toda a força do mundo”* (p. 29/30) (Milena<sup>25</sup>).

“O que me deixa triste é quando a paciente está no período expulsivo e o médico e a própria enfermagem grita pra ela fazer força, diz que não é hora de ficar parada, que o neném tem que nascer” (p. 04) (Enf. 1<sup>33</sup>).

Situações extremas como a relatada por Milena<sup>25</sup> não devem ser encaradas como exceção, já que pesquisas demonstram a preocupação da instituição médica com esse tipo de comportamento. Ao serem perguntados como se materializa a violência obstétrica, conscientes do problema, boa parte dos médicos pontuou condições muito semelhantes àquela narrada pela parturiente<sup>34</sup>. Para ilustrar, trata-se de *“impor condutas/condições sem diálogo, abusar da autoridade/condição de médico para diminuir a paciente; gritar, xingar, usar termos chulos; desrespeitar crenças e opiniões da gestante”* (p. 07) (M16<sup>34</sup>).

Voltando às análises, entre os procedimentos para acelerar o parto, um método contraindicado no Brasil<sup>vi,41</sup>, como mencionado anteriormente, é a Manobra de Kristeller. Trata-se de exercer pressão no fundo do útero da parturiente para agilizar a expulsão. Por ser de fácil identificação, pudemos observar a realização dessa manobra em 28,5% das cenas em que a ‘violência direta’ foi codificada. Em muitos casos, a representação do parto tinha como contexto um período anterior a sua exibição, nas chamadas ‘novelas de época’. Sobre essas narrativas, inclinamo-nos à possibilidade de que “o passado não é mais o que explica o presente, mas este que comanda uma ou várias leituras do passado” (p. 135)<sup>42</sup>. Em outras palavras, em um período de políticas afirmativas, cabe ao presente instituir uma revisão do passado, problematizando-o, propondo, assim, renovadas leituras sobre ele, especialmente em obras ficcionais de influência social.

Em outros casos, o procedimento foi identificado em cenas de partos domiciliares e hospitalares, nas décadas de 1990 e início dos anos 2000, sendo sua última aparição em 2004, na novela Como uma onda. Em todas as narrativas, a manobra é tratada como parte do processo de parto, ainda que a sua representação impressione. Para ilustrar, na novela Quatro por quatro (1994), Bruno – médico e pai da criança – empurra a barriga de Tati com uma mão e a cabeça dela com a outra, enquanto pede para ela fazer força. Pedrão, outro personagem da trama, chega à casa e passa a ajudar no parto. “– Pedrão! Força, mais uma! Segura a cabeça dela, anda, segura a cabeça. Aperta, em cima, força, bote o braço! Isso, faz força, aí. Faz força pra empurrar pra frente”.

Mesmo sendo um procedimento violento, até o período de exibição ou contextualização das narrativas, esse tipo de manobra era considerado aceitável, ao menos no Brasil. Aqui, encontramos mais uma disjunção entre a teledramaturgia e a vida das mulheres. Se nas telinhas, a Manobra de Kristeller desapareceu – ainda que nunca tenha sido questionada –; do cotidiano das salas de parto, mesmo depois de oficialmente proibida, ela ainda assombra parturientes. “No final ela desesperou, queria analgesia e o anestesista resistente. Estava gritando e o médico começou a fazer pressão no fundo do útero dela, e ela não queria, sabia o que era Kristeller, episio[tomia] (sic). Ela gritava: ‘– Eu não quero essa mão aí, se posicionava, e o médico gritou com ela várias vezes” (p. 05) (Enf. 8<sup>33</sup>). A fala desta enfermeira, assim como outros depoimentos exibidos neste artigo, revela também a realização de procedimentos médicos sem o consentimento da parturiente.

Esse tipo de ‘violência direta’ esteve presente em parte do *corpus*, novamente sem problematização e sem aparentes traumas a essas personagens. Como descrito anteriormente, em Vale tudo (1989), a enfermeira obriga Fátima a tomar um sedativo, antes do parto, mesmo contra a vontade dela. Essa mesma situação ocorreu com Joyce, em História de amor (1995), que, desacordada, não vê a filha nascer. Duas décadas depois, Du, de Império (2014), percebe os preparativos de uma cesariana e só não foi anestesiada sem consentimento porque questionou a enfermeira.

Para além das situações aqui discutidas, observamos ocorrências pontuais de violência obstétrica que descortinam negligência no atendimento médico e um aparente erro médico que leva a parturiente à morte.

vi O protocolo intitulado “Diretriz nacional de assistência ao parto normal”, publicado em 2016, pelo Ministério da Saúde, possui um tópico específico sobre a Manobra de Kristeller, “A Manobra de Kristeller não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto” (p. 120). A recomendação está baseada em evidências científicas dos riscos que a manobra representa para a parturiente e para o bebê, com relatos de graves problemas cerebrais ocasionados em recém-nascidos.

O primeiro caso diz respeito ao parto de Preta, em *Da cor do pecado* (2004), dentro de um ônibus, já descrito anteriormente. A internação de Preta é negada em vários hospitais. O confronto entre os personagens da trama evidencia um retrato desigual de classes e uma ‘capitalização’ da saúde que deixa de servir a um interesse universal e/ou bem comum. A frase de Helinho (amigo de Preta), ao deixar a última clínica, resume esse sentimento de desamparo: “– *Pobre nesse país tá ferrado*”.

Nesse sentido, é recorrente que a violência obstétrica esteja associada, na perspectiva dos médicos, às condições inadequadas provenientes da esfera institucional. Certamente essa é uma das faces do problema. Nas palavras do obstetra identificado como (M11<sup>34</sup>), “*a ambiência inadequada, falta de medicamento e materiais, alto índice de infecção, falta de vagas, profissionais mal remunerados e sem estrutura para o trabalho são situações rotineiras nos hospitais brasileiros*” (p. 06).

Já o aparente erro médico se deu na novela *Morde & assopra* (2011). A parturiente, Márcia, é uma mulher jovem de classe social baixa. Durante a cesariana, o médico balbucia: “– *Hemorragia... estourei... depressa, depressa...*”. E, na sequência, afirma que está perdendo a paciente, que sangra até morrer. O pai do bebê se desespera, mas não interpreta a situação como erro médico. A emoção da cena está no último pedido da personagem. A morte de Márcia é anunciada como resultado de “*complicações no parto prematuro*”.

Por fim, ainda que não contabilizada neste eixo categórico, observamos uma série de cesarianas realizadas em personagens sem aparente justificativa. De fato, 50% dos partos cirúrgicos não foram justificados. Ademais, na sua maioria, a representação do parto cirúrgico chama a atenção para aspectos que o elevam ao modelo de parto ideal, como uma forma explícita de apologia à cesariana. Algumas falas de familiares corroboram essa interpretação. Quando, por exemplo, Maria Marta, em *Império* (2014), diz ao filho que disponibilizou o melhor obstetra para a nora e que: “– *Os médicos optam por cesariana porque é mais seguro para a mãe e para os filhos [...]*”.

Em alguns partos normais ocorridos em locais indesejados, também identificamos a contribuição para uma visão positiva da cesariana, como em *Coração de estudante* (2002), quando Amelinha é impedida pela forte chuva de chegar ao hospital: “– *Você sabe que eu queria ter filho com cesariana [...], a última coisa que eu queria era sentir dor, meu pai*”. A cena cria um enredo negativo para o parto normal, apresentando a cesárea como parto planejado, seguro, sem dores ou desconfortos.

Nesse sentido, não apenas argumentos racionais, que muito se distanciam de evidências científicas<sup>vii-23</sup>, entram em cena, mas também aspectos emocionais, como no parto de Helena, de *Laços de família*:

## Cena 2

*Helena se mostra confiante e feliz. Recebe votos de boa sorte e rosas brancas. Já na sala de cirurgia, a trilha sonora é calma e relaxante. Os planos fechados mostram ora os procedimentos médicos da cirurgia, ora a expressão de contentamento e alegria da parturiente* (Novela *Laços de família*, 2000).

Um parto perfeito, se não fosse o fato de Helena estar desacompanhada, de o bebê só ser levado para a mãe depois de vários procedimentos, e de a cesariana eletiva marcada ser uma opção de risco. Porém, o que impera é a felicidade da parturiente e a tranquilidade do momento, construindo todo um imaginário positivo acerca da cesariana.

Especificamente sobre a denominada ‘epidemia de cesarianas’ no país, encontramos uma dicotomia entre o discurso médico, baseado no modelo tecnocrático (hegemônico), e o humanístico (contra-

vii De acordo com o último relatório da OMS e as recomendações no que concerne à cesariana, “[...] quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Porém, não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e em longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados” (p. 01).

hegemônico). Sob a perspectiva hegemônica, “há um estilo de pensamento médico-obstetra materializado em um conjunto de práticas, técnicas, tecnologias e saberes que cria disposições para o entendimento da cesariana como um modo normal de nascer”<sup>43</sup> (p. 417). Essa foi a conclusão do estudo que considerou como *corpus* de análise relatos de obstetras acerca da prática da cesariana no país. A defesa pela cesariana se baseia primeiramente no argumento de que “*a cesárea feita no Brasil é a melhor do mundo!*” (p. 422) (E11<sup>43</sup>). De forma bastante direta, obstetras entrevistados reivindicam o direito à cesariana e questionam evidências apresentadas por institutos de pesquisa sobre o tema. Para ilustrar: “*99% dos pesquisadores da Fiocruz não são obstetras, não colocam mão na barriga. Ficam ditando política sem saber do que se trata, sem nunca ter entrado em maternidade. Isso para mim sinceramente inviabiliza, impossibilita qualquer tipo de credibilidade, de opinião ou diretriz, seja lá o que for, por parte da instituição*” (p. 425) (E10<sup>43</sup>).

Segundo a publicação, a cesariana ordenaria a cena do parto, eliminando o caos dos “gritos, descontroles, sangue e secreções do parto vaginal”<sup>43</sup> (p. 422) e promovendo uma nova estética do nascimento que se pretende inclusive mais humanizada, socializável e vendável. “*Se a cesárea não fosse uma cirurgia de boa aceitação não adiantava a comodidade. Então reúne um monte de coisas, a comodidade e até o aspecto estético*”<sup>43</sup> (p. 422) (EO9). “*Por que você não pode ter uma cesárea humanizada? Você pode pegar aquele neném que está nascendo, abaixar o campo*<sup>viii</sup>, *ela vai ver o neném nascer [...]. Passa para o pediatra que vai colocar esse neném no colo dela. Você pode fazer isso com o parto cesáreo, então pra que demonizar desse jeito?*” (p. 425) (EO2)<sup>43</sup>.

Desse modo, obstetras tecnocratas buscam agregar o sentido de humanização à cirurgia. O termo ‘cesárea a pedido’ tem sido utilizado como sinônimo de ‘cesárea eletiva’, alegando uma suposta autonomia da gestante ao escolher o tipo de parto desejado.

Com uma visão oposta, médicos obstetras humanistas expõem os obstáculos que se fazem presentes para realizar o que chamam de ‘mudança de paradigma’, adotando novas práticas e novos valores, de acordo com a pesquisa publicada por Mendonça<sup>44</sup>. As vozes desses profissionais ecoam com base em subjetividades associadas à própria lógica de humanização e em evidências científicas, como revelam os depoimentos: “Minha entrada na humanização se deu muito antes de compreender o significado e a importância das evidências científicas, na condução da assistência ao parto. Tal mudança paradigmática se deu na participação presencial no nascimento dos meus filhos”<sup>44</sup> (p. 258). “A Medicina Baseada em Evidências entrou em minha vida por volta de 1994, quando eu era ainda uma jovem obstetra formada dentro do modelo tecnocrático. [...] Quando comecei a pesquisar seriamente sobre esses procedimentos, fiquei espantada ao constatar que não havia nenhuma evidência científica sólida demonstrando sua necessidade e efetividade e, ao contrário, já existiam evidências demonstrando os seus efeitos deletérios para o binômio mãe-bebê”<sup>44</sup> (p. 259).

É interessante ponderar como se apresenta uma polissemia dos termos ‘humanização’ e ‘autonomia’, que passam a ser defendidos tanto pelos humanistas quanto pelos tecnocratas. Nenhum dos lados desse debate rechaça a ciência, cada grupo defende uma visão distinta acerca de suas práticas. Em uma ponta, a ciência é promovida como tecnologia a ser incorporada a serviço do maior controle e previsibilidade do parto; da outra, são acionados estudos científicos que confirmam que maior tecnologia não implica melhor parto e que intervenções desnecessárias são nocivas à saúde da mulher e do bebê. Entendemos que essa segunda perspectiva se alinhe ao parto ideal praticado em países desenvolvidos e defendido pela OMS<sup>ix,45</sup>.

## A NÃO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CENAS POSITIVAS DE PARTO

viii “Abaixar o campo” significa abaixar a proteção que é colocada para que a mulher e acompanhante não vejam todos os procedimentos cirúrgicos. Quando o médico diz que abaixa o campo, significa que ele deixa a mulher ver o nascimento do bebê.

ix Segundo a OMS<sup>45</sup>, o objetivo da assistência ao parto é manter mulheres e recém-nascidos saudáveis, com o mínimo de intervenções médicas possível, buscando garantir a segurança de ambos. Essa indicação se baseia em taxas obtidas por alguns países desenvolvidos, cuja medicalização é baixa, a humanização alta e a presença de obstetras uma realidade. Como resultado, a mortalidade da gestante no parto possui as menores taxas registradas, a exemplo da Finlândia, com apenas 3 mortes para cada 100 mil nascimentos.

Terminamos nossa discussão discorrendo sobre as cenas de parto em que a violência obstétrica não foi identificada, em nenhum nível, aproximadamente 23% do *corpus*. Desses, pouco mais de 40% foi hospitalar e quase 60% domiciliar. Nos hospitais, observamos parturientes acompanhadas dos pais de seus bebês, em cenas de afeto e confiança. Vimos a vontade das gestantes ser atendida, médicos atenciosos e seguros, trilhas sonoras que transmitiam tranquilidade, primeiros planos optarem por troca de olhares entre a gestante e o companheiro e entre a mãe e o bebê, que, ao nascer, é levado diretamente para o colo materno, ao invés dos gritos e expressões de dor exacerbadas.

Quando uma cesariana foi realizada, a cirurgia foi justificada, como a ausência de dilatação de Paloma, em *Amor à vida* (2013), ou o parto de risco de Luciana, em *Viver a vida* (2009), por ser tetraplégica e dar à luz a gêmeos. No caso de Paloma, a expressão de descontentamento por ter que se submeter a uma cesariana é tratada com respeito e, de forma sintomática, contribui para uma percepção positiva do parto normal.

Nos partos domiciliares, imperou o protagonismo da parturiente, e mesmo em situações que à primeira vista poderiam ser interpretadas como indesejadas, tudo o que não se viu foi violência. O exemplo mais emblemático nesse sentido foi o parto de Arlete, em *Porto dos milagres* (2001), dentro do prostíbulo onde trabalhava.

### **Cena 3**

*Arlete sente dor, mas grita pouco, mostrando-se forte e agradecida a Iemanjá pelo filho que vai nascer. Dona Faló (parteira) não interfere no curso natural do parto, apenas segura o bebê, enquanto ele nasce, e não sai do lado de Arlete, incentivando-a a fazer força, quando seu corpo avisa. A cena é centrada na mulher que dá à luz, como se tudo a sua volta estivesse ali para servi-la.* (Novela *Porto dos milagres*, 2001).

Porém, nenhum parto significou tanta ruptura quanto o de Anna, na novela *Novo mundo* (2017), cujo enredo contextualiza o período do Descobrimento do Brasil.

### **Cena 4**

*A parturiente sentia dores e estava assustada porque a parteira não chegava. Contrariando os costumes da época, Joaquim, pai do bebê, decide entrar no quarto e colaborar no parto, intuindo pela forma como as índias dão à luz. Ele levanta a parturiente para colocá-la em posição de cócoras, o que lhe parece estranho. “– É só confiar no seu corpo, ele sabe”. Anna afirma que a dor está vindo. Joaquim responde: “– Respira, relaxa, não é dor, é o seu corpo ajudando o seu filho a nascer. Fica tranquila, eu tô do seu lado, nada de mal vai acontecer”. A cena é de muita emoção, parceria, carinho e resulta no nascimento de uma menina, imediatamente abraçada pelo casal.* (Novela *Novo mundo*, 2017).

Vários aspectos desse parto contribuem para uma leitura positiva do parto normal, mais além, seguem as recomendações da Organização Mundial da Saúde<sup>23-24</sup>, ao evitar a litotomia compulsória, garantir a autonomia da mulher e o apoio emocional e não representar intervenções desnecessárias. Certamente, se o parto de Anna não fosse excepcional, em meio a tantos nascimentos violentos e representações veladas dessa violência, sem o mínimo de problematização, a ficção teria contribuído para deslegitimar, ao menos no campo do simbólico, práticas nocivas à saúde física e mental das mulheres brasileiras na hora do parto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partimos da premissa que a maior parte das telenovelas produzidas pela Rede Globo tem como cenário a realidade brasileira, no que concerne a aspectos geográficos, econômicos, políticos e sociais, de períodos atuais ou do passado. Dessa forma, podemos estabelecer que ininterruptamente, e há décadas, as brasileiras assistem a obras de ficção que procuram representar aspectos de sua identidade, assim como dramatizar problemas sociais de seu cotidiano. Como bem afirma Maffesoli<sup>46</sup>, “as tecnologias do imaginário bebem em fontes imaginárias para alimentar imaginários” (p. 81). Nesse movimento, podemos elencar uma série de transformações no bojo da sociedade brasileira, em alguma medida, influenciada por narrativas da teledramaturgia, como a “mobilização de sindicatos, do movimento negro ou *gay*, de políticos, de comunidades étnicas”<sup>77</sup>(p. 30).

Como discute Lopes<sup>7</sup>, as telenovelas promovem “a fusão dos domínios do público e do privado”, sugerindo que “dramas pessoais e pontuais podem vir a ter significado amplo” (p. 25). De acordo com a autora, cada narrativa traz uma ‘novidade’, um assunto que a diferencie de suas antecessoras, capaz de ‘provocar’ o interesse, o comentário, o debate de telespectadores e de outras mídias. Em seu artigo, Lopes elenca as temáticas problematizadas em tramas da teledramaturgia (até o período de sua publicação), constando assuntos que abarcam da violência urbana à doação de órgãos, passando por tráfico de mulheres, clonagem, saúde mental, dentre tantos outros. Porém, nada se viu acerca da violência obstétrica, nem como tema central, nem como conflito de menor abrangência.

A ausência de problematização corrobora para a invisibilidade de um problema social que se constitui violência de gênero e assola parte considerável das mulheres brasileiras durante o parto. Entendemos, assim, a violência obstétrica como estrutural e alicerçada em relações de poder movidas por uma força macro não apenas no âmbito da saúde, mas também no político-econômico<sup>47</sup>, e legitimada pela esfera simbólica, no caso, a ficcional. Evidenciamos que outros aspectos dessa representação foram analisados ao longo da pesquisa, como relações de classe e étnico-raciais associadas às cenas de parto, porém eles demandavam aprofundamento devido a sua complexidade, o que não foi possível realizar neste artigo.

Por fim, pontuamos dois fenômenos recentes da comunicação social que devem ser considerados como desestabilizadores do cenário aqui exposto. O primeiro diz respeito à perda de audiência das telenovelas globais. Se nas décadas de 1980 e 1990, era comum que essas produções tivessem uma média de 50 pontos de audiência<sup>18</sup>, atualmente, as novelas mais bem-sucedidas dificilmente ultrapassam uma média de 35 pontos. Assim, podemos afirmar que o alcance dessas produções está paulatinamente perdendo força.

O segundo fenômeno diz respeito à mobilização de mulheres nos espaços virtuais para discutir a violência obstétrica, compartilhar suas experiências de parto, organizar encontros e rodas de conversas, além de audiências públicas, criando uma forte rede de apoio. Como outras ações, luta para dar visibilidade à violência obstétrica, definida pela instituição como uma forma de violência de gênero. Nesses espaços, os partos da teledramaturgia não passam sem problematização e debate crítico. A disjunção entre realidade e ficção ganha forma uma vez mais, se as personagens violentadas não tiveram voz em suas tramas, aqui, o grito ecoa.

## REFERÊNCIAS

1. Regis J, Resende V. “Daí você nasceu minha filha”: análise discursiva crítica de uma carta ao obstetra. *Doc Est Lin Teór Apl*. 2015;31(2):573-602. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-445000967380245314>.
2. Silva TT. A produção social da identidade e da diferença. In: Silva TT, organizador. *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes. 2014. p. 73-102.
3. Artemis [Internet]. Violência obstétrica em debate. Site da organização Artemis, São Paulo. 2014 mar. 6 [citado em 2020 nov. 05]. Disponível em: <https://www.artemis.org.br/violencia-obstetrica>.

4. Conselho Federal de Medicina (BR). Processo consulta CFM nº 22/2018; Parecer CFM nº 32/2018. Trata-se de consulta oriunda do CRM-DF com solicitação ao CFM sobre a proliferação de leis sobre “violência obstétrica” [Internet]. Brasília (DF): O Conselho; 2013 [citado em 2018 out. 23]. Disponível em: <https://bit.ly/3kSJrnA>.
5. Ministério da Saúde (BR). Ofício nº 017/19 – JUR/SEC. Referente à solicitação de posicionamento deste Ministério quanto ao uso do termo “violência obstétrica” [Internet]. Brasília (DF): O Ministério; 2019 [citado em 2019 maio 03]. Disponível em: <https://bit.ly/34gydCu>.
6. Cancian N. Ministério da Saúde mantém decisão de não usar termo violência obstétrica, diz secretário. Folha de S.Paulo [Internet]. 2019 jun. 10 [citado em 2020 set. 30]; Cotidiano. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/06/ministerio-diz-reconhecer-termo-violencia-obstetrica-mas-que-continuara-a-nao-usa-lo.shtml>.
7. Lopes MIV. Telenovela como recurso comunicativo. Matrizes [Internet]. 2009 ago./dez. [citado em 2020 set. 30];3(1). Disponível em: <https://bit.ly/3jiA9kq>.
8. Malcher MA. Teledramaturgia: agente estratégico na construção da TV aberta brasileira. São Paulo: Intercom; 2010.
9. Futema F. Parto normal é experiência dolorosa e primitiva em novelas, diz pesquisadora. Folha de S.Paulo [Internet]. 2015 fev. 12 [citado em 2020 set. 30]; blogs. Disponível em: <https://maternar.blogfolha.uol.com.br/2015/02/12/parto-normal-e-experiencia-dolorosa-e-primitiva-em-novelas-diz-pesquisadora/>.
10. Morris T, Mcinerney K. Media representations of pregnancy and childbirth: an analysis of reality television programs in the United States. Birth. 2010;37(2):134-40. doi: [10.1111/j.1523-536X.2010.00393.x](https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00393.x).
11. Silva F. Histórias de maternidade vividas na TV: o papel do testemunho num reality show brasileiro. Com Mídia Cons [Internet]. 2017 [citado em 2020 set. 30];14(39):111-30. Disponível em: <http://revistacmc.espm.br/index.php/revistacmc/article/view/0000-0003-3661-6475>.
12. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. Saúde Soc. 2011;20(3):579-89. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000300005>.
13. Robotham, M. We must stop the distorted vision of birth in the media. Brit J Midwifery. 2001;9:276-88. doi: <https://doi.org/10.12968/bjom.2001.9.5.7985>.
14. Bick D. Media portrayal of birth and the consequences of misinformation. Brit J Midwifery. 2010;26(2):147-58. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.02.002>.
15. Fenwick J, Gamble J, Creedy D, Bayes S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? Brit J Midwifery. 2010;26(4):394-400. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.011>.
16. Luce A, Cash M, Hundley V, Cheyne H, van Teijlingen E, Angell C. “Is it realistic?” the portrayal of pregnancy and childbirth in the media. BMC Pregnancy Childb. 2016;16(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0827-x>.
17. Pesq Nac Amost Dom [Internet]. 1982 [citado em 2020 set. 30];6(8):1-62. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad\\_1982\\_v6\\_t8\\_ba.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad_1982_v6_t8_ba.pdf).
18. Xavier N. Teledramaturgia [Internet]. [lugar desconhecido]: Nelson Xavier; 2015 [citado em 2020 set. 30]. Disponível em: <http://teledramaturgia.com.br/>.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
20. Rose D. Análise de imagens em movimento. In: Bauer MW, Gaskell G, organizadores. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Editora Vozes; 2002. p. 343-64.
21. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado [Internet]. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2010 ago. [citado em 2020 set. 30]. Arquivo PowerPoint, 301 slides. Disponível em: <https://bit.ly/2Scq50f>.
22. Hall S. Cultura e representação. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio; 2016.
23. Diretrizes Nacionais de assistência ao parto normal – Versão resumida. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado em 2020 set. 30]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf).

24. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: The Organization; 2018 [cited 2020 Sept 30]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>.
25. Silva WO. Violência obstétrica: contradições do sistema de saúde nas políticas de humanização do parto [dissertação na Internet]. Alagoas: Universidade Federal de Alagoas; 2015 [citado em 2020 set. 30]. Disponível em: <https://bit.ly/33eQvVC>.
26. Burgo C. Litotomia en el parto: una práctica cuestionable. Rev Obstare. 2001;03.
27. Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. Agência Fiocruz de Notícias [Internet]. 2014 maio 30 [citado em 2020 set. 30]. Disponível em: <https://bit.ly/30kEMmD>.
28. Machado A. A televisão levada a sério. São Paulo: Editora SENAC; 2000.
29. Ortiz R, Borelli SHS, Ramos JMO. Telenovela: história e produção. São Paulo: Editora Brasiliense; 1989.
30. Nascidos vivos Brasil: Nascimentos por residência da mãe segundo Região; período: 2015 [Internet]. Brasília: DATASUS; 2018 [citado em 2020 set. 30]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
31. Charaudeau P. O discurso das mídias. São Paulo: Contexto; 2012.
32. Woodward K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: Silva TT, organizador. Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Editora Vozes; 2014. p. 07-72.
33. Oliveira V, Penna C. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais da saúde. Texto Contexto Enferm. 2017;26(02). doi: [10.1590/0104-07072017006500015](https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015).
34. Sens M, Stamm AM. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. Interface. 2001;23. doi: [10.1590/interface.170915](https://doi.org/10.1590/interface.170915).
35. Palinski JR, Souza SRRK, Rosa Gualda DMR, Silveira JTP, Salim NR. Women's perception of the process of labor coaching: study descriptive. Online Braz J Nurs [Internet]. 2012 Aug [cited 2012 Sept 03];11(2):274-88. Available from: <https://bit.ly/3n8Q5b0>.
36. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. Esc Anna Nery. 2014;18(2):262-69. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140038>.
37. Motter ML. Telenovela: arte do cotidiano. Comun Educ. 1998;(13):89-102. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9125.v0i13p89-102>.
38. Badinter E. XY: sobre a identidade masculina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1993.
39. Hirata H, Kergoat D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. Cad Pesq. 2007; 132(37):595-609. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742007000300005>.
40. Oliveira M, Brito R. Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. Esc Anna Nery. 2009; 13(3):595-601. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000300020>.
41. Ministério da Saúde (BR); Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do SUS. Diretriz nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação [Internet]. Brasília (DF): CONITEC; 2016 jan. [citado em 2020 set. 30]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/10/Diretriz-Nacional-de-Assist%C3%Aancia-ao-Parto-Normal.pdf>.
42. Figueiredo VL. Encenação da realidade: fim ou apogeu da ficção. Rev MATRIZES. 2009;3(1):131-43. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1982-8160.v3i1p131-143>.
43. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do "parto cesáreo" entre obstetras. Physis. 2017;27(3):415-32. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000300003>.
44. Mendonça SS. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. Civitas Rev Ciên Soc. 2015;15(2):250-71. doi: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.17899>.
45. World Health Organization. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs sustainable developed goals [Internet]. Geneva: The Organization; 2017 [cited 2020 Sept 30]. Available from: <https://bit.ly/3cKtwVu>.

46. Maffesoli M. O imaginário é uma realidade. Rev FAMECOS. 2001;8(15):74-82. doi: <https://doi.org/10.15448/1980-3729.2001.15.3123>.
47. Gomes AMA, Nations MK, Luz MT. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste brasileiro. Saúde Soc. 2008;17(01):61-72. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000100006>.
48. Parto do princípio: mulheres em rede pela maternidade ativa [Internet]. [lugar desconhecido]: Parto do Princípio; 2015 [citado em 2020 set. 30]. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br>.