

## **Descolonizar o parto: entender as raízes da violência para erradicá-la<sup>1</sup>**

### **Decolonizing childbirth: understand the roots of violence to eradicate it**

Jéssica Araldi<sup>2</sup> ([jessica\\_araldi@yahoo.com.br](mailto:jessica_araldi@yahoo.com.br))

**Resumo:** Este artigo busca, através de uma revisão da literatura a respeito da história da assistência ao parto, estabelecer um paralelo entre a atual postura da Ordem dos Médicos no debate público sobre a violência obstétrica em Portugal, e o percurso histórico da ginecologia-obstetrícia para chegar à sua atual posição de hegemonia na assistência ao parto. Através da genealogia da ginecologia-obstetrícia enquanto ciência, que culmina no cenário atual de abusos e excesso de intervenção no parto, é possível afirmar que apenas confrontando a história é possível traçar caminhos distintos, devolvendo às parturientes o lugar de protagonismo que lhes foi roubado pela biomedicina formada no seio de uma ordem colonial-patriarcal em desenvolvimento.

**Palavras-chave:** Violência obstétrica; Caça às bruxas; Soberania reprodutiva; Biomedicina; Descolonização.

**Abstract:** This article aims to make a parallel with the current position of the Portuguese Medical Association -*Ordem dos Médicos*- on the public debate about obstetric violence in Portugal and the path made by obstetrics-gynecology to arrive to its present place of hegemony on childbirth assistance. Through obstetrics-gynecology's genealogy as a science, which culminates in the current scenario of abuse and excessive intervention in childbirth, it is possible to affirm that only by confronting History we can trace different paths, restoring to the parturients their place of protagonists stolen by a biomedicine created in the middle of a colonial-patriarchal order in development.

**Keywords:** Obstetric violence; Witch-hunt; Reproductive Sovereignty; Biomedicine; Decolonization.

---

<sup>1</sup> O uso e reprodução das imagens neste ensaio estão autorizados e são de responsabilidade exclusiva da autora.

<sup>2</sup> Formada em Letras pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e atualmente doutoranda em Pós-colonialismos e Cidadania Global pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. É membra do coletivo Nascer em Coimbra.

## Introdução

O cenário da assistência ao parto em Portugal tem sido objeto do debate público nos últimos anos, com especial foco nas más experiências de parto relatadas por mulheres (Barata, 2020) e na aceitação ou não do termo violência obstétrica para classificar estas experiências. Através da maior circulação de informação, sobretudo através das redes sociais, existe uma crescente conscientização sobre os direitos das mulheres e recém-nascidos durante o parto e, portanto, também uma crescente conscientização sobre a ocorrência de violência obstétrica durante este evento (Lindim; Silva, 2022). Embora a Ordem dos Médicos<sup>3</sup> continue recusando o termo, ao afirmar que, no máximo o que se pode dizer do contexto português é que podem haver casos isolados de “maus-tratos”<sup>4</sup>, a realidade é que os problemas com a assistência hospitalar ao parto tem raízes muito mais profundas do que os debates a respeito de procedimentos mal realizados ou mesmo práticas que surgiram sem nenhuma evidência científica – no caso da obstetrícia a episiotomia e a posição litotômica durante o trabalho de parto são exemplos – e que seguem sendo amplamente utilizadas nos serviços de saúde. Aquilo que os movimentos em defesa das grávidas e parturientes classificam como violência obstétrica não representa nada mais do que a face visível hoje da história de uma ciência que, para se desenvolver e se afirmar como tal, precisou acabar com outra forma de conhecimento milenar, a das parteiras (Ehrenreich; English, 1981), ao mesmo tempo em que utilizava corpos de gestantes como laboratórios (Owens, 2017).

Parir é um evento fisiológico que, por esta razão, permitiu à humanidade cumprir seus ciclos e assegurar a sua continuidade como espécie até hoje. A história da obstetrícia enquanto escola médica começa nos séculos XV e XVI e o parto hospitalar como norma social ainda não tem um século (Carneiro, 2008). Antes disto, as mulheres pariam em suas casas ou em casas de familiares, em ambientes com intimidade e apoiadas por outras mulheres que haviam construído sua experiência com base numa vivência própria ao mesmo tempo em que contavam com a transmissão da vivência das mulheres mais velhas. Entre elas, parir não era acompanhado como uma patologia, mas

---

<sup>3</sup> Em parecer depois de uma série de relatos de violência obstétrica no país, a Ordem dos Médicos optou por desacreditar as vítimas e afirmar que em Portugal isto não acontece. O parecer está disponível em: <https://visao.sapo.pt/atualidade/sociedade/2021-11-06-violencia-obstetrica-parecer-da-ordem-dos-medicos-a-dizer-que-o-termo-nao-se-aplica-em-portugal-deixa-ativistas-em-polvorosa/>

<sup>4</sup> Ver posicionamento da Ordem dos Médicos em: <https://ordemdosmedicos.pt/informacao-sobre-violencia-obstetrica/>

como um processo com uma progressão própria, na qual o corpo da parturiente e do feto trabalhavam em conjunto e, para o qual o papel da parteira era o de apoiar.

Neste sentido, o objetivo deste artigo é situar a história da transição do parto domiciliar para o hospital, e a transição do acompanhamento das parteiras para o dos médicos e enfermeiras, chamando a atenção para o apagamento da história de um saber por outro: a completa substituição das parteiras como figuras de autoridade pelos médicos – que no início do desenvolvimento desta área era um ofício destinado unicamente a homens – relegando às mulheres o lugar de “ajudantes” destes, na figura de enfermeiras, submetidas ao seu poder.

Relacionando um período de ápice da deslegitimação e perseguição dos saberes das mulheres, representado pela caça às bruxas, ao surgimento das ciências médicas com o protagonismo masculino que as consolidaram, busco, de acordo com o proposto por Santos (2018), situar os saberes ancestrais das mulheres como pertencentes ao outro lado da “linha abissal”, que separa os saberes válidos, daquilo que não é visto como saber, mas “crença popular”, entre outras classificações que dão à ciência moderna ocidental – eurocêntrica - o status de monopólio do conhecimento. Assim, proponho “descolonizar o parto” no sentido de compreender que, ao mesmo tempo em que a coroa portuguesa expandia seu império, conquistando suas primeiras colônias no século XVI, desenrolava-se um processo de controle das atividades das parteiras e de outros curandeiros populares que, no caso delas, tinha como finalidade controlar a capacidade reprodutiva das mulheres. Desta forma, proponho-me a demonstrar como, ao mesmo tempo que a colonização buscava dominar territórios para extrair deles recursos, os corpos das mulheres na Europa passavam por um processo análogo, uma vez que durante este mesmo período controlavam-se seus corpos, restringia-se sua capacidade de decidir sobre o desejo de gestar, forçando-as a fazê-lo mesmo contra sua vontade, para extrair destes corpos mais pessoas para serem exploradas, como demonstrou, entre outras, Silvia Federici (2017).

### **Caça às bruxas: controle reprodutivo, perseguição das mulheres**

Em seu livro intitulado *Brujas, parteras y enfermeras, una historia de sanadoras* (2019), Barbara Ehrenreich e Deidre English abordam o percurso histórico das mulheres enquanto protagonistas dos cuidados populares de saúde. Na história da Europa, analisada pelas autoras, o conhecimento das ervas medicinais e o acompanhamento do parto, era exercido sobretudo por mulheres.

Las mujeres fueron las primeras farmacólogas con sus cultivos de hierbas medicinales, los secretos de cuyo uso se transmitían de unas a otras. Y fueron también parteras que iban de casa en casa y de pueblo en pueblo. Durante siglos las mujeres fueron médicas sin título; excluidas de los libros y la ciencia oficial, aprendían unas de otras y se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija. La gente del pueblo las llamaba “mujeres sabias”, aunque para las autoridades eran brujas o charlatanas. La medicina forma parte de nuestra herencia de mujeres, pertenece a nuestra historia, es nuestro legado ancestral. (Ehrenreich e English, 2019:4)

Estes saberes, no entanto, foram apagados da história ao longo de um processo histórico de perseguição das mulheres e de afirmação do poder masculino representado na transição do feudalismo para o capitalismo. Como afirma Silvia Federici, em *Calibã e a bruxa* (2017), o processo de degradação do estatuto social das mulheres na Europa durou séculos, culminando sobretudo no controle de sua capacidade reprodutiva num momento em que o continente assistia à maior queda das taxas de natalidade de sua história, logo após a grande fome que assolou o continente no século XVI. Torna-se pertinente situar a coincidência deste acontecimento com a colonização das Américas, evento que gerou grandes expectativas de mão de obra a ser escravizada e que foi frustrada com a morte de dois terços das populações indígenas por conta das epidemias espalhadas pelos colonizadores. Neste contexto, as elites encontravam-se desesperadas por mão de obra, e foi assim que a reprodução se transformou em uma preocupação do estado no mesmo período em que iniciaram o sequestro e tráfico de pessoas africanas pelo Atlântico para trabalharem nas plantações coloniais.

Principal iniciativa do Estado com o fim de restaurar a proporção populacional desejada foi lançar uma verdadeira guerra contra as mulheres, claramente orientada a quebrar o controle que elas haviam exercido sobre seus corpos e sua reprodução. (...) essa guerra foi travada principalmente por meio da caça às bruxas, que literalmente demonizou qualquer forma de controle de natalidade e de sexualidade não procriativa, ao mesmo tempo que acusava as mulheres de sacrificar crianças para o demônio. Mas a guerra também recorreu a uma redefinição do que constituía um crime reprodutivo. Desse modo, a partir de meados do século XVI, ao mesmo tempo que os barcos portugueses retornavam da África com seus primeiros carregamentos humanos, todos os governos europeus começaram a impor penas mais severas à contracepção, ao aborto e ao infanticídio. (Federici, 2017: 174)

Para efetivamente controlar a capacidade reprodutiva das mulheres era fundamental ter o controle das parteiras. Desta forma, não é por acaso que, tal como em outros países da Europa, em Portugal, tenha sido no século XVI que houve uma preocupação com a “examinação das parteiras”. Em 1565, foi publicado o alvará que informava que “as parteiras não poderiam mais exercer o seu ofício sem o prévio exame perante o Cirurgião-Mor e, a 6 de outubro desse mesmo ano, nova lei obrigava que as parteiras, além daquele exame, fossem ainda aprovadas pela Câmara local no que se referia “à sua vida e costumes” (Carneiro, 2008: 128). A atenção especial à conduta moral das parteiras ia ao encontro de um controle do comportamento social das mulheres, que teve grande impacto para a perseguição às bruxas, o fenômeno que vivia seu ápice ao redor da Europa entre o século XV e XVI, tendo como protagonistas a Igreja e o Estado.

O controle dos saberes das mulheres, e do auxílio que prestavam, além de surgir no sentido de assegurar que a população se reproduzisse, cumpria outra função: a de afirmar o poder de um tipo de saber que começava a se construir com o apoio das classes dominantes – o do médico ou, como era chamado na altura, o físico e mais tarde o cirurgião. A obrigatoriedade da “examinação”, não apenas das parteiras como de outras figuras ligadas às artes de curar – os algebristas, os catarateiros, os endireitas, curandeiros, etc. – buscava dar maior autoridade àqueles cujo percurso profissional partia da universidade (Carneiro, 2008). Isto porque o desenvolvimento da medicina na Europa enquanto ciência e profissão dá-se no século XIII, um século antes do início da caça às bruxas. Em Portugal, é em 1290 que se dá a criação dos Estudos Gerais em Lisboa, que mais tarde viria a ser a Universidade, transferida para Coimbra, na qual existia um “mestre de física” (Carneiro, 2008: 123) e nos quais só poderiam estudar homens. Neste sentido, desde este momento as mulheres que trabalhavam como sanadoras ou, como merecem ser chamadas, médicas populares, passaram a representar uma concorrência para a classe dos físicos, que uma vez com a licença “tinham ainda de disputar a aceitação social, concorrendo num espaço onde abundavam os “curandeiros” (Carneiro, 2008:124). Por outro lado, a formação universitária destes profissionais era muito inferior à das pessoas cujo meio de aprendizagem era a transmissão geracional somada à própria vontade de curar as pessoas de sua comunidade. Enquanto “os estudos de medicina do final da Idade Média não incluíam nada que pudesse entrar em conflito com a Igreja” (Ehrenreich e English, 2019:17), e “a medicina universitária vivia do

comentário erudito dos grandes mestres de antigamente, como Hipócrates, Galeno e Avicena” (Carneiro, 2008: 96), os conhecimentos de outros pejorativamente chamados de curandeiros partiam de uma postura frente ao conhecimento mais próxima daquilo que hoje está associado à ciência, pois acreditavam na experimentação, em observar causa e efeito no contato direto com seus pacientes – coisa que os físicos não tinham e era, inclusive, mal visto, sendo uma função relegada aos cirurgiões, que gozaram até muito tarde de um estatuto inferior.

Com este panorama, não é surpreendente o papel de protagonismo exercido pelos médicos na caça às bruxas. O tribunal que inquiria as acusadas de bruxaria contava, inclusive, com um médico que cumpria o papel de especialista para reconhecer casos de bruxaria, revestindo os julgamentos de uma aparência científica. Assim afirmava o livro base da perseguição às bruxas, *Malleus Maleficarum*, publicado em 1486, referido no trabalho de Ehrenreich e English: “y si alguien preguntara como es posible determinar si una enfermedad ha sido causada por un hechizo o es consecuencia de un defecto físico natural, responderemos que ante todo, todo debe recurrirse al juicio de los médicos” (Kramer apud Ehrenreich e English, 2019).

Por outro lado, parece ridículo imaginar, no contexto da examinação das parteiras, os critérios do Físico-mor, papel que era obrigatoriamente exercido por um homem com uma formação de base teológica e com conhecimentos de medicina restritos a teorias com, no século XVI, pouca ou nenhuma base na realidade, para avaliar o trabalho das parteiras. O papel deste era, evidentemente, afirmar o poder da igreja e do estado diante da sociedade controlando o trabalho prestado pelas parteiras transferindo para estas, por meio da autorização para trabalharem, a função de controlar as mulheres: só podiam atender gestantes que tivessem se confessado, deveriam controlar a duração das gravidezes ao mesmo tempo que deveriam assumir a superioridade dos conhecimentos do físico e do cirurgião formados pela universidade. Assim, se atualmente assistimos a uma ampliação do debate a respeito da violência na assistência ao parto por parte de profissionais de saúde, facilmente encontramos no desenvolvimento da ginecologia e da obstetrícia enquanto ciências eventos que legitimam violências: para que este campo pudesse se consolidar, os homens diretamente ligados às instituições de poder precisaram, por um lado, destruir a autoridade do saber das mulheres enquanto, por outro lado, as transformavam em objetos de estudo partindo de pressupostos que encaravam o corpo como máquina,

sobre o qual era necessário compreender o funcionamento mecânico de acordo com o pensamento cartesiano.<sup>5</sup>

### **Corpos-objeto, racismo e violência: a história de uma ciência**

Além do controle reprodutivo necessário para o aumento da população na Europa, a medicina e, especificamente, a ginecologia e obstetrícia foram centrais para assegurar a reprodução entre mulheres escravizadas. Como demonstra Deirdre Cooper Owens, em *Medical Bondage: Race, Gender and the Origins of American Gynecology* (2017), o campo médico nos Estados Unidos estava diretamente associado ao comércio de pessoas escravizadas. Eram os médicos que examinavam as pessoas que seriam vendidas, para assegurar seu valor, sua capacidade de se reproduzir, avaliando doenças e problemas de saúde como aspectos que aumentariam ou reduziriam o valor de determinada compra. Segundo a autora, quando em 1808 foi banido o comércio de africanos escravizados, os proprietários de escravizados ficaram especialmente interessados em aumentar os nascimentos em solo americano.

It was not long before medical doctors and slave owners began to work closely to protect the reproductive health of black women who were held in bondage. Doctors developed complex relationships with slave owners, slave traders, one another, and finally, the enslaved women they treated for gynecological diseases. (Owens, 2017:15)

Combinado ao interesse específico na reprodução de pessoas que não tinham este estatuto, mas o de mercadorias, o campo masculino que se desenvolvia necessitava aprender uma área do saber sobre a qual era completamente ignorante – a formação dos físicos era tão alheia a realidade do sistema reprodutivo feminino, que durante muito tempo os físicos descreviam-no como análogo ao do homem (Gélis apud Carneiro, 2008) – sem poder solicitar diretamente o auxílio daquelas que detinham o conhecimento da área, pois isto seria atestar a sua autoridade. Além disto, a forma de encarar o corpo por parte da medicina que se consolidava, respeitava o conceito de investigação da natureza desenhado, entre outros, por Francis Bacon, que teve como base “o interrogatório das bruxas sob tortura, do qual surgiu uma representação da natureza como uma mulher a ser conquistada, revelada e estuprada” (Merchant apud Federici, 2017:366).

---

<sup>5</sup> *O mundo ou tratado da luz*, de René Descartes, publicado em 1662, é um marco para esta lógica de ciência.

Nos Estados Unidos, um dos médicos que até recentemente era considerado<sup>6</sup> o pai da obstetrícia no país, John Marion Sims, construiu seu primeiro hospital tendo provavelmente desde a edificação da estrutura, passando pelo trabalho, até as pessoas nas quais realizava suas experiências, pessoas escravizadas, mulheres submetidas a processos cirúrgicos experimentais sem uso de anestesia. O primeiro hospital para mulheres de Sims situava-se no Alabama, uma das regiões com maior população escravizada do país, e entre 1844 e 1849 foi o laboratório onde o médico desenvolveu este campo de conhecimento graças à vigência do sistema escravocrata. O trabalho de Owens (2017), busca ressaltar o papel de três mulheres escravizadas que além de terem sido cobaias de Sims, também trabalharam com ele como enfermeiras (embora sem este estatuto) e ajudaram-no na prática a desenvolver seu campo de estudos para depois serem descartadas por ele e apagadas da história da obstetrícia: Anarcha, Betsy e Lucy. Embora neste ensaio o objetivo não seja recorrer exaustivamente os métodos usados por estes “médicos pioneiros” para construir seus conhecimentos, é fundamental ressaltar como esta área científica não existiria da forma como existe em uma sociedade onde a soberania do corpo fosse uma realidade para todas as pessoas. Sem um contexto social no qual um grupo de pessoas pudesse deter a propriedade de outras, onde o grupo social de homens das classes ligadas ao poder tinham completa liberdade de aceder aos corpos de outras para as quais a decisão sobre o próprio corpo não era uma possibilidade, a medicina e a obstetrícia como as conhecemos não existiriam.

Além dos estudos recentes demonstrando a violência histórica por trás daquilo que durante muito tempo foi associado a “avanços”, a “idade da razão”, entre outras classificações que diminuem o sofrimento das pessoas subalternizadas relegando-as à figura de mal necessário para que um bem maior emergisse, neste caso representado pela medicina, uma pesquisa publicada em 2010 a respeito dos autores do atlas de anatomia de gestantes mais antigo de referência para a obstetrícia, revela que provavelmente estes foram assassinos em série. Os *Atlases of the gravid uterus* (1774), publicados por William Smellie e William Hunter, que serviram durante muitos anos

---

<sup>6</sup> Em 2018, em meio aos protestos responsáveis por derrubar uma série de estátuas de confederados e grandes figuras ligadas à escravidão nos Estados Unidos, houve a demanda que a estátua de John Marion Sims fosse retirada do Central Park. Este, que durante anos havia sido considerado o pai da obstetrícia moderna nos Estados Unidos da América, tendo criado o espécule e desenvolvido tratamentos pioneiros para a saúde reprodutiva das mulheres, foi apontado como uma figura eticamente problemática, uma vez que os meios que usava para as suas experiências eram mulheres escravizadas que, além de não poderem recusar o uso de seus corpos, eram submetidas a cirurgias experimentais sem sequer serem anestesiadas para tal. A notícia sobre a retirada da estátua encontra-se em: <https://www.vox.com/identities/2018/4/18/17254234/j-marion-sims-experiments-slaves-women-gynecology-statue-removal>. Acesso em 18 de Julho de 2022.

como referência para o estudo da obstetrícia, contém imagens muito detalhadas de fetos em úteros em fases finais de gestação. No entanto, o grande escândalo associado à obra a partir de um estudo histórico detalhado, realizado por Don C. Shelton (Shelton, 2010), demonstra que, para que este atlas fosse ilustrado com a riqueza de detalhes que tem, era necessário o acesso a cadáveres de corpos grávidos em fase final de gestação, o que era muito raro, visto que qualquer doença ou mesmo acidente que seja sofrido por uma gestante tem o efeito fisiológico de causar um aborto espontâneo. Os corpos ilustrados neste atlas, pelo contrário, demonstram a abertura de corpos que se encontravam em gestações a termo, aparentemente sem nenhuma complicação, o que torna dificilmente explicável a morte. Ademais, a prática do assassinato e da venda de corpos para médicos nesta época em Londres, lugar onde atuavam os autores, era comum e, coincidentemente, na mesma época em que o atlas foi publicado uma série de desaparecimentos de mulheres grávidas foi notificada.

Deste ponto de vista, as imagens do atlas de Smellie e Hunter tornam-se assombrosas. A frieza necessária para não apenas matar – ou encomendar o assassinato – de grávidas para usar seus corpos e de recém-nascidos para entender o que acontece com o corpo durante a gravidez é próprio de uma forma de entender o conhecimento a partir da razão que vê a natureza como objeto. Por outro lado, difere completamente da postura das parteiras que, no seu conjunto, construíam e constroem seus saberes a partir da experiência sentida e vivida como é possível ver até hoje, nos lugares onde o partejar enquanto técnica tradicional<sup>7</sup> resiste, sem recurso a procedimentos invasivos como da medicina moderna para detectar a posição do feto e possíveis problemas e/ou anomalias na gestação.

---

<sup>7</sup> Uso o termo “parteira tradicional” na falta de encontrar outro capaz de traduzir a mesma ideia de parteira não formada nas instituições médicas de tradição moderna, ainda presente em muitas culturas ao redor do mundo.

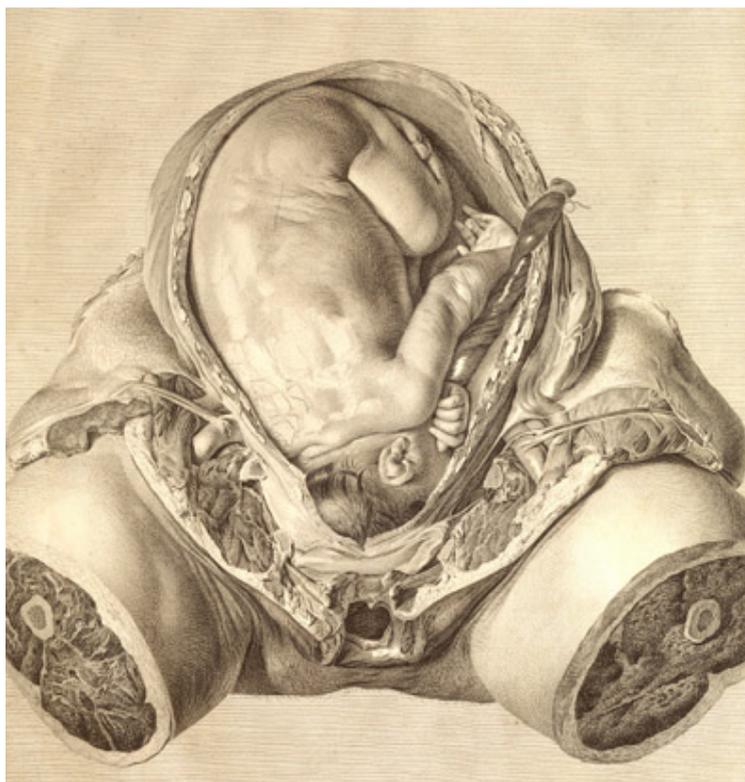


Figura 1: Imagem retirada do *Atlases of the gravid uterus* (1774).

Embora aqui, mais uma vez, o objetivo não seja falar exaustivamente dos processos usados no desenvolvimento da obstetrícia como ciência, ter a evidência de, a partir de qual ponto de vista esta foi construída pode ser uma ferramenta para lidar com as questões levantadas atualmente sobre o papel das ciências para a manutenção da ordem social em que vivemos. Se para que a obstetrícia pudesse ganhar autoridade como ciência ela precisou desqualificar completamente as parteiras sem formação institucional da assistência ao parto e da atuação profissional, ao menos na Europa, transformando o nascimento em um evento de protagonismo médico, e a parturiente em uma paciente passiva e obediente que deve aceitar a autoridade dos especialistas e simplesmente ficar calada (Barata, 2020), é fundamental, questionar a sua cientificidade e legitimidade. É evidente que isto não quer dizer que se descarte tudo aquilo que este campo desenvolveu no que diz respeito ao cuidado perinatal, mas sim entender que qualquer campo do saber que necessite da anulação de outros para se estabelecer representa um campo que não serve aos interesses coletivos, mas sim de indivíduos que buscam manter seus lugares de poder na sociedade.

## **A violência obstétrica na atualidade: classe médica em guerra contra as mulheres desobedientes**

Foram necessários alguns séculos para conseguir eliminar a figura da parteira não institucional do universo do parto em Portugal. No século XX, no entanto, a alteração completa do paradigma de nascimento de casa para o hospital culminou com uma grande celebração da queda das taxas de mortalidade tanto de mães como de recém-nascidos. Assim afirma o parecer da Ordem dos Médicos, contra a proposta de criminalização da violência obstétrica:

Em 1970, em Portugal, 63% dos partos eram não hospitalares; muitas mulheres passavam dias em trabalho de parto, no domicílio, longe de tudo, muitas vezes abandonadas, exaustas, sem recurso a qualquer analgesia e aí faleciam, mães e filhos, ou ficavam com sequelas para toda a vida; a ratio de mortalidade materna era de 73,4/100.000 nascimentos vivos e a mortalidade perinatal de 38,9/1.000 nascimentos; nos hospitais raramente havia condições dignas de dormida, de higiene, de analgesia e de relação entre as grávidas e o pessoal de saúde, escasso e sem meios adequados; os pais não podiam acompanhar as grávidas. No ano 2000, os partos fora do hospital passaram para 0,3%, a ratio de mortalidade materna para 2,5/100.000 e a mortalidade perinatal para 6,2/1.000. Na última década, de 2010 a 2019, a mediana de partos fora do hospital, de ratio de mortalidade materna e de mortalidade perinatal foi, respetivamente, de 0,7%, 7,15/100.000 e 3,9/1.000. Atualmente, em Portugal, todas as grávidas têm acesso a todo o tipo de diagnósticos e terapêuticas, incluindo acesso universal a analgesia no parto, com possibilidade de presença de acompanhante durante o parto. (Ordem dos Médicos, 2021:3)<sup>8</sup>

Estes dados são apresentados na sequência de se afirmar que a criminalização da violência obstétrica poderá assustar as mulheres, afastando-as dos estabelecimentos de saúde. No entanto, ao trazer estes números para por um lado afirmar o bom trabalho dos médicos e, por outro, descartar a existência de violência obstétrica em Portugal, a Ordem dos Médicos afirma que a redução das taxas de mortalidade materno-fetal em Portugal são responsabilidade única da atuação médica e, portanto, uma vez que são responsáveis pelo salvamento, não poderiam de forma alguma ser agentes de violência.

---

<sup>8</sup> Ordem dos Médicos (2021) “Parecer sobre o “reforço da proteção das mulheres na gravidez e parto através da criminalização da violência obstétrica”. Consultado a 18.7.2022 em <https://ordemdosmedicos.pt/parecer-sobre-o-reforco-da-protecao-das-mulheres-na-gravidez-e-parto-atraves-da-criminalizacao-da-violencia-obstetrica/>

Com base nestes números e na forma como a Ordem os apresenta facilmente se associa a passagem do lugar dos partos da casa para o hospital como um gesto de salvação das mães e recém-nascidos pela biomedicina. Se pensarmos a realidade do parto levando em consideração apenas estes números, não há dúvida que, mesmo com todos os problemas que podem ser apontados, a assistência hospitalar ao nascimento em Portugal foi um acontecimento a ser celebrado. No entanto, como se tentou demonstrar até aqui, a deslegitimação dos saberes de parteiras foi um longo processo, que teve o impacto de afastar as mulheres do conhecimento de seus próprios corpos, além de estar intimamente ligada ao desenvolvimento do capitalismo enquanto ordem social, e neste processo, os médicos se beneficiaram passando a ocupar um lugar privilegiado na hierarquia social, diferente da maior parte da população (Federici, 2017).

Como é evidente, não é possível saber com precisão qual a ratio de mortalidade perinatal ao longo da história da humanidade antes da existência da biomedicina. No entanto, este parecer dá a ideia de que a única razão para a redução da mortalidade é a atuação dos médicos, insinuando que a mortalidade era consequência de os partos acontecerem nos domicílios. Com o passar dos anos e a afirmação da ideia de que nascer em casa é perigoso e nascer no hospital é seguro, a consequência é um total apagamento e deslegitimação de outras formas de assistir o nascimento, o que faz com que o atendimento dado por parteiras seja visto como um retrocesso, enquanto o atendimento hospitalar seja visto como a única forma segura de parir, e esta compreensão, além de injusta, é também desonesta. Se o acesso a serviços de saúde só começou a ser ampliado em Portugal depois do fim da ditadura, com a revolução (Varela, 2020), para cobrir toda a população que vivia nas cidades e no campo, dar todo o crédito à queda das taxas de mortalidade aos médicos é apagar a dimensão que a revolução como um todo teve na vida das pessoas. A revolução trouxe o acesso a serviços de saúde, mas também trouxe saneamento básico, reforma agrária, educação, o que melhorou as condições de vida como um todo. É por isto que delegar as causas de morte dos recém-nascidos e das parturientes ou puérperas à ignorância das parteiras ou ao lugar de nascimento, sem considerar todos os outros aspectos da realidade social e econômica em que aconteciam, demonstra um posicionamento semelhante ao que anulou toda uma classe profissional para tomar o seu lugar: a disputa dos médicos pelo lugar das parteiras.

A verdade é que os números, neste caso, mostraram-se tão insuficientes que, pouco tempo depois se revelou que mesmo com o hospital mantendo seu lugar de

hegemonia no que respeita a norma de nascimento, a ratio de mortalidade materna teve aumentos significativos desde 2019 chegando a 20,1 mortes por 100 mil nascimentos em 2020<sup>9</sup> sendo a maior nos últimos 38 anos. Por outro lado, este aumento de mortalidade não faz com que os movimentos que lutam por uma assistência ao parto digna reclamem o fim do parto hospitalar ou do acompanhamento médico – pelo contrário, a maioria destes movimentos apresenta demandas muito básicas: que a evidência científica recente e as recomendações da Organização Mundial da Saúde sejam respeitadas<sup>10</sup>.

O que acontece diante do aumento da mortalidade materna é buscar respostas que as expliquem de forma satisfatória, considerando os diferentes fatores que influenciam esta realidade. A pandemia pode ser um fator para explicar o aumento das mortes, mas não pode ser o único, uma vez que estes números assistiam uma subida desde a década de 2010, tendo, no entanto dobrado de 2019 para 2020. Além disso, estes dados surgem em um momento em que a violência vivida por mães no momento de darem a luz é exposta e questionada. Nos últimos anos tem havido concentrações reivindicando uma assistência ao parto digna nas principais cidades do país<sup>11</sup>, ao mesmo tempo em que há um aumento significativo na procura do acompanhamento de doulas durante gestação, parto e pós-parto<sup>12</sup> no país, e que a busca pelo parto domiciliar também aumentou<sup>13</sup>. Estes fatos indicam uma alteração no comportamento das mulheres diante daquilo que esperam do parto. Por outro lado, ao ver a reação dos médicos enquanto classe – representados pela Ordem dos Médicos – constata-se que esta mudança de comportamento é encarada como uma ameaça, merecedora de uma resposta que deslegitime as críticas feitas ao funcionamento do serviço ao mesmo tempo que

---

<sup>9</sup> Mais detalhes sobre os dados aqui: <https://www.efe.com/efe/portugal/portugal/portugal-investiga-maior-taxa-de-mortalidade-materna-em-40-anos/50000441-4813362> Acesso em 18 de Julho de 2022.

<sup>10</sup> No dia 6 de novembro deste ano ocorreram em todo o país manifestações pelo fim da violência obstétrica e na data iniciou-se uma petição para assinalar este dia como o dia de luta contra a violência obstétrica. Entre os grupos que organizaram e participaram das manifestações não houve nenhum que reclamasse o fim do parto hospitalar ou da assistência médica, embora seja unânime o entendimento de que a violência obstétrica é uma realidade e que o assunto deve ser levado a sério.

<sup>11</sup> Sobre as manifestações em novembro de 2021: <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/ignoradas-e-maltratadas-durante-o-parto-mulheres-saem-a-rua-contraa-violencia-obstetrica-14292600.html> Acesso em 18 de Julho de 2022.

<sup>12</sup> Segundo esta notícia do Jornal de Notícias, a procura por doulas em Portugal teve um aumento de 200% nos últimos dois anos. Disponível em: <https://www.jn.pt/nacional/reportagens/doulas-uma-rede-de-seguranca-para-os-futuros-pais-14830264.html> Acesso em 19 de Julho de 2022.

<sup>13</sup> Em 2020 houve um aumento de 72% no número de partos domiciliares em Portugal. <https://observador.pt/2021/06/16/numero-de-partos-em-casa-disparou-em-2020-foram-1-001-mais-72-do-que-em-2019/> Acesso em 19 de Julho de 2022.

reafirme a autoridade dos médicos, como se pode ver na “informação sobre violência obstétrica” em que a Ordem afirma a “necessidade de combater protagonismos e populismos, alimentados por pessoas sem a devida preparação obstétrica, que confundem e minam a relação fundamental de confiança que deve existir entre os profissionais de saúde, as grávidas e as suas famílias<sup>14</sup>”. Esta informação trata-se evidentemente de uma resposta às doulas e outras profissionais e mulheres responsáveis por fomentar o debate a respeito da violência obstétrica no país.

### **Ao invés da disputa, a cooperação: caminhos para outro paradigma de nascimento em Portugal**

Para realmente mudar o paradigma de assistência ao parto tendo como base a realidade atual a ideia de “ecologia de saberes” em lugar da monocultura do saber exercida no campo da saúde pela biomedicina parece a melhor proposta. Para tal, no entanto, é preciso fazer emergir a história da assistência ao parto, e descolonizá-la. O saber biomédico sozinho não dá conta de preencher a multiplicidade de fatores envolvidos no parto e no que ele significa: o nascimento de um ser humano. Mesmo pensando do ponto de vista cultural, viver este acontecimento como quem vive uma cirurgia ou uma urgência devido a um acidente significa tirar do nascimento o caráter extraordinário que ele possui.

Além de do ponto de vista fisiológico, nascer num hospital, em meio a um ambiente esterilizado, cheio de pessoas desconhecidas, com um espaço limitado, luzes brancas e partilhado entre parturientes em situações diferentes de evolução do trabalho de parto – realidade geral das maternidades em Portugal, salvo raras exceções – em alguns casos sem nem direito a acompanhante – como aconteceu massivamente durante a pandemia – são situações que tem um impacto negativo na progressão do trabalho de parto, fazendo com que intervenções que em ambientes tranquilos seriam desnecessárias, tornem-se rotina. Para repensar os espaços e o atendimento como um todo, torna-se fundamental reunir profissionais de saúde e doulas, educadoras perinatais, e associações e coletividades ligadas à defesa do parto respeitado<sup>15</sup> para construir propostas múltiplas de assistência ao parto que deem segurança às famílias,

---

<sup>14</sup> A informação completa encontra-se em: <https://ordemdosmedicos.pt/informacao-sobre-violencia-obstetrica/> Acesso em 18 de Julho de 2022.

<sup>15</sup> Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto, Coletivo Saúde das Mães Negras, Rede Portuguesa de Doulas, Observatório da Violência Obstétrica, entre muitos outros coletivos com atuação no parto respeitado no país.

protagonismo às parturientes, e o acesso a uma vivência de parto e pós-parto do qual o horizonte não seja o da mera sobrevivência, mas o de uma experiência transformadora de um início de vida, para quem nasce, e recomeço, para quem dá a luz, que contribua para vínculos de cuidado e afeto profundos na chegada de cada novo ser humano neste mundo.

Para concluir, considero importante frisar que não há dúvidas que a tecnologia trazida pela ciência moderna para o acompanhamento da gravidez e do parto são importantes. Permitem, cada vez mais cedo, detectar anomalias e problemas que podem ter graves consequências durante o parto e/ou no princípio da vida que, durante muito tempo efetivamente levariam à morte de fetos e gestantes e que, graças à tecnologia, podem ser resolvidos facilmente. No entanto, é também importante ter em conta e que a maior parte das gestações não apresentam complicações e que, tratá-las de forma patologizante de maneira generalizada tem tido consequências horríveis para as experiências de parto, que acabam por se estender muitas vezes para o início da maternidade e da relação entre mãe e bebê. Ademais, tanta tecnologia deve servir para assegurar experiências de parto cada vez melhores, e não o contrário, como tem acontecido.

### **Referências bibliográficas**

Barata, Catarina (2020), “A mãe está calada!” O que revelam as experiências de parto das mulheres?”, Público [Online]. Consultado a 2.8.2022 em <https://www.publico.pt/2020/08/02/sociedade/noticia/mae-calada-revelam-experiencias-parto-mulheres-1925770>.

Carneiro, Marinha. (2008) *Ajudar a nascer: parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)*. Porto: Universidade do Porto.

Ehrenreich, Barbara; English, Deirdre (2019). *Brujas, Parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*. Tradução de: Metcalfe & Davenport. Madrid: Traficantes de Sueños.

Federici, Silvia (2017). *Calibã e a bruxa. Mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Elefante.

Lindim, Isabel; Silva, Ana Patrícia (2022). “Violência obstétrica: a realidade traumática de muitos partos” in *Setenta e quatro* [Online]. Consultado a 7.12.2022, em <https://setentaequatro.pt/investigacao-74/violencia-obstetrica-realidade-traumatica-de-muitos-partos>.

SANTOS, Boaventura de Sousa, “Para além do Pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes” (in Santos, Boaventura de Sousa; Meneses, Maria Paula (org.). (2018) *Construindo as Epistemologias do Sul: Antologia Essencial. Vol 1: Para um*

*pensamento alternativo de alternativas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO. p.639)

Shelton, Don C. (2010). “The emperor’s new clothes” In: *Journal of the Royal Society Medicine*. Consultado a 8.12.2022, em: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1258/jrsm.2009.090295>

Owens, Deirdre Cooper (2017). *Medical bondage: race, gender and the origins of American gynecology*. Georgia: University of Georgia Press.

Varela, Raquel. (2020), *Uma revolução na saúde: história do serviço médico à periferia, 1974-1982*. Vila Nova de Famalicão: Húmus