

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

Paula Scariot Argenta

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB A PERSPECTIVA DA  
VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Passo Fundo

2020

Paula Scariot Argenta

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB A PERSPECTIVA DA  
VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Monografia Jurídica apresentada ao curso de Direito,  
da Faculdade de Direito da Universidade de Passo  
Fundo, como requisito parcial para a obtenção do  
grau de Bacharel em Direito, sob orientação da  
professora Carolina Goulart.

Passo Fundo

2020

Paula Scariot Argenta

**Violência Obstétrica sob a perspectiva da Violência de Gênero.**

Monografia apresentada ao curso de Direito, da Faculdade de Direito da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob a orientação da professora Carolina Goulart.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

BANCA EXAMINADORA

---

Professora Orientadora Carolina Goulart – UPF

---

Doutora Dhieimy Quelem Waltrich - UPF

---

Mestra Linara da Silva - UPF

Para Caci  
Mulher, mãe, amiga,  
que ainda vive em minhas melhores lembranças.

Às mulheres, mães ou não, porque se vivem,  
resistem.

Agradeço especialmente às mulheres presentes em minha vida.

À minha mãe Roseni, pelo abrigo de seu corpo durante a gestação, pela dedicação com minha educação, pelo zelo com minha saúde, pela paciência com meus inúmeros defeitos, por ser uma avó maravilhosa.

À minha irmã Carla, pelo exemplo de coragem e independência, pelo orgulho quase maternal que me proporciona diante da pessoa e profissional ímpar que é.

Àquelas que, diversas vezes, dedicaram seu tempo ao meu filho para que eu pudesse estudar ou trabalhar, Elise, Vovó Ana Maria, Patrícia, Sandra.

“[...] Não contente, a médica pediu para a enfermeira trazer o fórceps. Quando ela colocou, a paciente berrou de dor. E o corte, já enorme e feito contra a vontade de paciente, aumentou ainda mais, como um rasgo.

A médica puxou o bebê com o fórceps, desnecessariamente ao meu ver, porque o bebê descia, ainda que lentamente, era só ter paciência já que os batimentos cardíacos mostravam que tudo evoluía bem, não havia sofrimento fetal. Até o dorso do bebê estava à esquerda, como manda o figurino.

A médica olhou para mim, ao final e disse: ‘Você que ficou aí parada, sutura aqui a episiotomia!’. Levei mais de uma hora para suturar aquele corte.

Eu e minha colega anotamos tudo no prontuário. A ‘doutora’ não gostou do nosso registro e ‘passou a limpo o prontuário’, fazendo nova folha de registro! E foi dormir.

Para completar ainda recebi bronca por ‘ter deixado a familiar entrar’. Quando retruquei dizendo que é lei federal, ouvi: ‘Mas eles não sabem!’ [...].”

Relato de estudante de medicina ao presenciar a conduta de uma professora no atendimento à gestante (LISAUSKAS, 2016, n.p.).

## RESUMO

Este trabalho trata da violência obstétrica sob a perspectiva da violência de gênero. Para tanto, discute-se a significação do conceito de gênero ao longo do tempo e sob as diversas vertentes feministas, a construção da posição da mulher na sociedade e a teoria dos papéis sociais, moldados de forma a controlar a autonomia feminina e tolher sua liberdade, culminando na assimetria das relações de gênero. Além disso, são relacionadas algumas das práticas mais comuns de violência obstétrica, e seus prejuízos às parturientes e aos recém-nascidos, com o intuito de evidenciar a violência institucionalizada que se manifesta no atendimento ao pré-parto, parto e puerpério. Finalmente, há uma abordagem jurídica, analisando os casos que têm levado o tema aos tribunais estaduais, o crescimento de demandas, a forma como têm sido apreciadas, os entraves que obstam a responsabilização dos agressores e a discussão de projetos legislativos e medidas que se apresentam com o objetivo amenizar o problema.

**Palavras-chave:** Violência Obstétrica. Violência de Gênero. Autonomia.

## ABSTRACT

This work deals with obstetric violence from the perspective of gender violence. To this end, it discusses the meaning of the concept of gender over time and under different feminist strands, the construction of the position of women in society, and the theory of social roles, shaped in order to control female autonomy and hinder their freedom, culminating in the asymmetry of gender relations. In addition, some of the most common practices of obstetric violence are listed, and their damage to parturients and newborns, in order to highlight the institutionalized violence that manifests itself in the care of pre-birth, childbirth and the puerperium. Finally, there is a legal approach, analyzing the cases that have taken the issue to the state courts, the growth of demands, the way they have been assessed, the obstacles that hinder the accountability of the aggressors and the discussion of legislative projects and measures that are presented in order to alleviate the problem.

**Keywords: Obstetric Violence. Gender Violence. Autonomy.**



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 O GÊNERO E A OPRESSÃO DO FEMININO .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Gênero: conceitos e abordagens.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Assimetria: a questão da dominação.....</b>	<b>20</b>
<b>2.3 Violência de Gênero.....</b>	<b>28</b>
<b>3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....</b>	<b>35</b>
<b>3.1 História do parto: a perda do protagonismo.....</b>	<b>35</b>
<b>3.2 Medicina baseada em evidências.....</b>	<b>42</b>
<b>3.3 Violência Institucionalizada.....</b>	<b>49</b>
<b>4 ABORDAGEM JURÍDICA.....</b>	<b>57</b>
<b>4.1 A violência obstétrica como violação de princípios e a problemática da bioética. ....</b>	<b>57</b>
<b>4.2 Jurisprudência: a violência obstétrica chega aos tribunais?.....</b>	<b>64</b>
<b>4.3 A resposta do Estado: legislação, propostas e caminhos a seguir no combate à Violência Obstétrica.....</b>	<b>72</b>
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>83</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Na cidade de Torres, no Rio Grande do Sul, durante a madrugada do primeiro dia de abril, policiais armados abordaram uma mulher e retiraram-lhe à força de sua casa, sob ameaças de prisão. Munidos de mandado judicial que houvera sido expedido pela juíza de direito Liniane Maria Mog da Silva, a pedido do Ministério Público. O motivo: custodiá-la até o hospital para que fosse submetida a uma cesárea.

Para o promotor que fez a denúncia, o direito à vida é assegurado pela Constituição Federal, e prepondera sobre qualquer outro. No entanto, não há um consenso sobre a existência, ou não, de risco para a vida do feto nesse caso. A decisão foi proferida com base no parecer de uma única médica que considerou necessária a medida, alegando fundamentos que, em uma análise técnica, não ensejariam, por si só, indicação para o parto cirúrgico (AMORIM, 2014, n.p.).

O caso de Adelir alcançou notoriedade e ajudou a popularizar o termo *violência obstétrica*. Desde então, incontáveis relatos começaram a se tornar públicos, externando traumas que vinham, há anos, sendo guardados por mulheres de todo o país. As vítimas são gestantes e puérperas de variadas idades, de todas as classes sociais, e quaisquer níveis de escolaridade (embora, como ocorre com outras formas de violência, incida de diferentes formas e em variadas proporções, sobre as diversas raças e classes).

A popularização da discussão acerca desse tipo de violência é relevante, porque grande parte das vítimas não compreende estar sofrendo um abuso. Existe uma cultura no Brasil, de que o médico goza de certa autoridade sobre o paciente, o que acaba por legitimar as práticas cruéis que não são sequer questionadas. A população, de forma geral, não está informada de seus direitos enquanto paciente. Além disso, a dependência dos serviços médicos gera certa ansiedade, no sentido de jamais desafiar àquele de que, no futuro, pode depender sua vida.

A violência obstétrica, ainda que ocorra majoritariamente na relação médico-paciente, reúne ações dos profissionais das áreas da saúde em geral, contemplando um aglomerado de práticas que, devido às altas probabilidades de que causem significativos prejuízos à saúde da parturiente e do recém-nascido, configura violação aos Direitos Humanos, ao ferir os preceitos da Declaração Internacional dos Direitos Humanos.

As práticas que caracterizam a violência obstétrica têm sido reiteradamente denunciadas e discutidas. Em 2010, uma em cada quatro mulheres afirmaram ter sofrido

algum tipo de violência durante o parto (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010, p. 173). As modalidades vão desde as mais sutis, como a manipulação a fim de dissimular informações médicas, até os atos mais brutais, como a utilização de métodos dolorosos e, muitas vezes desnecessários.

Entre as práticas relatadas destacam-se os xingamentos proferidos à gestante, normalmente no momento do parto, episiotomias de rotina executadas sem o consentimento das pacientes, a manobra de Kristeller (profissionais empurram a barriga da parturiente, geralmente apoiando-se sobre o corpo da mulher), privação de acompanhante (contrariando o disposto pela Lei 11.108/2005), e a imposição de posições horizontalizadas durante o período expulsivo do trabalho de parto.

É mister ao direito, enquanto instrumento de aprimoramento social, que se dedique não apenas a positivar normas na tentativa de balizar condutas de forma a minimizar danos, mas também, buscar compreender a origem do comportamento indesejável. Neste contexto, justifica-se o trabalho aqui desenvolvido. Para se combater o comportamento abusivo, é preciso que se compreenda quais os valores, no íntimo do indivíduo, o impelem àquela conduta.

Diante disso, este trabalho se dispõe a enfrentar a temática da violência obstétrica, desenvolvendo-se a partir da seguinte problemática: a violência obstétrica, pode ser considerada uma violência de gênero? Nesse diapasão, apresentam-se como hipóteses: a) a violência obstétrica como vertente da violência de gênero, limitando a autonomia feminina, na medida em que incide diretamente como instrumento de dominação, no sentido de obstar a satisfação das escolhas da mulher. Sendo a gestante/puérpera, considerada um ser inferior, incapaz de discernir o que é adequado para a saúde e o bem-estar do seu filho e, até de si mesma (SÁNCHEZ, 2015, p. 94-95; PALHARINI, 2017, n.p.).

E, de outra banda, b) a violência obstétrica deve ser considerada como uma prática violenta que atinge o ser humano de forma generalizada, tratando-se de uma violência contra a humanidade em sua totalidade, e não apenas das mulheres, como gênero. Isso porque quando se ofende a dignidade dos nascimentos, todo ser humano tem um aspecto de sua vida colocado em risco. Ademais, ocorre uma violação de direitos que foram cristalizados como Direitos Humanos, inerentes a todos os indivíduos da espécie.

Não está entre os objetivos deste trabalho, detalhar os prejuízos que as condutas aqui contestadas acarretam à saúde física e psicológica de gestantes, puérperas e crianças. Aqui, pretende-se discutir as raízes do problema, as construções sociais que permitem que ele

ocorra, e a forma como tem se apresentado à justiça. Tudo isso não encontra sentido se não for abordado também o conjunto de estratégias que pode ser adotado para solucionar, ou, ao menos, amenizar a incidência das agressões.

Para tanto, foi utilizado pesquisa bibliográfica valendo-se de artigos científicos, livros, pesquisas acadêmicas, bibliotecas digitais, recomendações de agências reguladoras, resoluções, pareceres técnicos, doutrinas jurídicas e relatos publicados em diversos veículos de comunicação. Além disso, foi adotada a pesquisa de jurisprudência no âmbito dos Tribunais Estaduais e análise da Legislação Federal vigente e de propostas que tramitam no Congresso Nacional.

Assim, o estudo está estruturado em três capítulos. O primeiro dedica-se ao estudo do conceito de gênero, valendo-se dos estudos feministas (Rubin, Nicholson, Butler, Saffioti, entre outras), na busca de compreender as diversas significações da expressão, e desmistificar o uso mesquinho que tem sido adotado para obscurecer sua importância. Nesse contexto será abordada a teoria da construção dos papéis sociais, de Mead e da dominação sobre o feminino conferindo uma aura de superioridade à representação masculina, segundo a teoria de Bourdieu.

Ainda, entende-se fundamental compreender a construção histórica da formação das teias familiares (baseando-se nas obras de Engels e Levi-Strauss), e, inclusive, o modo como essa estruturação foi sendo construída sobre a opressão da autonomia feminina e o quanto essa dinâmica foi imprescindível para alcançar as hierarquias que sustentam o modelo tradicional de sociedade, sempre buscando o controle das mulheres através da sustentação da diferenciação sexual como limitação às liberdades individuais.

Posteriormente, será abordada a história do parto, também demonstrando a usurpação da autonomia feminina, ao longo de um processo que transformou um acontecimento natural e fisiológico em um evento patológico e técnico. Nesse sentido compreende-se necessário prestar esclarecimentos quanto a conceitos e estudos técnicos (medicina baseada em evidências), aos quais os que não atuam na área de assistência à saúde não estejam familiarizados, a fim de esclarecer o leitor quanto a falta de amparo científico e os prejuízos da aplicação de técnicas que são combatidas.

Nesse interim, far-se-á a discussão da prática como uma violência institucionalizada. A premissa que sustenta esta abordagem, é a apropriação da autonomia feminina por uma categoria profissional, uma vez que as decisões dessas mulheres são, ou ignoradas, ou

dissimuladas por informações enviesadas no sentido de orientar essas escolhas para que sejam convergentes às preferências médicas.

No terceiro capítulo, serão explorados os aspectos especificamente jurídicos: os direitos que estão sendo violados e o desrespeito às premissas básicas da bioética. Também será apresentado um panorama do tipo de lide que tem se originado a partir dos casos que chegam aos tribunais. Sobretudo, será explorado o meio de responsabilização que é buscado pelas vítimas, e as posições que são adotadas pelos julgadores que atuam nesses processos.

Serão analisadas também, as medidas que têm sido tomados no Brasil quanto às respostas ao problema, a legislação vigente, as propostas que tramitam no Congresso, e medidas educativas que possam moldar novos comportamentos. E por fim, para que tenha sentido o trabalho aqui desenvolvido, é preciso explorar quais os caminhos que poderão ser trilhados na busca de combater as condutas ofensivas e impedir que as agressões continuem sendo praticadas contra as mulheres.

## **2 O QUE É GÊNERO E COMO ESSE CONCEITO SE RELACIONA COM A VIOLÊNCIA.**

Para que haja uma adequada compreensão do tema que se propõe discutir neste trabalho, a divisão de capítulos e seções busca elucidar, parte a parte, os conceitos utilizados para que, ao final de sua leitura, seja possível a compreensão de sua totalidade. Para que se entenda por que a violência obstétrica pode ser vista como uma violência de gênero, é fundamental que se compreenda primeiro o que é violência de gênero e, antes ainda, o que é gênero.

Neste capítulo pretende-se familiarizar o leitor com os conceitos de gênero, justificando a adoção da expressão “violência de gênero”, em detrimento da expressão “violência contra a mulher”. Ainda, far-se-á uma compilação histórico-filosófica para viabilizar a compreensão de uma sociedade pautada na relação de dominação dos homens sobre as mulheres, culminando na demonstração da presença inerente da violência de gênero no contexto da sociedade atual.

### **2.1 Gênero: conceitos e abordagens.**

Em 2015, foi criado pelo Ministério da Educação, o Comitê de Gênero, com o objetivo de “propor práticas voltadas à igualdade de gênero na educação”, porém, por pressões conservadoras, principalmente da bancada religiosa do Congresso Nacional, o comitê passou a chamar-se Comitê de Combate à Discriminação, e o vocábulo “gênero”, foi substituído em todas as vezes que foi citado no plano original (COLLING; AZEVEDO, 2016, n. p.).

Também em 2015, no teste do Exame Nacional do Ensino Médio, uma questão que mencionava o clássico trecho da obra de Simone de Beauvoir, “não se nasce mulher, torna-se mulher” (BEAUVOIR, 2016, p. 11), causou furor, principalmente nas redes sociais. Se, de um lado o movimento feminista considerou uma conquista ter seus preceitos cobrados na prova de Ciências Humanas, os setores conservadores da sociedade lamentaram.

A menção da palavra “gênero” é suficiente para causar embates ferrenhos, porém, em um país onde os cidadãos são pouco afeitos à prática da leitura - o brasileiro lê em média, apenas dois livros ao ano (FAILLA, 2016, p. 253); e, em uma época que se despreza o valor das Ciências Humanas - o atual ministro da educação defendeu publicamente a redução de

investimentos em áreas como Sociologia e Filosofia, com o apoio do Presidente da República (BITTAR, 2019); possivelmente a explicação para tanto pavor diante de um simples vocábulo, seja a complexidade de seu significado.

O uso do termo *gênero*, adquire interpretações diferentes variando de acordo com a época e a ótica de quem busca seu significado. No entanto, para o fim de compreender acerca desse conceito, é necessário debruçar-se sobre os estudos feministas. Ao que parece, o único consenso que existe entre aqueles que se dedicaram ao seu estudo, é o de que gênero é uma construção social. Sabendo-se que há diversas teorias feministas, e não apenas uma teoria feminista, é compreensível que, sendo umas pós-modernas, outras humanistas, outras partem da diferença sexual, outras indiferentes à diferença sexual, tenham surgido pontos de vista diferentes (SAFFIOTI, 2000, p. 23).

Mencionar gênero em lugar de sexo feminino ou sexo masculino, tem implicações políticas e sociais. Esse conceito constitui um divisor de águas na rejeição do determinismo biológico nas relações entre homens e mulheres, fazendo aderir à identidade feminina e masculina, um caráter histórico e cultural. Se de um lado a história da mulher estuda e analisa a realidade vivida pelas mulheres em diferentes épocas e lugares, de outro, a história de gênero procura reconstruir ou desmistificar os processos sociais e culturais através dos quais a identidade feminina vem sendo forjada, enfatizando seu caráter relacional num campo de disputa pelo poder (NADER, 2014, p. 14).

Ironicamente, a adoção do termo *gênero* durante os anos 80, serviu também, na visão de Joan Scott, para tentar neutralizar as pautas que poderiam afrontar uma sociedade tradicional. Nesse sentido, algumas obras feministas procuravam adotar a palavra *gênero*, em detrimento de *mulheres*, para conferir maior erudição e neutralidade diante do todo. Se, por exemplo, o termo *história das mulheres* imprime um caráter político ao afirmar que as mulheres são sujeitos históricos legítimos (confrontando a visão tradicional), o gênero “inclui as mulheres sem as nomear, e parece assim não se constituir em uma ameaça crítica” (SCOTT, 1986, p. 1056).

A origem das teorias de gênero está, sem dúvida, ligada à tese dos papéis sexuais, em princípio, fruto do trabalho de Margaret Mead. Esta linha de pensamento pressupõe que, na maior parte das sociedades, as características humanas são divididas em dois grandes grupos, sendo que um destes grupos corresponde às características femininas, e o outro, às características masculinas (DELPHY, 1993, p.1).

Mead observou o comportamento de três diferentes tribos da Nova Guiné: os Arapesh, os Mundugumor e os Tchambuli. Analisando os costumes nas diferentes sociedades, percebeu que, características que em uma determinada comunidade são atribuídas às mulheres, em outro meio podem ser mais comuns em homens. Por exemplo, na sociedade Tchambuli, as tarefas como a pesca e o provento das famílias eram atribuídas às mulheres, enquanto os homens se ocupavam mais do artesanato. Já nas outras duas tribos, dos Arapesh e dos Mundugumor, homens e mulheres não consideram muito a diferenciação entre os sexos (MEAD, 1969, p. 268).

A partir daí, a antropóloga norte-americana sugere que as diferenças entre os sujeitos que participam de diferentes sociedades, assim como as diferenças entre indivíduos dentro da mesma cultura, podem ser explicadas, quase que exclusivamente, devido “às diferenças de condicionamento, em particular durante a primeira infância, e a forma desse condicionamento é culturalmente padronizada” (MEAD, 1969, p. 269).

Esse condicionamento é perceptível, ao passo que as crianças do sexo feminino são incentivadas a serem frágeis, passivas e sensíveis, os brinquedos destinados a elas são os que realçam seu papel de mãe e dona de casa. Já no caso dos meninos, brincam em espaços abertos, na rua, desde pequenos percebendo que fazem parte de um grupo que tem poder e autonomia. Poucas vezes as crianças do sexo masculino são cobradas na execução de atividades domésticas, é mais importante que eles se concentrem em ser fortes, valentes e independentes (CABRAL; DÍAZ, 1998, p. 143).

Numa linha de pensamento mais recente, mas que coaduna com as ideias de Mead, no sentido de complementá-la, ainda que sem mencionar seus estudos, Pierre Bourdieu, cita um fenômeno que chama de “socialização do biológico e de biologização do social”:

As aparências biológicas e os efeitos, bem reais, que um longo trabalho coletivo de socialização do biológico e de biologização do social produziu nos corpos e nas mentes conjugam-se para inverter a relação entre as causas e os efeitos, e fazer ver uma construção social naturalizada (os “gêneros” como *habitus* sexuais) como o fundamento *in natura* da arbitrária divisão que está no princípio não só da realidade como também da representação da realidade e que se impõe por vezes à própria pesquisa (BOURDIEU, 2019, p. 15).

Por conseguinte, a construção de papéis masculinos e femininos estabelece padrões arbitrários, definindo regras de comportamento, vestimentas, modos de relações interpessoais, e cria uma série de expectativas às quais o sujeito deve almejar. A questão da multiplicidade de identidades possíveis, que podem adquirir diferentes formas ao longo da vida de um



mesmo indivíduo, e até mesmo formas contraditórias, escapa a esse exame (LOURO, 1997, p. 25).

Não se pode deixar de mencionar o icônico ensaio de Gayle Rubin, *The traffic in women: notes on the “political economy” of sex.*, no qual a antropóloga discorre acerca das teorias de Marx, Engels, Lévi Strauss e Freud, para demonstrar o sistema que chamou de sexo-gênero, sob o qual a “sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana”. Uma das teorias que se destaca no texto é que, para Rubin, as teias de parentesco não se constituem apenas de laços consanguíneos, mas de engrenagens de um sistema que utiliza mulheres como moeda de troca, como será melhor explicado adiante (RUBIN, 1993, p.9).

Até o surgimento da segunda onda feminista, no início dos anos 1960, estava enraizado na cultura ocidental, o fato de que as distinções entre o masculino e o feminino deviam-se a fatores biológicos. A palavra usada para designar essa distinção até então, era sexo, evidenciando o caráter intrinsecamente biológico associado à expressão dessas características. Essa noção, para as feministas da época, era a base conceitual do sexismo (NICHOLSON, 2000, n.p.).

Linda Nicholson exemplifica de forma muito elucidativa a maneira como o pensamento feminista do século XX relacionava sexo e gênero. O corpo serviria como uma espécie de cabide, que poderia suportar uma diversidade de artefatos culturais (personalidade e comportamento). Este modelo, porém, distanciava-se somente em parte do determinismo biológico, pois, apesar de admitir a ideia de que o caráter é socialmente formado, ainda admite que a biologia é o lugar de formação do caráter (NICHOLSON, 2000, n.p.).

Surgiu a necessidade de evidenciar que não são propriamente as características sexuais que constituem efetivamente o que é feminino ou masculino, mas sim, a forma como essas características são representadas ou valorizadas. Sob esta ótica, “para que se compreenda o lugar e as relações de homens e mulheres numa sociedade, importa observar não exatamente seus sexos, mas sim tudo o que socialmente se construiu sobre os sexos” (LOURO, 1997, p. 21).

Vincular as expressões relativas ao feminino/masculino às características biológicas colaborava com “a ideia da imutabilidade dessas diferenças e com a desesperança de certas tentativas de mudança”. Nesse contexto, a ideia de constituição social do caráter estava hábil a desconstruir a premissa anterior. Daí o uso do conceito de gênero, que abrange duas fortes

ideias do pensamento ocidental moderno, sendo uma delas, a base material da identidade, e a outra, a construção social do caráter humano (NICHOLSON, 2000, n.p.).

Uma das referências para os estudos a respeito do tema, foi a publicação da feminista norte-americana Joan Scott (que já foi citada anteriormente neste trabalho). Num momento mais recente, o conceito de gênero passa a ser discutido de forma mais ampla a partir dos estudos de Judith Butler, tendo como marco a publicação de *Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade.*, onde a filósofa teoriza acerca da pluralidade de identidades existentes dentro do feminismo.

Poder-se-ia afirmar que o gênero é a manifestação social, é a identidade que o indivíduo assume em sua íntima convicção, enquanto o sexo, é a expressão biológica que define o homem como sendo homem, e a mulher como tal. Sob este ponto de vista, “o gênero é culturalmente construído: conseqüentemente, não é nem o resultado causal do sexo, nem tampouco tão aparentemente fixo quanto o sexo” (BUTLER, 2017, p. 26).

No entanto, faz-se necessário evitar o equívoco de compreender erroneamente a distinção entre sexo e gênero, nos mesmos moldes do dualismo cartesiano de mente e corpo. Não há uma essência interna do qual o corpo é uma expressão,

[...] mas apenas uma série de atos performativos que significam e ressignificam o gênero. O gênero não é algo que esteja “dentro”, uma essência preexistente, esperando encontrar sua expressão corpórea. Não há uma verdade interna esperando a realização autêntica ou “apropriada” em atos corpóreos ou materiais. O gênero é sempre já vivido, gestual, corporal, culturalmente mediado e historicamente constituído (CHANTER, 2011, p. 9).

Nesse sentido, autora de um dos trabalhos tidos como referência no tema, Christine Delphy, afirma que, embora na tradição patriarcal, e também em alguns estudos feministas, a anatomia venha antes - lógica e cronologicamente - das estruturas sociais, deve-se sublinhar que, na verdade, “o gênero precede o sexo” (DELPHY, 1993, p. 3). Para trazer luz a tal premissa, Chanter exemplifica da seguinte forma:

nós postulamos um fundamento ostensivamente natural a partir de um ponto de vista já sempre cultural, e depois começamos a agir como se ele sempre estivesse lá, como se fosse alguma essência ou ideal platônico necessário e imutável, preexistente a nós, eterno em sua veracidade. Tal postulação serve a uma variedade de propósitos. Ela nos tranquiliza, faz com que nos sintamos pisando em terreno firme, a terra firme que nos segura e nos justifica em nossas crenças peculiares, historicamente produzidas e culturais sobre quem somos, sobre quem deveríamos ser e quais possibilidades deveriam nos unir. (CHANTER, 2011, p. 52).

Joan Scott ressalta que a ideia antagônica entre feminino e masculino, formadora de uma lógica binária deve ser abandonada. Primeiro porque cria um caráter atemporal, desconsiderando as mutações por que passam os indivíduos e os mecanismos de relações interpessoais ao longo dos anos. E ainda, porque tende a universalizar as categorias e as relações entre o masculino e o feminino (SCOTT, 1986, p. 1063).

Quando se trata de gênero, a diferenciação binária é impossível, pois, ainda que quanto a sexo, pareça morfologicamente plausível a ideia de dualidade (embora até anatomicamente a diferenciação encerrada em apenas duas opções já esteja superada), o gênero “é uma complexidade cuja totalidade é permanentemente protelada, jamais plenamente exibida em qualquer conjuntura considerada” (BUTLER, 1990, p. 42)

Em terras brasileiras, alguns fatores devem ser considerados nos estudos e na construção do conceito de gênero. Ao final da década de 1970, a luta pela abertura política do país, impulsionada com a promoção da Década da Mulher pela Organização das Nações Unidas, e pela vinda de militantes exiladas pelo regime ditatorial, fez nascer a primeira fase do movimento feminista brasileiro. Destaca-se nesse período, que se estende até meados da década de 1980, a busca pela inclusão feminina nas organizações políticas e sociais (GUEDES, 1995).

Porém, mais do que viabilizar a presença feminina, era necessário compreender a mulher como sujeito, sua identidade. Foi a partir de 1989, que se instaurou a pretensão de expandir os estudos feministas para além do movimento, visto que

[...] resgatar o ser mulher foi importante para os diferentes movimentos, mas não significou mudanças nas relações sociais expressas nas práticas cotidianas, nas práticas institucionais. Proliferaram estudos sobre a Mulher, mas o diálogo e o estatuto da cientificidade continuavam a corroer as tentativas feitas por estudiosas/acadêmicas/feministas. Buscava-se agora, então, resgatar e compreender a dialogicidade da comunicação (GUEDES, 1995).

Portanto, as reflexões de gênero vieram para colocar o debate em um campo social, que é onde se fundamentam e perpetuam as relações desiguais entre os sujeitos. As explicações para as desigualdades deviam ser pautadas não em diferenciações anatômicas, mas “nos arranjos sociais, na história, nas condições de acesso aos recursos da sociedade, nas formas de representação” (LOURO, 1997, p. 22).

Partindo desse pressuposto, as abordagens feitas sob a perspectiva do gênero, envolvem não apenas sujeitos diferenciados fisicamente, mas na medida em que o conceito

afirma o caráter social do feminino ou masculino, considera também o tipo de sociedade e o contexto histórico do qual está se tratando. Especificamente pode-se ir além, as concepções de gênero variam não apenas entre as sociedades ou os momentos históricos, mas na dinâmica de uma dada sociedade, ao se considerar os grupos plurais (de raça, religião, classe, etnia), que a constituem (LOURO, 1997, p. 23). Rubin se fez entender muito claramente a partir da seguinte reflexão:

[...] o que é uma mulher domesticada? Uma fêmea da espécie. Uma explicação é tão boa quanto a outra: uma mulher é uma mulher. Ela só se torna uma doméstica, uma esposa, uma mercadoria, uma coelhinha, uma prostituta ou ditafone humano em certas condições. Retirada dessas relações, ela não é mais companheira do homem do que o ouro, em si mesmo, é dinheiro... etc. (RUBIN, 1993, p. 2).

A antropóloga faz essa constatação parafraseando Marx, que escreveu: “o que é um escravo negro? Um homem de raça negra. (...) Ele se torna um escravo somente em certas relações” (MARX, 1976, p. 37). Assim, o gênero não é apenas um aglomerado de características que fazem com que alguém seja uma ou outra coisa, de um ou outro sexo. Mas engloba tudo o que o indivíduo representa e o papel que assume na sociedade a partir da posição em que se encontra.

Nesse interim, nas palavras de Butler, “se alguém ‘é’ uma mulher, isso certamente não é tudo o que esse alguém é”, pois a construção do gênero pelo indivíduo pauta-se nos diferentes contextos históricos estabelecendo entrelaçamentos com caracteres raciais, de classe, etnia, de sexo, entre outros. Não sendo possível, neste emaranhado, “separar a noção de gênero das interseções políticas e culturais em que invariavelmente ela é produzida e mantida” (BUTLER, 1990, p. 21).

Em suma, a acepção de gênero é algo que se transforma ao longo do tempo, adquirindo formas diferentes considerando-se também o tipo de sociedade em que se manifesta. Outro fator que influencia nessa concepção, é a ótica de quem está dedicando-se a análise. Assim, trata-se de um conceito indissociável dos fatores externos. Por isso quando tomado um grupo de indivíduos para análise das questões de gênero, é indispensável que tais fatores sejam incorporados ao estudo.

## 2.2 Assimetria entre o masculino e o feminino: a questão da dominação.

As diferenças no status social entre feminino e masculino pouco evoluíram, dessa forma, a forte caracterização da sociedade patriarcal é um traço dominante através dos tempos, e que ainda é muito presente na sociedade atual. Possivelmente, por ser uma característica perpetrada por gerações, a busca pela equidade caminha a passos tão lentos. Sob esta ótica

[...] definir a submissão imposta às mulheres como uma violência simbólica ajuda a compreender como a relação de dominação, que é uma relação histórica, cultural e linguisticamente construída, é sempre afirmada como uma diferença de natureza, radical, irreduzível, universal. O essencial não é então, opor termo a termo, uma definição histórica e uma definição biológica da oposição masculino/feminino, mas sobretudo identificar, para cada configuração histórica, os mecanismos que enunciam e representam como "natural", portanto biológica, a divisão social, e portanto histórica, dos papéis e das funções (CHARTIER, 2008, p. 42).

A dominação masculina esteve presente de maneira individual e coletiva sobre as mulheres, o que é evidenciado pelos privilégios simbólicos, materiais e culturais, garantidos aos homens nas esferas pública e privada. “A opressão das mulheres pelos homens é um sistema dinâmico no qual as desigualdades vividas pelas mulheres são os efeitos das vantagens dadas aos homens.” (WELZER-LANG, 2001, p. 476)

A ideia de relação social de sexo, explorada por Anne-Marie Devreux, figura como uma ferramenta de análise “representando a síntese teórica dessas múltiplas dimensões da dominação masculina”. Sob esta ótica, as relações sociais se exprimem basicamente nas seguintes modalidades: a divisão sexual do trabalho, a divisão sexual do poder e a categorização do sexo – ou a divisão das categorias do pensamento sobre os sexos (DEVREUX, 2005, p. 565).

Ao contrário do sujeito masculino, o sujeito feminino é um ser dependente, destituído de liberdade para pensar autonomamente. Essa interação não isonômica, segundo o pensamento de Marilena Chauí, transforma as diferenças entre o feminino e o masculino em desigualdades hierárquicas através de discursos masculinos sobre a mulher, os quais incidem especificamente sobre o corpo da mulher, daí as premissas para a legitimação da violência (1985 apud MACDOWELL SANTOS; PASINATO IZUMINO, 2005, p. 149).

Há uma falsa noção enraizada no senso comum, de que historicamente, a sociedade tem se tornado mais aberta às questões femininas, no sentido de que a civilização partiu de

uma origem onde a mulher era pouco valorizada ou, que tinha pouca autonomia, e tem avançado, a passos muito lentos, rumo a um modelo menos discriminatório e mais empoderador para o grupo feminino.

No entanto, ao checar as pesquisas antropológicas e sociais sobre os primórdios da civilização humana, se pode perceber que, na verdade, as mulheres já estiveram em posições mais autônomas do que se encontram hoje. A obra de Engels, *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*, traça uma reveladora linha evolutiva de demonstração do papel da mulher no contexto familiar e social a partir da pré-história, e, é partir daí que se começa a explicar a sociedade atual.

A evolução do modelo de família, das formas de subsistência e do papel desempenhado pela mulher decorreram um do outro, ou ao menos, sofrendo metamorfoses simultâneas. No período mais remoto, em que a caça e a coleta eram os meios de sobrevivência, a monogamia era uma prática desconhecida. Homens e mulheres relacionavam-se quase que indiscriminadamente, e criavam seus filhos em comunidade, nesse sistema

o reconhecimento exclusivo da mãe natural, com a concomitante impossibilidade de se saber ao certo quem é o pai natural, representa alta consideração pelas mulheres, isto é, pelas mães. Uma das concepções mais absurdas do Iluminismo do século XVIII é a de que, no início da sociedade, a mulher teria sido escrava do homem. Entre todos os selvagens e todos os bárbaros do estágio inferior e intermediário, e em parte também no estágio superior, a mulher gozou não só de liberdade, mas também de alta consideração (ENGELS, 2019, p. 53).

Nessa época, houve a adoção de um sistema que se formava a partir de relações que “permitiam a existência de uma espécie de matrimônio facilmente dissolúvel por ambas as partes”, tanto o homem quanto a mulher poderiam tomar a decisão de não mais relacionar-se um com o outro. Nesta espécie de relacionamento “cada mulher ‘pertencia’ igualmente a todos os homens e cada homem a todas as mulheres”. Dessa forma, os filhos eram comuns a todos, tendo cada um deles vários pais, e várias mães (ENGELS, 2019, p. 53).

A transição para a forma monogâmica de casamento ocorreu, segundo Engels, em virtude da acumulação da propriedade privada, que passou a acontecer a partir da domesticação de animais e da criação de rebanhos. Para que os filhos pudessem herdar a propriedade de seus pais, era preciso que fossem individualizados quanto à paternidade, e isso só seria possível a partir de um casamento monogâmico. Ou pelo menos, monogâmico para a

mulher, pois os homens continuaram mantendo suas relações com um número maior de parceiras (ENGELS, 2019, p. 59).

Heleieth Saffioti porém, considera que seria simplificar demais a realidade, atribuir unicamente à acumulação de capital, a inferiorização da mulher na sociedade. Para a pensadora, “Engels deixou-se iludir por um elemento comum às relações entre classes sociais e às relações entre os sexos: a dominação. Este fenômeno, entretanto, apresenta muito maior amplitude que o fenômeno propriedade”. Ainda que a propriedade condicione certas formas de domínio, e de fato, o faz intensamente, existem formas de domínio que não derivam diretamente da propriedade privada (SAFFIOTI, 2011, p.87).

Também nesse sentido, Rubin esclarece que existem outros tipos de sociedade, à parte da sociedade patriarcal tradicional, e cita as diversas comunidades de Nova Guiné, que também são “malvadamente opressoras em relação às mulheres”. Nestes grupos o poder dos homens não está vinculado aos seus papéis de pais ou patriarcas, mas à condição de macho, evidenciando que a dominação masculina é uma tendência que ultrapassa o sistema capitalista de classes (RUBIN, 1993, p. 6).

A família patriarcal, com a autoridade absoluta de um patriarca (chefe da família), que vivia num regime poligâmico, com mulheres isoladas ou confinadas em haréns, originou-se da repartição das tarefas advindas do desenvolvimento da agricultura. No feudalismo, as mulheres viviam sob o rigoroso controle de seus maridos, inclusive quando estes ausentavam-se por longos períodos, a serviço das obrigações de guerra. O receio de não serem os pais legítimos dos filhos que as esposas geravam, fazia com que obrigassem as mulheres a usarem cintos de castidade (SANTIAGO; COELHO, 2007, n.p.).

A partir da obra de Lévi-Strauss, Rubin sintetizou o papel objetificado da mulher, que transacionada entre homens de diferentes famílias, representaria um caro presente, visto que, além de envolver um “objeto” de alto valor, esse ato cavalheiresco cria laços de parentesco. “Os parceiros da troca tornam-se afins, e seus descendentes serão parentes de sangue”. Observe-se que os homens que estão doando ou recebendo mulheres são os indivíduos organizados que estão ligando-se entre si, sendo a mulher apenas um condutor da relação (RUBIN, 1993, p. 9).

O poder, a estima e a reciprocidade inerentes a esta transação referem-se aos sujeitos que ofertam e recebem a doação, e não ao objeto transacionado. As mulheres, nesse sistema, não estão em posição de aproveitar os benefícios de sua própria circulação, como bem coloca o próprio autor “mesmo quando são levados em consideração os sentimentos da moça, como



aliás, habitualmente acontece. Aquiescendo à união proposta, a moça precipita ou permite a operação de troca, mas não pode modificar a natureza desta” (LÉVI-STRAUSS, 1976, p. 155).

Este sistema a que Rubin chama “tráfico de mulheres” é interessante na medida em que coloca a opressão às mulheres dentro dos sistemas sociais, e não da biologia. Através dos tempos, há vários exemplos dessa prática. O costume ainda presente de o pai entregar a noiva no altar, remete a esta origem. As mulheres foram dadas em casamento, ganhadas nas batalhas, trocadas por favores, compradas e vendidas. E, embora os homens também tenham sido traficados, foram traficados como escravos, servos, atletas, mas não como homens apenas. Mulheres foram transacionadas como escravas, prostitutas e servas, mas também, simplesmente como mulheres (RUBIN, 1993, p. 10).

A palavra família, tem em sua origem etimológica a palavra servo, escravo, e, originalmente, a família era um conjunto de criados de uma mesma pessoa (homem). Essa origem faz uma alusão a um modelo de família primitiva que referencia que todos os integrantes devem obediência ao seu senhor, o patriarca. A questão da obediência, apesar do decorrer de séculos, não parece superada, considerando que o Código Civil Brasileiro de 1916 ainda previa que a esposa, desejando trabalhar, necessitava da autorização de seu marido (SANTIAGO; COELHO, 2007, n.p.).

Este padrão característico do patriarcado esteve garantido, até época recente, por outras duas instituições principais, além da família: a Igreja e a escola. A Igreja tratou de manter uma visão pessimista das mulheres e da feminilidade, inculcando “uma moral familiarista, completamente dominada pelos valores patriarcais e principalmente pelo dogma da inata inferioridade da mulher”. Por sua vez a escola, embora já esteja desvinculada da Igreja, continua a transmitir pressupostos da representação patriarcal. É a família, porém, que se salienta como expoente da reprodução da dominação e da visão masculinas. No seio familiar é que se impõe a experiência precoce da divisão sexual do trabalho e da representação legítima dessa divisão. (BOURDIEU, 2019, p. 140, 141).

Uma dessas divisões que é claramente perceptível, inclusive na sociedade atual, são as atribuições atinentes aos membros de um grupo familiar. Numa lógica dualista de complementariedade, à mulher cabe a responsabilidade quanto ao domínio da casa, e ao homem, sua articulação com o mundo público (SARTORI, 2004, p. 178). Nesse sentido, Bourdieu afirma que até mesmo na expressão corporal, a feminilidade parece corresponder a “arte de se fazer pequena” (BOURDIEU, 2019, p. 53).



Essa premissa pode ser observada tanto nas posições usualmente adotadas pelas mulheres, sempre mais contidas, quanto pela vestimenta, já que saltos ou bolsas são objetos que limitam os movimentos. Enquanto aos homens, são atribuídas as posturas mais relaxadas como balançar-se na cadeira ou colocar os pés sobre a mesa, que são vistas inclusive, como formas de demonstração de poder, espera-se que as mulheres se mantenham com as costas eretas e as pernas fechadas (BOURDIEU, 2019, p. 55).

Já na fase infantil pode se perceber a diferenciação na tolerância dos comportamentos conforme o sexo. E é no seio familiar que essas diferenças estão mais evidentes. Desde cedo os meninos gozam de maior liberdade em relação às meninas. Dada a atribuição de uma maior exterioridade, aos meninos é permitido que permanecem por maior tempo fora do lar, tendo mais tempo para o lazer. Por outro lado, às meninas, em geral, são impostas mais restrições quanto aos locais que podem frequentar e quanto ao período de permanência na rua, além de já terem, desde os primeiros anos de vida, determinadas obrigações em relação ao espaço doméstico (SARTORI, 2004, p. 178).

Tânia Navarro Swain, professora doutora aposentada da Universidade de Brasília, conferiu a alcunha de “dispositivo amoroso”, ao sistema de persuasão que conforma as mulheres como se suas obrigações naturais estivessem atreladas à domesticidade. Tudo se passa como se executar as tarefas da casa fosse incompatível com a dignidade do homem, ou daquele que tem um pênis (SWAIN, 2014, p. 41). Nesse ponto a autora segue uma linha que a aproxima do que defende Bourdieu, no tocante à força da construção social dos corpos, em que o feminino e o masculino apresentam-se como oposição um do outro, sendo o pênis a representação do que é forte, vigoroso, fecundador, e a vagina o que é vazio, escuro, mole, passivo (BOURDIEU, 2019, p. 20-34).

A retratação da mulher verdadeira seria então, segundo o dispositivo amoroso, aquela da personagem que fortalece os laços familiares e propaga a socialização na qual foi educada, criando os meninos para serem patriarcas, e meninas para serem suas servas. Sendo sempre amável, doce, devotada e, sobretudo, amorosa. “Amorosa de seu marido, de seus filhos, de sua família, além de todo limite, de toda expressão de si” (SWAIN, 2014, p. 41).

Essa vinculação da mulher ao lar e às atividades domésticas impacta diretamente na disparidade da ocupação do mercado de trabalho. Apesar de as mulheres terem se inserido no âmbito do trabalho assalariado, ainda lhes cabe como responsabilidade primordial a criação dos filhos e a manutenção da casa. Os rótulos desses papéis ficam assim distribuídos, o homem trabalha porque é homem, e a ele cabe o provimento do lar, já a mulher, trabalha para

auxiliar o marido no orçamento doméstico. Consequentemente, o trabalho feminino é afetado tanto no quesito remuneração, quanto no desempenho (SARTORI, 2004, p. 181).

Embora a participação das mulheres no mercado de trabalho tenha aumentado ao longo dos anos, o número de mulheres que está trabalhando ou que está à procura de trabalho no Brasil, é bastante inferior ao de homens. Em 2008, enquanto mais de 80% dos homens estava trabalhando, a proporção entre as mulheres era de 57,6%. Ainda, entre as brasileiras economicamente ativas, cerca de 9,6% encontrava-se desempregada, contra apenas 5,2% dos homens (FONTOURA; GONZALEZ, 2009, p. 21).

Além de encontrarem menos oportunidades, as mulheres também costumam cumprir uma jornada de trabalho maior, e isso sem contabilizar a dupla jornada com a acumulação dos serviços domésticos. As mulheres trabalham, em média, 7,5 horas semanais a mais do que os homens, de acordo com dados de 2015 (IPEA, 2017, n. p.). Essa desigualdade possivelmente, está relacionada com as possibilidades mais restritas apresentadas às mulheres, e à discriminação no sentido estrito, relacionada ao sexismo estrutural (FONTOURA; GONZALEZ, 2009, p. 22).

No campo do trabalho, se evidencia claramente uma estrutura de dominação sexual quando se observa, por exemplo, que as mulheres que conseguem obter os mais altos cargos têm de pagar, de alguma forma, pelo êxito profissional com um menor sucesso na ordem doméstica - maternidade adiada, divórcio, celibato, etc. (BOURDIEU, 2019, p. 174). Sob este ponto de vista, o sucesso está claramente ligado à renúncia ao que é fortemente ligado ao feminino.

As características que comumente são associadas ao feminino, geralmente estão relacionadas a valores considerados negativos, como emoção, resignação e fragilidade. Costuma-se atribuir à mulher comportamentos que seriam inerentes ao seu sexo, como a incapacidade de usar a razão, de lutar contra fatores adversos, o hábito de conformar-se, de ser insegura (SAFFIOTI, 1987, p. 34). Em verdade, como já referido na seção anterior, esses comportamentos são, geralmente, fruto da socialização.

A socialização para a resignação está fortemente presente em expressões correntes do cotidiano, tais como “mulher gosta de apanhar”, e “ser mãe é padecer no paraíso”. Assim, a mulher é educada dentro de um sistema onde deve assumir seu papel de vítima. O sofrimento, quando vivido pela mulher, traduz-se em virtude. Assim, se a resignação é a atitude esperada de uma mulher, a reação diante de uma traição, ou a tomada de decisões em busca de sua própria felicidade pode, muitas vezes, custar-lhe a vida (SAFFIOTI, 1987, p. 35).

A posição de mártir, é vista pela sociedade como agregadora de valor quando vivenciada por uma mulher. Isso é evidenciado quando a sociedade aceita como parte da normalidade o adultério cometido pelo homem, e, mais do que isso, frequentemente a traição masculina é justificada por supostas ações ou omissões da esposa. Se, no entanto, o adultério for praticado pela mulher, ela não será amparada por este benefício. Nesse sentido, a mulher é a culpada pelo próprio sofrimento. Se apanhou, foi porque mereceu, se foi traída, foi porque não foi capaz de cumprir satisfatoriamente sua função de esposa (SAFFIOTI, 1987, p. 36).

Corroborando a premissa de que à mulher cabe o sofrimento e a resignação, a sexualidade feminina tem sido atrelada à reprodução. Assim, para a mulher o centro da sexualidade é a reprodução e não o prazer.

A sexualidade reduzida à genitalidade se apresenta para as mulheres como algo sujo, vergonhoso, proibido. Os homens, ao contrário das mulheres, recebem mensagens e são preparados para viver o prazer da sexualidade através do seu corpo, já que socialmente o exercício da sexualidade no homem é sinal de masculinidade. De um modo geral podemos dizer que as mulheres desde que nascem são educadas para serem mães, para cuidar dos outros, para “dar prazer ao outro”. A sua sexualidade é negada, reprimida e temida (CABRAL; DÍAZ, 1998, p. 144).

Para Catharine A. MacKinnon, professora de Direito da Faculdade de Direito de Michigan, e professora visitante na Harvard Law School, não é à toa que a sexualidade feminina é tão reprimida. “A sexualidade é para o feminismo o que o trabalho é para o marxismo: aquilo que é mais próprio de alguém, porém, aquilo que mais lhe é retirado.” Ambas as teorias, o feminismo e o marxismo, são sobre o poder e sua distribuição, ou seja, a desigualdade (MACKINNON, 2016, p. 802).

Na diferenciação biológica sustenta-se outra teoria acerca dos mecanismos da dominação masculina: seu objetivo é o controle da capacidade de gerar filhos. Uma vez que a reprodução não pode ser desvinculada da mulher, seu corpo será o território onde serão travadas as batalhas na disputa pelo controle. Inegavelmente a sexualidade feminina é o âmbito no qual se concentra a reprodução. Define-se assim uma conexão entre a sexualidade, a reprodução e o controle social do corpo feminino (CABRAL; DIAZ, 1998, p. 4).

Esse sequestro da sexualidade da mulher não impede, contudo, a hipersexualização dos corpos femininos. O que pode, à primeira vista, parecer um estímulo ao empoderamento, não é mais do que um mecanismo de satisfação masculina. “Não é a liberdade que aqui se exerce, mas a submissão aos ditames imperativos do patriarcado que, em sua dinâmica

tentacular, transforma em liberdade sexual para as mulheres, seu desejo de apropriação e a afirmação de sua virilidade e poder” (SWAIN, 2014, p. 43).

Na cultura brasileira, o linguajar comumente utilizado para mencionar o ato sexual exprime linguisticamente o que é concebido pelo senso comum: o papel do macho é o de “comer”, enquanto o da fêmea é o de “dar”. Nesse contexto, comer é sinônimo de vencer e possuir. Esse vocabulário é um indicativo de que as mulheres são educadas para serem passivas, enquanto os homens são socializados para perseguir, penetrar e dominar. Assim, o macho assume esta identidade viril independentemente das especificidades de quem “dá”. Ou seja, o homem que “come”, é macho, não importando se tem uma parceira ou um parceiro sexual. Em outras culturas, como a norte-americana, por exemplo, ele seria visto como um homossexual, pois os homens somente são “machos” se suas conquistas são mulheres (PARKER, 1993 apud SOUZA; BALDWIN; ROSA, 2000, p. 492).

Nesses termos, possuir sexualmente, é dominar no sentido de “submeter a seu poder”, mas também no sentido de “enganar, abusar ou possuir”. As formas de manifestação da virilidade enquadram a lógica da “proeza, da exploração, do que traz a honra”. A simulação do orgasmo, é, neste contexto, uma prova do poder masculino em fazer com que a interação entre os dois sexos aconteça de acordo com a perspectiva do homem, que vê no orgasmo feminino uma prova de sua virilidade (BOURDIEU, 2019, p. 39-41).

Ainda nessa simbologia de oposição, de ativo e passivo, Bourdieu menciona a “posição sexual considerada normal”, sendo aquela em que o homem “fica por cima”. “Assim como a vagina deve, sem dúvida, seu caráter funesto, maléfico, ao fato de que não só é vista como vazia, mas também como o inverso, negativo do falo.” Portanto o ato sexual é tido pelos homens como uma forma de dominação, de apropriação, de posse (BOURDIEU, 2019, p. 37).

A ordem patriarcal então, apresenta-se como um tripé em termos materiais e simbólicos. “A materialidade genital, no caso, o pênis; a figura simbólica do pai; e o resultado final [sic], o poder.” Embora o pênis seja um detalhe anatômico que não importaria grande distinção por si só, o que lhe confere status, é o valor a ele atribuído. Dessa forma, o sexo masculino detém a fonte de poder sobre o mundo e, principalmente, sobre os corpos desprovidos de pênis (SWAIN, 2014, p. 38-39).

Assim, uma atribuição de maior valor aos símbolos ligados ao masculino e, mais do que isso, a caracterização a partir de comportamentos antagônicos entre os sexos, propaga a ideia de que o homem deve ser dominante, e a mulher dominada. Criam-se assim, lugares a

serem ocupados distintamente por homens e mulheres, estabelecendo uma espécie de hierarquia. Qualquer reação, ou tentativa de subverter essa dinâmica, é comumente atacada de forma violenta.

### **2.3 Violência de gênero: como a assimetria cria um cenário favorável à violência.**

De início, convém elucidar que violência e crime, nem sempre, formam um par. A violência tem um conceito mais abrangente, e, somente em algumas formas ou contextos, pode ser qualificada como crime ou reduzir-se a tal. O crime, como conceito jurídico, encontra-se definido pela legislação penal, porém, nem todo o crime previsto pelo sistema legal é violento. Da mesma forma, nem todos os atos violentos encontram-se tipificados (PASINATO, 2016, p. 135).

A violência, resumidamente, consiste em um comportamento que vise a satisfação própria em detrimento de outra pessoa, ou seja, é criada uma relação de submissão de um ser humano, aos desígnios de outrem. Somando-se este conceito à questão de gênero, haverá uma tentativa de “imposição cultural sobre o que seja ser homem ou mulher e nas decorrentes relações de poder entre ambos” (STREY, 2004, p. 13).

Importa esclarecer que violência, neste contexto, não se resume a agressão. O resultado da violência é a eliminação de um dos indivíduos que fazem parte dessa relação. A eliminação pode ser tida, além da morte física, como o aniquilamento da estrutura psíquica abalada pela brutal experiência vivenciada. Num episódio de violência, aquele que está sujeito desaparece como indivíduo autônomo e livre. “A violência é o ato que impõe o ser sujeito de um no lugar do ser sujeito do outro” (FELIPE, 1997, p. 111).

Nesse sentido, a violência se manifesta como uma forma acentuada de discriminação em razão de gênero. Trata-se de violação aos direitos humanos e às liberdades essenciais, ferindo a cidadania das mulheres, obstando-as de decidirem livremente, de ir e vir, de manifestarem opiniões e vontades, de ter uma vida pacífica em suas comunidades, atingindo direitos inalienáveis de todo ser humano. Constituindo-se em

uma forma de tortura que, embora não seja praticada diretamente por agentes do Estado, é reconhecida como violação dos direitos humanos desde a Conferência Mundial do Direitos Humanos realizada em Viena (Áustria) em 1993, isso porque cabe ao Estado garantir segurança pública, inclusive da população feminina. É um

fenômeno que atinge mulheres de diferentes classes sociais, grupos étnicos, posições econômicas e profissionais (TELES; MELO, 2017, n.p.).

Além da Conferência de Viena, a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará, que foi aprovada no Brasil, em assembleia geral da Organização dos Estados Americanos – OEA, classificou a violência contra a mulher como sendo “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (TELES; MELO, 2017, n.p.)

No Brasil, a literatura sobre violência contra as mulheres tem suas origens tardiamente, no início da década de 80, constituindo-se uma das principais vertentes de estudos feministas no país. “Nessa época, um dos principais objetivos do movimento é dar visibilidade à violência contra as mulheres e combatê-la mediante intervenções sociais, psicológicas e jurídicas” (MACDOWELL SANTOS; PASINATO IZUMINO, 2005, p. 147).

A palavra gênero já conta com um montante de violência enraizado em si, pois implica na tentativa de imposição cultural. Por isso para Strey, o termo “violência de gênero é quase uma redundância”. Porém, enquanto gênero como construção social pode ser superado coletivamente, a violência de gênero (embora também possa ser superada individual e coletivamente), sempre será um processo doloroso, ao menos para as vítimas. Isso não acontece, necessariamente, quanto às questões de gênero, que podem ser egossintônicas, ou seja, relativas ao próprio ideal de autoimagem (STREY, 2004, p. 16).

Nesse sentido, vários ramos das ciências humanas utilizam a categoria de gênero para evidenciar a desigualdades socioculturais construídas entre mulheres e homens, que refletem na vida pública e privada das pessoas de ambos os sexos, impondo a elas papéis sociais diferenciados que foram construídos historicamente e criaram polos de dominação e submissão. O poder masculino é imposto em detrimento dos direitos das mulheres, tornando-as subordinadas “às necessidades pessoais e políticas dos homens, tornando-as dependentes” (TELES; MELO, 2017, n. p.).

A violência de gênero, além das mulheres, abrange como vítimas crianças e adolescentes de ambos os sexos. Nesse contexto os homens, no exercício de suas funções patriarcais, exercem o poder de determinar a conduta das categorias sociais mencionadas. O exercício desse poder, parece contar com uma autorização, ou pelo menos, uma tolerância da sociedade para punir o que lhes apresenta como desvio (SAFFIOTI, 2001, p. 115).

Assim, a expressão “violência de gênero” exprime uma categoria diferente do que se entende como violência contra a mulher. A categoria “violência contra a mulher” emergiu no Brasil durante a década de 1970, a partir de mobilizações feministas contra o assassinato de mulheres por amor e em defesa da honra, e culminou, posteriormente, na criação das delegacias especiais de atendimento a mulheres. Como a grande maioria das queixas registradas nessas unidades referem-se a agressões sofridas no âmbito do casamento (ou relações similares), o termo “violência contra a mulher” acabou sendo admitido como sinônimo de “violência doméstica” (GROSSI, 1998, p. 296).

A violência de gênero é, quase sempre, o primeiro tipo de violência com que o ser humano tem contato de forma direta, sendo uma prática que se confunde com o costume popular, e é transmitida de geração para geração. Ela se entrelaça tão profundamente nas relações humanas que acaba por ser admitida como se fosse parte da natureza humana. A posição de submissão e martírio, impelida à mulher como forma até mesmo de educação, evidenciada no já mencionado bordão “mulher gosta de apanhar” é uma clara demonstração da naturalização desse tipo de violência (TELES; MELO, 2017, n.p.).

Quanto à forma, a prática parece assumir bastante dinamicidade de acordo com a época, ou com o contexto em que é analisada. Daí a denominação violência de gênero, abrangendo de forma mais apropriada seus diversos formatos. Nesse sentido

[...] embora a dominação masculina seja um privilégio que a sociedade patriarcal concede aos homens, nem todos a utilizam da mesma maneira, assim como nem todas as mulheres se submetem igualmente a essa dominação. Se o poder se articula segundo o "campo de forças", e se homens e mulheres detêm parcelas de poder, embora de forma desigual, cada um lança mão das suas estratégias de poder, dominação e submissão (ARAÚJO, 2008, n.p.).

Então, apesar de o homem ser o principal agressor no contexto da violência, ele não é o único. Ainda que a dominação masculina seja um privilégio inerente aos homens no contexto da sociedade patriarcal, nem todos a utilizam da mesma forma, como também, nem todas as mulheres se submetem a ela por igual. Homens e mulheres detêm parcelas de poder, conquanto que, de forma desigual, cada um adota suas estratégias no campo de forças, sendo a tolerância da sociedade com a violência masculina, um dos fatores que favorecem sua atuação (ARAÚJO; MARTINS; SANTOS, 2004, p. 20).

A violência não está restrita ao universo masculino. Em menor proporção, mulheres também fazem uso da violência, e, ao ocuparem a posição de dominação, reproduzem



comportamentos e relações abusivas de forma semelhante aos homens. Embora a violência do homem contra a mulher seja a principal forma de expressão da violência de gênero, ela também ocorre, em menor proporção, entre mulheres, entre homens, e por mulheres contra homens, quando da manifestação da dominação (ARAÚJO; MARTINS; SANTOS, 2004, p. 21).

No tocante à violência cometida pela mulher contra o homem, estudos feitos acerca de esposas que mataram seus maridos concluíram que, nestes casos, muito mais mortes são cometidas em defesa própria do que quando se considera os homicídios cometidos por homens no âmbito conjugal. Ou seja, elas haviam sido de alguma maneira, agredidas antes, e encontraram na morte do parceiro uma forma de cessar seu sofrimento. No entanto, os motivos apontados nos casos de homicídio praticados pelos homens contra suas companheiras amparam-se em ciúme ou na necessidade de controle, especialmente diante do término de uma relação (SAUNDERS, 2002 apud STREY, 2004, p. 17)

No que tange à prática da violência cometida pelo homem, ela atua como um dos dispositivos que se colocam em ação para sustentar a diferenciação sexual, que é um dos pilares do patriarcado. A violência, nesse contexto, “atua materialmente com a ameaça, o estupro, o sequestro, o assassinato, o incesto, a pedofilia e toda forma de intimidação àquelas que ousam desafiar seu controle”. Este seria então um dos métodos reacionários de intimidação, que aqueles que são detentores dos privilégios do sistema patriarcal, utilizam quando sentem uma ameaça à manutenção de suas benesses (SWAIN, 2014, p. 40).

Os modelos nos quais a masculinidade é construída geralmente estão contaminados com alguma carga de violência. Na maioria das culturas e sociedades faz parte do senso comum a premissa de que os homens devem ser “pelo menos minimamente agressivos ou mesmo violentos para expressar sua condição masculina. Então, masculinidade requer pelo menos uma certa dose de violência.” A busca por esse padrão faz com que, aqueles que não se sentem aptos a alcançá-lo de forma natural, muitas vezes ainda na adolescência, procurem exercer sua masculinidade diante de alguém mais vulnerável (STREY, 2004, p. 26-29).

A delimitação de papéis sociais a serem cumpridos por homens e mulheres se mostra, da mesma forma, um fato gerador da violência doméstica quando se observa que as dificuldades econômicas também são apontadas como causas das agressões. O homem que se encontra em situação onde não consegue desempenhar seu papel de provedor da família, lança mão da violência para reassegurar seu papel masculino tradicional. Dados de um centro



hospitalar do Rio de Janeiro apontaram que cerca de um terço dos homens agressores estavam desempregados na data da agressão (STREY, 2004, p. 39).

Nesse sentido a violência se mantém como forma de controle social sobre os corpos, a sexualidade e as mentes femininas, objetivando a manutenção das estruturas de poder e dominação disseminadas na ordem patriarcal, sendo potencializada pela dimensão simbólica de sua manifestação nos espaços íntimos, onde há uma complexa teia de valores morais que conferem peso maior ao campo emocional do que ao cognitivo (BANDEIRA, 2014, n.p.).

As práticas violentas às quais as mulheres estão sujeitas no espaço familiar, são manifestamente camufladas e protegidas pelo silêncio sobre o que ocorre entre quatro paredes. De forma diametralmente oposta ao que prega o conservadorismo popular, é no íntimo familiar que ocorre sistematicamente o abuso infantil, a violência doméstica, e é onde o estupro é ocultado (GIFFIN, 1994, p. 150).

A instituição familiar é o âmbito onde se organizam as relações sexuais entre os gêneros, e, é nesse microcosmo que se pode perceber o controle social atuando diretamente sobre os corpos das mulheres. A principal identidade feminina no seio das famílias é a de mãe, e sua sexualidade somente é admitida na reprodução de filhos legítimos, sendo o controle da sexualidade, por excelência, a forma cotidiana de administrar as mentes e os corpos das mulheres nas culturas patriarcais (GIFFIN, 1994, p. 150).

A sociedade, nesse sentido, impõe limites determinantes às mulheres na vivência da sexualidade. O prazer está destinado aos homens. Algumas práticas que dão prazer às mulheres, não encontram espaço na postura reservada às esposas e mães, uma vez que “os desejos incomuns” devem ser repreendidos sob o risco de a mulher colocar em risco sua posição de “correta” ou “direita”, ou de fazer parte do grupo daquelas aptas ao casamento (DINIZ; QUEIROZ, 2008, p. 10).

Inseridas nessa lógica, até mesmo as mulheres adotam o discurso ambíguo de que existe, na vivência da sexualidade, a distinção entre as mulheres de família e as outras, ótica que abre espaço à prostituição e à pornografia (DINIZ; QUEIROZ, 2008, p.10). Àquelas que se propõem a assumir esses papéis, resta o estigma da vida fácil, onde não raramente é mascarada como liberdade sexual, a submissão aos desígnios mais sórdidos da ordem patriarcal, onde a mulher prescinde de sua satisfação pessoal, amor próprio, e, sobretudo de sua saúde, para servir aos desejos masculinos.

A prostituição, neste contexto, é a máxima sujeição da mulher à ordem patriarcal, é a transformação de um ser humano em orifícios, mercadoria a ser negociada, carne a ser

consumida. Não se trata de liberdade, servir ao desejo de dominação, não observando as circunstâncias que a impulsionam a isso. Apesar daquelas que afirmam sua livre decisão de prostituir-se, o sistema prostitucional é a pedra fundamental da subsistência do patriarcado (SWAIN, 2014, p. 44).

A virilidade faz do pênis o seu maior ponto de apoio na materialidade do social. O homem está livre para exercitar sua sexualidade, pronta a tomar e possuir o que quer que seja, o que inclui mulheres, ou todo tipo de fêmea dos animais não humanos. A sexualidade masculina não tem e a ela não se impõe limites. Por isso as mulheres, que devem ter seus corpos cobertos, suas idas e vindas controladas, pois qualquer deslize as torna presas da sexualidade masculina (SWAIN, 2014, p. 43).

Tal premissa está tão profundamente enraizada nos corpos, que existe uma linha de pensamento que atribui às mulheres a responsabilidade por sua própria opressão, como se elas apreciassem essa dominação. Esta tendência à submissão, que reforça a culpabilização da vítima, resulta de estruturas objetivas que “só devem sua eficácia aos mecanismos que elas desencadeiam e que contribuem para sua reprodução” (BOURDIEU, 2019, p. 72).

Essa mentalidade manifesta-se estatisticamente na sociedade brasileira. Em pesquisa publicada em 2014, somente 30,3% dos brasileiros entrevistados manifestaram-se contrários à afirmação “se as mulheres soubessem como se comportar, haveria menos estupros” (IPEA, 2014, p. 23). Isso demonstra que o pensamento corrente é de que é da natureza do homem atacar e, cabe à mulher, portar-se de forma a evitar que seja despertada a sanha incontrolável masculina.

No cenário dos crimes onde incide a violência de gênero, as estatísticas brasileiras têm apresentado números cada vez mais elevados. Na contramão da queda no índice geral de homicídios, os crimes de estupro, violência doméstica e feminicídio apresentaram alta, manifestando um cenário de risco para mulheres. Nos casos de estupro, mais da metade das vítimas contavam com até 13 anos (cerca de 4 meninas são estupradas a cada hora, segundo os registros) (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2019, p. 8-9).

É importante salientar que, embora esse número seja, por si só, assombroso, a realidade infelizmente não está bem representada. Estima-se que apenas um, para cada 20 casos desse tipo de violência é denunciado no país. A situação brasileira se perpetua graças ao pacto de silêncio e à omissão que cercam a questão (JESUS, 2015, p. 14). O Anuário Brasileiro de Segurança Pública relata ainda, que dentre todos os casos, cerca de 76% das vítimas conhecia previamente seu abusador (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA

PÚBLICA, 2019, p. 120), o que desconstrói a estigma do agressor desconhecido que persegue a vítima em ruas escuras durante a noite.

Para Samira Bueno, diretora executiva do Fórum de Segurança Pública, “enquanto achamos que falar de sexualidade é uma prerrogativa exclusiva da família, estaremos incentivando estupro no Brasil”. Apesar de ser um tipo de violência que ocorre predominantemente nos ambientes domésticos, seus impactos refletem-se na sociedade como um todo, sendo dever do Estado empenhar-se na busca de iniciativas que viabilizem a solução do problema. Ainda segundo Bueno, a educação é uma das formas de mudar a situação (MARTINELLI, 2019, n.p.).

A diretora cita a guerra declarada pelo Presidente da República, Jair Bolsonaro, e pelo Governador do Estado de São Paulo, João Dória, contra a abordagem das questões de gênero nas escolas. Se a violência é praticada massivamente no seio familiar, e as vítimas são em sua maioria, crianças e adolescentes, trata-se de, no mínimo, uma atitude irracional, delegar apenas à família a educação sexual (MARTINELLI, 2019, n.p.).

Assim, as premissas opressoras do patriarcado se aliam às da obscuridade e continuam sendo reproduzidas, sistematicamente, da mesma forma como a sociedade vem sendo, há anos, construída. A ignorância acerca das questões de gênero recria uma caça às bruxas, fantasiando monstros sob a insígnia da ideologia de gênero, e segue incinerando mulheres e meninas, as eternas vítimas do discurso dominante.

### **3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O QUE É, E COMO O PARTO PODE SE TRANSFORMAR NUM EVENTO VIOLENTO.**

Tendo discorrido sobre gênero, o significado da violência de gênero e as questões sociais que colaboram para o cenário atual, parte-se para as considerações acerca da violência obstétrica. Neste capítulo pretende-se abordar historicamente, como chegou-se ao modelo de assistência atual, além de discorrer sobre como as práticas violentas acontecem, e porque essas condutas não são adequadas.

#### **3.1 História do parto: a perda do protagonismo feminino.**

Como quase tudo que se relaciona aos hábitos humanos, a maneira como ocorrem os partos também sofreu significativas mudanças ao longo dos séculos. Mesmo se tratando de um evento natural, o cenário do parto mudou de tal forma, que quase não se identifica com seu formato original. Os avanços da medicina somados ao desenvolvimento da tecnologia são comumente apontados como os vértices desta transformação.

Porém, a evolução trouxe, juntamente com a ampliação da possibilidade de salvar vidas, uma considerável perda de autonomia para a parturiente. A transição do modelo doméstico/instintivo para o modelo industrial/médico-hospitalar, proporcionou uma transação também no papel da mulher nesse processo. De sujeito, no sentido de ser quem detém o poder de agir e decidir, a objeto, ou seja, mero instrumento que aceita passivamente as ações e decisões alheias (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015, p. 96).

Originalmente, o parto é um processo de tal forma autônomo, que a presença de qualquer tipo de auxiliar é uma prática mais recente do que se imagina. Documentos sobre sociedades pré-agrícolas e estudos feitos entre tribos da Nova-Guiné sugerem que, até certo período da história, as parturientes isolavam-se para dar à luz. A provável raiz do trabalho da parteira é o amparo maternal afetivo às mulheres que, em casos pontuais, quando isoladas, solicitavam a presença de suas mães (ODENT, 2003, p. 42).

Para Odent, este isolamento que era e, em alguns casos ainda é desejado pelas parturientes, encontra sua razão de ser na estrutura do cérebro humano. Mais especificamente, no superdesenvolvimento do neocórtex, “que tende a inibir a atividade das estruturas mais primitivas do cérebro. Quando alguém se sente observado, o neocórtex não pode ocupar uma

função secundária”, interferindo no processo fisiológico do parto. Assim, a introdução de um assistente no parto criou um ciclo vicioso: essa presença interfere na necessidade de privacidade, dificultando o parto, e criando a necessidade de mais ajuda (ODENT, 2003, p. 42).

Este contraste entre o isolamento, que é inerente à fisiologia da parturiente no momento do parto, e a necessidade de amparo, é um traço marcante do contexto atual. Observe-se que, no cenário brasileiro, as mulheres inseridas na sociedade dita civilizada, buscam cristalizar seu direito em garantir que possam ser acompanhadas por um ente querido que lhes preste amparo através da Lei do Acompanhante, a qual tem sido reiteradamente violada, sinalizando uma das práticas frequentes da violência obstétrica.

A partir da introdução da presença de estranhos ao trabalho de parto no processo do nascimento, as características desta personagem foram se modificando. Inicialmente, os partos eram acompanhados por mulheres mais experientes que se solidarizavam às mais jovens, colaborando em seu ciclo de reprodução. Com o passar do tempo, aquelas que se destacavam nesta atuação, eram reconhecidas socialmente por suas capacidades e passavam a ser conhecidas como parteiras (CARNEIRO, 2006, p. 68). Considera-se que o mais antigo registro escrito que menciona este ofício é o livro de Êxodo, do episódio em que o faraó ordena às parteiras que sacrifiquem todos os bebês do sexo masculino (BÍBLIA, Êxodo, 1, 15).

Os conhecimentos acumulados por estas mulheres, adquiridos além da prática do dia a dia, mas passados de geração em geração, em algumas épocas e contextos acabaram por marginalizá-las. No século XV, o papa Inocêncio VIII ordenou a produção de um guia para facilitar a identificação, a caça e o julgamento das mulheres acusadas de bruxaria. Devido aos seus conhecimentos empíricos sobre a fisiologia do parto, as ervas medicinais, e o tratamento de certas doenças, muitas delas foram tidas como bruxas, sendo “consideradas as piores, uma vez que matavam e ofereciam aos demônios os recém-nascidos, causando ainda o aborto do feto”. A essas, cabiam as penas mais severas cominadas no manual (SALVATERRA et al., 2018, p. 66, 70 e 73).

Muito provavelmente, a fantasia que encontrou lugar no imaginário popular da época, de que muitas parteiras praticavam bruxarias, está relacionada a ambiguidade que essa figura representava. Isso porque além prestarem ajuda à mulher que paria (e isso muitas vezes incluía benzimentos, talismãs e orações mágicas), as parteiras também detinham o conhecimento sobre a prática do aborto, e poderiam ser cúmplices inclusive de infanticídio e

do abandono de crianças. Assim, “ela pode ser aborteira ou denunciar mulheres que abortam, tornar-se cúmplice de infanticídios ou auxiliar a reprimi-los, facilitar o abandono de crianças ou participar da procura de mães que doam seus filhos” (LARGURA, 2006, p. 87-88).

O fato é que, durante o período em que o parto era um processo que ocorria no ambiente doméstico, as pessoas envolvidas eram apenas aquelas do sexo feminino. Algumas delas com reconhecida experiência acerca dos processos do nascimento, que vieram a ser chamadas de parteiras. Noutros casos, a parturiente era assistida por mulheres da sua confiança: amigas, vizinhas, ou outras integrantes da família. Aos homens cabia apenas a assistência ao parto dos animais. Até o final do século XIX, o parto de humanos era assunto feminino, e parir em um ambiente que não fosse seu lar, poderia ser algo apavorante na concepção de uma mulher da época (SEIBERT et al., 2005, p. 246).

No modelo doméstico, a figura do médico só era admitida quando houvesse intercorrência que representasse risco de vida para a parturiente (a prioridade nesta época, era preservar a vida da mãe). Nesses casos, o profissional era chamado para que, naquele ambiente, utilizasse de métodos científicos na tentativa de contornar o problema. Os fetos eram retirados em pedaços do ventre materno, e a cesariana era realizada apenas se ocorresse o óbito da mãe (o clorofórmio só passou a ser utilizado como anestésico em 1847, e pouco se sabia sobre os agentes infecciosos). Apenas mulheres mais pobres ou de baixo apreço social eram levadas para as Santas Casas (MOTT, 2002, p. 198).

Nos hospitais, as condições para o recebimento de parturientes eram precárias. As mães alojavam-se com seus bebês junto a mulheres com o mais variado tipo de doenças, e as mortes por infecções eram muito frequentes. A partir de 1820 começaram a chegar ao Brasil, parteiras estrangeiras, que atendiam em domicílio, ou recebiam parturientes em suas próprias casas, dando origem às casas de maternidade. Nesses locais eram recebidas escravas, negras livres e mulheres que eram impedidas de dar à luz em suas próprias casas, como as solteiras e viúvas. Os médicos qualificavam esses locais como suspeitos, frequentados por mulheres de má fama, e onde se praticavam abortos, até que, no início do século XX, as casas de parto foram impedidas legalmente de funcionar (MOTT, 2002, p. 199).

A parteira, com o passar do tempo, praticamente desapareceu em grande parte do país. Tendo perseverado apenas em locais com forte presença de descendentes de tribos indígenas e áreas onde há difícil acesso ou pouco povoadas, onde o parto domiciliar nunca deixou de existir, principalmente pelo fato da esporádica presença do médico nas comunidades. Recentemente a figura da parteira tem recuperado seu status de forma repaginada, através das

doulas, o que evidencia uma tendência à ressignificação do processo do parto, e à busca por um modelo mais respeitoso, natural e menos mecanizado.

Pelo tempo que a assistência ao parto era um assunto exclusivamente feminino, as práticas que precediam o nascimento eram, historicamente, bastante diferentes do que se apresentou posteriormente. Nesse sentido,

[...] encontram-se evidências das posições que as mulheres assumiam no parto. A cabeça de um alfinete de prata do Luristão, no Irã, primeiro milênio a.C., revela uma mãe de cócoras. Os restos de uma estátua de barro de 5750 a.C. de um santuário de Çatal Hüyük, uma cidade da Era do Cobre (calcolítica), na Turquia, mostram uma deusa dando à luz na mesma posição, assim como uma imagem asteca em pedra de 21,6 cm, simbolizando a fertilidade, no México. Um relevo de Monte Builders, leste de Arkansas, EUA, de uma cultura pré-colombiana de data desconhecida, mostra uma mulher de cócoras com as mãos nas coxas. O hieróglifo egípcio que significa “parto” é a figura de uma mulher de cócoras. (BALASKAS, 2008, p. 29)

Até o final do século XVIII, em quase todo o ocidente, a cadeira ou o banco de parto eram item essencial entre os equipamentos utilizados na assistência ao parto. As famílias mais abastadas possuíam em casa seu próprio banquinho, enquanto as mais pobres transportavam o objeto de uma casa para a outra conforme a necessidade. A realeza possuía banquinhos de parto adornados com pedras preciosas (BALASKAS, 2008, p. 30).

Na França, Madame Montespan, amante de rei Luís XIV foi a primeira mulher a ter seu parto assistido por um homem, o médico Julien Clement e, não por acaso, também a primeira mulher que ficou conhecida por dar à luz deitada. Esse fato influenciou a burguesia da época, e introduziu uma nova conduta à assistência dos nascimentos. Essas mudanças causaram fortes reações da classe médica. Um dos registros desse impacto é a publicação de “Indecência dos homens que fazem o parto de mulheres”, por Phillipe Hequet, um dos decanos da época (COELHO, 2003, p. 10).

Com o advento da intervenção do médico, um dos primeiros resultados observados foi o aumento considerável de mortes maternas. A causa principal, eram as infecções causadas pelos próprios médicos, que examinavam a gestante com suas mãos sujas, provenientes de trato com outros pacientes ou cadáveres da sala de autópsia, infectando as parturientes. A constatação veio da relação do número de parturientes mortas na enfermaria em que a assistência era prestada pelos médicos, com relação ao número de mulheres mortas na enfermaria em que eram atendidas pelas parteiras. Com a observação do fato o índice de



mortalidade materna passou a diminuir, e serviu de base para Pasteur no desenvolvimento de seu estudo sobre a transmissão de germes (COELHO, 2003, p. 11).

A criação do fórceps pelo cirurgião Peter Chamberlain e a proliferação de seu uso teve um papel decisivo na expansão da participação do médico na assistência ao parto. O instrumento representou a arte da obstetrícia médica, e influenciou na sua aceitação como disciplina técnica e científica, permitindo a expressão concreta da intervenção masculina nos cuidados ao pé do leito, e substituindo enfim o paradigma não-intervencionista pelo parto controlado pelo homem. O parto horizontal, nesse contexto, foi adotado como meio de facilitar tais intervenções (SEIBERT et al., 2005, p. 247).

A transição do parto assistido pela parteira para o modelo médico, pôde contar com a colaboração das próprias mulheres. O trabalho das parteiras passou, paulatinamente, a ser vinculado às mulheres tidas como ignorantes e analfabetas. Parir com a assistência de um médico, representava maior poder aquisitivo de seus maridos, fazendo com que muitas buscassem a assistência médica como forma de status. A consolidação do novo modelo acontece já em meados do século XX, período em que também surgiram as grandes metrópoles e hospitais, marcando o fim da feminilização do parto e o predomínio do parto hospitalar, pautado pelas intervenções cirúrgicas, utilização profilática do fórceps e de episiotomias desnecessárias (SEIBERT et al., 2005, p. 248).

Os médicos, por sua vez, perceberam a oportunidade de aumentar seu faturamento. Sob o pretexto de melhorar a assistência, surgiu o ímpeto de eliminar as parteiras, que não apenas limitavam o volume de negócios para os médicos, mas, uma vez que as mulheres por elas atendidas eram as mais pobres, “o ‘material’ com o qual as novas gerações de obstetras podiam ser treinadas também se reduzia”. Um dos profissionais que muito colaborou na construção do novo sistema foi Joseph DeLee. O médico defendia que o parto é um processo patológico, e que o fórceps e a episiotomia deveriam ser adotados como procedimentos de rotina em todos os partos (ODENT, 2003, p. 45).

Como será detalhado mais adiante, a indicação de procedimentos invasivos e com pouco ou nenhum respaldo científico, como práticas rotineiras e sistemáticas durante o parto, se perpetua ainda hoje e tem causado sérios prejuízos tanto para a saúde física quanto para a autoestima e o bem estar de milhares de mulheres e bebês que sofrem as consequências dessa violência generalizada.

A partir da década de 1930, popularizou-se a indicação do hospital como local ideal e seguro para as mulheres darem à luz, junto com uma maior atenção à saúde da gestante.



Foram criadas inclusive maternidades destinadas ao amparo das menos favorecidas que não pudessem arcar com as despesas. Desde então, uma série de orientações médicas construiu uma sistemática diferente daquela que vinha sendo implementada pelas parteiras, tornando a mulher menos atenta aos seus instintos, e mais sujeita às orientações impostas pelo médico (MOTT, 2002, p. 199).

Apesar da aura humanitária que advém do cuidado com a saúde da mulher, a preocupação com as gestantes não era exatamente um interesse genuíno pelo bem-estar das mães. “A promoção de atendimento à gestante pobre estava relacionada à crença de que a riqueza e o poder de um país estavam na proporção direta ao seu número de habitantes.” Nesse contexto a saúde das mulheres despertava interesse porque era uma condição “sine qua non” para geração de mais filhos (MOTT, 2002, p. 201).

Uma das técnicas mais estarrecedoras provenientes da medicalização do parto foi praticada no início do século XX e, embora desenvolvida na Alemanha, popularizou-se entre as norte-americanas. O chamado “sono do crepúsculo”, proporcionava, a partir de uma combinação de drogas, entre elas a morfina, lapsos de consciência na parturiente que, ao acordar, pouco ou nada recordava do momento do parto. Não é preciso esmiuçar os prejuízos dessa prática tanto para a saúde da gestante e do bebê, quanto no atendimento e atenção dispensada às pacientes. Sabedores da pouca lucidez da parturiente, os médicos e seus assistentes costumavam ignorar qualquer pedido ou observação que ela manifestasse (ODENT, 2003, p. 46).

Posteriormente, em meados da década de 1950, a técnica da cesariana foi aprimorada, substituindo o tradicional corte vertical, que incidia sobre o corpo principal do útero, pela incisão horizontal, logo acima do colo do útero, no segmento baixo. O desenvolvimento de métodos de anestesia e a organização de transfusões de sangue, além da disponibilidade de material plástico, tornaram seguro o equipamento para administração intravenosa de medicamento e alimento, e a utilização então possível de antibióticos, o que conferiu um caráter de maior segurança à cesariana (ODENT, 2003, p. 47).

No período do surgimento da nova cesariana, os médicos que assistiam partos não tinham qualquer treinamento para a prática cirúrgica. Quando a intervenção era necessária, era preciso chamar um cirurgião, por isso, o número de cesarianas se manteve estável até a década de 1960, quando os obstetras passaram a ser treinados também cirurgicamente. A partir daí, os monitoramentos fetais eletrônicos também foram inseridos na cena do parto, e, no auge dessa era eletrônica, surge a anestesia peridural. O parto, nesse sentido, adquire um

formato cada vez mais mecanizado, e menos fisiológico, “na era do parto industrializado, a mãe não tem o que fazer. ‘Ela é uma paciente’” (ODENT, 2003, p. 49).

A posição da parturiente no modelo moderno de parto demonstra plasticamente o significado dessas mudanças e do papel que, se espera, seja assumido pela nova mãe. Ao longo do parto, seja ele “normal” nos moldes hospitalares, ou cirúrgico, a mulher estará deitada e cercada pelos aparatos médico-tecnológicos, “todo o seu campo visual lhe passa uma mensagem perceptual arrasadora sobre os valores e crenças mais profundos de nossa cultura: a tecnologia é suprema, e você é totalmente dependente” (DAVIS-FLOYD, 1992 apud HELMAN, 2009, p. 156).

Retoma-se então a prévia discussão acerca dos papéis sociais, e do condicionamento a que estão submetidas, desde a tenra infância as meninas e mulheres. Sempre sendo incentivadas a assumirem-se submissas e frágeis, mormente passivas, enquanto aos meninos e homens são atribuídas e estimuladas a agressividade, a autonomia, e sobretudo a posição de domínio nas relações sociais. Não há dificuldade em transpor esse raciocínio ao histórico das práticas do parto.

Os estudos de Mead entre as tribos primitivas atestaram que as características de passividade e fragilidade são fruto de um condicionamento social, que não se repete em todas as sociedades. Odent, assim como Balaskas atesta que, originalmente, na cena do parto, a mulher é um sujeito independente, e principalmente, autônomo. Ora, as mutações de modelo de parto são claramente influenciadas pela presença de atores que foram inseridos nesse processo. Por que não admitir que, também aqui, existe um condicionamento para que a mulher se sinta incapaz, sujeitando-se àquele que é forte, que é dominante?

Ao modelo patriarcal, é interessante que a mulher se mantenha dependente, então isso deve, por óbvio, ser especialmente importante num aspecto tão relevante quanto o é, a reprodução humana. Se a diferenciação biológica não é condição “sine qua non” no que diz respeito à formação da personalidade, não se pode dizer o mesmo quanto aos papéis reprodutivos. Dessa forma, é esse o campo onde é decisivo o fato de a mulher sentir-se dependente. Trata-se do trunfo feminino, o ponto chave onde uma mudança de paradigma poderia inverter toda a lógica da distribuição de poder.

### **3.2 Medicina baseada em evidências: por que algumas técnicas utilizadas em obstetrícia são consideradas violentas?**

Não se tratando de um trabalho da área médica, é necessário demonstrar porque certas condutas foram alçadas ao rol de violências obstétricas, e porque sua prática não se justifica sob quaisquer argumentos. Não se tenciona, neste tópico, esmiuçar ou detalhar procedimentos, mas proporcionar ao leitor que não está familiarizado à obstetrícia, a compreensão mínima necessária para, a partir daí, poder refletir acerca da violência obstétrica como violência de gênero.

O termo “medicina baseada em evidências”, surgiu no início da década de 90, e trata-se, explicando de maneira simplificada, de “usar a melhor evidência científica para a tomada de decisões para determinado paciente”, rompendo com um método anterior de ensino da medicina, onde informações estáticas eram oferecidas cumulativamente para estudantes passivos (MALUF FILHO, 2009, p. 87). Assim, reflete-se também na área da medicina, a prática pedagógica de questionar-se sobre a reprodução sistemática de certas condutas. Somente o domínio da técnica não satisfaz os padrões modernos, é preciso também justificar a aplicação do conhecimento.

Aspirar por um tratamento digno, em um momento onde a mulher já se encontra tão vulnerável é algo que dispensa maiores fundamentações. Não é admissível que, durante um pico de dor, a parturiente seja achincalhada com a máxima “na hora de fazer não gritou”. Porém, a violência obstétrica abrange um aspecto ainda mais profundo: a desconsideração de pesquisas científicas acerca da eficácia dos métodos utilizados, e, até mesmo, o advento de estudos modernos que comprovam o prejuízo que advém de práticas aplicadas rotineiramente.

Na seara da medicina baseada em evidências, a posição tradicional imposta à mulher na hora do parto é apenas uma, de uma série de práticas que são reiteradamente adotadas e não encontram qualquer respaldo científico em sua aplicação. Mas trata-se de um fator central, que favorece o desencadeamento de outras condutas desabonadoras, pois ao invés de favorecer, dificulta o andamento do parto, dando espaço à adoção de outras práticas violentas e que poderiam não ter sido necessárias caso o parto fosse facilitado.

Entre as vantagens de uma posição vertical durante o trabalho de parto estão:

- efeitos respiratórios: o peso do útero, do bebê, da placenta, do líquido amniótico e do sangue, ajuda o útero a descer e a não exercer pressão sobre os pulmões, o que aumenta o relaxamento, a capacidade respiratória e a oxigenação da mãe e do bebê;

- efeitos mecânicos: a força da gravidade favorece a acomodação, o encaixe e a descida do feto através do canal do parto com menos uso de ocitocina, menor risco de anormalidades nos batimentos cardíacos fetais e redução do tempo de parto, além disso o útero nesta posição não comprime os grandes vasos, não causando alterações na circulação materna placentária, sem afetar a oxigenação do feto;

- benefícios psicoafetivos para a parturiente: redução da dor, sensação de liberdade, controle, e maior satisfação com o papel de protagonista do parto;

- reduz a necessidade de episiotomias (BOTELL; BERMÚDEZ, 2012, p. 138-139).

Em 2007, o trabalho vencedor do prêmio Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde), mereceu destaque ao comparar duas variáveis: o estado de saúde da mãe (através da perda sanguínea), e a vitalidade do recém-nascido logo após o parto (através do índice Apgar), em posições horizontais (posição ginecológica, adotada pela maior parte dos hospitais brasileiros), e de cócoras.

O teste de Apgar é utilizado para avaliar a saúde do recém-nascido, atribuindo-lhe “notas” que vão de 0 a 10, aos exames no primeiro e no quinto minutos de vida. Os critérios utilizados são frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, prontidão reflexa e cor da pele. Quanto mais próximo de 10, melhor o estado do bebê. Sabatino constatou que entre as crianças nascidas em partos de cócoras, os índices eram consideravelmente melhores do que entre os bebês nascidos de mães em posições horizontais.

Além disso, as puérperas que haviam adotado a posição de cócoras-supina (a mulher adota a posição de cócoras durante o parto e posteriormente deita-se), apresentaram menor perda sanguínea do que as mulheres que adotaram a posição horizontal. O autor concluiu então que a posição vertical apresentou vantagens significativas quando comparada às posições horizontais (SABATINO, 2010, p. 147).

O Ministério da Saúde, através das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, preconiza que “as mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis no trabalho de parto”. Nesse sentido, além da opção por posições que facilitem ou proporcionem maior autonomia e segurança, deve ser garantido à parturiente, que possa movimentar-se durante o trabalho de parto ou, ao menos, durante parte dele (BRASIL, 2017a, p. 24).

Análises estatísticas comprovaram que a movimentação da mulher durante o parto é um recurso importante tanto para facilitar o nascimento, quanto para acelerar o processo, nesse sentido

fisiologicamente, é muito melhor para a mãe e para o feto quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto, pois o útero contrai-se muito mais eficazmente, o fluxo sanguíneo que chega ao bebê através da placenta é mais abundante, o trabalho de parto se torna mais curto, e a dor é menor [...]. A ação da gravidade sobre o trajeto e descida fetal é favorecida pela posição ereta da parturiente no trabalho de parto e parto, impedindo a compressão dos grandes vasos maternos, aumentando os diâmetros do canal de parto, ângulo de encaixe, ventilação pulmonar e equilíbrio acidobásico, além da eficiência das contrações uterinas (MAMEDE; MAMEDE; DOTTO, 2007, p. 334).

Assim, a movimentação está associada à redução da necessidade de partos cirúrgicos e da analgesia narcótica. Estudos associaram a deambulação, especialmente durante as três primeiras horas da fase ativa, com a redução do tempo de duração do trabalho de parto. A proporção é de que a cada 100 metros percorridos pela gestante durante a primeira hora, houve uma diminuição de 22 minutos no tempo de trabalho de parto, a cada 100 metros percorridos durante a segunda hora, a redução foi de 10 minutos, e a cada 100 metros percorridos na terceira hora, a redução no tempo total do trabalho de parto foi de 6 minutos (MAMEDE; MAMEDE; DOTTO, 2007, p. 335).

A adoção de posturas que facilitem a observação e o controle médico desfavorecem o curso natural do trabalho de parto, e o confinamento da parturiente durante esse período o transformam em um processo mais lento e mais difícil. Forma-se uma espécie de ciclo vicioso de técnicas abusivas e sem respaldo científico, na busca de amenizar os inconvenientes que seriam naturalmente reduzidos se a fisiologia e o instinto da mulher fossem valorizados e respeitados. Nessa seara de procedimentos desnecessários, injustificados e ineficazes, encontra-se a manobra de Kristeller.

O procedimento consiste na aplicação de uma força externa exercida pela compressão das mãos sobre o fundo do útero. Na teoria médica, o uso desta manobra já teria sido abandonado em função das graves consequências que sua aplicação comprovadamente já ocasionou. Os prejuízos vão desde traumas nas vísceras abdominais e no útero até o descolamento da placenta e traumas fetais (MORON; CAMANO; KULAY JUNIOR, 2011, p. 1113).

Uma revisão integrativa incluindo uma série de pesquisas científicas acerca da aplicação, eficácia e consequências da manobra de Kristeller culminou nas seguintes

conclusões: para a parturiente, a aplicação da manobra aumenta o risco de lacerações perineais severas e a utilização de episiotomias, enquanto que para o bebê, aumenta a ocorrência de cefalohematomas fetais, além de fraturas de clavícula e crânio e diminui o índice Apgar. Destaque-se que, na grande maioria dos casos, a tática não foi eficiente para encurtar o período de trabalho de parto (CARVALHO, 2014, p. 72-76, 80).

Assim, a manobra de Kristeller não é uma prática que proporcione qualquer benefício materno ou fetal. Consistindo apenas em uma intervenção desnecessária, que não possui nenhum tipo de amparo científico, não advindo dela nenhum proveito senão infligir mais dor e desconforto para a mulher. Não se trata apenas de um método desnecessário, mas de um ato muito doloroso e potencialmente humilhante.

A episiotomia é, por justo motivo, uma das condutas mais citadas quando o assunto é violência obstétrica. É um abuso que pode deixar, além de grandes cicatrizes no corpo da mulher, consequências em sua autoestima, prejuízos na vida sexual, e traumas que são abafados no silêncio dos grandes tabus impostos à condição feminina. Vulva, vagina, sexo, não são assuntos que podem ser debatidos confortavelmente pela maioria das mulheres, por isso poucas tem coragem para dar voz à frustração de uma mutilação num dos momentos mais sublimes da vida.

A episiotomia consiste em uma incisão no períneo da gestante, durante o período expulsivo, criada por Ould, em 1941, que defendia que a técnica traria benefícios tanto para a parturiente quanto para o bebê (SANTOS; SHIMO, 2008, p. 646). Por volta de 1895, Sthal começou a defender o uso rotineiro do procedimento, e, em meados de 1970 os médicos brasileiros passaram a adotá-la como procedimento padrão (PROGIANTI; ARAÚJO; MOUTA, 2008, p. 46). Porém, o que se comprovou acerca do uso indiscriminado da episiotomia é um tanto desabonador.

Estudos norte-americanos recentes mostraram que a episiotomia não diminui o risco de incontinência urinária nem assegura proteção ao recém-nascido. A episiotomia mediana eleva o risco de extensão para o reto e de comprometimento do esfíncter externo do ânus (laceração de 3º e 4º graus) e, portanto, de incontinência fecal tardia. As episiotomias mediana e mediolateral podem provocar lacerações perineais de 2º grau. Quando a episiotomia é praticada, a perda sanguínea é maior em comparação a outras formas de proteção perineal, além de causar dor local e dispareunia (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2019, p. 277).

Os prejuízos fisiológicos para a saúde feminina, são indiscutíveis quando a episiotomia é aplicada indiscriminadamente. Mas o impacto dessa técnica é muito mais

amplo. No Brasil, há uma série de relatos de procedimentos feitos de maneira descuidada ou exagerada, que acabaram abalando a autoestima de mulheres. Além disso, a sexualidade feminina é severamente afetada para muitas das que foram submetidas ao procedimento, que é feito, na maior parte das vezes, sem nenhum consentimento da paciente.

A transformação do parto num evento hospitalar contou com uma série de arranjos procedimentais no sentido de transformá-lo num modelo industrializado. Técnicas como a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), e o uso de enemas (espécie de lavagem intestinal), jamais tiveram nenhum benefício comprovado cientificamente, tratando-se apenas de procedimentos que promovem uma visão de que, o que seria o natural, é sujo e deve ser corrigido.

O incontável rol de procedimentos desnecessários e potencialmente traumatizantes que passaram a fazer parte do parto “normal”, provocou a chamada epidemia de cesáreas, cenário no qual o Brasil desponta, ocupando o segundo lugar, atrás apenas da República Dominicana. O número de procedimentos dobrou em cerca de quinze anos, segundo estudo publicado pela revista científica *The Lancet* (SANDALL, 2018, p. 1.349).

Este ponto merece ainda mais atenção, pois a escolha da via de parto é uma violação de direito que, em ampla proporção dos casos, não é identificada pela paciente. Existe uma discrepância entre o número de mulheres que desejam um parto normal no início da gestação, e o número de gestantes que realmente atingem este objetivo. Embora ao final da gestação elas “optem” pela cesárea, os motivos que as levam a essa escolha nem sempre representam uma manifestação de autonomia (BARBOSA, 2003, p. 1615).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), recomenda que a taxa média de cesáreas não ultrapasse o limite de 15%. Isso porque, embora este dado seja ignorado, o parto normal é a alternativa mais segura, e que menos provoca riscos à vida da mãe e do bebê (OMS, 2015, p. 2-3). A proporção de partos cesáreos que ocorrem no Brasil, passando de 50%, evidencia que as indicações nem sempre têm respaldo científico, expondo a riscos desnecessários, as gestantes e seus filhos (ANJOS; WESTPHAL; GOLDMAN, 2014, p. 87).

As desvantagens do parto cirúrgico, quando em comparação com o parto normal, não são irrelevantes, nem se limitam à saúde da gestante.

Além do procedimento se associar a maiores taxas de mortalidade materna, aproximadamente quatro a cinco vezes maiores que o parto vaginal, encontra-se associado ao aumento da morbidade e mortalidade perinatal. A morbidade materna relacionada à cesariana é representada por aumento do risco de nova cesariana, de placenta prévia e placenta acreta em gestação seguinte e de histerectomia por



cesarianas repetidas. Para o conceito, particularmente nas cesáreas eletivas, há aumento do risco de morbidade perinatal, sobretudo de admissão na unidade de terapia intensiva neonatal e síndrome da angústia respiratória do recém-nascido (SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010, p. 506).

O Ministério da Saúde chegou a publicar no Diário Oficial da União, um protocolo clínico de diretrizes terapêuticas aplicadas à cesárea (Portaria Nº 306 do Ministério da Saúde, de 28 de março de 2016), que devem ser seguidos por Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios. O protocolo almeja orientar os índices brasileiros para que se aproximem das recomendações da OMS (BRASIL, 2016, n.p.).

Para a entidade, as taxas gerais de cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal. Então uma proporção maior do que a recomendada, expõe mulheres e crianças a riscos desnecessários. A própria OMS desenvolveu instrumentos para adequar esta percentagem à realidade de cada país, e concluiu que, para a realidade brasileira, a proporção de partos cirúrgicos pode chegar a 25 ou 30% (BRASIL, 2016, n.p.). Ainda assim, a realidade está muito longe do modelo de referência.

As práticas abusivas e desnecessárias que são adotadas no nascimento não se limitam à pessoa da gestante. Os recém nascidos também são vítimas de uma série de procedimentos questionáveis, a começar pelo rompimento prematuro do cordão umbilical. A mecanização do parto adota uma sistemática que se assemelha a de uma linha de produção. Movimentos padronizados, otimização do tempo.

Embora vários estudos anteriores já tivessem demonstrado os benefícios no clampeamento tardio do cordão umbilical (chama-se clampeamento o procedimento que interrompe o fluxo, para posterior rompimento do cordão), a posição adotada pelo American College of Obstetricians and Gynecologists em 2016, foi determinante para conferir credibilidade à técnica.

A entidade confirmou que, aguardar até que o cordão pare de pulsar para, só então, rompê-lo, faz com que o bebê receba um volume até 25% superior do sangue proveniente da placenta. Este aporte adicional no volume sanguíneo é decisivo na prevenção de anemia ferropriva, hemorragias cerebrais e influencia no melhor desenvolvimento neurológico da criança, estendendo seus efeitos positivos para além da fase infantil (THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2017, n.p.).

A aspiração das vias aéreas do recém-nascido é outra prática, ainda adotada rotineiramente em vários hospitais, que não encontra qualquer respaldo científico justificando



sua aplicação. Uma revisão bibliográfica reuniu uma série de pesquisas que avaliaram recém nascidos comprovando que a aspiração não traz nenhum benefício. A pesquisa mais antiga data de 1971. Ainda assim, a prática não foi abolida (MERCER, 2010, p. 182).

Na primeira hora de vida, é comum que o bebê passe pela credeização, que consiste na aplicação de uma solução oftalmológica de nitrato de prata a 1%. O objetivo desse procedimento é prevenir conjuntivites que poderiam ser causadas por possíveis agentes etiológicos que se encontrem na vagina da parturiente (o principal deles é o gonococo, causador da gonorreia). Porém, a administração do colírio em conjuntivas saudáveis pode causar um tipo de conjuntivite química.

Assim, a credeização de rotina apresenta três pontos controversos. Primeiro, porque o nitrato de prata não é eficiente contra outras bactérias mais comuns que o gonococo (ADAM NETTO; GOEDERT, 2009, n.p.). Segundo, porque um bebê cuja mãe teve um bom acompanhamento pré-natal, e não apresenta o agente etiológico, não necessitaria do nitrato de prata, sendo dispensável a exposição ao risco de contrair uma conjuntivite química. E terceiro, porque os bebês que nascem de cesarianas não são expostos à microbiota vaginal, mas também recebem a aplicação de colírio (MARSON, 2016, p. 9).

O parto como evento fisiológico que é, conta com a presença inerente de fluidos e secreções, o que contrasta com a indispensável assepsia e “limpeza” de um ambiente cirúrgico. A cena publicitária de um bebê imaculadamente angelical e perfumado não é o que se encontra na realidade de uma sala de parto. Nem deve ser. O recém-nascido saudável está muito longe do que é representado na ficção.

Quando nasce, é comum que todo o extrato córneo (camada mais superficial da pele), esteja coberta pelo vérnix caseoso, substância composta por água, lipídeos e proteínas, que é produzida pelas glândulas sebáceas do feto ao longo do último trimestre de gestação. Sua função é preservar a pele do bebê através da hidratação, proteger contra infecções, manter a limpeza da superfície cutânea, acelerar a cicatrização de feridas e formar uma barreira contra irritações (SCHNEIDER, 2015, p. 11).

Banhar a criança logo após o nascimento, removendo esta barreira protetora contribui para aumentar sua vulnerabilidade diante de um ambiente completamente novo e potencialmente hostil. Além disso, o banho imediatamente após o parto eleva os riscos de hipotermia. Nas primeiras horas de vida, o bebê está se adaptando à falta de suprimento energético fornecido pela mãe, e, nesse interim, a queima de glicose para mantimento da temperatura corporal pode provocar um quadro hipoglicêmico (SCHNEIDER, 2015, p. 23).

Os procedimentos e técnicas aqui mencionados foram e são rotineiramente praticados, muitas vezes à revelia dos protestos das mulheres que são a eles submetidas. Gestantes e puérperas que se posicionam contra as práticas violentas são ridicularizadas das mais diversas formas, e não são levadas em consideração. Essas mulheres são comumente rotuladas radicais, e a elas atribui-se a irresponsabilidade de colocarem em risco as vidas de seus bebês.

### **3.3 A violência obstétrica sob o ponto de vista de uma violência institucionalizada.**

O que aconteceu em virtude da medicalização do parto é o que se pode chamar de violência institucionalizada. O conjunto de práticas que foram, paulatinamente, sendo adotadas com pouco ou nenhum respaldo científico, infligem mais constrangimento, dor e, muitas vezes, prejuízos à saúde da parturiente e do nascituro. Porém, além da saúde individual e coletiva, o novo modelo atinge fortemente a mulher nos aspectos psicológicos, causando distorções na compreensão de si como sujeito capaz de cumprir satisfatoriamente, até mesmo, os atos inerentes à sua condição feminina.

A verdade é que o modelo tecnocrático, considera a mulher como um ser falho, que precisa de algum tipo de intervenção para aprimorar as funções que, outrora, foram naturais. O parto, nesse sentido, é tido como um processo selvagem, animalesco, ao qual a mulher moderna não está apta, e são tidas por rebeldes ou irresponsáveis, aquelas que insistem em exercer essa capacidade.

Trata-se de um padrão em que “a mulher perde sua autonomia, deixando o profissional escolher qual conduta seguir. Inúmeros procedimentos tecnocráticos são incorporados como rotina na assistência ao parto constituindo uma prática mecanizada” (SEIBERT, 2005, p. 248). Exemplo claro desse tipo de conduta refere-se à horizontalização do parto.

Como explica Balaskas, as posições verticais são comprovadamente as mais adequadas para proporcionar um parto mais rápido e seguro. No entanto, o modelo de assistência médica submete a parturiente, a parir deitada de costas. Já na década de 1930, a influência facilitadora da posição de cócoras foi radiograficamente confirmada, porém, o modelo tradicional continua adotando as posições horizontais (BALASKAS, 2008, p. 35).

O termo “violência obstétrica”, surge para englobar esse conjunto de condutas que, sem amparo científico são adotadas na assistência ao parto, além do tratamento degradante

que muitas vezes é dispensado à parturiente. Para Sánchez, algumas das práticas mais comuns são:

1. a negação de informações acerca dos procedimentos adotados durante o parto;
2. humilhações e descaso com as necessidades expressadas pelas pacientes, como tratamento infantilizado, isolamento, privação de mobilidade etc.;
3. realização de cesáreas desnecessárias e outras intervenções consideradas de risco;
4. rotinas hospitalares que não têm respaldo científico, como enemas, episiotomias, e adoção de posições supinas (SÁNCHEZ, 2015, p. 94).

Apesar de todas as evidências científicas embasarem a preferência por um modelo de assistência ao parto menos intervencionista e mais respeitoso aos instintos da parturiente (como já mencionado no item anterior), o corpo médico, em geral, procura ignorar tais estudos e colocar-se como vítima de uma campanha feminista. Fato ilustrado pela carta publicada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), intitulada “Violência obstétrica ou contra o obstetra?”, de um escárnio repugnante (MORAIS, 2016, n.p.).

A adoção do termo “violência institucional” para caracterizar a violência obstétrica, se dá porque esse tipo de violência não decorre da atuação de profissionais com formações deficitárias, nem se apresenta como comportamentos ocasionais ou aleatórios. Na realidade, as práticas violentas decorrem da realização de “procedimentos que compõe o protocolo comum de serviços de assistência obstétrica no Brasil, muitos deles em hospitais-escola”. Trata-se de um traço de uma “cultura médica hegemônica acerca do parto” (PALHARINI, 2017, n. p.).

Cabe ainda, uma ressalva. Algumas vezes, a falta de leitos, de equipamentos, ou de condições adequadas é levantada por alguns profissionais, principalmente da saúde, em sede de justificar que aí sim, estaria presente a verdadeira violência obstétrica. Não se entende que esta seja uma face da violência obstétrica. A precariedade do sistema de saúde, afeta a população brasileira de maneira geral, agravando-se em sua camada mais carente, constituindo, muito provavelmente, uma violência institucionalizada, mas de outra espécie.

Como bem coloca Palharini, o que tem sido observado no discurso médico hegemônico, é uma inversão do lugar da vítima, a partir da qual utiliza-se de subterfúgios como a estrutura deficitária do sistema público de saúde, na tentativa de justificar, ou de ao menos, desviar o foco das questões fundamentais (PALHARINI, 2017, n.p.). Em 2015, a Revista Época veiculou reportagem sobre o tema, que não foi bem recebida pela classe

médica. O Conselho Federal de Medicina (CFM), publicou então uma carta, em defesa dos profissionais.

Um dos indícios de que os médicos desempenham um papel de protagonismo na incidência da violência obstétrica está na significativa diferença na quantidade de intervenções praticadas nos partos assistidos de forma tradicional (onde a assistência está centrada na figura do médico), e o formato colaborativo, onde há uma integração entre o médico e a enfermeira obstetra. Um estudo que acompanhou o parto de 655 primíparas, detectou diferença de mais de 15% no uso de ocitocina, mais de 10% de diferença na ruptura artificial de membranas e 69,1% de diferença no número de episiotomias, apresentando-se números muito mais favoráveis quando o médico está menos presente na cena de parto (VOGT; SILVA; DIAS, 2014, p.311).

A Universidade de São Paulo (USP), realizou em 2015 um evento chamado “A vagina-escola: seminário sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde”, onde esteve em pauta a didática utilizada no ensino de novos médicos. Enquanto noutros países as técnicas como o uso do fórceps e a episiotomia são treinadas em modelos sintéticos, no Brasil os educandos testam suas habilidades em pacientes, geralmente usuárias do SUS.

A cultura que se propaga nesse modelo é o de uso não consentido, sequer informado, das vaginas das parturientes pobres. Esses abusos são normalizados, formando profissionais que não reconhecem neles, a violação de direitos como de fato o são. Tais práticas, ao lado das práticas de abuso sexual, são reflexo de uma “sociedade na qual persistem a normalização e a impunidade do acesso abusivo ao corpo feminino, reproduzindo hierarquias sociais de gênero, classe e raça/etnia” (DINIZ et al., 2016, p. 255).

Uma expressão clássica dessa premissa é o uso rotineiro da episiotomia. Como já detalhado no item anterior, a episiotomia não deve ser empregada indiscriminadamente, sendo recomendável somente a um número reduzido de casos. Ainda em 2001, o Ministério da Saúde lançou um manual expressando claramente que a episiotomia deve ser evitada sempre que possível (BRASIL, 2001, p. 81).

Porém, os médicos brasileiros são, já na faculdade, incentivados a aplicarem a técnica indiscriminadamente. No Brasil, cerca de 90% das mulheres são cortadas (SÃO BENTO; SANTOS, 2006, p. 554). Neste trecho, Diniz destaca o que ouviu em uma das audiências públicas promovidas pelo Ministério Público.

No segundo semestre de 2014, em duas dessas audiências em São Paulo, um depoimento foi especialmente perturbador: Mary Dias, estudante universitária, negra, relatou que, em um hospital-escola, recebeu duas episiotomias em um mesmo parto. Ela conta que ouviu um dos profissionais falar para dois alunos: “você corta à direita e o outro corta à esquerda”, supostamente para que ambos tivessem a oportunidade de treinar o corte e a sutura em sua vagina (DINIZ et al., 2016, p.254).

Santos e Shimo realizaram, em um hospital-escola no interior de Minas Gerais, uma pesquisa com gestantes que eram recebidas para o parto normal. Todas as parturientes passaram pelo procedimento que é utilizado como parte do protocolo na totalidade dos partos. Cerca de 30% das mulheres não tinha nenhum conhecimento sobre o procedimento. Mais de 80% delas não só não foram consultadas, como não receberam qualquer informação sobre a episiotomia. Para as pesquisadoras a autoridade que é exercida pelos profissionais no âmbito dos nascimentos, coloca a mulher como subordinada, “desrespeitando os direitos humanos, bioéticos, sexuais e reprodutivos adquiridos por elas após anos de luta” (SANTOS; SHIMO, 2008, p. 650).

A questão da violência de gênero é ainda mais evidente, quando se considera a episiotomia sob o aspecto do “ponto do marido”. Esse é o apelido que recebeu a episiorrafia (sutura da episiotomia), quando o médico faz um ponto além do necessário para fechar o corte. O propósito: proporcionar mais prazer ao parceiro da nova mãe durante o sexo. Essa é uma das maiores expressões de como a violência obstétrica está tão intrinsecamente inserida no grupo de violências de gênero.

É penoso saber que com uma episiotomia desnecessária quando de rotina, feita sem indicação, a mulher pode ter dores e problemas sexuais durante muito tempo. Parteiras, em geral, não gostam de realizar episiotomias, o que nos leva a levantar a questão de que o corte possa refletir alguma insensibilidade masculina (SÃO BENTO; SANTOS, 2006, p. 554).

As mulheres que recebem o ponto do marido relatam sintomas como forte ardência e dor intensa, o que em diversos casos, abala suas vidas sexuais durante meses, anos, e até permanentemente. Casos extremos, em que a episiorrafia chegou a impedir a penetração, precisaram ser corrigidos cirurgicamente. Os médicos, em geral, negam que tenham feito o procedimento (LARA, 2018, n.p.). Estranhamente parece tratar-se de um ponto extra que surge no períneo feminino sem que ninguém o tenha feito.

Diante desses fatos, uma série de autores passaram a classificar a episiotomia de rotina como mutilação genital, “e mesmo como violência de gênero cometida pelas instituições e profissionais”. Vários desses autores sugerem uma alteração na terminologia da episiotomia

de rotina desnecessária para “lesão genital iatrogênica no parto, agravo sexual iatrogênico ou de ferimento sexual iatrogênico no parto” (DINIZ, 2012, p. 88). Iatrogenia, para este contexto, é um prejuízo causado por um ato médico, no corpo de uma pessoa sadia.

A disparidade entre o número de mulheres que desejam um parto não cirúrgico e as que efetivamente o alcançam, também denotam uma prática recorrente de alienação que vitima as gestantes. Números que chegam a ultrapassar os 80% de cesarianas, de forma alguma, podem ser justificados por indicações fundamentadas. Se, no início da gestação, de 70% a 80% das gestantes demonstram preferência pelo parto normal (LEAL, 2007, p. 33), o que explica o fato de que, dentre estas, tão poucas o alcançam?

Que a epidemia de cesarianas é uma questão de saúde pública não há dúvida. Mas o delineamento dessa questão vai além do aumento do risco às vidas da gestante e do feto. O sistema de saúde, que já sofre com suas mazelas, ainda acaba sobrecarregado. Enquanto uma gestante que passa por um parto normal permanece cerca de 24 horas no hospital, no caso de uma cesárea, esse período passa a ser de, pelo menos, 72 horas. Isso sem considerar o número de leitos nas UTIs neonatais, destino de boa parte dos bebês prematuros, vítimas de cesáreas agendadas (DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 82).

As falsas indicações de cesárea são um modo velado, sorrateiro, de violência. Isso porque o obstetra parece corroborar o desejo da gestante, porém, ao final do período gestacional, são alegados supostos “riscos”, fatores que, caso a futura mãe não “opte” por fazer a cirurgia, colocará em xeque a vida ou a saúde do futuro bebê. Nesse caso, a gestante tem o poder de decisão, mas viciado pelas circunstâncias, como será discutido no próximo capítulo.

Ao final das quarenta semanas de gravidez sendo acompanhada pelo médico que escolheu, fatigada pelo histórico gestacional e ansiosa com a chegada do filho, poucas se dispõem a iniciar uma peregrinação em busca de um novo profissional. Além disso, quando é apresentado um “fator de risco à saúde do filho”, surge o medo de ser rotulada como radical ou de ter suas competências para a maternidade colocadas na berlinda, afinal, que tipo de mãe colocaria em risco a vida de seu bebê?

Para que a chegada da criança se adeque à agenda do médico, além da cesárea há uma alternativa: a indução de parto. Quando a indução ou a aceleração são aplicadas, a parturiente normalmente sente um considerável aumento da dor, o que muitas vezes, colabora para o encaminhamento da cesárea. Além disso, esse tipo de prática costuma abrir caminho para uma

“cascata de intervenções”, pois a dor causada pela intensificação das contrações, faz com que a gestante demande métodos de alívio ou de aceleração (DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 82)

Nem sempre a cesárea desnecessária ou a indução de parto chegam nas últimas semanas da gestação. Às vezes, o trabalho de parto já está em andamento. Nesses casos, é uma questão de bons modos, uma espécie de “etiqueta médica”. Sonia Hotimsky descreve um trabalho realizado por um período de mais de um ano em duas faculdades de medicina de São Paulo, onde foi acompanhada a rotina dos centros obstétricos. A autora observa que uma série de intervenções é utilizada com o objetivo de “limpar a área”.

No linguajar dos plantões, “limpar a área”, é levar a termo os casos em andamento durante o plantão. Quando o plantonista “despacha” os pacientes, é possível que sobre algum tempo para descansar. Além disso, não é bem visto o residente que entrega um plantão com uma série de casos não resolvidos. Nesse contexto, não se questiona se o mais adequado é adotar ou não a medicalização do paciente, a preocupação é causar uma boa impressão (HOTIMSKY, 2007, p. 306).

A análise de Hotimsky acerca da formação dos profissionais de medicina apresenta-se como um descortinamento. Revela o quanto a desconsideração com o ser humano está inerente à formação dos médicos. Como as mulheres que chegam aos plantões dos hospitais escola são tidas como cobaias, como se seus corpos e vontades fossem sacrificáveis. A descrição de um episódio em que uma interna faz uma episiotomia desnecessária, consciente de sua total falta de indicação, apenas para praticar, é estarrecedora.

Cabe salientar que esse procedimento foi realizado sem qualquer analgesia ou anestesia. [...] Além disso, a médica R1 sequer procurou realizar o bloqueio de pudendo, forma de analgesia local [...]. A paciente gemia de dor. [...] A interna fez um ponto que a residente considerou mal feito e pediu para ela [sic] retirar o ponto e refazê-lo. [...] Outro ponto, esse particularmente profundo, o “ponto do marido”, foi mal executado pela interna e a médica pediu para retirá-lo e refazê-lo (HOTIMSKY, 2007, p. 271).

A autora revela ainda, uma série de outras ocasiões onde as mulheres são ignoradas ou objetificadas. O ensino da medicina, sob esta ótica, não parece primar por uma visão da mulher como sujeito de direitos, por vezes, sequer como sujeito. Mulheres que são expostas a exames de toque diante de uma turma de internos sem serem consultadas, que têm seus corpos oferecidos às palpações de estudantes, que têm os detalhes de seus casos clínicos explanados ao pé do leito, desconsiderando seus sentimentos e preocupações.



Outro exemplo da falta de empatia e consideração com a mulher que se encontra em trabalho de parto, é a frase que popularizou a divulgação dos resultados de uma pesquisa da Fundação Perseu Abramo, “na hora de fazer não gritou”. Segundo a pesquisa, esta foi a segunda frase mais ouvidas pelas gestantes no atendimento ao parto normal. Em primeiro lugar ficou “não chora, não, que no ano que vem você está [sic] aqui de novo” (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010, n.p.).

Esse tipo de tratamento, demonstra a concepção da mulher como ser infantilizado, que precisa ser controlado ou orientado, pois não tem a clara concepção do que é mais benéfico para si. Desse modo, a relação que se estabelece é de hierarquia, evidenciando a questão da disparidade de gêneros. Sob este aspecto, é interessante perceber que a

relação de assimetria constata que as relações de gênero não se verificam somente entre homens e mulheres; situam-se igualmente entre mulheres, igualadas na condição feminina, mas desigualadas então, pelo intercruzamento em especial da raça e classe social. Estas relações desiguais verificam-se também entre as categorias de enfermagem, estendendo essa relação assimétrica entre a enfermeira e demais membros da classe e a usuária (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006, p. 743)

O corpo feminino, dependente de tutela, passa a pertencer não mais à mulher, mas à equipe médica, retratando-o como o foco de controle social que de fato é. Nesse contexto, sendo controlado pela medicina, compreendida como tipicamente androcêntrica, uma vez que historicamente foi desenvolvida majoritariamente por homens, “seu saber e formas de intervenção podem ser vistos e entendidos como masculinos” (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006, p. 743).

Encontra-se assim, o ponto de fusão entre a violência obstétrica, e a disparidade de gêneros. É o típico cenário onde se espera que a mulher seja infantilizada, dócil, submissa. Às que não se comportam da forma esperada, acatando o que lhes impõem (cesárea eletiva, posições litotômicas, indução de parto), restam os castigos (episiotomias, indutores de contrações, manobras desnecessárias). Um retrato, dentre tantos, da dominação masculina.

A violência obstétrica atinge as mulheres, distribuindo-se de formas diferentes de acordo com a classe social, a cor da pele, o tipo de estabelecimento, mas atingindo o público feminino como um todo. Sutil, quando ataca disfarçadamente sob a forma de uma falsa indicação de cesárea, vitimando as mais abastadas; ou de uma violência despudorada, na



forma de uma frase hostil, proferida às adolescentes periféricas. Mas sempre traduzindo a ideia da mulher incapaz, como sujeito a quem a autonomia deve ser vigiada.

## **4 A IMPORTÂNCIA JURÍDICA DE SE ABORDAR O TEMA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.**

Embora trate-se de tema relativamente novo na seara do direito, cabe demonstrar como tem sido abordada a violência obstétrica no âmbito jurisdicional. Neste contexto, irá se analisar quais são os bens jurídicos e quais são os princípios atingidos com a prática dos atos questionados, como são tratados os processos que chegam ao à Justiça, e o que tem sido feito pelo poder público diante do problema.

### **4.1 A violência obstétrica como violação de princípios e a problemática da bioética.**

Qualquer tipo de violência que incida sobre a pessoa, traduz-se em uma afronta ao Direito como balizador de condutas que buscam a construção de uma sociedade justa. As diversas formas com que a violência obstétrica ocorre, podem atingir de formas diferentes, ou diferentes princípios e bens jurídicos protegidos. Embora nem sempre seja perceptível pela mulher, uma série de agressões pode ser identificada ao analisar a dinâmica dos procedimentos e práticas que envolvem a gestação e o nascimento.

Consagrada como um dos pilares fundamentais da nação pela Constituição Federal de 1988 em seu artigo 1.º, inciso III, a dignidade da pessoa humana traduz-se genericamente como inerente à pessoa, contemplando-a como ser integral, dotado de razão, e diferenciando-o juridicamente das demais formas de vida e das coisas. Nesse diapasão, a dignidade da pessoa humana não se trata apenas de um direito, mas de algo que lhe é intrínseco, assim seu valor jurídico caracteriza-se não pela dignidade em si, mas pelo respeito a esta dignidade que ao ser humano é inerente (SARLET, 2013, p. 126).

Sob esta ótica, a dignidade da pessoa humana funciona como um conceito amplo, a abranger diversos direitos correlacionados que, quando ignorados, acabam por ferir algum aspecto da condição humana. A partir dessa premissa, pode-se adentrar nos demais conflitos, acerca da autonomia, por exemplo, que

dessa forma, caracteriza-se pela intervenção institucional indevida, não autorizada ou sequer informada, até mesmo abusiva, sobre o corpo ou processo reprodutivo da mulher, que violam sua autonomia, informação, liberdade de escolha e participação nas decisões sobre o seu próprio corpo. (MARIANI; NASCIMENTO NETO, 2016, p. 51).

Assim, a dignidade da pessoa humana não passa de um conceito vazio se for considerado como um preceito com um fim em si mesmo. Não há outra forma de efetivá-la, senão através da consideração dos demais, diante da dignidade de determinado indivíduo. Quando uma pessoa inflige à outra, maus tratos físicos ou psicológicos no cenário obstétrico, trata-se de uma clara afronta ao próximo como par. Nessa relação de sujeição, a gestante não é tida como um ser humano, dotado da mesma dignidade daquele que a atende, mas como inferior, subjugando-a a uma condição não humana.

Para Barroso, o conceito de dignidade da pessoa humana abarca três conteúdos essenciais: valor intrínseco da pessoa humana, valor comunitário e autonomia da vontade. Nesse sentido, o valor intrínseco da pessoa humana, refere-se “à natureza do ser, ao que é comum e inerente a todos os seres humanos”, diferenciando-o dos demais seres vivos. Seu valor é objetivo, e não se relaciona com as circunstâncias pessoais de cada indivíduo. Em decorrência disso, a dignidade da pessoa humana, em seu valor essencial, apresenta dois aspectos importantes, o antiutilitarista e o antiautoritário (BARROSO, 2010, p. 21).

O primeiro se manifesta no imperativo categórico kantiano do homem como um fim em si mesmo, e não como um meio para a realização de metas coletivas ou de projetos sociais de outros; o segundo, na ideia de que é o Estado que existe para o indivíduo, e não o contrário. É por ter o valor intrínseco da pessoa humana como conteúdo essencial que a dignidade não depende de concessão, não pode ser retirada e não é perdida mesmo diante da conduta individual indigna do seu titular. Ela independe até mesmo da própria razão, estando presente em bebês recém-nascidos e em pessoas senis ou com qualquer grau de incapacidade mental (BARROSO, 2010, p. 22).

Quanto ao valor comunitário, ele representa um elemento social da dignidade da pessoa humana. Nesse sentido, comporta-se mais como “uma constrição externa à liberdade individual do que como um meio de promovê-la” (BARROSO, 2010, p. 27-29). A melhor forma de compreender esse aspecto, é através do emblemático caso de arremesso de anões. A prática polemizou-se não pelo que representava para os indivíduos que dela participavam, mas pelo conteúdo moral que atingia àquele grupo como um todo.

Sob esses dois aspectos, considerando que a dignidade se perfaz como estrutura de preceitos fundamentais, edificando sobre si uma série de direitos, é imprescindível compreender que o ser humano deve ser tratado como um fim em si mesmo, e não como mero instrumento para alcançar quaisquer propósitos. O modelo que se apresenta atualmente,

crivado de práticas violentas, confronta essa premissa. Nesse ínterim a mulher constitui-se apenas como meio para alcançar um objeto específico, o bebê.

Sarlet menciona a concepção de homem-objeto, ou homem-instrumento, como uma antítese da dignidade da pessoa humana. “O critério decisivo para a identificação de uma violação da dignidade passa a ser (pelo menos em muitas situações, convém acrescentar) o do objetivo da conduta, isto é, a intenção de instrumentalizar (coisificar) o outro” (SARLET, 2007, p. 382). A partir de tal correlação, percebe-se o quando as más práticas obstétricas estão profundamente ligadas à violação da dignidade da pessoa humana e à objetificação da mulher, considerando-a, por vezes, como mero instrumento de reprodução:

Ao falar de “cultura de nascimento”, encontramos a ideia do corpo como máquina a ser controlada. No caso da mulher, esta “máquina” é ainda considerada defeituosa e que, uma vez com “problemas técnicos”, precisa ser consertada. O hospital é visto como a indústria, com tecnologia desenvolvida, destinada a estas máquinas e seus produtos – os bebês. Já encontramos em alguns livros a definição de feto e/ou recém-nascido como produtos da concepção (SÃO BENTO; SANTOS, 2006, p. 556).

No que tange ao terceiro aspecto da dignidade, à autonomia da vontade, entende-se ser esta, uma das formas mais ultrajadas, e afrontada de uma maneira assustadoramente cruel no modelo obstétrico tecnocrático. Isso porque enquanto em alguns momentos é afrontado despudoradamente, como no relato a seguir:

‘Mesmo gritando, urrando, berrando ‘não corta, não precisa, por favor, eu assumo, deixa rasgar’. Ela cortou. Disse que ‘só sabia fazer cortando’. Eu chorei, minha parteira chorou. Perdi. Me sinto mutilada, invadida. É como ser abusada. É a mesma coisa. Dá pra ver, dá pra sentir. Dá pra lembrar a cada ‘namoro’ com o marido.’  
Pamela Moreli Benoni (BALOGH, 2014).

Noutros, é violado de forma tão sutil (como ocorre com as falsas indicações de cesárea), que inúmeras vezes a mulher jamais consegue aperceber-se como vítima de tal desrespeito.

A autonomia está relacionada à razão e à atuação da vontade. “A dignidade como autonomia envolve, em primeiro lugar, a capacidade de autodeterminação, o direito do indivíduo de decidir os rumos da própria vida e de desenvolver livremente sua personalidade.” Isso pressupõe a faculdade de fazer “valorações morais” e “escolhas existenciais” sem determinação de outrem. O que sustenta o conceito de autonomia, é a premissa de ser humano, como indivíduo livre, responsável e consciente. No entanto, a

autodeterminação não dispensa condições para o seu exercício, para uma acertada noção das situações, isso inclui ausência de privações e acesso à informação (BARROSO, 2010, p. 24).

Ao analisar a aceção da autonomia da vontade, correlacionando-a com as questões referentes à violência obstétrica, é importante trazer à baila o conceito de consentimento informado. Discutido e estudado destarte nos campos do direito que estão ligados à medicina e à bioética, o consentimento informado busca engrandecer e tornar verdadeiro o ato de consentir, uma vez que não se pode acolher como autêntica uma escolha feita sem o respaldo da informação necessária para uma ideal concepção da situação.

Nas origens do termo, está um caso ocorrido na Inglaterra em 1767. Slater sofrera uma fratura óssea, e procurou um médico para tratar de sua perna. O profissional que o tratou, sem fazer nenhuma indagação, nem informar sobre o procedimento que estava adotando, rompeu o calo ósseo (a fratura já havia se calcificado), para uso de um novo método. O paciente procurou a Justiça, e obteve sentença favorável no sentido de que os cirurgiões (Stapleton e Baker, que trabalhavam juntos), não agiram amparados pelo consentimento, essencial ao ato (GOLDIM, 2006, p. 45).

Ao apreciar as análises do caso acima, abordado em diversas doutrinas da bioética e do direito médico, é inevitável não associar o meio de proceder dos cirurgiões ingleses do século XVIII, com o modo como ocorrem, por exemplo, as episiotomias em todo o Brasil. Inúmeras mulheres, muitas com mais de um filho, passaram por uma ou várias episiotomias, e sequer tem conhecimento sobre a técnica que foi aplicada em suas pelves, e sobre a desnecessidade de tal mutilação. Pior do que não serem consultadas, nem mesmo são avisadas de que passarão pelo procedimento.

Mais do que isso, se tratando de episiotomia, a maioria das mulheres que passaram por um parto vaginal foram vítimas da atrocidade. Existe, entre as práticas médicas, algo semelhante a que sejam submetidos os homens? Sem dúvida, seria um ótimo tema para um novo trabalho, mas dificilmente se encontraria uma ocorrência tão grande de qualquer procedimento desnecessário e mutilador sendo reiteradamente aplicado no público masculino, sem qualquer tipo de informação ou consentimento.

Para Ciello et al., a episiotomia é a “única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos”. Estimativas chegaram a demonstrar que mais de 90% das mulheres que passaram por parto normal foram vitimadas pelo procedimento. Vítimas,

porque, se não houvessem sido submetidas à intervenção, provavelmente a maioria delas sequer apresentaria lesões pélvicas decorrentes do parto (CIELLO et al., 2012, p. 80-81).

O processo parturitivo envolve, além dos aspectos de saúde, outros tantos aspectos individuais concernentes a cada gestante. A parturiente será a pessoa que, no exercício do poder familiar, terá a responsabilidade por todos os atos de criação e cuidados com a criança/adolescente até que atinja a maioridade. Considerando essa afirmação seria discrepante alegar que o mesmo indivíduo a quem serão outorgados os poderes para criação de uma pessoa, não possui qualificações suficientes para decidir sobre o próprio corpo (MACEDO; ARRAES, 2013).

Curiosamente, o respeito à autonomia da paciente, tão negligenciado quando da mulher que não deseja uma episiotomia, é logo invocado para justificar o exorbitante número de cesáreas eletivas. Nesse contexto, a autonomia recebe o apoio da classe médica hegemônica, quando a vontade da paciente converge para a disposição do obstetra. Nesse sentido, coloca Palharini que, embora o termo “cesárea a pedido”, tenha sido empregado para transferir à mulher a responsabilidade da escolha, sob o argumento de “respeito à autonomia da paciente”, essa escolha comumente não é pautada sobre argumentos legítimos:

Muitas razões têm sido apontadas sobre isso, entre elas, o grande número de intervenções desnecessárias e maus tratos na prática de atenção ao parto que têm levado muitas mulheres a escolherem a cesariana como via de parto. Além disso, algumas pesquisas têm desconstruído o discurso da preferência da mulher brasileira pela cesárea, mostrando que a maior porcentagem de mulheres tem como opção, no início da gestação, o parto vaginal, e que a porcentagem de cesarianas realizadas ao final é maior que a média prevista de indicação médica, questionando o que se passa nesse percurso para que o desfecho se modifique. A questão econômica e, principalmente, da conveniência para o profissional da obstetria também são pontuados como fatores responsáveis pela cultura cesarista no Brasil (PALHARINI, 2017, n. p.).

A violência serve como uma espécie de castigo à mulher que não se submete ao discurso hegemônico. Nesse caso, a violência no parto normal cumpre duas funções: dissuadir a gestante que deseja esse tipo de parto, e punir àquela que é transgressora, arredia, desobediente. Essa prática ensejou a criação do movimento “chega de parto violento para vender cesárea”, em combate à dinâmica das más práticas: na falta de argumentos palpáveis, científicos, usa-se o medo. E o medo e a violência são bons aliados na manutenção das hierarquias.

Goldim afirma que o consentimento informado “não é apenas uma doutrina legal, mas é um direito moral dos pacientes, que gera obrigações morais para os médicos e demais

profissionais envolvidos na assistência ou pesquisa”. Para o autor, existem duas condições no processo de consentimento: “a capacidade para entender e decidir, e a voluntariedade”. (GOLDIM, 2006, p. 47-48). À vista disso, é importante questionar se esses requisitos são atingidos verdadeiramente, posto que, a mulher que aceita ser submetida à cesárea porque o médico alegou que “a placenta está velha”, não está informada o suficiente para compreender o significado dessa expressão.

Infelizmente, como já discutido no capítulo anterior, muitas são as indicações falaciosas de que se valem os obstetras para impelir a gestante à cesárea: muito líquido, pouco líquido, bebê grande, bebê pequeno, cordão enrolado no pescoço... E as mulheres são condicionadas a jamais questionar tais justificativas. Isso decorre de duas grandes premissas: a cultura equivocada de que existe uma hierarquia a ser respeitada entre médicos e pacientes, e o enraizado costume de exercer controle sobre o corpo feminino.

Quanto a hierarquia do médico sobre o paciente, Pimentel et al., define como uma prática colonialista, pois as ideias científicas são tidas como verdades universais e reproduzidas sem contextualização (PIMENTEL et al, 2014, p.181). A partir disso, o exercício da medicina tem se resumido a uma prática de intervir, e desprezado o diálogo. Utiliza-se da autoridade científica para alienar a mulher das decisões sobre o próprio corpo, atribuindo-lhe um papel de incapaz e incompetente, e condicionando-a à crença de que não é capaz de conduzir o parto, “entregando seu protagonismo nas mãos de quem, supostamente, tem o saber validado para tal” (PALHARINI, 2017, n.p.).

Trata-se de uma relação de poder, estruturada hierarquicamente, de modo que, no topo dessa hierarquia está o médico, como aquele que detém a autoridade técnico-científica sobre o corpo. O poder médico, desse modo, encontra-se amparado em dois pilares: “a legitimidade científica de seus conhecimentos, e a dependência dos indivíduos em relação a estes conhecimentos” (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013, p. 2289). No entanto, a doutrina de direito médico, se opõe a esse modelo de relação assimétrica.

“O paciente deve ter a clara consciência de que não está subordinado ao médico; que o médico é um profissional que recebe compensação econômica para servi-lo; que o médico não faz nenhum ‘favor’ ao paciente, apenas cumpre sua obrigação profissional. Portanto, a relação médico-paciente, para que funcione adequadamente, deve fundamentar-se no respeito recíproco e não em uma relação paternalista de superior-inferior. Somente assim, existindo interação corrente entre pessoas situadas em mesmo nível de igualdade, poderá o paciente obter o máximo benefício dos serviços profissionais de seu médico.” (LARRAZ, 1998 apud KFOURI NETO, 2013, p. 38-39)

Já as relações de dominação e de gênero que permeiam o saber médico sobre o corpo feminino, imputam à mulher um papel de sujeito passivo. Várias das intervenções que ocorrem durante o parto evidenciam o caráter de passividade e submissão. A utilização de soro, as posições litotômicas que prendem a mulher à cama, e até a supressão da analgesia, que, embora seja um direito da parturiente, é recurso praticamente desconhecido para muitas (PIMENTEL et al, 2014, p. 174-175).

Embora a autonomia constitua um princípio da bioética, esse princípio não parece ser aplicado igualmente para todos. Dessa forma a bioética, “ao reproduzir o viés hierárquico de gênero, classe, raça e, ainda, profissional, se converte em um corpo teórico e prático, antes facilitador dos interesses dominantes que mesmo crítico da ordem social”. Frente a essa problemática, surgiu, em meados dos anos 90, a “bioética feminista”, que estuda as questões bioéticas, sob o prisma do feminismo (DINIZ; GUILHEM, 1999, n.p.).

A proposta da bioética feminista objetiva uma maior atenção aos diferentes graus de vulnerabilidade (não apenas sobre gênero, mas também sobre raça, classe etc.), com uma prática ética e biomédica que colabore para reduzir a desigualdade e a opressão, culminando em uma reflexão sobre as estruturas de poder que atuam na sociedade “e sua influência lesiva na escolha das pessoas, especialmente daquelas em situação de vulnerabilidade” (DINIZ; GUILHEM, 1999, n.p.).

Além disso, a prática da violência obstétrica pode também ser encarada do ponto de vista da violação de direitos sexuais e reprodutivos, e, até mesmo, como uma violência sexual, que

refere-se as ações [sic] que destinam-se ao controle da sexualidade da mulher através do abuso da posição de poder e confiança, como assédio sexual, flerte, “cantadas”, contatos físicos forçados, convites impertinentes, insinuações, incitações sexuais, mutilação da vagina, exames de toque sucessivos, dolorosos e realizados por diferentes pessoas, episiotomia, ponto do marido, laqueaduras ou histerectomias sem aviso prévio, sem esclarecimento e sem consentimento (SILVA; SERRA, 2017a, p. 49).

Embora o assédio sexual em si, seja uma das formas de violência obstétrica menos observada, ou, pelo menos, menos relatada pelas vítimas, um artigo publicado na revista *The Lancet* avalia que é uma prática que tem índices crescentes (D’OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002, p. 1683). Provavelmente, o fato de os órgãos reprodutores estarem diretamente envolvidos no processo de gestação e parto, acaba por viabilizar certos tipos de assédio, como no exame de toque, por exemplo.



Para além da dignidade e da autonomia, direitos mais específicos como os direitos sexuais e reprodutivos são reiteradamente mencionados quando se discute sobre a violência obstétrica. Para Piovesan, os direitos sexuais e reprodutivos incluem duas vertentes que se complementam. Uma delas, diz respeito à liberdade e à autodeterminação individual, abrangendo o “livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, sem discriminação, coerção e violência” (PIOVESAN, 2002, p. 43).

Quanto a esse primeiro aspecto, é inequívoco, considerando tudo o que já se discorreu acerca da violação da autonomia, que as más práticas discutidas aqui, ferem os direitos sexuais e reprodutivos. O modelo tecnocrático exclui a mulher do domínio do seu corpo. Nesse cenário, tudo está adequado para garantir o atendimento às vontades do profissional, colocando a paciente em segundo plano. A autodeterminação individual, sob este ponto de vista, é preterida diante da autoridade médica.

Já a segunda vertente dos direitos sexuais e reprodutivos elencada por Piovesan, trata da efetivação de políticas públicas que possibilitem com segurança o exercício desses direitos, de forma que a saúde seja compreendida não somente como a não incidência de doenças, mas também, como a possibilidade de dispor de uma vida sexual segura e satisfatória, e reproduzir-se, ou não, usufruindo da mesma segurança e satisfação. O cenário que o Estado oferece à mulher que gera um filho, é um dos itens que será abordado nos itens a seguir.

#### **4.2 Jurisprudência: a violência obstétrica chega aos tribunais?**

Se ao pesquisar o termo “violência obstétrica”, os resultados ainda são pouco significativos, ao utilizar outros termos relacionados às más práticas da obstetrícia, os resultados crescem significativamente. No entanto, o número de processos ainda não é capaz de “evidenciar a devida notoriedade e intensidade de dano quanto à problemática da violência obstétrica” (SILVA; SERRA, 2017b, p. 2440).

A desproporção entre as mulheres que têm seus direitos violados, e o número de processos que chegam à justiça, tanto para reparação civil, quando responsabilização penal, pode ser explicado pela socialização para a resignação (abordada no primeiro capítulo deste trabalho), pela qual a mulher é condicionada a aceitar um papel de vítima, sendo atribuído um valor ao seu sofrimento, é a cultura do “ser mãe é padecer no paraíso”. Sob este aspecto, quanto maior o sofrimento, mais virtuosa e digna será a mulher/mãe.

Diante do crescente número de queixas, alguns entes que participam ativamente da dinâmica da justiça já lançaram campanhas para conscientizar os operadores da justiça e a população em geral sobre a violência obstétrica. Entre eles as defensorias públicas de diversos estados. O fato de entidades confiáveis e inseridas nos debates de relevo social assumirem esta pauta, contribui para que o assunto seja tratado com a seriedade que merece.

Apesar disso, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde, emitiu, em maio de 2019, despacho recomendando a não utilização do termo, alegando que “tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério” (BRASIL, 2019a, n.p.). Obviamente assumindo uma pauta que contribui para o fortalecimento da medicina hegemônica, e endossando o discurso de que as queixas femininas são exageradas.

Percebe-se, pelo despacho supramencionado, que, não apenas a comunidade médica hegemônica, mas também o Estado, adota hodiernamente a posição de algoz. Ambos ignoram as súplicas femininas, e apropriam-se das decisões acerca de seus corpos. Cabe lembrar, que não se trata apenas de autonomia, mas sobretudo, de dignidade, já que as condutas violentas podem acarretar sérios prejuízos à saúde tanto da mãe, quanto da criança.

Diante de tal aberração, o Ministério Público Federal por meio de recomendação, repudiou o despacho, concedendo ao Ministério da Saúde o prazo de 15 dias para que respondesse, sob pena de que fossem adotadas as medidas cabíveis, posicionando-se no sentido de que

não incumbe ao Ministério da Saúde julgar a conveniência de quaisquer termos ou expressões utilizados pela sociedade civil, ainda mais pregando a "abolição do uso" do termo "violência obstétrica", pretendendo restringir a liberdade de manifestação, conhecimento e ações positivas da sociedade quanto às práticas efetivamente violentas e danosas que diariamente são impostas às mulheres em atendimentos obstétricos e que ocorrem independentemente da intenção do profissional em causar dano (BRASIL, 2019b, p. 8).

Apesar desses infortúnios, a busca pela responsabilização pelos danos provenientes da violência obstétrica vem aumentando ano a ano. Em pesquisa de jurisprudência unificada, considerando apenas os Tribunais de Justiça, há um acréscimo muito significativo quando se procura pelos os processos que mencionam o termo “violência obstétrica”:

Tabela 1 - Ocorrência de processos com o termo “Violência Obstétrica” em pesquisa jurisprudencial nos Tribunais de Justiça.

Ano	Nº de Processos	Diferença em relação ao ano anterior.	Diferença em relação ao ano anterior (percentual).
2015	1	...	...
2016	3	+ 2	+ 300%
2017	8	+ 5	+ 266,67%
2018	17	+ 9	+ 212,5%
2019	36	+ 19	+ 211,76%

Fonte: Elaborada pela autora com base em pesquisa de jurisprudência através do site Jusbrasil.

O aumento de 3600% em um espaço de tempo de 5 anos (de apenas 1 processo no ano de 2015 para 36 processos em 2019), provavelmente está relacionado, além de um maior número de pessoas cientes dos abusos que sofreram, também à popularização do termo “violência obstétrica”. A expressão começou a ser empregada na América Latina em meados dos anos 2000. A pioneira Venezuela, abordou o tema em sua legislação no ano de 2007, já na Argentina, a legislação envolvendo o termo é de 2009. No Brasil, um dos marcos da popularização das discussões acerca do parto, o filme *O Renascimento do Parto*, foi lançado em 2013.

No entanto, o número de processos que mencionam a violência obstétrica é irrisório, considerando o número de mulheres que relatam ter sofrido violações aos seus direitos durante a gestação e/ou parto - segundo pesquisa da Fundação Perseu Abramo, uma em cada quatro gestantes relata ter sido vítima de violência obstétrica (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010, p. 173). No entanto, apesar da expressão se repetir poucas vezes nas lides judiciais, o número de casos envolvendo este tipo de violação e que estão sendo discutidos na justiça, vão além dos que mencionaram a expressão.

Se, na pesquisa de jurisprudência, ao invés da expressão “violência obstétrica”, forem utilizados os termos “parto” e “negligência”, os números sobrem vertiginosamente.

Tabela 2 – Ocorrência de processos com os termos “parto” + “negligência” em pesquisa jurisprudencial nos Tribunais de Justiça.

Ano	Nº de Processos	Diferença em relação ao ano anterior.	Diferença em relação ao ano anterior (percentual).
2015	917	---	---
2016	855	- 62	- 6,76%
2017	924	+ 69	+ 8,07%
2018	1162	+ 238	+ 25,76%
2019	1468	+ 306	+ 26,33%

Fonte: Elaborada pela autora com base em pesquisa de jurisprudência através do site Jusbrasil.

Assim, embora não tenha sido utilizada a expressão “violência obstétrica”, os processos envolvendo negligência no atendimento ao parto, tratam de uma das formas específicas abrangidas pelo grupo de condutas consideradas abusivas. Desse modo, mesmo que não esteja sendo adotada a denominação, as más práticas têm, em algum grau, sido identificadas e suas vítimas valem-se da via judicial para que seja, de alguma forma, respondida a agressão.

Ao analisar os processos que constituem a jurisprudência considerada na Tabela 1 (página 59), percebe-se que mais de 80% dos casos tratam de busca de reparação civil pelos danos morais, materiais ou estéticos causados pela violência obstétrica. Em geral, trata-se de mulheres que foram vítimas de práticas abusivas, ou seus filhos, já que em muitos casos as parturientes morreram durante o parto, invocando alguma responsabilização, ainda que pecuniária, em face de instituições hospitalares, médicos, e outros atores do cenário do nascimento.

Um dos processos que devem ser analisados, não somente pela surpresa que pode representar, mas para que se compreenda que a violência obstétrica pode ser praticada pelos mais diversos atores, pois se caracteriza pelo sujeito que está no polo passivo, ainda que aquele que viola o direito da gestante/parturiente seja um ator pouco comum nesse cenário. Neste caso, o Município de São Sebastião do Caí foi condenado a indenizar uma parturiente e sua mãe, pois, além de não haver médico obstetra no hospital, demandando a transferência da

gestante já em avançado trabalho de parto para o município vizinho, o motorista da ambulância que transportou as autoras, ofendeu-as durante o trajeto<sup>1</sup>.

Nesse caso, trata-se de recurso de apelação do Município de São Sebastião do Caí, pois não entendia como sua a responsabilidade sobre os fatos, uma vez que o hospital onde a autora procurou atendimento não era público. No entanto, considerando que o estabelecimento fazia o atendimento pelo Sistema Único de Saúde, tratando-se de serviço público, ainda que o hospital fosse particular, a responsabilização é objetiva, entendendo a Décima Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, em manter a decisão do juízo de primeiro grau, que concedeu indenização a ambas as autoras (a parturiente, e sua genitora, que a acompanhava).

Outro direito debatido nos tribunais, refere-se à presença de um acompanhante da escolha da parturiente. A Lei do Acompanhante constitui uma das garantias mais básicas e claramente expressas na legislação nacional. Apesar disso, tem sido constantemente desrespeitada. Em 2011, uma pesquisa feita na região sul do país demonstra que menos da metade das mulheres tiveram esse direito garantido nas unidades públicas de saúde (MONGUILHOTT, 2018, p. 7). Em virtude de o dispositivo que garante a presença do acompanhante no atendimento ao parto encontrar-se na lei que baliza as diretrizes do Sistema Único de Saúde (artigo 19-J, Lei 8.080/1990), algumas instituições particulares alegam não estarem obrigadas a garantir o acompanhamento, o que já foi contestado em jurisprudência<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. ALEGAÇÃO DE FALHA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MÉDICO. OFENSAS IRROGADAS POR AGENTE PÚBLICO – MOTORISTA DE AMBULÂNCIA. RESPONSABILIDADE CIVIL DO MUNICÍPIO. Cedição que a responsabilidade da administração pública, em se tratando de ato imputado aos seus agentes, é objetiva, bastando à vítima a comprovação do evento lesivo e do nexu etiológico entre este e a conduta do agente estatal, independentemente de culpa, nos termos do art. 37, § 6º, da CF. Hipótese em que a municipalidade deixou de atender a parturiente por ausência de obstetra de plantão, precisando ser transportada até o hospital da cidade vizinha, tendo o parto ocorrido de forma improvisada em ambulância precária no meio do caminho entre as cidades. Motorista da ambulância que, mesmo diante da situação de tensão, proferiu ofensas à genitora da parturiente, também autora. Dever de indenizar configurado. DANO MORAL. CONFIGURAÇÃO. Evidenciados a dor e o sofrimento suportados pelas autoras, parturiente e sua mãe pelo evento danoso, resta caracterizado o *danum in re ipsa*, que prescinde de prova quanto à ocorrência de prejuízo concreto. Precedentes desta Corte. QUANTUM INDENIZATÓRIO. MANUTENÇÃO. Em atenção aos parâmetros estabelecidos pela doutrina e jurisprudência pátrias para a fixação do montante indenizatório, atento às particularidades do caso concreto, o quantum de R\$ 8.000,00 para Alana e R\$ 1.000,00 para Laenir, acrescido de correção monetária e juros moratórios legais, se mostra razoável e proporcional. APELAÇÃO DESPROVIDA. (Apelação Cível, Nº 70077277051, Décima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Paulo Roberto Lessa Franz, Julgado em: 24-05-2018) (RIO GRANDE DO SUL, 2018, n.p.)

<sup>2</sup> RESPONSABILIDADE CIVIL. DANO MORAL. PROIBIÇÃO DE ACOMPANHANTE DURANTE O PARTO. 1. Direito da parturiente de ter acompanhante durante o parto. Direito ao parto humanizado como

A Relatora do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, em seu voto, sustenta que a presença do acompanhante não é garantida apenas pela Lei 11.108/2005, que incluiu o artigo 19-J na Lei 8.080/1990, mas também por Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2008, n.p.), que se aplica não apenas aos serviços públicos (vide item 2 da RDC supramencionada – da abrangência), e garante que “o serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”. A desembargadora menciona ainda, que se trata de um direito ligado à dignidade da pessoa humana, e menciona também dispositivos da Agência Nacional de Saúde e da Organização Mundial da Saúde, para fundamentar o direito dos autores.

Quanto à episiotomia, que também foi mencionada em diversos dos processos analisados, o principal motivo de estar sendo debatida nas lides, refere-se aos erros crassos na execução da técnica. Não foi identificado nenhum processo que tivesse sido motivado apenas pelo fato de a cirurgia ter sido feita sem consentimento da paciente, o que, como já demonstrado neste trabalho, seria plenamente discutível. O que se apresenta, são casos onde a episiotomia foi muito mal executada, gerando fistulas reto-vaginais (comunicação entre ânus e vagina), que ocasionam notáveis prejuízos às pacientes.

Os danos causados pelas episiotomias são extremos. Incontinência fecal, foi uma das consequências apontadas pelas pacientes que buscaram, pela via judicial, reparos aos danos que sofreram. Além disso, infecções e a ruína da vida sexual das mulheres que foram mutiladas. Há casos onde as autoras precisaram se afastar do trabalho, em virtude da incontinência fecal, e até relatos de situações muito constrangedoras experimentadas por essas mulheres.

---

direito fundamental. Consonância da RDC nº 36, de 03/06/2008, da ANVISA, e Resolução Normativa nº 428 da ANS, de 07/11/2017. Recomendação da Organização Mundial da Saúde. Ainda que se entendesse que o art. 19-J da Lei 8.080/1990, acrescido pela Lei 11.108/2005 (Lei do Acompanhante), apenas se aplica ao SUS, isso não implica dizer que a lei desobrigou as instituições privadas da garantia de possibilidade de acompanhante no parto, por uma questão de dignidade humana e com base em regulamentações de órgãos técnicos do setor. Irrelevância de se tratar de parto por cesariana. Precedentes. Direito reconhecido. 2. Danos morais. Ato ilícito reconhecido. Abalo extrapatrimonial configurado. Negativa que se deu em momento de grande vulnerabilidade da autora. Momento que corresponde a um dos mais esperados na vida de qualquer casal, de tal sorte que, quanto a esse filho, jamais poderá a autora e seu marido vivenciar novamente esse momento. Quantum indenizatório fixado em patamar razoável, de forma a compensar o dano experimentado, sem, contudo, ensejar enriquecimento sem causa. 3. Recurso parcialmente provido (TJ-SP - AC: 10072914820178260322 SP 1007291-48.2017.8.26.0322, Relator: Mary Grün, Data de Julgamento: 28/05/2019, 7ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 28/05/2019) (SÃO PAULO, 2019, p. 2)

Em um dos casos analisados, do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, a autora buscou reparação por danos morais, materiais e estéticos, pois, além de precisar de cirurgias reparadoras, porque as fezes passaram a ser expelidas pela vagina, devido à fistula reto-vaginal, sofreu com o fim do casamento, pois o marido a abandonou diante da situação que atormentava sua intimidade (TJ-GO - Apelação: 03887339220128090074, Relator: Rodrigo De Silveira, Data de Julgamento: 25/07/2019, 1ª Câmara Cível, Data de Publicação: DJ de 25/07/2019) (GOIÁS, 2019, n.p.).

Uma das práticas mais identificadas pelas mulheres como uma agressão é a Manobra de Kristeller. Enquanto uma episiotomia pode ser camuflada pelos movimentos sutis e está encoberta pela aura do conhecimento técnico que envolve a prática cirúrgica, a Manobra de Kristeller é espalhafatosa e visivelmente atemorizante. A mulher que vê um profissional apoiando-se sobre seu corpo, empurrando, imprimindo força contra seu ventre, sente a violência de forma mais palpável.

Apesar de a Manobra constituir em uma conduta violenta por si só, também chega ao âmbito judicial somente quando dela decorrem prejuízos mais amplos. Como no caso do Tribunal de Justiça de São Paulo, em que a técnica aplicada por um anestesista (ignorando a presença do obstetra responsável pelo parto), acabou por causar lesões na parturiente (TJ – SP Apelação 0008640-08.2013.8.26.0011 Registro: 2016.0000705260 Relator: Marcia Dalla Déa Barone, Data de Julgamento: 27/09/2016, Seção de Direito Privado 3ª Câmara de Direito Privado, Data de publicação: 28/09/2016) (SÃO PAULO, 2016, n.p.).

A manobra, que já foi proibida pelo COREN-RS de ser executada por enfermeiros no Estado do Rio Grande do Sul - Decisão nº 95-2016 (COREN-RS, 2016, n.p.), também é desaconselhada pelas diretrizes de assistência ao parto, publicadas pelo Ministério da Saúde em 2017 (BRASIL, 2017a, p. 26). Provavelmente pelo fato de ser uma prática desaconselhada e sem evidências científicas de qualquer benefício a parturientes e neonatos, tal fato, quando praticado, comumente é ocultado dos prontuários, como ocorreu em dois casos que tramitaram perante o Tribunal de Justiça do Distrito Federal.

Num dos casos, uma mulher cujo filho nasceu sem vida teve seu pedido de indenização apenas parcialmente procedente porque os julgadores consideraram que não restou comprovada a execução da manobra de Kristeller, uma vez que tal procedimento não fora anotado no prontuário da paciente. A autora da ação descreveu o parto onde a manobra foi aplicada, primeiro por um estagiário, por ordem da médica responsável, e, posteriormente, por outro profissional que fora chamado para tal fim. Além disso, vários outros atos cruéis e



desrespeitosos foram praticados no mesmo contexto (TJ-DF 07003071420188070000 DF 0700307-14.2018.8.07.0000, Relator: CARMELITA BRASIL, Data de Julgamento: 21/02/2018, 2ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no PJe: 02/03/2018) (DISTRITO FEDERAL, 2018, n.p.).

Já o segundo caso, trata de mais uma lide onde a autora alega que a execução da manobra de Kristeller, provocou uma fratura no braço do bebê. Embora a fratura estivesse comprovada, a parte ré alegou em sua defesa, que não existe qualquer prova de que a manobra foi executada, já que “não há um único documento médico que confirme a realização da manobra de Kristeller na paciente” (TJ-DF 07012371220178070018 DF 0701237-12.2017.8.07.0018, Relator: HECTOR VALVERDE, Data de Julgamento: 11/12/2019, 1ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no PJe : 26/12/2019) (DISTRITO FEDERAL, 2019, n.p.).

As omissões nos prontuários, e até sua ausência, é um fator a ser destacado nas lides que envolvem atendimentos médicos. O Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte apreciou um caso em que a violência obstétrica interrompeu a vida da mãe e de um dos fetos no trabalho de parto, sobrevivendo um dos gêmeos que é autor do processo. Nos autos menciona-se que “a ausência do prontuário médico que indicasse as condições da gestante e do nascituro contribuiu para a morte”, já que houve transferência da paciente sem prontuário que indicasse seu estado (TJ – RN – AC: 20160200836 RN, Relator: Desembargador João Rebouças., Data de Julgamento 05/09/2017, 3ª Câmara Cível) (RIO GRANDE DO NORTE, 2017, n.p.).

O fato de não haver um documento fidedigno que possa amparar qualquer investigação acerca do que ocorre com o paciente no âmbito hospitalar, é, sem dúvida, um grande empecilho ao esclarecimento dos fatos suscitados nas lides envolvendo violência obstétrica, além de outras, que discorram sobre erro médico, negligência de instituições hospitalares, etc. No caso das gestantes e puérperas, o problema se intensifica, diante da cultura de imputar à mulher, uma conduta de vitimização, e olhar costumeiramente com descrédito os relatos de sofrimento ou violência que soam com voz feminina.



### **4.3 A reposta do Estado: legislação, propostas e caminhos a seguir no combate à Violência Obstétrica.**

A legislação brasileira não tipifica, para nenhum fim, a violência obstétrica. Dessa forma, o que tem se buscado pelas vítimas de tais práticas, é a reparação do dano causado, geralmente através de meios pecuniários (indenização por danos morais, materiais e/ou estéticos). Considerando que uma das molas propulsoras da violência obstétrica é a mercantilização da medicina, parece coerente atingir um bem jurídico que é tão caro ao agressor.

É preciso considerar ainda o valor intrínseco da sentença judicial para a mulher que busca na justiça, reescrever a experiência traumática em que se sentiu agredida. Nesse sentido, “a própria sentença que reconheça as violências sofridas já constitui uma forma de reparação, ou seja, possui força simbólica capaz de esclarecer, formalmente, que a violação de direitos humanos observada no caso é importante ao Direito e que gerará consequências” (NOGUEIRA; SEVERI, 2016, p. 465).

Embora no Brasil, nenhuma lei mencione especificamente os atos de violência obstétrica, existem previsões que abrangem esse tema. No entendimento de Nogueira e Severi, a violência obstétrica como violação aos direitos sexuais e reprodutivos está inserida no conceito de violência contra as mulheres, preconizado pela Convenção de Belém do Pará como “qualquer ato ou conduta baseada em gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (NOGUEIRA; SEVERI, 2017, p. 445).

Além disso, entre o ordenamento existente, o Estatuto da Criança e do Adolescente, (Lei n.º 8.069/1990), em seu artigo 8.º, traz preceitos importantes que, em sentido amplo, somam forças no sentido de coibir más práticas e incentivar o tratamento adequado à gestante e à puérpera como formas de proteger os interesses da criança e proporcionar um início de vida digno e saudável. O caput busca garantir “atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério”.

O referido artigo, estabelece ainda, no parágrafo 8.º, que “a gestante tem direito à cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos”. Também, no parágrafo 6.º, assegura o direito a ser acompanhada por uma pessoa de sua livre escolha, não só durante o

parto, como também no pré-natal e no pós-parto imediato. Reforçando e complementando o que foi estabelecido pela Lei n.º 11.108/2005 (Lei do Acompanhante).

Algumas condutas abrangidas pelo conceito de “violência obstétrica”, poderiam ser enquadradas dentro de tipos penais que já existem no ordenamento jurídico, tais como lesão corporal, constrangimento ilegal, homicídio, omissão de socorro e de crimes contra a honra. Porém, são raros os processos na esfera penal envolvendo esse tema. Por falta de denúncia, porque são justificados como se fatalidades fossem, ou porque os agentes agressores respaldam-se em alegações técnicas demais para serem combatidas.

Além disso, nascendo a criança com vida, e sobrevivendo a mãe, a família opta por concentrar suas energias na convivência com o novo membro. A aura de felicidade trazida por um bebê afasta os sentimentos ruins que envolvem a lembrança dos traumas sofridos. E, entre sofrer rememorando o que traz a dor, e criar um ambiente amoroso e aconchegante para os cuidados com o filho, não é difícil perceber qual será o caminho escolhido.

Analisando-se os preceitos da Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), que dispõe acerca de violência de gênero, mas no âmbito doméstico, Celmer e Azevedo fazem uma importante observação no que tange aos remédios jurídicos para os conflitos, observando que “as medidas não-penais de proteção à mulher em situação de violência, previstas nos artigos 9º, 22 e 23 da referida lei, mostram-se providências muito mais sensatas para fazer cessar as agressões e, ao mesmo tempo, menos estigmatizantes para o agressor” (CELMER; AZEVEDO, 2007, p. 16).

Neste interim, entende-se que, como em outros tantos temas, incentivar a criação de normas penais com vistas a cominar penas privativas de liberdade pode não ser a melhor estratégia para enfrentar o problema. Primeiro, porque, de alguma forma, as práticas que configuram violência obstétrica, como já mencionado, já poderiam ser enquadradas em tipos penais, segundo, porque entende-se que criminalizar condutas não tem se apresentado como o meio mais eficiente para coibir comportamentos.

Porém, a falta de caracterização legal da violência obstétrica, acaba por produzir uma lacuna, que deixa expostos a toda fragilidade os direitos sexuais e reprodutivos de milhões de brasileiras. Considerando a dialética proposta por Piovesan acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, abrangendo destes, suas duas vertentes, percebe-se que existe um hiato no dever do Estado em salvaguardar a integridade de suas cidadãs.

Como já pautado no primeiro tópico deste capítulo, Flávia Piovesan elenca dois aspectos dos direitos sexuais e reprodutivos, uma que diz respeito a autonomia e o livre

exercício da sexualidade e da reprodução, e outra, que consiste na incumbência do Estado em promover a garantia ao exercício dos referidos direitos (PIOVESAN, 2003, p. 43). Nesse sentido, não abordar uma questão como a da violência obstétrica, significa ignorar a violação dos direitos das mulheres, pois

o dever de proteção obriga ao Estado que, por meio de ações positivas, coíba atos que possam violar a dignidade. Essas ações positivas se manifestam por meio do estabelecimento de normas que criminalizam as condutas prejudiciais. Nos casos de Violência Obstétrica, que atentam diretamente contra a dignidade, o Estado não tem exercido seu papel de dever de proteção como deveria (ALMEIDA, 2018, p.60).

Com foco no objetivo de garantir direitos às mulheres que se tornam mães, outros países da América Latina já imprimiram em seus ordenamentos, tópicos com vistas a proteger a integridade de gestantes, puérperas e seus filhos, da violência que cerca o evento do nascimento. Entre eles, a Venezuela destaca-se como o primeiro país latino-americano a adotar a terminologia “violência obstétrica” que foi caracterizada como a “apropriação do corpo das mulheres e do processo reprodutivo pelas equipes de saúde por tratamento desumanos” na Lei Orgânica Sobre Direitos das Mulheres (VENEZUELA, 2007, p. 9).

Outro país que figura entre os primeiros a produzir uma lei mencionando especificamente a violência obstétrica, é a Argentina, através da Lei 26.485/2009, que definiu a violência obstétrica como “àquela exercida pelos profissionais da saúde caracterizando-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, através de um tratamento desumanizado, abuso da medicação e patologização dos processos naturais” (ARGENTINA, 2009).

Possivelmente, a ausência de uma previsão mais específica com o objetivo de tutelar especificamente o processo parturitivo, constitua um dos motivos pelos quais o termo é pouco utilizado na jurisprudência do país, ainda que as lides decorrentes das práticas abrangidas por este conceito não sejam estranhas ao judiciário. O que ocorre, é que havendo esta lacuna, os casos que tratam em torno do assunto pulverizam-se noutros termos (NOGUEIRA, 2015, p.53).

Muitas vezes, nos processos que versam sobre violência obstétrica, o caso é tratado como erro médico. Isso beneficia o agressor, pois a apuração do erro médico enfatiza a necessidade de provas técnicas (LEITE, 2017, p. 6). Além disso, classificar as condutas

violentas como erro médico parece ser um meio de suavizar com ares de “acidente” ou “fatalidade”, os prejuízos decorrentes de uma prática cruel.

Apesar de uma conduta não excluir a outra, a prática da violência obstétrica não se trata, necessariamente, de erro médico. Classificá-la como erro médico ignora uma questão muito mais complexa, de um problema institucional de assistência ao parto, e “demonstra, de certa maneira, uma falta de preocupação do Direito, com temas afeitos à saúde física e psíquica da mulher” (LEITE, 2017, p. 6). Deixar de considerar o fenômeno da violência obstétrica e aceitar que os casos sejam tratados como erros médicos acaba por encobrir uma conduta opressora e calar a voz das poucas mulheres que buscam por justiça.

Mesmo que a violência obstétrica não se traduza apenas, nem necessariamente, em erro médico, entende-se que a reparação de danos é a forma mais adequada de operar este conflito. Ainda que se trate de grave abuso, e não apenas de uma atuação pautada pela negligência, imprudência ou imperícia, considerando a ineficácia que se apresenta no cenário brasileiro, não parece que alimentar a política do punitivismo possa trazer maiores benefícios.

Ademais, como se percebeu na construção do tópico anterior, na análise da jurisprudência, a responsabilização pode ser buscada de formas diversas. No âmbito privado, contra a pessoa do agente (casos mais raros), onde a vítima aciona o médico ou profissional que a tenha agredido. Na esfera administrativa, responsabilizando o Estado pela falha na prestação do serviço de saúde, e pela inobservância de seu dever de garantir os direitos estabelecidos em suas próprias diretrizes. Ou ainda, com base no Direito do Consumidor, quando as ações são opostas às clínicas e planos de saúde.

Embora não vigore ainda nenhum dispositivo legal especificamente referente ao tema, tramitam no Congresso, alguns projetos que versam sobre ele, mencionando o termo “violência obstétrica”: PL 7633/2014 (Dep. Jean Wyllys), PL 7868/2017 (Jô Moraes), PL 8219/2017 (Francisco Floriano) e o PL 878/2019 (Talíria Petrone e outros). O Projeto de Lei 7633/2014, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal em seu artigo 13, caracteriza Violência Obstétrica como

a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (...) Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as

mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério (BRASIL, 2014, n.p.).

Este é, sem dúvida o projeto mais completo sobre o tema, entre os que tramitam no Congresso, baseando-se em recomendações do Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da Organização Mundial de Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH), as Portarias 569/2000, 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde, e em orientações da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 36/2008.

O plano de parto (denominado no projeto como plano individual de parto), já é adotado por muitas mulheres, mas, até o momento, não tem nenhuma previsão legal. Trata-se de um documento, elaborado pela própria gestante, com o auxílio de profissionais de saúde, manifestando suas preferências quanto a acompanhantes, profissionais, métodos de alívio da dor, posições a serem adotadas, via de parto, tipo de alojamento, entre outras. O projeto de lei prevê que, somente em caso de ser imprescindível para garantir a saúde da gestante e do conceito, as disposições do plano de parto poderão ser desrespeitadas (BRASIL, 2014, n.p.).

Uma vez que o documento faz constar todas as preferências e objetivos da parturiente, o plano de parto é uma boa ferramenta para que se torne indiscutível a questão do consentimento, visto que as vontades da mulher estão claramente expressas e serão de ciência da equipe que promoverá o atendimento. Além disso, o artigo 10 prevê algumas condutas que devem ser justificadas caso sejam adotadas, independentemente de manifestação da gestante a favor ou contra sua utilização. Isso para evitar o uso rotineiro de técnicas que não encontram respaldo científico.

O Projeto de Lei propõe ainda, garantias à criança recém-nascida, no sentido de um nascimento digno e seguro, indicando práticas como contato pele-a-pele, amamentação em livre demanda imediatamente após o nascimento, sobretudo durante a primeira hora de vida, espera de tempo mínimo para o clampeamento do cordão, alojamento conjunto e não afastamento injustificado da mãe (BRASIL, 2014, n.p.).

Outro ponto que se entende de grande valia refere-se à criação das Comissões de Monitoramento do Índice de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas (CMICBPO), nos estados municípios e em cada um dos estabelecimentos de saúde que promovem o atendimento obstétrico com a finalidade de realizar o controle, o monitoramento e a mobilização social de profissionais e instituições para a redução dos índices de cesariana no país.

Já o Projeto de Lei 8219/2017, de autoria do Deputado Francisco Floriano, prevê sanções penais no caso de prática das condutas elencadas como violência obstétrica<sup>3</sup>. Há ainda um artigo que trata especificamente da episiotomia, classificando-o como violento, e cominando pena de detenção por um a dois anos além de multa, no caso de ser executada sem estrita necessidade ou sem justificção no prontuário médico (BRASIL, 2017b, n. p.). Como já mencionado, apesar da relevância do tema, não foi objeto deste trabalho analisar os efeitos de uma lei penal.

Infelizmente as questões referentes à saúde reprodutiva da mulher não constituem matéria de grande relevância para o Congresso. O PL 7633/2014 segue apenso a outro projeto (PL 6567/2013), que visa tornar obrigatória a obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde. Os projetos que tratam do enfrentamento à violência obstétrica parecem não representar uma pauta importante para o legislativo atual.

A procuradora do Ministério Público Federal (MPF), Ana Carolina Previtali Nascimento tem se dedicado ao combate à violência obstétrica desde o acompanhamento do inquérito civil 1.34.001.007752/2013-81 que foi insaturado pelo MPF de São Paulo. Em entrevista para o podcast Sessão Aberta, da Assessoria de Comunicação do Ministério Público, sinalizou que houve alguma melhora quanto à resposta das maternidades, desde o acompanhamento e divulgação das taxas de episiotomia, de aplicações de ocitocina, etc., até

---

<sup>3</sup> Art. 3º. Constitui violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais da saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após:

I - negar atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde são realizados o acompanhamento pré-natal;

II – proferir comentários constrangedores à mulher, por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc;

III - ofender, humilhar, xingar, insultar ou debochar da mulher ou sua família;

IV - negligenciar o atendimento de qualidade;

V – impedir a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de duração do trabalho de parto, parto e pós parto;

VI – submeter a cesariana sem indicação clínica e sem consentimento da mulher; VII - impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto, impedir o alojamento conjunto mãe e bebê, levando o recém-nascido para berçários sem nenhuma necessidade médica, apenas por conveniência da instituição;

VIII - impedir ou dificultar o aleitamento materno (impedindo amamentação na primeira hora de vida, afastando o recém-nascido de sua mãe, deixando-o em berçários onde são introduzidas mamadeiras e chupetas etc.).

IX - Realizar procedimento cirúrgico sem o conhecimento e consentimento da mulher.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa (BRASIL, 2017b, n.p.)

no empenho em adequar os ambientes para proporcionar um atendimento humanizado (SESSÃO ABERTA, 2020, 22’).

No entanto, a procuradora menciona que a maior dificuldade enfrentada no combate à violência obstétrica está na resistência da classe médica, que reiteradamente esforça-se no sentido de “cercear a liberdade e a autonomia das mulheres de várias formas”, e mais do que isso, existe um esforço no sentido de combater os colegas de profissão que destoam do discurso hegemônico e procuram estabelecer um relacionamento mais respeitoso com as pacientes. Prova disso, são as várias resoluções que foram publicadas por entidades médicas na tentativa de restringir ou proibir medidas que favoreçam, de alguma forma, a humanização da obstetrícia (SESSÃO ABERTA, 2020, 24’).

Dentre elas, pode-se mencionar a Resolução n.º 193/2019, do CRM-SC, que proíbe a assistência a partos domiciliares. Também o parecer n.º 01/2019, do CREMERJ, para possibilitar ao médico que impeça a presença de doulas no acompanhamento à gestante, e a Resolução n.º 293/2019, também do CREMERJ que impossibilita o médico de aderir ao Plano de Parto. São evidentes tentativas de suprimir a autonomia da mulher, e manter o status do médico como autoridade perante a paciente.

Para a Procuradora, é importante que seja informada a população sobre a violência obstétrica, para que as vítimas compreendam que foram, de fato, vítimas de uma agressão. A falta de conscientização sobre o tema faz com que a mulher não perceba que sofreu uma violência. Nascimento defende ainda, que a educação sobre o parto deve fazer parte do currículo escolar, no desenvolvimento das disciplinas. Tratando-se de um processo fisiológico normal, é adequado que a população tenha algum conhecimento sobre o processo parturitivo, no sentido de desmistificar algo que, na essência é tão natural (SESSÃO ABERTA, 2020, 10’).

Evidentemente, o papel do Estado é de suma importância para combater a violência obstétrica. É necessário incluir a pauta na legislação, nas políticas públicas de atendimento à saúde, na educação da população em geral, e, sobretudo, na formação dos profissionais da área médica. Proporcionar um contexto respeitoso no cenário do parto, é promover não somente a dignidade feminina, mas uma chegada acolhedora àqueles que serão os cidadãos responsáveis por, quem sabe um dia, transformar uma sociedade que hoje padece.



## 5 CONCLUSÃO

A violência obstétrica é, como as demais formas de violência de gênero, uma consequência das relações assimétricas que se apresentam na sociedade, distribuindo de forma desigual as quotas de poder, e sujeitando uma parcela da população, aos desígnios da outra. Essa desigualdade acaba por criar uma hierarquia, onde o discurso masculino incide, também, sobre o corpo da mulher, estabelecendo premissas que legitimam a violência.

A família tradicional apresenta-se como um microcosmo dessa dinâmica que se repete no macro. O homem detém o poder de decisão, dedica-se aos assuntos externos, goza de liberdade ilimitada. Às mulheres cabe o cuidado com o lar, os assuntos domésticos. Ele, que seja forte, comunicativo, extrovertido. Ela, que seja pequena, delicada, discreta. Desde a infância, até mesmo nas brincadeiras, está estabelecida uma delimitação para que as meninas se prendam mais ao ambiente doméstico, com atividades que dependam de menores movimentos, enquanto os meninos têm uma liberdade maior para a diversão ao ar livre.

Embora seja clara a representação desse sistema no núcleo familiar tradicional, essa opressão que se impõe sobre os corpos femininos, ainda que ocorra em diferentes graus e de variadas formas, está presente em quase todas as sociedades, inclusive entre povos com culturas radicalmente diferentes daquela que se reproduz nas sociedades patriarcais tradicionais ultrapassando, até mesmo, o sistema capitalista de classes.

No entanto, quando se toma o recorte da violência obstétrica, há ainda um importante fator adicional, que se coaduna com o fator gênero. Trata-se da violência institucional praticada pela classe médica hegemônica, em desfavor das gestantes/puérperas. Os fatores que deveriam ser primordialmente considerados, a vontade e o bem estar da mulher, são preteridos diante das preferências e conveniências do profissional de medicina.

Importante esclarecer, porém, que este não é um fator que possa ser considerado independentemente do gênero, uma vez que não se encontra situação equivalente praticada pelo coletivo médico contra o grupo de pacientes homens. No contexto atual, o médico participa como autoridade, criando uma relação paternalista com a paciente, cabendo a ele, além das decisões, a imposição de reprimendas diante dos comportamentos ou atitudes da tutelada que forem consideradas reprováveis.

Assim, a mulher que não se sujeita ao discurso padrão, ou que ousa questionar uma opinião médica, é castigada para que, além de aprender a ser “obediente”, sirva de exemplo



para as demais. Nesse sentido, àquela que não aceita uma indicação descabida de cesárea, terá o parto induzido, sendo-lhe infligido um método muito mais doloroso e cruel, aquela que não aceita ocitocina, será submetida a uma episiotomia, ou ao uso do fórceps. É o famigerado discurso de que “parto violento vende cesárea”.

A passividade que se espera da mulher enquanto ser humano do gênero feminino, característica dos papéis sexuais artificialmente criados para manter os padrões sociais, é a mesma, ou se reflete, no que se espera da gestante/parturiente. Os elementos simbólicos dessa sujeição encontram-se, por exemplo, na adoção rotineira de posições litotômicas, em desfavor da fisiologia do parto, e até das leis da física.

O fator determinante para a consolidação dessa dinâmica, é o desuso do modelo fisiológico, e a adoção do modelo tecnocrático. A patologização dos processos naturais e a mistificação do parto como um evento doloroso e arriscado, retiram da mulher o papel de protagonista, concedendo-o ao médico, que detém o conhecimento dos procedimentos cirúrgicos e artificiais que são incentivados por esse discurso.

Nesse contexto o médico, colocado como autoridade, detém o poder de, não apenas conduzir o processo parturitivo, como preordenar as escolhas da gestante/parturiente, para que as decisões desta sejam convergentes com suas vontades. A necessidade dos serviços médicos, em conjunto com a legitimidade científica do saber do profissional acabam por manter a mulher em uma relação de subordinação.

A dignidade da pessoa humana, em meio a este contexto, é fortemente prejudicada, uma vez que é atacada em três aspectos. Primeiro porque afronta diretamente o valor moral do indivíduo enquanto ser humano, quando a vítima é infantilizada, manipulada e ofendida, em momentos de absoluta vulnerabilidade. Segundo, porque afeta o valor comunitário da mulher, ofendendo-a justamente de uma perspectiva que é tão cara à sociedade: a da maternidade.

E, terceiro, porque aniquila a autonomia. Muitas das condutas que caracterizam a prática da violência obstétrica procuram impor à mulher procedimentos que não são aceitos, ou, não seriam aceitos conscientemente. Submeter a gestante a episiotomias desnecessárias, induzir o parto apenas por conveniência, agendar cesáreas com o intuito de otimizar o tempo do médico, tudo isso à revelia das escolhas da gestante, consiste num grave atentado contra direitos fundamentais do indivíduo.

Importa salientar ainda, que o discurso médico hegemônico, vale-se da aquiescência da gestante, que em grande parte dos casos concorda com os procedimentos, para justificar a execução indiscriminada de técnicas questionáveis. No entanto, quando a paciente aceita um procedimento, baseada numa justificativa que não pode ser corretamente compreendida pela falta de conhecimentos técnicos, esse consentimento está viciado, uma vez que, se habilmente informada, não aceitaria tais condutas.

Da mesma forma, aceitar a premissa de que os números alarmantes de cesáreas praticadas no Brasil são fruto de uma preferência das mulheres pela cirurgia é uma falácia. Quando a gestante opta por uma cesárea, apenas porque teme ser vítima de todos os abusos que são comumente praticados nos partos normais, não se trata de uma preferência, mas de uma alternativa para evitar sofrimentos extremos.

Obviamente, uma violência que tem incidência tão grande gera um certo volume de demandas judiciais. Esse número tende a aumentar exponencialmente, como já vem ocorrendo, diante da conscientização das próprias mulheres, que começam a aperceberem-se como vítimas, depois de anos aceitando caladas as práticas que muitas eram levadas a acreditar serem necessárias ou normais.

No contexto atual, o que tem se apresentado diante dos tribunais, são casos em que as vítimas procuram responsabilizar civilmente seus agressores. Diante das evidências de que a criminalização não tem se apresentado como medida eficaz para reduzir a prática de condutas indesejáveis, não parece inteligente incentivar a criação de novos tipos penais, até mesmo porque, muitas das práticas consideradas violentas podem ser enquadradas em tipos penais já cominados no ordenamento jurídico.

Estas lides, parte das vezes, evocam o Direito do Consumidor, geralmente quando são acionados planos de saúde e clínicas particulares, caracterizando-se uma relação consumerista. Mas, na maior parte dos casos, envolvem a responsabilização dos entes estatais, por serem os serviços de saúde garantidos constitucionalmente e oferecidos pelo Estado, adentrando na seara do Direito Administrativo.

No Congresso Nacional tramitam algumas propostas que estão relacionadas ao tema. Em geral trata-se de projetos de normas não penais com vistas a garantir o tratamento digno de pacientes e proteger a autonomia das gestantes. Porém, a apreciação de tais propostas não é uma prioridade para os legisladores em geral. Diante da ascensão do conservadorismo e do

negacionismo científico, as perspectivas de melhora no âmbito de direitos classificados como “feministas” e pautados em evidências científicas parecem cada vez mais distantes.

A mercantilização da medicina, alia-se ao modelo tecnocrático e às assimetrias de gênero gerando uma combinação favorável para a propagação da violência obstétrica. Por isso, para além da atuação estatal, para que seja reduzida a incidência da violência obstétrica, é necessária uma transformação cultural. A formação dos profissionais da área da saúde, sobretudo, a formação de médicos, deve abranger o aspecto humanizador do tratamento ao paciente.

A percepção da mulher como ser humano em igualdade de direitos, e a redução da disparidade no campo de poderes, é o que viabilizará a retomada do protagonismo do parto pela gestante, resgatando-o como evento fisiológico, e culminando na humanização do processo parturitivo. Esse é o caminho possível para combater a incidência da violência obstétrica que traumatiza, mutila e até mata mulheres Brasil afora.

## REFERÊNCIAS

- ADAM NETTO, A.; GOEDERT, M. E. Avaliação da aplicabilidade e do custo da profilaxia da oftalmia neonatal em maternidades da grande Florianópolis. *Revista Brasileira de Oftalmologia*. Rio de Janeiro, v. 68, n. 5, p. 264-270, out. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-72802009000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802009000500003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 4 de fevereiro de 2020.
- AGUIAR, J. M. de; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, nov. 2013 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001100015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 6 de abril de 2020.
- ALMEIDA, M. F. de. *A violência obstétrica como afronta aos princípios da dignidade da pessoa humana e da autonomia*. 2018. Monografia (Graduação em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018. Disponível em: <<http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/33942/1/2018>> Acesso em: 6 de abril de 2020.
- AMORIM, M. *Feminismo, direitos reprodutivos e evidências: reflexões sobre o caso da cesariana forçada de Adelir, em Torres – RS*. 2014. Disponível em: <<https://estudamelania.blogspot.com/2014/04/feminismo-direitos-reprodutivos-e.html>> Acesso em: 15 de maio de 2019.
- ANJOS, C.S.; WESTPHAL, F.; GOLDMAN, R.E.; Cesárea Desnecessária no Brasil: Revisão integrativa. *Enfermagem Obstétrica*. Rio de Janeiro, set/dez; 1(3):86-94, 2014.
- ARAUJO, M. de F.; MARTINS, E. J. S.; SANTOS, A. L. Violência de gênero e violência contra a mulher. In: ARAUJO, M. de F.; MATTIOLI, O. C. (Orgs). *Gênero e Violência*. São Paulo: Arte & Ciência, 2004. p. 17-35.
- ARAUJO, M. de F. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. *Psicologia para América Latina*. México, n. 14, out. 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2008000300012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000300012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 3 de junho de 2019.
- ARGENTINA. Ley 26,485. *Ley De Proteccion Integral A Las Mujeres*. 2009.
- BALASKAS, J. *Parto ativo: guia prático para o parto natural*. Tradução de Adailton Salvatore Meira. São Paulo: Ground, 2008.
- BALOGH, G. Pesquisa mostra que 54% das mulheres sofrem episiotomia. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 3 de junho de 2014.
- BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. In: *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 29, n. 2. Agosto, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922014000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 de outubro de 2019.

BARBOSA, G. P. *et al* Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 19(6):1611-1620, nov-dez, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600006>> Acesso em: 20 de maio de 2019.

BARROSO, L. R. *A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação*. Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2010. Disponível em: <<http://luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2016/06/Dignidade>> Acesso em: 6 de abril de 2020.

BEAUVOIR, S. de. *O segundo sexo: a experiência vivida*. Tradução de Sérgio Milliet. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016, v. 2.

BIBLIA, A. T. Êxodo. In: *A Bíblia da Mulher: leitura, devocional, estudo*. 2 ed. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2009. p. 98 – 175.

BITTAR, B. Bolsonaro critica faculdades de humanas e apoia redução de investimentos. *Correio Braziliense*. Brasília, 26 abr. 2019. Eu Estudante.

BOTELL, M. L.; BERMÚDEZ, M. R. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. In: *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*. v. 38, n. 1, jan/mar, 2018. p. 134 – 145 Disponível em: <<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57179>> Acesso em: 15 de novembro de 2019.

BOURDIEU, P. *A Dominação Masculina*. Tradução: Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2019.

BRASIL. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04>> \_Acesso em: 3 de março de 2020.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 36 de 3 de junho de 2008*. Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-n-36-de-03-de-junho-de-2008>> Acesso em: 15 de abril de 2020.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei*. PL 7633/2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. 2014. Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=249A9AB8C2BF4C96AF1FDE22405460BA.proposicoesWebExterno1?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=249A9AB8C2BF4C96AF1FDE22405460BA.proposicoesWebExterno1?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014)>. Acesso em: 15 de abril de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 306, de 28 de março de 2016. *Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

<<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias à Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal*: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)>. Acesso em: 15 de novembro de 2019.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei*. PL 8.219/2017. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. 2017b. Disponível em:

<[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=EB7F4F9933860E1DC37EAFE331C1EDE0.proposicoesWebExterno2?codteor=1584588&filename=PL+8219/2017](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=EB7F4F9933860E1DC37EAFE331C1EDE0.proposicoesWebExterno2?codteor=1584588&filename=PL+8219/2017)>. Acesso em: 10 de abril de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Despacho*: SEI-MS 9087621. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2019a. Disponível em:

<[https://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&codigo\\_verificador=9087621&codigo\\_crc=1A6F34C4&hash\\_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id](https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id)>. Acesso em: 15 de outubro de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério Público Federal. *Inquérito Civil* nº 1.34.001.007752/2013-81. Recomendação nº 29/2019. Procuradora da República Ana Carolina Previtalli Nascimento. São Paulo, 7 de maio de 2019b. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao>>. Acesso em: 10 de abril de 2020.

BUTLER, J. P. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Tradução de Renato Aguiar. 15. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

CABRAL, F.; DÍAZ, M. Relações de Gênero. In: *Cadernos afetividade e sexualidade na educação: um novo olhar*. Belo Horizonte: Gráfica e Editora Rona, 1998. p. 142-150.

CARNEIRO, M. Em torno de uma profissão feminina: a parteira. In: *Fórum Sociológico*, n. 15/16 (II Série), 2006, p. 67-82

CARVALHO, L. C. V. *Os efeitos da manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto*. 2014. Relatório de Estágio. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal, 2014.

CELMER, E. G.; AZEVEDO, R. G. *Violência de Gênero*, produção legislativa e discurso punitivo – uma análise da lei nº 11.340/2006. Boletim IBCCRIM. Ano 14, n. 170, jan. 2017. p. 15-17.

CHANTER, T. *Gênero: conceitos-chave em filosofia*. Tradução de Vinicius Figueira. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CHARTIER, R. Diferenças entre os sexos e dominação simbólica (nota crítica). *Cadernos Pagu*, n. 4, p. 37-47, 1 jan. 2008.

CIELLO, C. *et al.* Parto do princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. *Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor"*. Disponível em: <<http://repositorio.asces.edu.br/bitstream/123456789/2320/1/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2020.

COELHO, G. *A arquitetura e a assistência ao parto e nascimento: humanizando o espaço*. 2003. Dissertação (Mestrado em Arquitetura). Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

COLLING, A. M.; AZEVEDO, P. T.; Os usos da linguagem nos estudos de gênero. In: STREY, M. N.; CÚNICO, S. D. (Orgs). *Teorias de gênero: feminismos e transgressão*. Porto Alegre: EDUPUCRS, 2016.

COREN-RS (Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul). *Decisão n.º 95/2016*. Veda a participação de profissionais de enfermagem na realização da Manobra de Kristeller. 2016. Disponível em: <[https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Legislacoes/legislacao\\_cdaea2dc629c8089b0948e9eea4c7491.pdf](https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Legislacoes/legislacao_cdaea2dc629c8089b0948e9eea4c7491.pdf)>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

DELPHY, C. Rethinking sex and gender. In: *Women's Studies International Forum*. v. 16, n. 1, p. 1-9, Jan-Fev, 1993.

DEVREUX, A. M. A teoria das relações sociais de sexo: um quadro de análise sobre a dominação masculina. *Sociedade e Estado*. Brasília, v. 20, n. 3, p. 561-584, Dez. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010269922005000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269922005000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 de junho de 2019.

DINIZ, C. S. G. *et al.* A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. São Paulo, v. 20, n. 56, pp. 253-259. 2016

DINIZ, D.; GUILHEM, D. Bioética feminista: o regate político do conceito de vulnerabilidade. *Revista Bioética*, v. 7, n. 2, 1999.

DINIZ, M. I.; QUEIROZ, F. M. de. A relação entre, gênero, sexualidade e prostituição. In: *Divers@, Revista Eletrônica Interdisciplinar*. Matinhos. v. 1. p. 2-16, jan-jun, 2008.

DINIZ, S. Campanha pela abolição da episiotomia de rotina. In: *Violência Obstétrica: "parirás com dor"*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <<http://repositorio.asces.edu.br/bitstream/123456789/2320/1/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 8 de janeiro de 2020.



DINIZ, S. G.; CHACHAM, A.S.; O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. In: *Questões de Saúde Reprodutiva*. São Paulo: Editora FIOCRUZ, 2006, p. 80-91.

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. *Apelação* n.º 07003071420188070000 DF 0700307-14.2018.8.07.0000, 2ª Turma Cível. Apelantes: Claudiene Rezende Alves e Eder Pedro Borges. Apelado: Distrito Federal. Relator: Carmelita Brasil, Data de Julgamento: 21/02/2018, Data de Publicação: Publicado no PJe: 02/03/2018. 2018. Disponível em: <<https://tj-df.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/551786286/7003071420188070000-df-0700307-1420188070000>>. Acesso em: 29 de abril de 2020.

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. *Apelação* n.º 07012371220178070018 DF 0701237-12.2017.8.07.0018, 1ª Turma Cível. Apelante: Distrito Federal. Apelados: Angela Aparecida Gomes de Almeida de Souza, Cleginaldo Jose de Sousa e B.G.D.S. Relator: Hector Valverde, Data de Julgamento: 11/12/2019, Data de Publicação: Publicado no PJe: 26/12/2019. 2019. Disponível em: <https://tj-df.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/795101694/7012371220178070018-df-0701237-1220178070018/inteiro-teor-795101706?ref=serp> Acesso em: abril de 2020.

D’OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*. v. 359, maio, 2002, p. 1681-1685.

ENGELS, F. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*: em conexão com as pesquisas de Lewis H. Morgan. Tradução: Nélcio Schneider. São Paulo: Boitempo, 2019.

FAILLA, Z. (Org.). *Retratos da Leitura no Brasil 4*. Rio de Janeiro: Sextante, 2016.

FELIPE, S. T. Violência e representação (quando a arma é o pênis): um estudo do caso do filme "Acusados". In: *Revista de Ciências Humanas*. Florianópolis, 1997. v. 15. n. 21. p. 109-122.

FONTOURA, N. de O.; GONZALEZ, R. Aumento da participação de mulheres no mercado de trabalho: mudança ou reprodução da desigualdade? Nota Técnica. In: *IPEA, Mercado de Trabalho*, n. 41, Nov. 2009. p. 21-26.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *13º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo, 2019. Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br/publicacoes/13-anuario-brasileiro-de-seguranca-publica/>>. Acesso em: 28 de outubro de 2019.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Pesquisa mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*, 2010. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>>. Acesso em: 26 de abril de 2019.

GIFFIN, K. Violência de Gênero, sexualidade e saúde. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. n. 10. 1994. P. 146-155.



GOIÁS. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás. *Apelação* n.º: 03887339220128090074, Primeira Câmara Cível. Apelantes: Luciana Corrêa dos Santos Leão e Hospital Materno Infantil Willian Safatle. Apelada: Sílvia José Ferreira. Relator: Rodrigo de Silveira, Data de Julgamento: 25/07/2019, Data de Publicação: 25/07/2019. 2019. Disponível em: <https://tj-go.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/737220633/apelacao-apl-3887339220128090074/inteiro-teor-737220634> Acesso em: abril de 2020.

GOLDIM, J. R. O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia. In: SOUZA, R. T. de (Org.). *Ciência e ética: os grandes desafios*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. p. 45-64.

GROSSI, M. P. Rimando amor e dor: reflexões sobre a violência no vínculo afetivo conjugal. In: PEDRO, J. M.; GROSSI, M. P. (Orgs). *Masculino, feminino, plural: gênero na interdisciplinaridade*. Florianópolis: Ed. Mulheres, 1998. p. 293-313.

GUEDES, M. E. F. *Gênero, o que é isso?* Psicologia: ciência e profissão. Brasília, v. 15, n. 1-3, p. 4-11, 1995. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931995000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931995000100002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 de setembro de 2019.

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. Tradução: Ane Rose Bolner. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HOTIMSKY, S. N. *A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto*. Tese de Doutorado. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. O Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS): *Tolerância social à violência contra as mulheres*. 2014. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327\\_sips\\_violencia\\_mulheres\\_novo.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres_novo.pdf). Acesso em: 13 de outubro de 2019.

\_\_\_\_\_. *Estudo mostra desigualdades de gênero e raça em 20 anos*. 2017. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=29526](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29526). Acesso em: 8 de outubro de 2019.

JESUS, D. de. *Violência contra a mulher: aspectos criminais da Lei n. 11.340/2006*. 2ª Edição. São Paulo: Saraiva, 2015.

KFOURI NETO, M. *Responsabilidade Civil do Médico*. 8. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013.

LARA, B. de. “Deixei virgencinha pra você”. *The Intercept Brasil*. 2018. Disponível em: <https://theintercept.com/2018/09/10/pontodomarido/>. Acesso em: 20 de janeiro de 2020.

LARGURA, M. *Assistência ao parto no Brasil*. 3. Ed. São Paulo, 2006. Disponível em: <https://www.partohumanizado.com.br/img/livroassistenciaaopartonobrasil.pdf>. Acesso em: 15 de novembro de 2019.

LEAL, M. do C. (Coord.). *Cesarianas desnecessárias: Causas, consequências e estratégias para sua redução*. Grupo de Pesquisa Epidemiologia e Avaliação de Programas sobre Saúde Materno-infantil. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

LEITE, J. C. A desconstrução da violência obstétrica enquanto erro médico e seu enquadramento como violência institucional e de gênero. In: *Seminário Intenacional Fazendo Gênero 11 & 13<sup>th</sup> Women's Worlds Congress* (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017. Disponível em: <<http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais.pdf>>. Acesso em: 20 de maio de 2019.

LÉVI-STRAUSS, C. *As estruturas elementares do parentesco*. Petrópolis: Vozes, 1976.

LISAUSKAS, R. Estudante de medicina escreve desabafo depois de assistir a parto violento feito por professora: “chorei de raiva e frustração no quarto dos internos”. Emais. *Estadão*. 26 fev. 2016. Disponível em: <<https://emails.estadao.com.br/blogs/ser-mae/estudante-de-medicina-escreve-desabafo-depois-de-assistir-a-parto-violento-feito-por-professora-chorei-de-raiva-e-frustracao-no-quarto-dos-internos/>>. Acesso em: 20 de maio de 2020.

LOURO, G. L. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós estruturalista*. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

MACDOWELL SANTOS, C.; PASINATO IZUMINO, W. Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil. *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, v. 16, n. 1, 1 jan. 2005.

MACEDO, J. B.; ARRAES, R.; Autonomia da gestante na escolha do parto na realidade da prestação de assistência médico-hospitalar brasileira. In: *VII Jornada De Sociologia Da Saúde - Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura*. Curitiba, 2013. Disponível em: <<http://www.humanas.ufpr.br/portal/sociologiasaude/files/2013/12/AUTONOMIA-DA-GESTANTE-NA-ESCOLHA-DE-PARTO.pdf>>. Acesso em: 20 de maio de 2019.

MACKINNON, C. A. Feminismo, marxismo, método e o Estado: uma agenda para teoria. In: *Revista Direito e Práxis*. vol. 7, núm. 15, 2016, p. 798-838

MALUF FILHO, F. A Contribuição da medicina baseada em evidências para a introdução de novo conhecimento na prática clínica. *Arquivos de Gastroenterologia São Paulo*, v. 46, nº 2, p. 87-89, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ag/v46n2/v46n2a02.pdf>>. Acesso em: 15 de maio de 2019.

MAMEDE, F. V.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G.. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. In: *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. UFRJ: Rio de Janeiro, v. 2, n. 11, jun 2007, p. 331 – 336.

MARIANI, A. C.; NASCIMENTO NETO, J. O.; Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. *Cadernos da Escola de Direito*. Curitiba, v. 2, n. 25, jul/dez 2016, p. 48-60.

MARTINELLI, A. Recorde de estupros no Brasil escancara negligência com crimes de violência sexual. *HuffPost Brasil*. 19 de setembro de 2019. Disponível em: <[https://www.huffpostbrasil.com/entry/violencia-sexual-dados-estupro\\_br\\_5d7c00b0e4b077dcbd5e0acb](https://www.huffpostbrasil.com/entry/violencia-sexual-dados-estupro_br_5d7c00b0e4b077dcbd5e0acb)>. Acesso em: 18 de outubro de 2019.

MARX, K. *Trabalho Assalariado e Capital*. Tradução: Álvaro Pina. Lisboa: Editorial Avante!, 1981.

MEAD, M. *Sexo e temperamento em três sociedades primitivas*. São Paulo: Perspectiva, 1969.

MERCER, J. S. *et al.* Práticas baseadas em evidências para a transição de feto a recém-nascido. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. v. 4 n. 4, 2010 p. 173-189 Disponível em: <<http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/845/808>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2020.

MONGUILHOTT, J. J. da C. *et al.* Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 52, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102018000100200&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102018000100200&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 de junho de 2019.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. de. *Rezende: Obstetrícia fundamental*. 14. ed. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

MORAIS, R. M. de. *Violência obstétrica ou contra o obstetra?* Conselho Federal de Medicina – CFM. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26009:2016-02-26-15-10-10&catid=46:artigos&Itemid=18](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26009:2016-02-26-15-10-10&catid=46:artigos&Itemid=18)>. Acesso em: 27 de março de 2020.

MORON, A. F.; CAMANO, L.; KULAY JUNIOR, L. *Obstetrícia*. Barueri, SP: Manole, 2011.

MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1839 – 1960). *Projeto História*. São Paulo, v. 25, jul./dez. 2002. p. 197-2019

NADER, M. B. Gênero e Sexualidade. In: NADER, M. B.; RANGEL, L. A. S. (Orgs). *Mulher e gênero em debate: representações, poder e ideologia*. Vitória: EDUFES, 2014.

NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 9, jan. 2000. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11917/11167>>. Acesso em: 1 de junho de 2019.

NOGUEIRA; B. C. *Violência obstétrica: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da região Sudeste*. Faculdade de Direito de Ribeirão Preto. São Paulo, 2015.

NOGUEIRA, B. C.; SEVERI, F. C. Violência obstétrica e acesso das mulheres à justiça: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da região sudeste. *Panoptica*. v. 11, n. 2, p. 430-470, set. 2016. Disponível em: <<http://www.panoptica.org/seer/index.php/op/article/view/400>>. Acesso em: 20 de junho de 2019.

O RENASCIMENTO do parto. Direção: Eduardo Chauvet. Produção: Érica de Paula. Brasil: 2013. 1 DVD (90min).

ODENT, M. *O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto*. Tradução: Sarah Bauley. São Paulo: Ground, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf;jsessionid=BEA780D7D5851E92A7E2871602E26F8B?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=BEA780D7D5851E92A7E2871602E26F8B?sequence=3)>. Acesso em: 29 de abril de 2020.

PALHARINI, L. A. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cadernos Pagu* (49), 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/18094449201700490007>>. Acesso em: 20 de maio de 2019.

PASINATO, W. Questões atuais sobre gênero, mulheres e violência no Brasil. In: *Praia Vermelha, Estudos de Política e Teoria Social*. Universidade Federal do Rio de Janeiro – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. N. 14 e 15. Primeiro semestre de 2016, 130-154.

PIMENTEL, C. *et al.* Autonomia, risco e sexualidade. A humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. *REALIS – Revista de Estudos Antiutilitaristas e Poscoloniais*, vol. 4, nº 1, jan-jun 2014.

PIOVESAN, F. A mulher e o debate sobre Direitos Humanos no Brasil. In: Ministério das Relações Exteriores. *Direitos Humanos: atualização do debate*. Brasília: Bandeirantes, 2003, p. 39-44. Disponível em: <https://sistemas.mre.gov.br/kitweb/datafiles/NovaDelhi/pt-br/file/dh-06.pdf> Acesso em: março de 2020.

PROGIANTI, J. M.; ARAÚJO, L. M. de; MOUTA, R. J. O. Repercussões da Episiotomia sobre a Sexualidade. In: *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. vol. 12, núm. 1, março, 2008, pp. 45-49

RIO GRANDE DO NORTE. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte *Apelação* n.º: 20160200836 RN, 3ª Câmara Cível. Apelante: Associação Hospital Centenário Pau dos Ferros. Apelada: Alexandra Clívia Vieira de Sousa. Relator: João Rebouças, Data de Julgamento 05/09/2017, 2017. Disponível em: <https://tj-rn.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/504905775/apelacao-civel-ac-20160200836-rn/inteiro-teor-504905784?ref=serp> Acesso em: abril de 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. *Apelação* n.º: 70077277051, Décima Câmara Cível. Apelante: Alana Nicole Pereira e Laenir Marina Pereira

Apelado: Município de São Sebastião do Caí. Relator: Paulo Roberto Lessa Franz. Julgado em: 24-05-2018. 2018. Disponível em: <[https://www.tjrs.jus.br/novo/buscas-solr/?aba=jurisprudencia&q=Cedi%3%A7o+que+a+responsabilidade+da+administra%C3%A7%C3%A3o+p%C3%BAblica%2C+em+se+tratando+de+ato+imputado+aos+seus+agentes%2C+%C3%A9+objetiva%2C+bastando+%C3%A0+v%C3%ADtima+a+comprova%C3%A7%C3%A3o+do+evento+lesivo+e+do+nexo+etiol%C3%B3gico+entre+este+e+a+conduta+do+agente+estatal%2C+independentemente+de+culpa%2C+nos+termos+do+art.+37%2C+%C2%A7+6%C2%BA%2C+da+CF.+Hip%C3%B3tese+em+que+a+municipalidade+d&conteudo\\_busca=ementa\\_completa](https://www.tjrs.jus.br/novo/buscas-solr/?aba=jurisprudencia&q=Cedi%3%A7o+que+a+responsabilidade+da+administra%C3%A7%C3%A3o+p%C3%BAblica%2C+em+se+tratando+de+ato+imputado+aos+seus+agentes%2C+%C3%A9+objetiva%2C+bastando+%C3%A0+v%C3%ADtima+a+comprova%C3%A7%C3%A3o+do+evento+lesivo+e+do+nexo+etiol%C3%B3gico+entre+este+e+a+conduta+do+agente+estatal%2C+independentemente+de+culpa%2C+nos+termos+do+art.+37%2C+%C2%A7+6%C2%BA%2C+da+CF.+Hip%C3%B3tese+em+que+a+municipalidade+d&conteudo_busca=ementa_completa)>. Acesso em 13 de abril de 2020.

RUBIN, G. *O tráfico de mulheres*. Notas sobre a “Economia Política” do sexo. Tradução de Christine Rufino Dabat. Recife: SOS Corpo, 1993 [1975].

SABATINO, H. Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. In: *Revista Eletrônica Tempus Actas de Saúde Coletiva*. Universidade de Brasília. Centro de Estudos Avançados. Núcleo de Estudos de Saúde Pública. n. 4. v. 4. 2010. p. 143-148. Disponível em: <<http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/841/804>>. Acesso em: 20 de novembro de 2019.

SAFFIOTI, H. I. B. *O Poder do Macho*. São Paulo: Moderna, 1987.

\_\_\_\_\_. O segundo sexo à luz das teorias feministas contemporâneas. In: MOTTA, A. B. et al (Orgs). *Um diálogo com Simone de Beauvoir e outras falas*. Salvador: NEIM/UFBA, 2000.

\_\_\_\_\_. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu* (16) 2001: pp.115-136. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a07.pdf>>. Acesso em: 15 de maio de 2019.

\_\_\_\_\_. A questão da mulher na perspectiva socialista. In: *Lutas Sociais*, São Paulo, n. 27, 2ª sem., 2011, p. 82-100.

SALVATERRA, A. Bruxas no século XV, seres do mal ou apenas curandeiras sem título? In: *Aprender História de Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), 2018. p. 65-78.

SANDALL, J. *et al*. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*, v. 392, p. 1349-1357, 13 out. 2018. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31930-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31930-5/fulltext)>. Acesso em: 15 de março de 2020.

SANTIAGO, R. A.; COELHO, M. T. A. D. A violência contra a mulher: antecedentes históricos. In: *Seminário Estudantil de Produção Acadêmica*. v. 11, n. 1, 2007.

SANTOS, J. de O.; SHIMO, A. K. K. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 645-650, dez. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452008000400006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 12 de fevereiro de 2020.



SÁNCHEZ, S. B. La Violencia Obstétrica desde los aportes de la crítica feminista e la biopolítica. *Dilemata*, ano 7 (2015), n. 18, p. 93-111.

SÃO BENTO, P. A. S., SANTOS, R.S., Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 2006, v. 10, n. 3, p. 552-559.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. *Apelação* n.º 0008640-08.2013.8.26.0011 Registro: 2016.0000705260. Terceira Câmara de Direito Privado. Apelante: Flávia Magalhães Artilheiro. Apeladas: Sul América Seguro Saúde S/A e Associação Congregação de Santa Catarina. Relator: Marcia Dalla Déa Barone. Data de Julgamento: 27/09/2016. Data de Publicação: 28/09/2016 2016. Disponível em: <<https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/388928947/apelacao-apl-86400820138260011-sp-0008640-0820138260011/inteiro-teor-388928984>>. Acesso em: 12 de abril de 2020.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. *Apelação* n.º 10072914820178260322 SP 1007291-48.2017.8.26.0322, 7ª Câmara de Direito Privado. Apelante: Estela Domingues Costa Hernandez. Apelada: Assistência Médico Hospitalar São Lucas S/A. Relator: Mary Grün, Data de Julgamento: 28/05/2019, Data de Publicação: 28/05/2019. 2019 Disponível em: <[https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=12535555&cdForo=0&uuidCaptcha=sajcaptcha\\_5add4667bf0b44f3821792f3ea20e198&g-recaptcha-response=03AGdBq26M3dk3SKFoOmmwmr8RyldIn87kBg5\\_E2F7\\_218b9o8LWoWSHhKJco8QVkcPWq5cdtcXyLsJ5dZiJfj0Nf-dB2xMOCijV58x7z5Re9rl84gSXnFOeBODJR0T1dBuydPuB8\\_yFs801oItiKoZ6o-I726rVSBbequHMhkgx7kBji1KEyCGIFGoaSEp9F7OQBR\\_2dfUDzcAaeH9113OQeqVASJBKq4-NGos-956fyM9QE8zEzLcU6wbIGMIIBpMejgkwBhG\\_5Hj2F\\_JF-4zSiXkFILMDe-pcnb9\\_LehdCVn9ErLfNantBVybSm2eVhVE\\_zQhgiCNmSc94P6LRVognvikLdHRImDP5aWxLGlCscJKdW4awWU\\_IeXXLGTtDjTkmNafPCI639NvpnTQfEaVOEalPCT5IYaw](https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=12535555&cdForo=0&uuidCaptcha=sajcaptcha_5add4667bf0b44f3821792f3ea20e198&g-recaptcha-response=03AGdBq26M3dk3SKFoOmmwmr8RyldIn87kBg5_E2F7_218b9o8LWoWSHhKJco8QVkcPWq5cdtcXyLsJ5dZiJfj0Nf-dB2xMOCijV58x7z5Re9rl84gSXnFOeBODJR0T1dBuydPuB8_yFs801oItiKoZ6o-I726rVSBbequHMhkgx7kBji1KEyCGIFGoaSEp9F7OQBR_2dfUDzcAaeH9113OQeqVASJBKq4-NGos-956fyM9QE8zEzLcU6wbIGMIIBpMejgkwBhG_5Hj2F_JF-4zSiXkFILMDe-pcnb9_LehdCVn9ErLfNantBVybSm2eVhVE_zQhgiCNmSc94P6LRVognvikLdHRImDP5aWxLGlCscJKdW4awWU_IeXXLGTtDjTkmNafPCI639NvpnTQfEaVOEalPCT5IYaw)>. Acesso em: 23 de abril de 2020.

SARLET, I. W. As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico constitucional necessária e possível. *Revista Brasileira de Direito Constitucional* – RBDC n. 09 – jan./jun. 2007 P. 361-388

\_\_\_\_\_. Comentário ao artigo 1º, III. In: CANOTILHO, J. J. G.; MENDES, G. F.; STRECK, L. L.; (Coords.). *Comentários à Constituição do Brasil*. São Paulo: Saraiva / Almedina, 2013. p. 121-128.

SARTORI, E. Reflexões sobre relações de gênero, família e trabalho da mulher: desigualdades, avanços e impasses. In: *Cadernos CERU*, s. 2, n. 15, 2004. p. 171-184.

SCHNEIDER, A. S. *Repercussões do primeiro banho na pele do recém-nascido: uma revisão integrativa*. Trabalho de Conclusão de Curso – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/135520/000986867.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2020.

SCOTT, J. W. Gender: A Useful Category of Historical Analysis. In: *The American Historical Review*, v. 91, n. 5. Dez, 1986, p. 1053-1075.

SEIBERT, S. L. *et al.* Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na história. *Revista Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro, v. 13, ago. 2005. Artigos de Revisão, p. 245-251.

SESSÃO ABERTA SA#10. *Violência Obstétrica*. Podcast do Ministério Público Federal em São Paulo. Entrevistada: Ana Carolina Previtalli Nascimento. Produção: Assessoria de Comunicação do Procuradoria da República Federal de São Paulo, 6 de março de 2020. Disponível em:

<<https://podcasts.google.com/feed/aHR0cDovL3Jzcy5jYXN0Ym94LmZtL2V2ZXJlc3QvNTY5NzU2MDc5ODU4NDAYZDg3MjlmYzk1YjJhMWYzNDAtZjg3MjcyYmVhYWY4NDU1MzgxYzc4OTdiMDBmOGJjNGU?ved=0CA0QzsICahcKEwi47On30qDpAhUAAAAAHQA AAAAQBw&hl=pt-BR>>. Acesso em: 18 de maio de 2020.

SILVA, D. M. da; SERRA, M. C. de M. Violência obstétrica: uma análise sob o prisma da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana. *Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais*. v. 3, n. 2, Jul – Dez, 2017a. p. 45-65

SILVA, A. S.; SERRA, M. C. de M.; Violência obstétrica no brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ. *Questio Iuris*. v. 10, nº. 04, Rio de Janeiro, 2017b. p. 2430-2457.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. *Revista Femina*. Setembro, 2010. v. 38. n. 10. p. 505 – 516.

SOUZA, E.; BALDWIN, J. R.; ROSA, F. H. A Construção Social dos Papéis Sexuais Femininos. In: *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2000, 13(3), p. 485-496.

STREY, M. N. Violência de gênero: uma questão complexa e interminável. In: STREY, M. N.; AZAMBUJA, M. P. R.; JAEGER, F. P. (Orgs). *Violência, gênero e políticas públicas*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 13-44.

SWAIN, T. N. E por falar em liberdade... In: STEVENS, C.; OLIVEIRA, S. R.; ZANELLO, V. (Orgs). *Estudos feministas e de gênero: articulações e perspectivas*. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2014. p. 36-51.

TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuibá - MT. *Revista brasileira de enfermagem*. Brasília, v. 59, n. 6, p. 740-744, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000600004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 de março de 2020.

TELES, M. A. de A.; MELO, M. *O que é violência contra a mulher*. São Paulo: Editora Brasiliense, 2017. Disponível em:

<<https://books.google.com.br/books?id=rGgvDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q=ser%20entendida%20como%20uma%20relação&f=false>>.

Acesso em: 18 de outubro de 2019.

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth*. Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 684. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017; 129:e5–10. Disponível em: <<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Delayed-Umbilical-Cord-Clamping-After-Birth>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2020.

VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. In: *Disciplinarum Scientia*. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, 2015. p. 95-107

VENEZUELA. *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. La Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, 23 de abril de 2007. Disponível em: <<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>>. Acesso em 18 de abril de 2020.

VOGT, S. E.; SILVA, K. S. da; DIAS, M. A. B. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 304-313, Abril. 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000200304&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000200304&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 1 de maio de 2020.

WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 460-482, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104026X2001000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2001000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 de junho de 2019.