

A TUTELA DA *INFORMAÇÃO*: UMA ANÁLISE A PARTIR DE DOCUMENTOS DE UM PARTO

BRUNA POTECHI¹

RESUMO

Como a violência obstétrica pode ser materializada em documentos de um parto hospitalar? Como ela se dissipa em linhas rasuradas de prontuários médicos e em respostas como “sim” e “não” em Declarações de Nascidos Vivos? Esse artigo se debruça sobre os documentos produzidos pelo hospital e pela parturiente em um parto. O objetivo é investigar como documentos “oficiais” reportam situações relatadas pela parturiente como violentas. Esse texto parte de um exercício etnográfico de transformar uma experiência pessoal em dado de campo, e transformar o que poderia ser uma autoetnografia em um documento “não-oficial” do parto. Assim, através de uma etnografia de documentos “oficiais” e “pessoais”, o artigo explora técnicas de produção de versões e informações sobre o parto que denunciam e mascaram a violência obstétrica.

PALAVRAS-CHAVE

Violência obstétrica; Etnografia de documentos; Autoetnografia; Maternidade; Parto.

THE TUTELAGE OF INFORMATION: AN ANALYSIS OF BIRTH DOCUMENTS

ABSTRACT

How is obstetric violence materialized in hospital birth documents? How does it dissipate in crossed-out lines in medical records and in answers like “yes” and “no” in Declarations of Live Birth? This article focuses on the documents produced during a birth, two produced by the hospital and one produced by the woman in labor. The objective is to investigate how “official” documents report situations that the woman in her birth labor report describes as violent. This text starts with an ethnographic exercise of transforming a personal experience into field data and transforming what could be an autoethnography into an “unofficial” document of the birth. Thus, through an ethnography of “official” and “personal” documents, the article explores techniques for producing versions and information about childbirth that denounce and mask obstetric violence.

KEYWORDS

Obstetric violence; Ethnography of documents; Autoethnography; Maternity; Childbirth.

LA TUTELLE DES INFORMATIONS: UNE ANALYSE BASÉE SUR LES DOCUMENTS DE NAISSANCE

RÉSUMÉ

Comment la violence obstétricale peut-elle être matérialisée dans les actes de naissance hospitaliers? Comment se dissipe-t-elle dans les lignes barrées des dossiers médicaux et dans les réponses comme «oui» et «non» dans les déclarations de naissances vivantes? Cet article se concentre sur les documents produits lors d'un accouchement, deux produits par l'hôpital et un produit par la parturiente. L'objectif est d'enquêter sur la manière dont les documents «officiels» rendent compte de situations que la parturiente signale comme violentes dans son rapport de naissance. Ce texte part d'un exercice ethnographique consistant à transformer une expérience personnelle en données de terrain, et à transformer ce qui pourrait être une autoethnographie

¹ Pesquisadora de pós-doutorado em Antropologia Social pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Contato: brunapotechi@gmail.com.

en un document «non officiel» de l'accouchement. Ainsi, à travers une ethnographie de documents «officiels» et «personnels», l'article explore les techniques de production de versions et d'informations sur l'accouchement qui dénoncent et masquent les violences obstétricales.

MOTS-CLÉS

Violence obstétricale; Ethnographie documentaire; Autoethnographie; Maternité; Accouchement.

LA TUTELA DE LA INFORMACIÓN: UN ANÁLISIS A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS DE NACIMIENTO

RESUMEN

¿Cómo se puede materializar la violencia obstétrica en las actas de nacimiento hospitalarias? ¿Cómo se disipa en líneas tachadas en registros médicos y en respuestas como "sí" y "no" en Declaraciones de Nacidos Vivos? Este artículo se centra en los documentos elaborados durante un parto, dos elaborados por el hospital y uno elaborado por la parturienta. El objetivo es investigar cómo los documentos "oficiales" relatan situaciones denunciadas por la parturienta en su parte de nacimiento como violentas. Este texto parte de un ejercicio etnográfico de transformar una experiencia personal en datos de campo y transformar lo que podría ser una autoetnografía en un documento "no oficial" del nacimiento. Así, a través de una etnografía de documentos "oficiales" y "personales", el artículo explora técnicas para producir versiones e informaciones sobre el parto que denuncien y enmascaren la violencia obstétrica.

PALABRAS CLAVE

Violencia obstétrica; Etnografía documental; Autoetnografía; Maternidad; Parto.

INTRODUÇÃO

Esse texto analisa como documentos referentes ao parto materializam e desintegram a violência obstétrica^{2,3}. Este termo, de uso relativamente recente, tem ganhado adesão e é cada vez mais utilizado por profissionais e ativistas em torno do parto humanizado. O movimento pelo parto humanizado no Brasil, mais antigo que o uso formalizado do termo “violência obstétrica”, defende a medicina baseada em evidências e a desmedicalização do parto. A palavra violência durante o episódio de parto tem sido utilizada para designar atos abusivos que constroem e violam, sem evidências médicas, sem consentimento e que ferem a autonomia das parturientes e gestantes. No entanto, como acontece com o termo “violência” em outros cenários⁴, tem sido um dilema definir o que se compreende por violência durante a assistência ao parto.

Nesse texto, exploro três perspectivas de uma mesma situação de parto com o intuito de abordar como práticas, possivelmente consideradas invasivas e que ferem a autonomia e consentimento da gestante, são oficializadas. A primeira consiste em um relato de parto que tem sido uma espécie de bandeira do movimento pela humanização do parto para a disseminação de informação entre gestantes e mães sobre formas respeitadas e sinais de abuso durante o parto. Um segundo documento traz a Declaração de Nascido Vivo (DNV), desse mesmo episódio, que apresenta em seus registros a informação contrária da prestada à gestante com a confirmação da indução do parto. O último documento analisado é o prontuário médico que, em suas dezenas de páginas, apresenta a prescrição de medicação e demais informações sobre o trabalho de parto e os cuidados prestados à mulher.

É preciso ainda indicar ao leitor que esse texto é uma experimentação etnográfica. Ele parte de dois exercícios que anuncio já de antemão: fazer uma etnografia de uma experiência individual da pesquisadora que produz um relato de parto, e em um segundo experimento de contrastar esse relato de memória com documentos analisados via uma etnografia com documentos que burocratizam a experiência relatada pela autora/pesquisadora/informante⁵.

² Este artigo é resultado da pesquisa de pós-doutorado financiada pelo Programa Institucional de Internacionalização da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), processo n. 88887.843684/2023-00. Ele foi parcialmente redigido durante vigência da pesquisa de pós-doutorado financiada pela *Wenner-Gren Foundation*, processo Gr. 10661, e levanta questões dessa pesquisa.

³ Agradeço as leituras e comentários de Olof Ohlson e Carolina Capelli que foram de fundamental importância na transformação de informações íntimas em dados de campo.

⁴ Como violência de gênero, doméstica e sexual.

⁵ Devido a essa posição de autora/pesquisadora/informante e minha proximidade com o material etnográfico, utilizei a primeira e terceira pessoa ao decorrer do texto.

Após uma experiência de trabalho de parto e inspirada por Machado (2013; 2023), comecei a pensar se seria possível olhar para a minha experiência como um material etnográfico. O autor tem justificado que é possível utilizar uma experiência de campo inconsciente, transformando vivências pessoais de um evento em um campo que é acessado pela memória. Ele nos provoca a pensar que, se a etnografia é uma experiência de vida, esta também deve ser uma experiência etnográfica. O movimento, segundo Machado, seria o de romper com os limites que consideram que a etnografia, ou o que chamamos rotineiramente de “campo”, tem um começo e um fim. E se o campo e a vida não tiverem uma ruptura? E se não pudéssemos sair do campo ou deixar de ser etnógrafos quando vivemos nossas vidas?

Não conseguirei avançar no debate e provocações colocados por Machado (2013; 2023), por isso, preferi transformar a minha memória em um “documento”. Ele é menos oficial que aqueles produzidos pelo hospital, como a DNV e o prontuário médico, mas é exatamente como aqueles produzidos por mães e ativistas pela humanização do parto. No meu caso, e mais próxima do movimento de mulheres pela humanização do parto, eu tomo não a minha experiência, mas o relato de parto que produzi como um documento que será objeto de contraste com outros (esses sim “oficiais”) desse mesmo episódio. O relato foi redigido durante os primeiros meses após o parto e, depois de um engavetamento de um ano, reaberto e expresso sem alterações. Nesse sentido, não era como um material editável, mas sim como um instrumento que registrava a situação ainda quando os sentimentos que me conectavam a experiência eram fortes^{6,7,8}.

Com essa opção metodológica, proponho uma etnografia dos documentos produzidos em uma situação de parto a partir de três fontes: duas produzidas pelo hospital e uma pela parturiente-antropóloga⁹. Tomo documentos como objetos de atenção etnográfica e artefatos do mundo contemporâneo (Riles, 2006). Abordagens que olham para documentos (principalmente burocráticos) como objetos de análise têm apontado a

⁶ Machado (2013) coincidentemente produziu um texto a partir de uma antropologia *ex post facto* no hospital após o nascimento de seus filhos. O texto não trata do parto em si, mas da forma como o hospital considerava a personalidade de bebês que não tinham peso suficiente para terem alta hospitalar.

⁷ O relato de parto não foi produzido para fins de análise. Na verdade, ele foi feito com o intuito de publicação em minhas redes sociais, assim como algumas de minhas amigas e outras mulheres que eu acompanhava virtualmente fizeram. No entanto, não consegui publicá-lo nos primeiros meses após o parto, pois estava muito sensibilizada e não queria trazer isso à tona. Nos meses que se passaram, comecei a nutrir um interesse em entender os procedimentos e, sem perceber, ali começou minha intenção de pesquisar meu parto, não para (apenas) desvendá-lo, mas para entender o papel dos documentos na relação paciente-equipe-instituição-Estado.

⁸ Foram feitos cortes no relato de parto, todos indicados no trecho traduzido para a análise do artigo.

⁹ Inspirada em Riles (2006), entendo que documentos são artefatos das sociedades contemporâneas e são objetos de atenção etnográfica. Para análises mais recentes sobre documentos burocráticos e possibilidades analíticas destes, ver, entre outros, Ferreira e Lowenkron (2014; 2020).

importância do foco em sua forma, o que não necessariamente leva ao deterioramento de investigações sobre o conteúdo, mas que permitam ir além do mesmo e questionar a produção de dados tidos como “oficiais” (Castro; Monnerat, 2019). Meu objetivo com essa etnografia é comparar os três documentos e observar as técnicas da produção desses artefatos que podem encapsular práticas, políticas e negociações, além de pensar nos efeitos da produção de informações sobre partos (Riles, 2005).

O que me interessa é pensar como documentos (estatais e aqueles produzidos por mulheres e ativistas pelo parto humanizado) materializam e/ou desintegram a violência no processo hospitalar de assistência ao parto. O problema, e o objeto de atenção etnográfica, são os documentos produzidos pela instituição e o Estado que tendem a não materializar e dificultar o que pode ser classificado como violência. O relato de parto serve como uma outra via de acesso às informações oficializadas. No entanto, esse processo de produção de documentos e relatos médicos, técnicos e de pacientes, nos mostrará um universo mais complexo do controle e produção de informações *do e sobre partos*¹⁰.

“VOCÊ SOFREU VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?”

Eu ouvi a pergunta “Você sofreu violência obstétrica?” pela primeira vez de uma profissional de saúde, passados nove meses do meu parto, durante um atendimento com uma assistente social como requisito para inserção do dispositivo intrauterino no município em que eu residia¹¹. Foi a primeira vez que eu verbalizei um “Sim”, mas, ainda assim, existiam dúvidas sobre como justificar o que poderia ser compreendido por violência obstétrica. Afinal, o que se enquadra como violência obstétrica?

A Organização Mundial de Saúde (OMS) já reconheceu a dificuldade em definir os maus-tratos a mulheres durante a gestação e o parto. Segundo a declaração:

Apesar das evidências sugerirem que as experiências de desrespeito e maus-tratos das mulheres durante a assistência ao parto são amplamente disseminadas atualmente não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos (OMS, 2023, p. 2)¹².

¹⁰ Devido a minha proximidade com os documentos que serão analisados, mantive, nesse texto, o caminho que tracei ao adentrar esse universo: de buscar o que poderia ser entendido como “verdade”. Assim, o texto começa tentando compreender se houve violência obstétrica, e passa a buscar indícios de violações nos registros oficiais para finalmente adentrar os apagamentos dessas violências.

¹¹ Município no interior do estado de São Paulo com cerca de 300 mil habitantes. Decidi manter a anonimidade do município porque alguns profissionais de saúde poderiam ser identificados e eles não foram informados que essas situações se tornaram objeto de análise nesse texto.

¹²

Disponível

em:

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=E7699C640566FFE86EA1398DEA8BCEF0?sequence=3. Acesso em: 26 set. 2023.

A literatura sobre o tema não mostra um consenso em definir o que seria “violência obstétrica” e quase sempre apresenta essa falta de definição como uma questão do tema a ser explorado (Zanardo; Uribe; Nadal; Habigzang, 2017; Pulhez, 2022). Nas possibilidades de definição do termo, podemos encontrar violências institucionais de caráter psicológico, negligência, violência física e/ou sexual, mentir para o paciente, ou não o informar sobre seu estado de saúde e procedimentos necessários (D’Oliveira; Diniz; Schraiber, 2002; Sanfelice; Abbud; Pregnolato; Silva; Shimo, 2014). “Violência institucional em maternidades” ou “violência no parto” eram os conceitos utilizados para designar práticas consideradas violentas relacionadas à assistência ao parto, até que, por pressão do movimento social de mulheres, o termo “violência obstétrica” começou a ser utilizado para especificar as práticas violentas no parto (Sena; Tesser, 2017). A Venezuela foi o primeiro país a instituir o termo “violência obstétrica” em uma lei nacional, em 2007 (Haacke; Lima, 2020).

Na lei venezuelana, a violência obstétrica é definida em termos de apropriação do corpo e do processo reprodutivo feminino pelos profissionais da saúde, podendo ser expressa por: tratamento desumanizado, uso abusivo de medicação e conversão do processo natural de nascimento em patologia, com conseqüente perda da autonomia feminina e impossibilidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, o que impactaria negativamente na qualidade de vida da mulher (Sena; Tesser, 2017, p. 211).

Violência obstétrica tem sido caracterizada por situações de constrangimento, pela falta de autonomia e consentimento, pelo uso de práticas médicas sem evidências científicas, por formas de tratamento não respeitadas ou humanizadas. Porém, é ainda mais instável perceber a violência materializada numa situação em que se vivencia o parto.

Mariana Pulhez (2022) reflete sobre a definição do conceito de autonomia que, quando suprimido nas relações de parto, dá lugar a uma situação de violência. A autora é inspirada em trabalhos que pensam a violência (como a sexual) como constituída na relação entre os conceitos de autonomia, consentimento e vulnerabilidade. A ausência de autonomia e consentimento numa relação sexual, por exemplo, e/ou a vulnerabilidade do sujeito naquela relação, faria emergir uma situação de violência. A autora, que estuda ativistas sobre parto humanizado no Brasil, reflete que, na construção do que pode ser entendido como violência obstétrica pelos sujeitos da sua pesquisa, a vulnerabilidade não era presente nos discursos sobre uma definição e combate à violência pelas ativistas em prol do parto humanizado. Mais importante do que a vulnerabilidade, seria a informação que, segundo Pulhez, é uma das bandeiras do movimento pelo parto humanizado. Assim, a informação é tanto um direito como um dever da gestante e parturiente no processo de gestar e parir. Nessa lógica, a violência obstétrica não poderia ser medida apenas em ausência de consentimento ou de autonomia da parturiente, já que, se ela não tiver informação suficiente para tomar uma decisão, ainda assim, seria uma situação de violência. Ou seja, por

exemplo, a episiotomia¹³, mesmo que consentida pela paciente, pode ser vista como um ato de violência obstétrica. Isso porque a gestante não tinha a informação de que a OMS desaconselha que essa prática seja feita de forma rotineira.

Porém, ainda que o termo violência obstétrica tenha surgido num contexto de transformação do parto, de um processo coletivo e feminino para um procedimento medicalizado e institucionalizado, as intervenções médicas no parto e na reprodução não resultaram apenas na supressão da autonomia das mulheres sobre seus corpos e a reprodução, já que muitas intervenções garantiram autonomia às mulheres em contexto mais amplo de reprodução e sexualidade. Isso porque, pensando a partir dos debates feministas que viam a reprodução humana como um fator biológico que mantinha a mulher numa posição de subordinação através do papel da maternidade, as novas tecnologias reprodutivas, que incluem a cesárea e analgesias para parto vaginal, além de exames de ultrassonografia, contribuíram para emancipar a mulher do seu papel de mãe e pôr um fim ao embate do determinismo biológico referente à reprodução humana (Scavone, 2001).

No entanto, voltando ao tripé sugerido por Pulhez (2022), parece ainda mais difícil operar através dessas categorias. Onde estariam os momentos de privação de autonomia, consentimento e/ou informação no meu parto? Essa dificuldade, do meu ponto de vista, estava em transformar uma experiência de parto em uma violência materializada. Isso consistia em saber o que era violência naquele parto, porque ela aconteceu, como ela ocorreu. No entanto, eu, ainda que pensasse ter as informações suficientes para diagnosticar a minha experiência, tinha dúvidas. O problema, como vamos perceber, é que a materialização da violência em documentos institucionais é uma forma de controle por parte dos profissionais de saúde que pode também envolver aquilo que se chama de “informação”. E, adiantando um pouco, aquilo que se fabrica enquanto “informação”. Mas vamos antes a um outro tipo de “documento”: o relato de parto.

O RELATO DE PARTO

[...] Moramos a uma contração do hospital. Demorei mais para subir a rampa do hospital do que dentro do carro entre minha casa e o pronto-socorro. No hospital, fomos atendidos rapidamente pela triagem e fui encaminhada para a ala de ginecologia e obstetrícia. Eu era a única paciente e fui recebida por um enfermeiro¹⁴. Entrei sozinha e pediram para O¹⁵ esperar fora dessa ala. Eu fui para a cardiotocografia, algo

¹³ Corte na vagina utilizado em uma grande porcentagem de partos vaginais para, segundo justificativas médicas, “ajudar o beber a nascer” ou “nascer mais rápido”.

¹⁴ Sou uma mulher branca, de cabelos e olhos escuros, 30 e poucos anos. Cheguei ao pronto-socorro acompanhada de meu marido, homem branco, mesma faixa etária, olhos claros, estrangeiro, com sotaque acentuado e visivelmente europeu ou imigrante do norte global. Nosso atendimento foi feito em um dos hospitais que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS), porém, ele era pequeno, com pouco fluxo, já que tinha sido recentemente reservado a pacientes com Covid-19 de todo o município. Diferentemente do outro hospital que atende pelo SUS, esse não possui uma estrutura privada dentro das suas instalações, e é destinado quase exclusivamente a pacientes do sistema

que deve ter levado cerca de meia hora monitorando minhas contrações e o coração do bebê. Foram chamar a médica. Quando fui atendida por ela veio o "resultado": quatro centímetros e "vou te botar no soro". "O que é o soro?" "Ocitocina"¹⁶ "não quero induzir" "vai demorar a noite toda, você só está com quatro cm" "não tem problema". Fui para a sala pré-parto. Apertada, três macas que não devem ser usadas (quem em trabalho de parto ativo consegue ficar deitada ali?) apesar da insistência do enfermeiro que me acompanhava. Me mandaram para o chuveiro. [...]

No chuveiro, sozinha, acompanhada por um técnico de enfermagem homem, eu pensava que queria uma cesárea. Se estava com quatro centímetros de dilatação, não conseguiria aguentar até os dez. E não queria sentir dor até os dez. Ou até os sete, que seria um momento bom para analgesia em parto normal. Queria que O chegasse para explicar que eu realmente queria uma cesárea. As coisas passavam muito rápido na minha cabeça. E cada segundo era doloroso. Eu sabia que tinha alguns momentos de lucidez, sem dor. Eles estavam diminuindo, e O não acreditaria na minha decisão "racional" se não entrasse logo naquela sala. Sem ele lá, eu chamei a médica e pedi por uma cesárea. Ela me disse que o anestesista estava em casa e seria chamado. Foi um pouco antes, ou um pouco depois disso, que colocaram o soro. "Sem ocitocina?"

"Sem, só se você solicitar".

Preciso fazer uma pausa e explicar a trajetória do O no hospital. Enquanto eu fazia exames e era atendida pela obstetra, ele ficou numa sala de espera. Com a minha mala. Que incluía meu plano de parto, documentos, roupas, inclusive para o parto. Após a minha consulta com a obstetra, ele foi informado que eu seria internada, e ele precisaria "fazer minha internação" (preencher papéis) e depois deixar tudo no carro, mala e demais objetos para poder me acompanhar. Isso levou uma hora ou um pouco mais. Quando ele finalmente chegou à sala pré-parto, eu estava insistindo para a médica que queria uma cesárea. Ele não conseguia entender, eu sempre disse que queria tentar parto normal e que tinha medo de cesárea [...]. A médica fez outro [exame de] toque, e insistia em fazê-lo durante as contrações, eu relutava. 7 centímetros. "Você já dilatou bem, falta pouco, não precisa ir para a cesárea". "Então eu quero analgesia. Cadê o anestesista?". "Ele está vindo, volta para o chuveiro". Voltei. Nessa hora chegou a única pessoa de fato capacitada para um parto respeitoso. Era uma enfermeira, me acompanhou no chuveiro. Ela e O ofereciam massagem. Falavam palavras para me encorajar. Meu sentimento era apenas de não querer sentir dor. "Cadê o anestesista?". "Ele só vem para cesárea, não vem para o normal". Foi o que o técnico em enfermagem e depois a médica repetiam¹⁷. Eu chorava. O parecia traduzir meu pedido "ela quer o anestesista para parto normal", "ela não quer cesárea, quer anestesia". Na verdade, eu só queria parar de sentir dor. E queria ser ouvida.

Nesse momento, ainda no chuveiro, o técnico em enfermagem e a obstetra tentavam me convencer a uma cesárea e a sair do chuveiro para ser examinada. Eles queriam que eu me dirigisse à sala de parto e me sentasse na tão conhecida cadeira ginecológica.

Eu sempre tive dois medos relacionados ao meu parto: ter uma cesárea com um obstetra sem referência e sem experiência e ter um parto normal nessa cadeira. Meus desejos, expressos em meu ignorado plano de

público de saúde. Meu pré-natal, no entanto, foi realizado por convênio médico com a médica responsável pela obstetrícia nesse mesmo hospital. Essa informação constava em meu "Caderno da Gestante", documento de acompanhamento do pré-natal e parto feito pelo SUS e que recebi e comecei a preencher em meu primeiro atendimento durante a gestação em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). O parto não foi realizado pela médica responsável pela ala, e como era de meu conhecimento, ela estava em viagem na data da minha internação.

¹⁵ Abreviei o nome de meu marido e acompanhante para tentar garantir um certo anonimato a ele. Ele está ciente da utilização de seu nome abreviado e das passagens que retratam suas ações nesse texto.

¹⁶ A ocitocina é um hormônio produzido naturalmente pelo corpo e associada às contrações uterinas. É administrada por via venosa em hospitais para iniciar ou aumentar as contrações uterinas, adiantando o processo de trabalho de parto, geralmente reduzindo-o. É também administrada para provocar contrações uterinas imediatamente no pós-parto a fim de reduzir chances de hemorragia. Seu uso de forma rotineira em hospitais, quando o trabalho de parto sem intervenções já está em andamento, é rotulado como violência obstétrica pelo movimentado pela humanização do parto, já que seu uso aumenta as dores e diminui ou cessa o intervalo entre as contrações.

¹⁷ Descobri que o "enfermeiro" era, na verdade, "técnico em enfermagem" pelo "carimbo da placenta" feito pela médica e assinado pelos profissionais que assistiram ao parto. Posteriormente, confirmei essa informação nos documentos do parto analisados para esse texto.

parto que ficou na mala no carro e uma versão no bolso de O que dividia o tempo gritando com a equipe e tentando me acalmar, eram parto normal com liberdade de escolha de posições e acesso a meios para alívio da dor, farmacológicos ou não. [...] Eu não sairia do chuveiro, que aliviava um pouco a minha dor, sem anestesista. Mas eu não impediria ninguém de entrar para me examinar ou ao bebê. Não sei se e como disse isso. Mas a obstetra só dizia ser impossível me examinar fora da tal cadeira. Eu não sairia. [...] A enfermeira colocou luvas cirúrgicas para caso o bebê nascesse ali no chuveiro. Ele ia nascer ali. [...] Ia nascer no chuveiro com o som de um enfermeiro desdenhando da minha dor. Que forma de vir ao mundo. Eu respirei fundo. Não podia empurrar. Não conseguia. Eu, sem pensar, segurava a respiração durante a contração. Se eu empurrar, ele vai cair no chão. Acho que travei. Meu corpo tremia inteiro. Isso não eram as dores. Não era meu despreparo. Era a minha insegurança com a minha situação. Tudo fora do controle, do esperado. Me deixaram sozinha. Eu e o bebê. Eu e o bebê e o O. Eu e o bebê, O e a enfermeira. Eu estava em pânico quando ouvi que "o anestesista chegou". Eu saí do jeito que estava (completamente nua e molhada) seguindo o anestesista e me sentei na mesa. Recebi a anestesia como um alívio. Retomei a consciência. A médica falou "agora precisa empurrar". Eu empurrei. Veio a pediatra, "você quis anestesia, agora tem que fazer muita força, senão não nasce". O técnico em enfermagem empurrava a minha barriga. Era mesmo necessário? [...] Foram três forças. Ou quatro. O bebê nasceu e veio para minha barriga. Eu vi o cabelinho dele e senti um quentinho, como que um abraço de que havia acabado (Trechos do meu relato de parto, junho de 2022).

Relatos de parto como esse têm se disseminado pela internet, seja em redes sociais, em sites de vídeo no *Youtube*¹⁸, em *blogs* e, mais recentemente, em *podcasts*. A internet tem sido utilizada por mulheres que passaram por partos traumáticos e apontam benefícios do compartilhamento de traumas como uma ferramenta de diminuição da sensação de solidão e de desamparo (Beck, 2004). Sena e Tesser (2017) têm demonstrado como mulheres têm participado de atividades via internet que acabam por evidenciar a violência obstétrica, segundo as autoras, "[...] acessar a internet como meio de comunicação tem sido válido para evidenciar violências antes não problematizadas e, assim, contribuir para mudanças políticas importantes e urgentes, especificamente no campo da saúde" (p. 216). A internet, assim, tem sido um meio de disseminação de relatos de parto e trocas de informações sobre parto humanizado e também um ambiente de combate à violência obstétrica.

Nos círculos sobre parto humanizado, um documento é recorrentemente presente: o plano de parto. Este é uma espécie de documento feito pela gestante com as indicações sobre o que ela espera do trabalho de parto, parto e dos primeiros cuidados com o bebê. O documento inclui informações sobre posições preferidas para o parto, a presença do acompanhante, se deseja que o trabalho inicie espontaneamente, se deseja ter acesso a água e alimentos leves, se soro e ocitocina podem ser administrados (no meu caso, era negativo). O documento também traz informações sobre o que as gestantes não toleram. Frases como "Não vou tolerar que minha barriga seja empurrada para baixo" são comuns em vários modelos de planos de parto. Alguns hospitais, ou obstetras, podem fornecer modelos a serem preenchidos. No entanto, algumas profissionais que militam pelo parto humanizado criticam essa prática que controlaria a possibilidade de respostas no documento. Doulas e enfermeiras obstétricas também podem oferecer alguns modelos. Além de modelos serem

¹⁸ Ver, por exemplo: <https://www.youtube.com/watch?v=eq0uvonF25M>. Acesso em: 15 jun. 2024.

disseminados pela internet. O meu plano de parto foi feito através de um aplicativo para *Smartphone*, após a consulta de alguns modelos disponíveis online e de ter visto o de uma colega que tinha tido um bebê no ano anterior¹⁹. O problema é que o plano só é de fato transformado em “documento” se ele for entregue e assinado pelo obstetra ou durante a internação feita na recepção do hospital. Para ter validade, ele precisa estar assinado. Essa informação é repetida inúmeras vezes pelas profissionais ativistas pelo parto humanizado.

O meu plano de parto não consta nessa análise pelo simples fato de que ele não foi entregue a nenhum profissional de saúde ou durante o procedimento de internação feito pelo meu acompanhante. Ele não foi visto pelos profissionais de saúde, não foi pedido, não foi entregue e, portanto, não se tornou um documento oficial. No meu caso, com a rapidez do parto, dificuldade de comunicação com a equipe médica, ele foi esquecido em uma mala no carro e no bolso da camisa do acompanhante. Quando o acompanhante finalmente chegou à sala pré-parto, o caos já estava dado. Quando ele me avisou que o plano de parto estava no bolso, eu apenas desisti e falei que aquela era a hora de conseguir um anestesista. De certa forma, o plano de parto se manteve anônimo para que tentássemos conseguir um atendimento mais cordial e humano. Por esse motivo, ele não foi analisado nesse artigo. Isso é diferente, por exemplo, do relato de parto, em que consigo relatar como observei a condução do parto em si, do que era falado e de como os pedidos eram recebidos, aceitos ou não.

Ou seja, o plano de parto, quando assinado, é um documento “oficial”, e pode ser comparado com as práticas descritas no prontuário médico. Já o relato de parto é uma versão “não oficial” de um procedimento e atendimento médico que foi transcrito em termos técnicos no prontuário médico. Um é entendido como um documento “não oficial”, enquanto o outro é “oficial”. O problema é que eles nem sempre (ou talvez nunca) descrevem a mesma cena, os detalhes e os procedimentos realizados²⁰.

Meu relato de parto nunca foi publicizado. Ele foi produzido com esse intuito, até que percebi que, através do texto, eu poderia enquadrar o que aconteceu durante o parto como registros de violência, sobretudo quando comparava o que escrevi com o que foi emitido nos documentos do hospital. Os casos de possível violência seriam a ausência do

¹⁹ O aplicativo se chama “Plano de Parto Fácil”. Disponível em: https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.rogerionapoleao.Plano_de_Partto&hl=pt_BR&pli=1. Acesso em: 15 jun. 2024.

²⁰ É preciso enfatizar a rapidez do meu parto. Foram duas horas da entrada no hospital até o nascimento do bebê. A maior parte desse tempo eu estava desacompanhada. Quando o acompanhante entrou na sala de pré-parto, eu já estava com contrações sem intervalos. Foi cerca de meia hora da presença do acompanhante na sala pré-parto antes do meu direcionamento para a sala de parto e para receber a anestesia. Eu já não me comunicava bem quando ele entrou na sala. Meu acompanhante passou esse período tentando entender o que estava acontecendo, buscando convencer a equipe a trazer um anestesista para um parto normal.

acompanhante desde o momento da entrada no hospital, quando eu confirmei o uso do soro sem ocitocina, quando os exames de toque eram feitos durante as contrações. O uso de ocitocina, que eu e meu acompanhante desconfiamos se teria ocorrido, seria outra violação da autonomia da parturiente que havia pedido para não induzir o trabalho de parto — que ocorria naturalmente. As falas da obstetra e enfermeiro sobre o anestesista que “só vem para uma cesárea”, impulsionavam a parturiente a aceitar a cesárea, que era refutada pelo acompanhante e geraram uma demora no atendimento do anestesista. Profissional este que deveria estar ali, fosse para a realização da cesárea ou de um parto normal com analgesia. Empurrar a barriga (manobra de Kristeler)²¹ seria mesmo um procedimento adequado?²² Nesse sentido, me questionei como essas cenas, que pareciam denunciar práticas abusivas e negligentes da equipe de saúde, eram documentadas pelo hospital? Seriam elas, de fato, documentadas?

A DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

A primeira vez que o termo “violência” tomou forma em meus pensamentos foi quando recebi, ainda no hospital, a Declaração de Nascido Vivo, entregue por uma enfermeira. Esse documento consiste em uma espécie de formulário, preenchido pela equipe de saúde do hospital em que ocorre o parto (quando é hospitalar), que contém informações pessoais, endereço e itens a serem preenchidos com “sim” ou “não”. As categorias estão divididas entre I-Identificação do Recém-nascido, II-Local, III-Parturiente, IV-Responsável, V-Gestação e Parto, VI-Anomalia Congênita, VII-Preenchimento e VIII-Cartório. Os itens de I a VII são preenchidos pela unidade hospitalar e entregues à parturiente e ao responsável para levá-los ao cartório para a emissão da certidão de nascimento. Ela é entregue com essa explicação e justificativa: “Com esse documento você vai ao cartório para poder fazer a certidão do bebê”.

A Declaração de Nascido Vivo (DNV) é um documento padronizado em todo território nacional desde a década de 1990 e é responsável por gerar uma base de dados mantida pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Esses dados são utilizados para a produção de estatísticas vitais e epidemiológicas no Brasil e para o monitoramento de gestações, partos e pré-natal. A DNV configura um documento importante, não só por definir o caminho dos responsáveis pelo recém-nascido até o cartório

²¹ Manobra de Kristeler é um procedimento em que é feita uma pressão no útero com o intuito de facilitar a “saída da bebê”. A Organização Mundial de Saúde não recomenda tal prática, como podemos ver no “*Application of manual fundal pressure to facilitate childbirth during the second stage of labour is not recommended*”: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 28 set. 2023.

²² Em meu plano de parto estava escrito “Não vou tolerar que empurrem a minha barriga na hora do parto”. Frases como essa e menções à manobra de Kristeler são recorrentes em planos de parto.

para a emissão da certidão de nascimento, mas também para diagnosticar a qualidade de atendimento a gestantes, parturientes e bebês. Esses dados são utilizados como fonte de acesso a informações que indiquem níveis de interferência médica e indícios de violência obstétrica.

A declaração reúne itens referentes à parturiente, como sua escolaridade, ocupação, situação conjugal, raça/cor, local de residência e nacionalidade. Esses dados podem ser cruzados com os referentes ao item V-Gestão e Parto que traz o número de consultas pré-natais e informações sobre o parto, como a apresentação (posição do feto), se foi induzido, se ocorreu cesárea antes do trabalho de parto iniciar e quem assistiu ao procedimento.

Essa é, de fato, a seção que mais me interessa, mas não podemos negar a riqueza de material que é colhido como um todo. Os dados levantados pela DNV são armazenados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Tornam-se, desse modo, base para diversos estudos que tanto utilizam esse amplo material, como questionam a integridade dos dados, problemas no preenchimento da DNV, além de comparar com outros dados colhidos nos hospitais (como por exemplo os trabalhos de Barbuscia; Rodrigues Júnior, 2011; Costa; Frias, 2009; Nhoncanse; Melo, 2012).

Foi com a minha DNV em mãos, ainda dentro do hospital, que eu materializei a primeira violência no meu parto. No item V-Gestação e Parto, a resposta à pergunta 37: “O trabalho de parto foi induzido?”, a resposta marcada pelo hospital era “sim”.

Figura 1. Declaração de Nascido Vivo da autora

The image shows a screenshot of a birth declaration form (DNV) with the following sections and data:

- Gestações anteriores (30) Histórico gestacional:**
 - Nº gestações anteriores: 0.0
 - Nº de partos vaginais: 0.0
 - Nº de cesáreas: 0.0
 - Nº de nascidos vivos: 0.0
 - Nº de perdas fetais / abortos: 0.0
- Gestação atual (31) Idade Gestacional:**
 - Data da Última Menstruação (DUM): 24.06.21
 - Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada: 31.7
 - Método utilizado para estimar: Exame Físico, Outro método, Ignorado
- Parto:**
 - Número de consultas de pré-natal (33): 1.0
 - Mês de gestação em que iniciou o pré-natal (34): 2º
 - Tipo de gravidez (35): Única, Dupla, Tripla ou mais, Ignorado
 - Apresentação (36): Cefálica, Pélvica ou Podálica, Transversária, Ignorado
 - O Trabalho de parto foi induzido? (37): Sim, Não, Ignorado
 - Tipo de parto (38): Vaginal, Cesáreo, Ignorado
 - Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? (39): Sim, Não, Não se aplica, Ignorado
 - Nascimento assistido por (40): Médico, Enfermagem ou Cesáreo, Parteira, Outros, Ignorado
- Anomalia congênita (41) Descrever todas as anomalias congênicas observadas:** (Empty field)

At the bottom of the form, it says "Página 1 / 2" with navigation icons.

Fonte: Potechi.

A forma mais comum de indução de trabalho de parto é através da administração de ocitocina. Até receber aquele documento e encontrar essa informação, eu acreditava que não tinha recebido ocitocina durante o trabalho de parto. O uso rotineiro dessa substância é considerado violência obstétrica, pois acelera o trabalho, aumentando a intensidade das contrações e diminuindo o intervalo entre elas. O uso é recomendado quando o trabalho de parto não está evoluindo, para iniciar o que ainda não começou, ou ainda no período

expulsivo, se a administração de analgesia retardou esse processo. No entanto, ela é ainda aplicada de forma rotineira em parturientes logo após a internação, sendo que, nesse estágio, a equipe médica não pode avaliar nenhum atraso na evolução dos trabalhos de parto já ativos.

Mas, de forma surpreendente, quando fui pesquisar no Manual de Preenchimento da DNV as diretrizes para preenchimento sobre indução do parto descobri que o manual em vigência não considerava indução o uso de medicamentos para fins de acelerar o trabalho de parto. As orientações sobre o preenchimento da DNV eram de responsabilidade da Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (DAENT). Em 2023, quando eu buscava essa informação, o manual mais recente havia sido publicado em outubro de 2022, mas, quando minha DNV fora preenchida, o manual disponível era de 2011.

O manual de 2022 dizia referente à questão “37 O trabalho de parto foi induzido?” “Preencher com um “x” a categoria correspondente à indução ou não do parto (Apêndice D). Caso não saiba a resposta, preencher 9 – ignorado”.

No “Apêndice D- Respostas às perguntas mais frequentes” o manual citava, em seu item 8 “Como preencher a variável “O trabalho de parto foi induzido?””, que deveria ser assinalado “sim” apenas se o trabalho de parto tivesse começado no hospital ou setor pré-parto e a parturiente tivesse recebido alguma intervenção para desencadear as contrações uterinas. Dessa forma, a resposta deveria ser “não” se a gestante chegasse ao hospital em trabalho de parto ou à sala pré-parto já com contrações uterinas, mesmo que tenha recebido alguma intervenção para desencadear as contrações e o trabalho de parto. O manual destaca que, “Portanto, encontrar no prontuário uma prescrição com ocitocina **não significa “parto induzido”** (Brasil, 2002, p. 51, grifo no original).

Figura 2. Manual de Preenchimento da Declaração de Nascido Vivo (2022)

8. Como preencher a variável “O trabalho de parto foi induzido”?

▶ A categoria assinalada será “SIM” apenas se a gestante chegou ao hospital ou ao setor de pré-parto sem contrações (ou seja, ela não estava em trabalho de parto espontâneo), e então recebeu alguma intervenção médica para desencadear contrações, como ocitocina ou misoprostol, ou foi colocada uma sonda no seu colo.

A indução é definida como a estimulação artificial das contrações uterinas para realizar o parto antes de seu início espontâneo. Existem várias formas para desencadear o trabalho de parto, entre elas:

MÉTODOS FARMACOLÓGICOS

- ✓ misoprostol (oral ou via vaginal);
- ✓ ocitocina.

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS

- ✓ sonda de Foley intracervical;
- ✓ descolamento das membranas ovulares;
- ✓ rotura artificial das membranas.

▶ A resposta deve ser “NÃO” se a gestante foi internada ou se chegou ao setor de pré-parto com contrações (dor em baixo ventre), pois, nesse caso, ela está em trabalho de parto espontâneo. Isso vale também para as gestantes que receberam ocitocina depois que já estavam em trabalho de parto espontâneo. Portanto encontrar no prontuário uma prescrição com ocitocina **não significa “parto induzido”**.

Fonte: Brasil (2022).

Ou seja, segundo o manual de 2022, a indução do parto na DNV deveria ser entendida como início do trabalho de parto espontâneo ou induzido. No entanto, quando eu estudava o manual de 2022, percebi que aquele não era o disponível quando do preenchimento da DNV que eu tinha em mãos.

Como dito, o manual anterior era de 2011. Neste, foi incluída a pergunta sobre a indução na DNV, num momento em que o item sobre gestação e parto ganhou também novas perguntas, como o mês em que o pré-natal foi iniciado e se a cesária ocorreu antes ou depois do trabalho de parto. São perguntas importantes para analisar a qualidade da assistência ao parto no país. Nesse manual, a instrução sobre como preencher a mesma questão “37 – O trabalho de parto foi induzido?” orientava “assinalar com um “x” a alternativa correspondente à indução ou não do parto. Esta informação geralmente consta do prontuário da gestante” (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2011, p. 20). Ou seja, a orientação para o preenchimento da DNV do meu parto era assinalar “sim” se constar no prontuário médico a indução. No entanto, alguns meses depois, as novas recomendações aconselhavam que o mesmo episódio deveria ser preenchido com um “não”.

Para que não conste dúvida: a página 77 do manual de 2022 traz um exemplo de caso de uma parturiente que deu entrada no hospital com quatro centímetros de dilatação

(o que geralmente marca o início da fase ativa do trabalho de parto) e que depois foi administrada ocitocina. Esse caso deveria ser marcado a opção “não” para a indução. Ele pode ser considerado “clássico” porque os quatro centímetros geralmente separam a justificativa da internação ou não da gestante. Consta nesse item uma observação que justifica essa resposta: “Se constar somente a informação do uso de ocitocina, não se pode deduzir que o trabalho de parto foi induzido, pois pode ter sido conduzido para facilitar o trabalho de parto” (Brasil, 2022, p. 77).

O que isso significava? De imediato, eu pensei em dois pontos claramente visíveis a partir desse episódio. Um primeiro, no qual os dados sobre parto espontâneo e indução levariam a estatísticas governamentais de queda de indução e intervenção médica. Um segundo ponto seria aquele mais subjetivo, que eu só poderia perceber pela minha própria reação ao ler a minha DNV: da diminuição da confirmação de uso de ocitocina às pacientes que teriam recebido ocitocina através da informação presente na DNV. A resposta a uma mesma pergunta transformaria a informação transmitida às mulheres de que seu parto não havia sido induzido, sendo que aquilo não corresponderia à não intervenção médica, mas ao trabalho de parto espontâneo anterior a uma possível intervenção. Ou seja, uma forma de desinformar a parturiente sobre o seu trabalho de parto e mascarar os dados da intervenção médica de uma forma geral no país. Tanto para parturientes quando para as estatísticas oficiais geradas pela base de dados do SINASC. Ou seja, gerar *informação* que não coincidia com as informações que buscavam as ativistas pelo parto humanizado.

O PRONTUÁRIO MÉDICO

Solicitei meu prontuário médico junto à assistente social do hospital que me ligou alguns dias depois informando que a cópia já estava disponível para retirada. Recebi as páginas copiadas, agrupadas em um saco plástico transparente do tamanho A4. Elas pareciam bagunçadas, preenchidas partes pelo computador, partes à mão. Não sabia dizer se existia uma ordem cronológica dos eventos e produção daqueles papéis. Documentos do parto e da internação de pós-parto se misturavam. Mais tarde, fui perceber que os documentos referentes ao pós-parto eram mais detalhados e bem redigidos do que aqueles referentes ao parto em si. Talvez isso se desse pela rapidez do parto, ainda que eu me lembre que, durante o período de recuperação, eu respondia algumas perguntas do enfermeiro enquanto ele preenchia mais papéis²³.

O prontuário médico que me foi entregue era composto por uma grande quantidade de papéis, assinados por médicos e enfermeiros, por mim e meu acompanhante, além da cópia da Declaração de Nascido Vivo. Me interessa observar nesses papéis um único

²³ Eu dei entrada no hospital à 00h00 e o nascimento ocorreu às 02h01min.

dado que parecia ainda não fazer sentido quando eu contrastava meu relato de parto e a DNV: o parto havia sido induzido? Como eu relatara que havia dito à médica que não queria a indução e posteriormente confirmado com o enfermeiro que não queria ocitocina no meu soro, qual seria o momento em que a substância se fez presente no prontuário médico e que ocasionou que a pergunta sobre a indução do parto na DNV fosse assinalada de maneira positiva? Isso poderia ter sido um erro de preenchimento?

A ocitocina aparece em três momentos e em três fichas diferentes no prontuário: na ficha da prescrição médica feita no pré-parto, nas anotações da enfermagem durante o processo e na prescrição médica do pós-parto. No pós-parto, o uso de ocitocina é esperado para estimular a contração uterina. Às 02h20min, 19 minutos após o nascimento do meu filho, foi relatado pela equipe de enfermagem a inserção de um soro com quatro ampolas de ocitocina. No entanto, a substância também aparece em dois outros momentos. Na prescrição médica feita no pré-parto, a indicação do item 2 é de que seja feita “SG 5% ou SF 0,9% 500ml + ocitocina 1 amp ev”²⁴. Não é relatado o horário da administração dessa medicação ou das demais prescritas nesse documento. A seção “evolução da enfermagem”, com anotações da enfermeira e assinadas por ela nesse mesmo formulário, começa às 00h:00, com uma única anotação que indicava os dados da paciente quanto a conduta da internação após verificado o estágio do trabalho de parto. Não está indicado quando o soro foi aplicado e o que ele de fato continha. Na verdade, pelo prontuário médico, ficamos com a dúvida se toda aquela medicação foi realmente administrada. Em qual horário? Ou teria o parto sido tão rápido a ponto de não ter sido possível seguir com as recomendações prescritas pela médica?

O outro momento em que a palavra ocitocina aparece foi na anotação da enfermagem durante o parto indicando que, às 01h:55min (passados 15 minutos do início do período de parto na sala de parto e 6 minutos antes do nascimento), foi administrada uma ampola de ocitocina. Ou seja, a indução do parto constatada na DNV teria acontecido durante o pré-parto, quando foi administrado o soro, ou durante o período expulsivo, seis minutos antes do nascimento e quando a paciente já havia recebido analgesia?²⁵

A falta de anotações durante o pré-parto deixou de registrar boa parte dos procedimentos relatados pela parturiente. Não foi relatado um segundo exame de toque, por exemplo. Quais outros procedimentos não estavam ali registrados? E quais daqueles registros correspondiam às cenas descritas no relato de parto da paciente?

²⁴ Sendo que EV é a abreviação de endovenosa, amp de ampola, SG de solução glicosada ou soro glicosado e SF de solução fisiológica ou soro fisiológico. Para mais informações, ver: https://wp.rededorsaoluiz.com.br/sao-luiz-itaim/wp-content/uploads/sites/31/2020/11/27.siglario_itaim_2020_3.pdf. Acesso em: 21 set. 2023.

²⁵ No segundo caso a “indução” seria para não retroceder o trabalho de parto em andamento, já que a analgesia pode interromper ou atrasá-lo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 2022, a atenção ao pré-natal no Brasil teve uma mudança nas cadernetas das gestantes emitidas pelo Ministério da Saúde que repercutiu no país. Houve uma alteração na descrição de procedimentos que não deveriam ser realizados de rotina na caderneta anterior, que citava lavagem intestinal, raspagem dos pelos íntimos, rompimento da bolsa das águas, soro com ocitocina e episiotomia, para no manual de 2022 ser posta uma separação entre os procedimentos que “não são mais indicados” (lavagem intestinal e raspagem dos pelos íntimos) e alguns procedimentos que “podem ser indicados” (rompimentos da bolsa das águas, soro com ocitocina e episiotomia). A grande diferença nessas duas versões está no tom negativo do uso das práticas na primeira para um tom positivo do uso daquelas que podem ser indicadas.

A repercussão na mídia dizia que a nova caderneta incentivava práticas de violência obstétrica ou mesmo que normalizava esses atos²⁶. O que, no entanto, repercutiu menos, foi como a informação, pauta do movimento pelo parto humanizado no combate à violência obstétrica, era tutelada pelo Estado e visava um efeito contrário que era o de combater o excesso de informação.

A *informação*, produzida e disseminada pelo Ministério da Saúde com a caderneta da gestante, ganha um novo significado: não é apenas sobre dar informações e disseminar o conhecimento sobre práticas e processos relacionados ao parto e à gestação, mas em como dar informação, o que contar e como fazê-lo.

Ter registrado que o uso de soro com ocitocina como rotina era uma prática não indicada, fazia com que parturientes chegassem às salas de pré-parto munidas dessa informação. Ao modificar e justificar o uso da ocitocina, ao invés de apontar o seu uso rotineiro como desnecessário e desaconselhável, a caderneta de gestantes protegia médicos e profissionais de saúde de que suas práticas que pudessem ser enquadradas como abusivas.

A *informação* dada às pacientes nem sempre era a informação que o movimento pelo parto humanizado reivindicava. As *informações* ditas a pacientes durante um atendimento de parto nem sempre eram aquelas realizadas pelos profissionais de saúde, nem sempre seriam transcritas em *informações* documentadas sobre o parto. Se o prontuário médico poderia trazer o uso de ocitocina, ainda que de forma bagunçada, a Declaração de Nascido Vivo, que era entregue nas mãos das pacientes, poderia negar uma informação sobre seu parto: teria o parto sido induzido? Transformar o sentido de “induzido” nas

²⁶ Ver: <https://oglobo.globo.com/saude/medicina/noticia/2022/05/recem-lancada-pelo-ministerio-da-saude-nova-cartilha-para-gestantes-e-condenada-por-medicos-entenda.ghtml>, <https://delas.iq.com.br/saudedamulher/2022-05-12/nova-caderneta-da-gestante-possui-conteudo-duvidoso-e-de-violencia-obstetra.html>, <https://www.intercept.com.br/2022/05/09/ministerio-da-saude-raphael-camara-violencia-episiotomia/>. Acesso em: 21 set. 2023.

declarações mais recentemente preenchidas produzia mais *informações* sobre o parto, mas não informações. E, como talvez fosse esperado, produziria desinformação sobre a assistência ao parto. Ao comparar as diferentes versões de cadernetas de gestantes, de manuais para preenchimento de declarações de nascido vivo e de diferentes documentos “oficiais” e “pessoais” de um mesmo parto, podemos tornar as manobras e intencionalidades com a produção de dados, de informações, de procedimentos médicos e técnicos visíveis, mesmo que em esforços de invisibilizar dados, negligências e violências.

Documentos hospitalares como a DNV e o prontuário médico se poderiam ser ferramentas para o esclarecimento de procedimentos que possam ser considerados como violentos no atendimento ao parto, passam, na verdade, a produzir *informações* que obscurecem as cenas violentas relatadas por tantas parturientes no Brasil.

A tutela da *informação* — por parte dos hospitais, dos profissionais e do Estado — faz com que o uso de ocitocina em um trabalho de parto já em andamento volte a ser rotinizado e justificado, além de mascarar a própria produção de dados estatísticos da atenção ao parto no país, o que torna cada vez mais difícil cristalizar a violência rotineira nos atendimentos obstétricos.

Se pesquisadoras voltadas à atenção ao parto têm descrito esse processo a partir de políticas do corpo, nas quais o corpo da gestante e parturiente é disciplinado a partir do pré-natal (Robles, 2015), temos visto que, na produção de documentos burocráticos sobre o parto, existe um controle da produção do que vem a ser a *informação* que é registrada nesses papéis. No tripé da violência obstétrica (autonomia-informação-consentimento), não é apenas a informação que é tutelada pelas instituições e agentes de saúde e que mascaram práticas possivelmente violentas e abusivas na assistência ao parto, mas a produção desses documentos evidencia a falta de autonomia das pacientes na feitura desses registros e dados estatísticos. A falta de autonomia das parturientes não é apenas sobre seus corpos, mas sobre seus dados, que não refletem sua opinião, sua experiência de parto e perspectiva do atendimento que receberam. E só quando as parturientes tiverem autonomia para a produção de informação sobre suas experiências é que o consentimento e a ausência dele irão se materializar em documentos oficiais e tornar a violência visível. Até esse dia chegar, elas devem continuar usando um meio não-oficial: os relatos de parto em suas redes sociais.

REFERÊNCIAS

BARBUSCIA, Denise Machado; RODRIGUES JÚNIOR, Antonio Luiz. Completude da informação nas Declarações de Nascido Vivo e nas Declarações de Óbito, neonatal precoce e fetal, da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2000-2007. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, p. 1192–1200, 2011.

BECK, Cheryl Tatano. Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nursing research*, v. 53, n. 1, p. 28–35, 2004.

BRASIL. **Declaração de Nascido Vivo**: manual de instruções para o preenchimento. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2011.

BRASIL. **Declaração de Nascido Vivo**: manual de instruções para preenchimento. 4a ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, 2022.

CASTRO, Celso; MONNERAT, Silvia. Por uma etnografia dos dados: a propósito de uma investigação sobre o perfil social dos militares brasileiros. **Sociologia, Problemas e Práticas**, n. 91, p. 9–22, 2019.

COSTA, Juliana Martins Barbosa da Silva; FRIAS, Paulo Germano de. Avaliação da completude das variáveis da Declaração de Nascido Vivo de residentes em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 613–624, 2009.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, v. 359, n. 9318, p. 1681–1685, 2002.

HAACKE, Veronica Aparecida Ribeiro; LIMA, Fábio Luiz Malini de. “Você fez, agora aguenta”: Análise das narrativas de violência obstétrica no Facebook. **Revista Eco-Pós**, v. 23, n. 3, p. 210–238, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6)

LOWENKRON, Laura; FERREIRA, Letícia. Anthropological perspectives on documents. Ethnographic dialogues on the trail of police papers. **Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology**, v. 11, p. 76–112, 2014.

LOWENKRON, Laura; FERREIRA, Letícia Carvalho (Ed.). **Etnografia de documentos**: pesquisas antropológicas entre papéis, carimbos e burocracias. Rio de Janeiro: E-Papers, 2020.

MACHADO, Igor José de Renó. O inverso do embrião: reflexões sobre a substancialidade da pessoa em bebês prematuros. **Mana**, v. 19, p. 99–122, 2013.

MACHADO, Igor José de Renó. **A memória como um campo etnográfico**: antropologia ex post facto. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens, 2023.

NHONCANSE, Geiza César; MELO, Débora Gusmão. Confiabilidade da Declaração de Nascido Vivo como fonte de informação sobre os defeitos congênitos no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 955–963, 2012.

PULHEZ, Mariana Marques. **Autonomia, consentimento e informação de qualidade**: controvérsias e disputas na construção da violência obstétrica no Brasil. 2022. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2022.

RILES, Annelise (Ed.). **Documents**: artifacts of modern knowledge. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2006.

RILES, Annelise. A new agenda for the cultural study of law: Taking on the technicalities. **Buff. L. Rev.**, v. 53, p. 973, 2005.

ROBLES, Alfonsina Faya. Regulações do corpo e da parentalidade durante o pré-natal em mulheres jovens de camadas populares. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 15, p. 190–213, 2015.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; ABBUD, Fernanda de Souza Freitas; PREGNOLATTO, Olívia Separavich; SILVA, Michelle Gonçalves da; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 2, p. 362–370, 2014. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000200022>

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos pagu**, n. 16, p. 137–150, 2001.

SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 209–220, 2017.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; NADAL, Ana Hertzog Ramos de; HABIGZANG, Luísa Fernanda. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, p. e155043, 2017.

Recebido em 21 de dezembro de 2023.

Aprovado em 11 de junho de 2024.