

**FACULDADE DE DIREITO DE VITÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSU EM DIREITOS
E GARANTIAS FUNDAMENTAIS**

ISABELLA GROBÉRIO GOMES

HABITUS PATRIARCAL E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: BIOLOGIZAÇÃO DO
SOCIAL, CONTROLE PATRIARCAL DOS CORPOS E VIOLAÇÃO DOS DIREITOS
FUNDAMENTAIS DAS GRÁVIDAS, PARTURIENTES E PUÉRPERAS

VITÓRIA
2021

ISABELLA GROBÉRIO GOMES

HABITUS PATRIARCAL E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: BIOLOGIZAÇÃO DO SOCIAL, CONTROLE PATRIARCAL DOS CORPOS E VIOLAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DAS GRÁVIDAS, PARTURIENTES E PUÉRPERAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos e Garantias Fundamentais da Faculdade de Direito de Vitória, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Direito.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elda Coelho de Azevedo Bussinguer.

Coorientador: Prof^o Dr. André Filipe Pereira Reid dos Santos.

VITÓRIA

2021

ISABELLA GROBÉRIO GOMES

HABITUS PATRIARCAL E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: BIOLOGIZAÇÃO DO SOCIAL, CONTROLE PATRIARCAL DOS CORPOS E VIOLAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DAS GRÁVIDAS, PARTURIENTES E PUÉRPERAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos e Garantias Fundamentais da Faculdade de Direito de Vitória, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Direito.

Aprovada em ____ de _____ de 2021

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Elda Coelho de Azevedo Bussinguer
Faculdade de Direito de Vitória
Orientador

Prof^o Dr. André Filipe Pereira Reid dos Santos
Faculdade de Direito de Vitória
Coorientador

Prof^o Dra. Carmen Simone Grilo Diniz
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Prof^o Dra. Maria Angélica Carvalho Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo

A todas as mulheres violentadas que se
viram desamparadas, sozinhas e
abandonadas no momento frágil e
simbólico do parto.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Marilda, por todo amor e apoio incondicionais que só existem na relação afetuosa entre uma filha única e sua mãe solo. Por ser meu primeiro e maior exemplo de mulher independente, por consubstanciar o perfeito paradoxo de fortaleza e sensibilidade. Por desde muito nova me mostrar todos os meus privilégios sempre que eu pedia por coisas que eu não precisava.

Ao meu companheiro, Jota, por todas as madrugadas em que ficou acordado na sala comigo, fingindo que estava fazendo outras coisas, para minimizar a solidão que a escrita impõe. Por assumir, com tanta prontidão, as minhas tarefas domésticas - além das dele - quando os meus prazos estavam curtos. Por me dar tanto apoio emocional, por ser a melhor companhia que eu poderia ter em meio a um ano que cumulou a reta final da dissertação e uma pandemia.

À minha orientadora, por ser exemplo de mulher forte e por me ensinar que, mesmo em tempos difíceis, é necessário reconhecer os próprios privilégios e encarar até os mais árduos percalços com determinação e leveza.

Ao meu coorientador André Filipe, por toda a disponibilidade e sensibilidade dedicados nas reuniões, que foram imprescindíveis para o desenvolvimento dessa pesquisa. Por me apresentar as obras e conceitos fundamentais de Bourdieu, Saffioti e Angela Davis, que certamente carregarei como aporte filosófico e sociológico na minha jornada acadêmica.

Às membras convidadas que participaram da banca de qualificação, Professoras Doutoras Carolina Bastos de Siqueira e Maria Angélica Carvalho Andrade, que contribuíram imensamente para o aperfeiçoamento do trabalho, pelos apontamentos preciosos.

Às membras convidadas para a banca de defesa, Professoras Doutoras Carmen Simone Grilo Diniz e Maria Angélica Carvalho Andrade, as quais muito admiro, por

prontamente aceitarem o convite para a participação na banca. Por significarem tanto para mim na pesquisa e no combate da violência obstétrica.

À Fundação de Apoio à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES), pelo suporte financeiro que propiciou que, ao longo dessa jornada, eu pudesse me dedicar exclusivamente à pesquisa.

Aos meus tios Luciany, Marcelo e Marta e prima Marcela, por compor o melhor núcleo familiar que eu poderia ter, por ser fonte do apoio e amor mesmo nos dias mais difíceis. Aos meus amigos Brenda, Hebert, Jarneliane, Laize, Mary, Milena, Rafaela, Sara e Vitor, por fazerem tanto por mim e serem tão fundamentais no decorrer dessa jornada. Especialmente à Brenda, que na reta final, foi essencial para que eu conseguisse chegar até o fim.

Ao Rogério, por me ajudar alcançar mais maturidade e clareza quanto aos meus objetivos e por me ajudar a manter minha saúde mental nos momentos mais difíceis. À Patrícia, por me incentivar a fazer o processo seletivo do mestrado, me encorajando a cada etapa e me emprestando, inclusive, seus livros.

À Faculdade de Direito de Vitória, por abrir meus olhos para o vasto universo da pesquisa, pela incrível estrutura institucional. Ao corpo docente e servidores que ajudam a moldar, com tanta aptidão, pesquisadores em Direitos e Garantias Fundamentais.

RESUMO

A violência obstétrica, prática comum nos hospitais e maternidades brasileiros, é toda a ação que atenta contra a dignidade e integridade da mulher durante a gestação, parto e puerpério. A presente pesquisa buscou responder se, com base nas concepções teóricas de Bourdieu acerca do *habitus* e da construção de Saffioti sobre o sistema patriarcal-racista-capitalista de dominação-exploração, é possível afirmar que o *habitus* patriarcal prevalece à ciência e às evidências científicas na prática obstétrica brasileira? Para tanto, contextualizou-se a incidência da violência obstétrica no país, considerando o índice de mortalidade materna e as sequelas da má assistência ao parto, nos setores público e privado; Buscou-se correlacionar as teorias de Bourdieu e Saffioti acerca do *habitus*, dominação masculina e o sistema patriarcal-racista-capitalista de dominação-exploração, com a cultura de violência obstétrica no país; Analisou-se, sob a ótica da bioética feminista, como o *habitus* patriarcal se vincula à própria história da medicina do parto, na construção da biopolítica foucaultiana e, inclusive no controle dos corpos especialmente vulnerabilizados; e, por fim, fora analisado se as práticas assistenciais desatualizadas, aplicadas rotineiramente nos partos das brasileiras, se fundamentam em ciência ou no *habitus* patriarcal. O trabalho observou que muitas das práticas de assistência ao parto não possuem eficácia científica e que, portanto, o *habitus* patriarcal impera sobre a ciência. As brasileiras são rotineiramente submetidas a intervenções que as mutilam e machucam não em razão do sucesso do parto, mas por serem mulheres e, portanto, terem a reprodução como sua principal função, custe o que custar a seu próprio corpo. A violência obstétrica é ainda mais comum contra as gestantes mais vulneráveis - pretas e pobres -, uma vez que são enxergadas como reprodutoras inferiores, por que são dominadas e exploradas pelo racismo e capitalismo, respectivamente.

Palavras-chave: Violência obstétrica. *Habitus* patriarcal. Intervenções obstétricas. Medicina Baseada em Evidências.

ABSTRACT

Obstetric violence, a common practice in Brazilian hospitals and maternity hospitals, is any action against the dignity and integrity of women during pregnancy, childbirth and the puerperium. This research sought to answer whether, based on Bourdieu's theoretical conceptions about *habitus* and Saffioti's construction on the patriarchal-racist-capitalist system of domination-exploitation, it is possible to affirm that patriarchal *habitus* prevails over science and scientific evidence in Brazilian obstetric practice? To this end, the incidence of obstetric violence in the country was contextualized, considering the maternal mortality rate and the consequences of poor childbirth assistance, in the public and private sectors; We sought to correlate the theories of Bourdieu and Saffioti about *habitus*, male domination and the patriarchal-racist-capitalist system of domination-exploitation, with the culture of obstetric violence in the country; It was analyzed, from the perspective of feminist bioethics, how the patriarchal *habitus* is attached to the history of childbirth medicine, in the construction of Foucault's biopolitics and, even in the control of specially vulnerable bodies; and, finally, it was analyzed whether outdated care practices, routinely applied in Brazilian births, are based on science or patriarchal *habitus*. The study noted that many childbirth care practices are not scientifically effective and, therefore, patriarchal *habitus* prevails over science. Brazilian women are routinely subjected to interventions that mutilate and hurt them not to ensure the success of childbirth, but because they are women and, therefore, reproduction is seen as their main function, no matter what it costs to their own bodies. Obstetric violence is even more common against the most vulnerable pregnant women - black and poor -, since they are seen as inferior reproducers, because they are also dominated and exploited by racism and capitalism, respectively.

Keywords: Obstetric violence. Patriarchal habitus. Obstetric interventions. Evidence-Based Medicine.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Percentual de incidência de violência no parto	20
Figura 2 - Violências cometidas durante o parto	21
Figura 3 - Frases ouvidas durante o parto.....	22
Figura 4 - Ilustração de uma episiotomia.....	23
Figura 5 - Foto de uma mulher em posição de litotomia.	24
Figura 6 - Manobra de Kristeller.	25
Figura 7 - Tipos de fórceps desenvolvidos para serem utilizado em situações diferentes a depender da posição do neonato no canal vaginal.....	57

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 MATERNIDADE SEGURA, DIREITOS FUNDAMENTAIS E O PANORAMA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PAÍS	14
2.1 CONCEITO E INCIDÊNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL E A MEDICALIZAÇÃO	19
2.2 MORTALIDADE E SEQUELAS DA MÁ ASSISTÊNCIA AO PARTO NO PANORAMA NACIONAL	26
2.3 O CASO ALYNE PIMENTEL E O RECONHECIMENTO INTERNACIONAL DE MORTE POR CAUSA MATERNA NO BRASIL	28
3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO SEXO E A DOMINAÇÃO MASCULINA	29
3.1 A VIOLÊNCIA SIMBÓLICA E SEUS REFLEXOS NAS PERCEPÇÕES DOS CORPOS	33
3.2 A INCORPORAÇÃO DO <i>HABITUS</i> SEXUADO POR MEIO DA SOCIALIZAÇÃO DO BIOLÓGICO E O MITO DA VOCAÇÃO	38
3.3 A URGÊNCIA DE UMA ANÁLISE DA OPRESSÃO DE GÊNERO QUE INCLUA OPRESSÃO DE CLASSE E RAÇA	44
4 BIOPOLÍTICA, MEDICALIZAÇÃO E O CONTROLE DOS CORPOS FEMININOS E DO PARTO	50
4.1 UMA BREVE SINOPSE DA HISTÓRIA DO USO BIOPOLÍTICO DA MEDICINA	50
4.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, MEDICALIZAÇÃO E EXCLUSÃO DAS MULHERES DO PARTO	54
4.3 O <i>HABITUS</i> PATRIARCAL NA CONSTRUÇÃO EPISTEMOLÓGICA DA OBSTETRÍCIA, AUTONOMIA DA MULHER E AS CATEGORIAS DE RAÇA E CLASSE	59
5 INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS, A CARÊNCIA DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E O <i>HABITUS</i> PATRIARCAL	65

5.1 CESARIANAS NO BRASIL EM NÚMEROS ABSOLUTOS E NO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE	68
5.2 ASSISTÊNCIAS NÃO CIRÚRGICAS REALIZADAS NOS PARTOS DE RISCO HABITUAL	71
5.2.1 Episiotomia	72
5.3 A AUSÊNCIA DE APORTE CIENTÍFICO PARA A PERPETUAÇÃO DAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS, O CONTROLE DOS CORPOS E DOS PROCESSOS REPRODUTIVOS DA MULHER	75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS	84

1 INTRODUÇÃO

Ser mulher em idade fértil no Brasil é perder a própria autonomia para decidir se quer ou não cumprir o “destino biológico” da reprodução, imposto pela dominação masculina, já que o Estado proíbe a interrupção antecipada da gravidez caso os métodos contraceptivos falhem. As brasileiras não têm autonomia mesmo quando há o desejo pela reprodução, já que lhes são retiradas a liberdade da escolha da via de parto e protagonismo nessa experiência. Há, pelo contrário, violência.

Segundo publicação da Fundação Perseu Abramo (VENTURI; GODINHO, 2013), 53% das mulheres que foram hospitalizadas em decorrência de aborto alegaram ter sofrido algum tipo de violência por parte de profissionais da saúde, incluindo omissão de informações, falha na obtenção de consentimento, atraso e negligência na assistência, maus tratos verbais. Quanto às violências sofridas durante o parto, 25% das mulheres alegaram ter sofrido violência, incluindo xingamentos, recusa ao fornecimento de medicamentos para alívio da dor e recorrentes exames de toque vaginal.

No Brasil, pouco mais de 64 mulheres morrem por causas relacionadas à gravidez a cada 100.000 nascidos vivos, conforme Sá e Benevides (2019). O índice que compara as mortes maternas com a quantidade de nascimentos é a Razão de Mortalidade Materna (RMM), e é utilizada internacionalmente.

De todo modo, considerando os índices apontados a título de RMM, é verdade que “A morte materna é um evento raro, e mesmo em locais com taxas elevadas, sua medida pode ser difícil e complexa. Uma vez que os números são pequenos, não é simples detectar tendências da melhoria ou da deterioração” (DINIZ, 2009, p. 314).

Entretanto, como assevera a mesma autora, mesmo considerando que a morte materna não é algo comum, não existe nenhuma evidência de melhora na segurança da gravidez e do parto para as mulheres (DINIZ, 2009). Sabendo que os números de mulheres que morrem em razão da gravidez são relativamente baixos, é importante que a atenção seja voltada às vítimas sobreviventes da violência obstétrica.

A morbidade, ou seja, as sequelas deixadas nas mulheres, possui números muito maiores que os de morte. É, em muitos casos, grave, e traz prejuízos à qualidade de vida da mulher e sua saúde. A morbidade pode não se relacionar com negligência, imperícia nem imprudência profissional e, portanto, inevitável. Mas pode, também, ser fruto de violência obstétrica - deliberada ou institucionalizada.

É importante contextualizar que, durante o desenvolvimento da presente pesquisa, se deu a primeira infecção humana pelo novo coronavírus, vírus respiratório, - transmitido pelas mucosas, por meio de aerossóis - e o desencadeamento de uma pandemia. É indispensável notar que a pandemia da COVID-19 (CoronaVirus Disease 2019) evidenciou as fragilidades dos países subdesenvolvidos e os problemas já existentes no sistema de saúde.

Não obstante o cenário delicado dentro do qual o Brasil - e o mundo - se encontram, é indispensável frisar o papel do governo federal e sua contribuição para a potencialização da crise sanitária. O Chefe de Estado Jair Bolsonaro, dentre outras coisas, difundiu afirmações anticientíficas, defendeu uso de medicamentos sem comprovação científica de eficácia, desincentivou o uso de máscaras para a proteção contra o vírus, se omitiu nos momentos oportunos para compra de vacina e na elaboração de um plano nacional de vacinação. Tudo isso contribuiu para que o colapso não fosse só no sistema de saúde, ocasionando também crises nos âmbitos político e econômico.

Ao investigar as consequências da pandemia no âmbito da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, é possível perceber a fragilidade das mulheres gestantes, parturientes e puérperas nesse cenário. Segundo Pereira et al. (2020, p. 14), os efeitos da pandemia impactam na saúde, principalmente das mulheres e gestantes “[...] acentuando as iniquidades de gênero, as vulnerabilidades sociais e as fragilidades na atenção à saúde previamente existentes”.

A necessidade de se pesquisar as afetações à saúde materna já é urgente, e essa importância é evidenciada em um contexto de crise sanitária. Como explica Beauvoir (1949), é preciso estar especialmente vigilante aos direitos das mulheres durante uma crise - seja ela política, econômica ou religiosa -, uma vez que os direitos conquistados não são permanentes e é, portanto, imprescindível estar sempre atento.

O estudo da violência obstétrica é fundamental para as ciências sociais na medida em que, essencialmente, preocupa-se com a saúde, integridade e bem-estar da mulher justamente em momentos de muita fragilidade: durante a gravidez, parto e puerpério. A violência obstétrica, em todas as suas modalidades - verbal, sexual, psicológica, física, midiática, institucional e material -, é um problema real que afeta grandemente a vida das brasileiras.

O uso indiscriminado e desnecessário de procedimentos invasivos, o destrato por parte dos profissionais de saúde durante a gravidez, parto e puerpério e o desrespeito à autonomia da mulher geram sofrimento mental e físico na parturiente. Por outro lado, o medo das mulheres do parto normal pode levar a ilusão de que o parto cesáreo é mais seguro, premissa que, como será abordado no decorrer do trabalho, se revela falsa.

No setor privado e, principalmente no sudeste do Brasil, o número de cesáreas é elevado, estando muito acima dos parâmetros considerados aceitáveis pela Organização Mundial da Saúde, que recomenda que os partos cirúrgicos ocorram somente entre 5% e 15% dos casos. A visão cultural do corpo feminino como defeituoso e incapaz de parir sem assistência facilitam o aumento desse índice de cesarianas, como afirma Diniz (2009). É inegável que o medo das brasileiras de sofrer intervenções dolorosas durante um parto vaginal em muito contribui para que os números de partos cesáreos sejam tão elevados.

Em estudo feito por Belizán, Althabe e Cafferata (2007) comprovou-se riscos aumentados de mortalidade materna e neonatal, além de haver riscos maiores de histerectomia (remoção cirúrgica do útero), dor abdominal, morbidade respiratória neonatal, morte fetal, placenta prévia e ruptura uterina em gestações futuras. Nesse cenário, parece restar às mulheres, assim, escolher entre uma cirurgia de médio porte (e seus riscos) ou sofrer com intervenções invasivas no trabalho de parto por via vaginal.

Esse dilema das brasileiras não significa liberdade. O controle dos próprios processos sexuais e reprodutivos não pode consistir em escolher entre o “ruim” e o “pior”. Tais alternativas engessadas provêm da ideia de um parto medicalizado e

institucionalizado onde as mulheres são meros sujeitos passivos da técnica médica, controlada e protagonizada pelo profissional médico.

Por isso se faz tão necessário uma abordagem que, além de apresentar os dados sobre a violência obstétrica no país, investigue também a influência dos papéis de gênero e feminilidade. Papéis esses que impõem a maternidade compulsória e transformam em natural o que é, verdadeiramente, fruto de construção social do sexo. A partir dessa análise, a própria compreensão de violência obstétrica é esclarecida como uma violência eminentemente de gênero.

As ciências sociais e humanas se consubstanciam em importante ferramenta para diagnosticar - e possivelmente combater - a ameaça à saúde reprodutiva das brasileiras. Nesse sentido, é imprescindível que sejam consideradas as construções sociais de um sistema patriarcal-racista-capitalista que torna as mulheres (em especial as mulheres negras e pobres) alvos vulneráveis de toda sorte de violência, inclusive a obstétrica.

Assegurar a saúde física e mental das gestantes, parturientes e puérperas precisa ser uma preocupação no campo da saúde e necessita de proteção no âmbito dos Direitos Fundamentais. Ter um parto digno e seguro é um direito. Por isso é tão importante que seja investigado o contexto social no qual a violência obstétrica se insere, de dominação masculina, racista e de exploração capitalista. A partir dessa análise da realidade é possível problematizar também a própria medicalização do parto, construída nesse contexto de dominação-exploração.

Para as mulheres que desejam ter filhos e optam por manter a gravidez a realidade brasileira as sujeitam à violência obstétrica, perpetrada pelos profissionais e instituições de saúde. Aquelas que não desejam ter filhos sofrem violência por parte do próprio Estado, que as sujeitam à criminalização da interrupção antecipada da gravidez.

Preocupar-se com a saúde no parto é preocupar-se com a saúde das mulheres. Afinal, elas adoecem - e em alguns casos morrem - durante a gravidez, parto e puerpério em decorrência de uma violência que, inescrupulosamente, é ainda mais comum e pífida

quando perpetrada contra as mulheres que sofrem com a opressão de raça e a exploração de classe.

Assim, a presente dissertação busca responder à seguinte pergunta de pesquisa: Com base nas concepções teóricas de Bourdieu acerca do *habitus* e da construção de Saffioti acerca do sistema patriarcal-racista-capitalista de dominação-exploração, é possível afirmar que o *habitus* patriarcal prevalece à ciência e às evidências científicas na prática obstétrica brasileira?

Nesse sentido, o trabalho se propôs a contextualizar a incidência da violência obstétrica no país, considerando o índice de mortalidade materna e as sequelas da má assistência ao parto, nos setores público e privado. Buscou também correlacionar as teorias de Bourdieu e Saffioti acerca do *habitus*, dominação masculina e o sistema patriarcal-racista-capitalista de dominação-exploração, com a cultura de violência obstétrica no país.

O estudo tem o objetivo, também, de analisar como o *habitus* patriarcal se vincula à própria história da medicina do parto, na construção da biopolítica e, inclusive, no controle dos corpos femininos. Por fim, a presente dissertação se propôs a analisar se as práticas assistenciais desatualizadas, aplicadas rotineiramente nos partos das brasileiras, se fundamentam em ciência ou no *habitus* patriarcal.

Na discussão acerca da violência obstétrica, muito importantes são as ponderações de Bourdieu acerca da dominação masculina e construtos de feminilidade/masculinidade. Para isso, serão de crucial importância a sua teoria, principalmente no que tange à sua noção de *habitus* - responsável pela internalização das diferenças socialmente construídas entre os gêneros - é um importante conceito a ser utilizado em toda a pesquisa.

Além disso, os estudos feministas de Saffioti e Davis ajudam a problematizar as questões de raça e classe, categorias essenciais em uma análise de violência obstétrica na realidade brasileira. Nesse sentido, as ponderações das autoras que versam sobre os sistemas de dominação consubstanciados no patriarcado e no racismo, além da exploração capitalista, unem-se aos conceitos de Bourdieu e compõem, assim, o aporte teórico.

Compondo também o alicerce do presente trabalho está a historicização da exclusão das mulheres (parteiras) no cenário de parto, além das teorizações de Foucault acerca da biopolítica e controle dos corpos, que serviram como um importante aporte para análises acerca da história da medicina, medicalização do parto e da própria gênese da violência obstétrica. É importante mencionar também as construções teóricas da bioética feminista, que serviram de base para uma estruturação analítica acerca da vulnerabilidade da mulher - e a vulnerabilidade ainda maior das mulheres negras e pobres - no processo de parto, atualmente medicalizado e protagonizado pela figura do médico.

2 MATERNIDADE SEGURA, DIREITOS FUNDAMENTAIS E O PANORAMA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PAÍS

No ordenamento brasileiro não há lei federal que verse sobre violência obstétrica, como é o caso dos vizinhos latino-americanos, Argentina e Venezuela. A lei argentina nº 26.485 traz um importante conceito, definindo violência obstétrica como “[...] aquela que exerce o profissional de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressada no tratamento desumanizado, abuso de medicação e patologização dos processos naturais [...]” (ARGENTINA, 2009).

A Lei nº 26.485 (ARGENTINA, 2009), também setoriza as violências nos tipos físico, psicológico, sexual, econômico e simbólico. A lei argentina inspirou-se na norma venezuelana, que é anterior e, desde 2007, versa o mesmo conceito explicitado pela lei nº 26.485. A “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” caracteriza a violência obstétrica como aquela que implica “[...] perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres” (REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, 2007, p. 30).

Uma importante lei brasileira que, em âmbito nacional, se relaciona diretamente ao bem-estar físico e psicológico da gestante, parturiente e puérpera é a Lei do Acompanhante, que alterou a lei 8.080/1990, dispondo que:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente (BRASIL, 2005).

A presença de um acompanhante, da escolha da gestante, durante o trabalho de parto, parto e pós parto é muito benéfico para o processo de parturição, havendo evidências de aumento de parto vaginal espontâneo, diminuição da duração do trabalho de parto, redução dos partos cesáreos, partos vaginais instrumentais e do uso de analgesia (BOHREN et al., 2017).

Contudo, não existe norma, a nível nacional, que conceitue e penalize a violência obstétrica, abarcando de modo tão profundo e específico quanto os exemplos internacionais. São dignas de serem mencionadas as Leis Estaduais nº 17.097 (SANTA CATARINA, 2017), nº 23.175 (MINAS GERAIS, 2018) e nº 3.385 (TOCANTINS, 2018) como exemplos de medidas descentralizadas voltadas à proteção dessas mulheres grávidas, parturientes e puérperas. Tais leis se preocuparam em definir a violência obstétrica e, além disso, elencar atos considerados violentos.

Não se pode negar, apesar do válido esforço legislativo desses estados, que é urgente a necessidade de uma lei que unifique, padronize e, principalmente alcance todas as mulheres. Há, de fato, a possibilidade de responsabilizar o perpetrador de violência obstétrica por meios jurídicos já existentes, utilizando-se o Código Civil, os Códigos de Ética Profissionais e o Código Penal Brasileiro. Contudo, nem sempre esse arcabouço de normas genéricas será capaz de apreender as maneiras sutis, insidiosas e naturalizadas pelas quais a violência obstétrica se manifesta.

Por essa razão se faz importante, também, a apreciação dos direitos fundamentais das grávidas, parturientes e puérperas. Por serem basilares, alcançam a todas e, não obstante, os direitos fundamentais abarcam também os direitos previstos e garantidos em Tratados e Convenções Internacionais.

Os direitos fundamentais são, basicamente, os direitos humanos acolhidos e positivados no direito nacional. A fundamentalidade do direito está em sua imprescindibilidade, uma vez que são direitos fundamentais aqueles que servem de base também para demais direitos. São aqueles pautados, inquestionavelmente, nas

necessidades do ser humano. Pedra, citando Salgado, classifica em quatro grupos de direitos fundamentais, são eles:

os direitos individuais, considerando os direitos fundamentais a partir da perspectiva do indivíduo humano; os direitos sociais, considerando os direitos fundamentais na perspectiva do social; os direitos humanos, considerando esses direitos integrados dialeticamente como universais e ao mesmo tempo singulares; direitos políticos, como uma forma de superação da dicotomia poder-direitos fundamentais (SALGADO, 1996, apud PEDRA, 2018, p. 116).

Os direitos sociais elencados no artigo 6º da Carta Magna Brasileira (educação, saúde, trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade...) incluem expressamente a preocupação com as mulheres gestantes, parturientes e durante o puerpério, ao abordar a proteção à maternidade.

O direito a uma maternidade segura, contudo, possui seu maior arcabouço nos tratados e convenções internacionais. Por isso, é importante destacar o artigo 5º da Constituição Federal Brasileira, que em seu parágrafo 2º, traz a disposição de que "Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte" (BRASIL, 1988).

Nesse contexto, Piovesan (2014) leciona que a Declaração Universal de 1948 – reiterada pela Declaração de Direitos Humanos de Viena em 1993 – foi a primeira a militar em defesa das mulheres, sendo reflexo da preocupação surgida com as atrocidades e tratamentos desumanos cometidos na Segunda Guerra Mundial.

Gonçalves (2011) assevera que, em relação ao Sistema Global de Proteção aos Direitos Humanos destinado às mulheres, insta mencionar a Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – a qual o Brasil ratificou em 1984. Em âmbito regional, Gonçalves (2011) destacou a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (também conhecida como a Convenção de Belém do Pará), ratificada em 1995 pelo país.

A Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher foi, internacionalmente, um grande marco para direitos femininos ao buscar igualdade material, assegurando garantias diferenciadas a esse grupo de pessoas, levando em consideração a situação de vulnerabilidade e a desigualdade de condições sociais.

Sendo a primeira convenção a tratar sobre o combate à violência contra a mulher, a Convenção de Belém do Pará é de indubitável importância, definindo em seu artigo 1º que a violência contra a mulher é “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” (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1996).

Analisando historicamente o processo de reconhecimento dos direitos das mulheres nas últimas décadas, Piovesan (2014) diz que o conteúdo de direitos humanos internacionais voltados à mulher podem ser setorizados nos seguintes tópicos: discriminação contra a mulher, violência contra a mulher e, por fim, direitos sexuais e reprodutivos. Este último, principalmente, merece enfoque.

O termo “direitos reprodutivos” foi utilizado pela primeira vez na I Conferência Internacional de Direitos Humanos, em 1968, no Irã, estabelecendo, nessa toada, que “os pais têm como direito humano básico decidir de forma livre e responsável sobre o número e o espaçamento de seus filhos e o direito à educação adequada e informação a este respeito” (MATTAR, 2008, p. 67).

Fica suficientemente claro, nesse sentido, que o acordo firmado entre as nações inclui a garantia de informação e políticas públicas voltadas aos direitos reprodutivos dos cidadãos, para que tais prerrogativas sejam garantidas. Sabe-se, entretanto, que são direitos inegavelmente destinados às mulheres. Isso porque, culturalmente, o planejamento familiar e o peso da responsabilidade contraceptiva recaem, culturalmente, sobre as mulheres. O que é, de fato, um fardo bem pesado, já que nenhum método contraceptivo é totalmente eficaz.

Sob uma perspectiva feminista, portanto, o direito de controlar os próprios processos reprodutivos deve incluir, também, o direito ao abortamento seguro, além do exercício da maternidade segura e livre de violência. Entretanto, como o aborto é criminalizado no Brasil, a obrigação estatal se limita - ao menos - à garantia dos demais direitos, como o da maternidade segura e o planejamento familiar.

Um importante marco na construção do arcabouço de normas protetivas às mulheres e sua reprodução está na Declaração e Programa de Ação da Conferência

Internacional sobre população e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994, em seu parágrafo 7.2, incluindo

[...] o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que dêem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. De conformidade com definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva (ONU, 1994, p. 62).

O Brasil foi um dos mais de 170 países participantes da Convenção do Cairo e, como membro desse Programa de Ação. Por essa razão, deve também garantir que os direitos das mulheres nos processos de gravidez, parto e puerpério sejam devidamente assegurados. Afinal, tendo em vista que os direitos e garantias fundamentais se estendem aos tratados e convenções internacionais, o direito a um processo reprodutivo íntegro e respeitoso é também um direito fundamental da mulher brasileira.

Nessa toada, Mattar e Diniz (2012, p. 111) afirmam que o exercício da maternidade deve ser feito sob a ótica dos direitos humanos e gerando a igualdade de gênero, de modo a garantir às mulheres uma maternidade “voluntária, segura, socialmente amparada e prazerosa”.

Embasadas em relatório publicado pela Organização Mundial da Saúde, as autoras também indicam que a prerrogativa de vivenciar uma maternidade segura faz parte dos direitos fundamentais da pessoa humana, abarcando também os direitos à vida, à liberdade e segurança pessoal, à saúde, à proteção na maternidade e à não-discriminação da mulher (MATTAR; DINIZ 2012).

Nesse sentido, é preciso também superar a crença que relaciona a maternidade a, necessariamente, um momento de sofrimento físico e emocional. Isso é, na verdade, fruto de “uma cultura discriminatória, punitiva e correcional dirigida às mulheres” (DINIZ, 2009, p. 322) e de cunho misógino.

Tal cultura discriminatória consubstancia-se também nos métodos assistenciais à parturição que habitualmente não consideram o desconforto físico e psicológico da gestante. Do mesmo modo, os maus-tratos, a linguagem inacessível e a negativa de

acompanhante se configura em violação aos direitos fundamentais das mulheres. Por isso, entender o que constitui a violência no ciclo gravídico-puerperal e como ela se manifesta é essencial para identificá-la.

2.1 CONCEITO E INCIDÊNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL E A MEDICALIZAÇÃO

Segundo Medina (2009), violência obstétrica é toda ação ou omissão, direta ou indiretamente perpetrada pelos profissionais de saúde, que atinja a mulher no que concerne à inviolabilidade corporal e seus direitos reprodutivos. Segundo a autora, sendo agente de saúde do setor público ou privado, ele será o legitimado ativo desse tipo de violência ao executar procedimentos desnecessários que desumanizam o ato de parir.

O Dossiê para a CPMI da Violência contra a mulher, elaborado pela Rede Parto do Princípio (2012) conceitua a violência obstétrica em vários âmbitos e em diversas formas de incidência possíveis. Em seu caráter físico, a violência obstétrica se manifesta quando os profissionais da saúde machucam ou manipulam fisicamente a parturiente.

Ainda segundo o dossiê, a agressão às parturientes na modalidade psicológica é aquela que causa abalo emocional, fazendo-as sofrer por meio de humilhações, piadas ou, ainda, utilizando-se de um linguajar técnico e ininteligível. Sofre violência obstétrica de cunho sexual a mulher que é sujeita à violação de sua intimidade, seus direitos reprodutivos e seu corpo (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

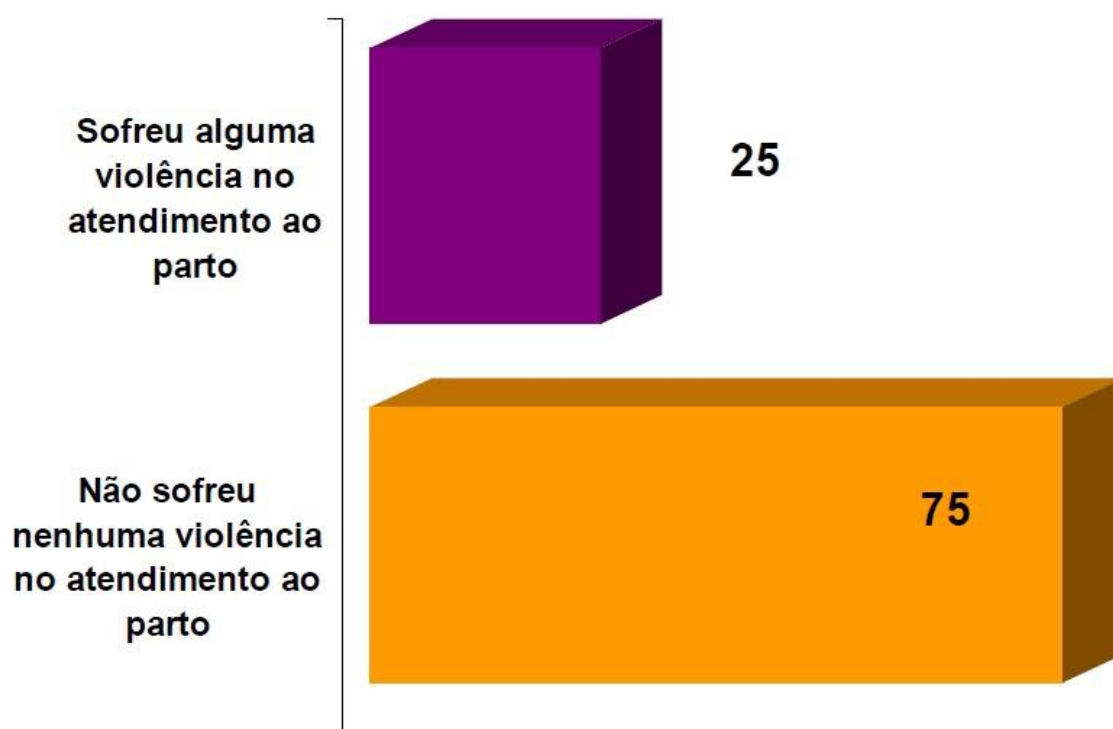
Configura dano material a violência obstétrica que visa lucrar indevidamente pela ocasião do parto e do trabalho de parto, como, por exemplo, cobranças indevidas pelos planos de saúde. A de caráter institucional deixa a parturiente à mercê das dificuldades e impedimentos criados pelos profissionais ou surgidos na organização hospitalar, como acontece com os acompanhantes obstados de entrar nas salas de parto. Por fim, ridicularizar o parto normal e incentivar o feito de cirurgias cesarianas, sem indicação técnica individualizada, são exemplos de violência obstétrica midiática (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Importa destacar que a violência durante o ciclo gravídico-puerperal pode acontecer também nas situações de abortamento. Mais da metade das mulheres atendidas por complicações envolvendo aborto foram destratadas sofrendo, inclusive, ameaça de prisão e violência verbal (VENTURI; GODINHO, 2013).

Quando falamos de violência obstétrica perpetrada contra mulheres fora do contexto de abortamento, o índice de violência baixa para 25%. As mulheres brancas, casadas, de alto grau de escolaridade foram menos afetadas - mas não blindadas - dessa violência (VENTURI; GODINHO, 2013).

Em pesquisa de 2013 com abrangência nacional apontou que 25% das mulheres que tiveram partos naturais sofreram algum tipo de violência, como é possível verificar no gráfico da Figura 1 a seguir, da pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado:

Figura 1 - Percentual de incidência de violência no parto

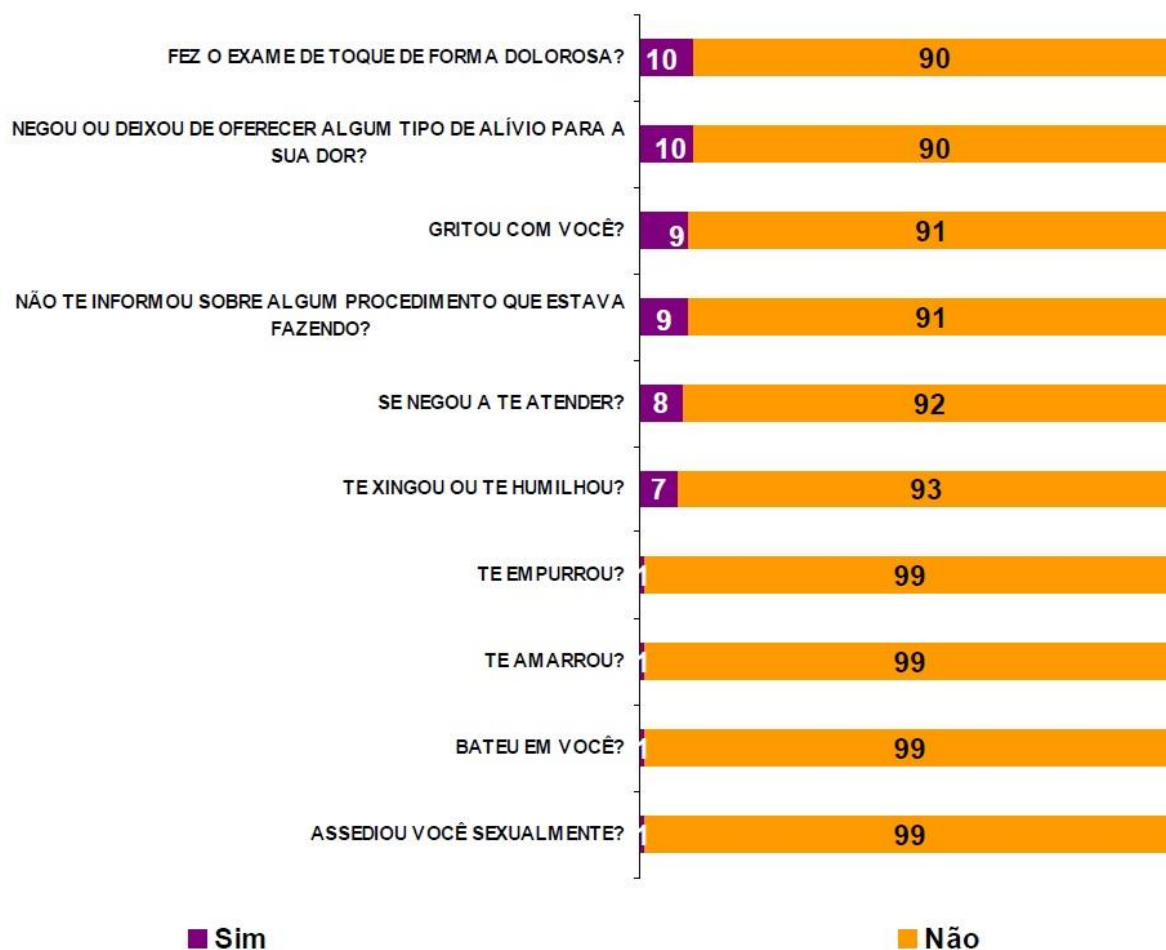


Fonte: VENTURI; GODINHO, (2010).

Alguns quesitos abordaram questões que refletem o triste cenário da prática obstétrica brasileira. As respostas afirmativas pelas entrevistadas foram, respectivamente: “fez

o exame de toque de forma dolorosa?"; "negou ou deixou de oferecer algum tipo de alívio para a sua dor?"; "gritou com você?"; "não te informou sobre algum procedimento que estava fazendo?"; "se negou a te atender?"; e "te xingou ou te humilhou?" (VENTURI; GODINHO, 2013), conforme apresentado na Figura 2.

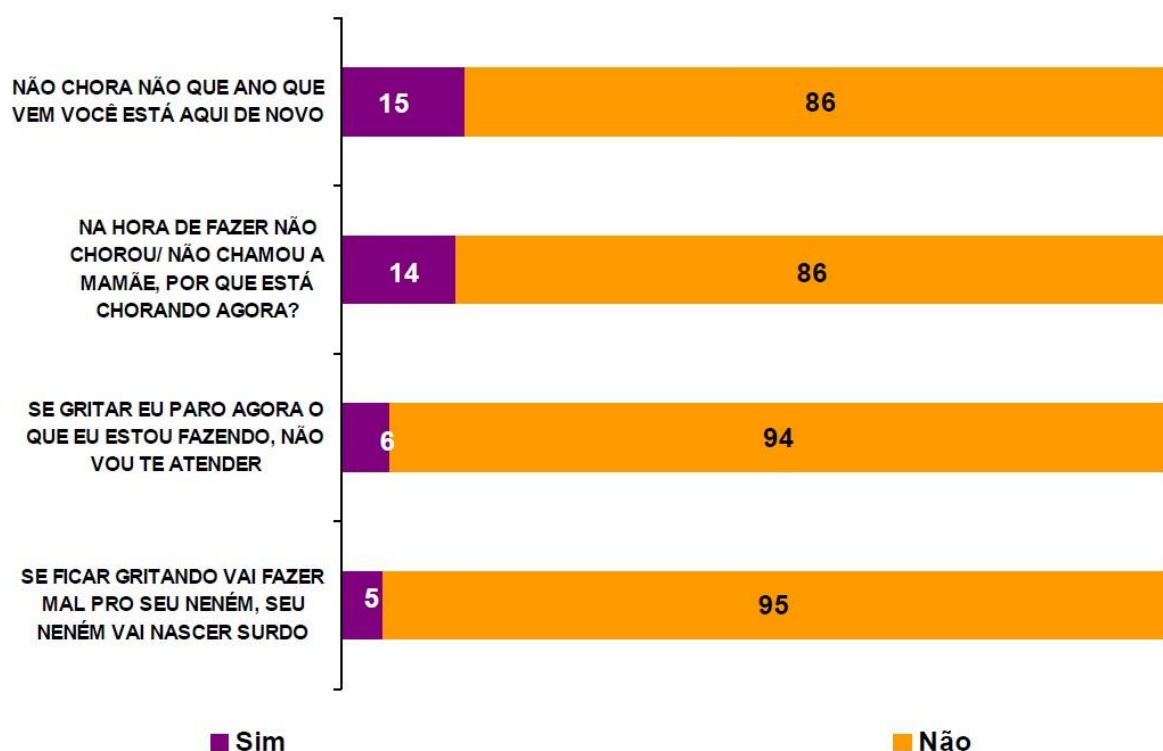
Figura 2 - Violências cometidas durante o parto



Fonte: VENTURI; GODINHO, (2010).

A mesma pesquisa coletou informações, dentre as quais foram verificados despropósitos durante o parto, tendo a confirmação de que 23% das entrevistadas sofreram esse tipo de violência. As frases mais ouvidas pelas vítimas foram, respectivamente: "não chora não que ano que vem você está aqui de novo"; "na hora de fazer não chorou/ não chamou a mamãe, por que está chorando agora?"; "se gritar eu paro agora o que eu estou fazendo, não vou te atender"; e "se ficar gritando vai fazer mal pro seu neném, seu neném vai nascer surdo", como é apontado a seguir na Figura 3.

Figura 3 - Frases ouvidas durante o parto.



Fonte: VENTURI; GODINHO, (2010).

Para além das violências como as relatadas na supracitada pesquisa, é preciso também lançar um olhar à violência obstétrica cometida através de intervenções invasivas. Muitas dessas intervenções são potencialmente danosas e desnecessárias, configurando violência obstétrica na modalidade física. Nesse contexto, convém trazer alguns dos dados do país.

O procedimento da episiotomia (Figura 4) – quando o profissional de saúde abre cirurgicamente a musculatura e o tecido erétil da vulva e vagina – acontece, no Brasil em 94,2% dos partos vaginais das mulheres em trabalho de parto pela primeira vez (ALTHABE; BELIZÁN; BERGEL, 2002). O uso do fórceps para a retirada mecânica do bebê do canal vaginal é também rotineiro (DINIZ, 2005). No âmbito privado esses procedimentos são menos comuns, sendo o procedimento assistencial mais comum é a cesariana eletiva, explica Diniz (2005).

Figura 4 - Ilustração de uma episiotomia.



Fonte: YEOMANS (2017).

É alarmante averiguar a incidência de assistência invasiva nas mulheres que efetivamente não precisam dela, causando, assim, mais mal do que bem à parturiente e ao neonato. A Pesquisa Nascer no Brasil, estudo nacional de base hospitalar ocorrida entre 2011 e 2012, averiguou percentuais de intervenções durante o trabalho de parto em mulheres que não precisam de assistência intervencionista para parir no Brasil. Os índices foram: em cerca de 70% das parturientes punção venosa periférica; em aproximadamente 40% houve uso de ocitocina e a amniotomia; e cerca de 30% utilizou-se de analgesia epidural (LEAL et al., 2014).

Nessa mesma pesquisa, constatou-se que durante a parição das mulheres de risco habitual – que, de regra, não necessitam de técnica médica para parir – foram apontadas as técnicas da posição de litotomia (Figura 5) em 92% das mulheres, a manobra de Kristeller (Figura 6) em 37% e episiotomia em 56% das parturientes, sendo que somente 5% delas tiveram partos vaginais sem qualquer intervenção (LEAL et al., 2014).

Figura 5 - Foto de uma mulher em posição de litotomia.



Fonte: BELTRAN (2019).

É importante frisar o que a pesquisa *Nascer no Brasil* aponta como Boas Práticas, ou seja, práticas que tornaram o trabalho de parto e parto mais respeitoso e preocupado com o bem-estar da parturiente. O estudo considerou boas práticas, durante o trabalho de parto: a alimentação, a movimentação, os métodos não farmacológicos para alívio da dor no parto e o uso de partograma. Ainda segundo a pesquisa, cerca de 25% se alimentaram durante o parto, 28% fez uso de procedimentos não farmacológicos para a dor e quase 50% pôde deambular - movimentar-se durante o trabalho de parto. (LEAL et al., 2014)

As assistidas do sistema público de saúde foram menos contempladas por analgesia epidural apesar de, no sistema público, ser mais comum o uso da ocitocina - hormônio que acelera o trabalho de parto (LEAL et al., 2014). A ocitocina e a amniotomia (ruptura artificial da membrana amniótica) foram mais frequentes nas mulheres de menor escolaridade, entretanto, não houve maior uso da analgesia epidural.

Nesse contexto, é oportuno dizer que a prática da amniotomia e o uso da ocitocina servem para acelerar o processo de parturição. A ocitocina, conforme Diniz (2009), aumenta a dor durante o parto, beirando a insuportabilidade. Por meio de análise cuidadosa, contudo, é possível perceber uma questão intrigante: Se o hormônio

acelerador do parto aumenta tanto a dor, como podem as usuárias do sistema público serem menos contempladas com analgesia? É mais aceitável que algumas mulheres sintam mais dor que outras? A prática obstétrica não passa ilesa às interferências culturais. Por isso se evidencia, mais uma vez, a pertinência de uma análise que abarque os construtos sociais.

Como abordado acerca da amniotomia e da ocitocina, é comum que nos hospitais e maternidades brasileiros sejam executadas intervenções obstétricas que visam a aceleração do trabalho de parto. A constante tentativa de controlar os processos fisiológicos se mostram altamente frequentes nos partos medicalizados (LEAL et al., 2014).

Figura 6 - Manobra de Kristeller



Fonte: PENINA, (2014).

Desde 1985 a comunidade médica internacional e a Organização Mundial da Saúde prevê que o índice aceitável de cesárea está entre 10%-15% (WHO, 2015). Cesáreas salvam vidas e são benéficas quando bem indicadas, por razões médicas, baseadas em evidências. As cesáreas desnecessárias, que extrapolam os percentuais aceitáveis - entre 10% e 15% da população - não estão associadas com menores

índices de mortalidade materna e neonatal. O Brasil, na contramão do que as evidências recomendam, é o segundo país do mundo em que mais se fazem cesáreas, sendo essa a via eleita em 56% de todos os partos, tanto do setor público quanto do privado (BOERMA et al., 2018).

Um modelo de assistência obstétrica todo voltado para o médico, seu tempo e seus instrumentos, a pretensão de controle e manipulação dos partos - na tentativa de torná-los cada vez mais artificiais e menos fisiológicos - são alguns dos fatores que propiciam a violência obstétrica.

2.2 MORTALIDADE E SEQUELAS DA MÁ ASSISTÊNCIA AO PARTO NO PANORAMA NACIONAL

Todos os dias, aproximadamente 830 mulheres morrem no mundo por causas relacionadas ao parto e nascimento, sendo a maioria dessas mortes evitáveis. Não obstante, quase todas as mortes maternas acontecem em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (OPAS, 2018).

Na Declaração do Milênio (ONU, 2000) das Nações Unidas, o Brasil comprometeu-se, juntamente a outras Nações, a reduzir as taxas de mortalidade materna em 75% em relação aos níveis existentes em 1990 até o ano de 2015. Em 1990, a Razão de Mortalidade Materna brasileira era de 143,2 e a meta prevista na declaração não foi alcançada até 2015. Se comparados os anos de 1990 até os últimos dados a que se tem acesso, ou seja, de 2017, a redução foi de aproximadamente 55%.

A morte materna é, de certa maneira, insidiosa para registro, documentação e vigilância epidemiológica. Só é considerada como tal caso a mulher venha a óbito em razão da própria gravidez ou, ainda, quando a morte é ocasionada por agravamento, por conta da gravidez, de doença preexistente. A morte de uma mulher grávida, por si só, não é necessariamente considerada, para fins epidemiológicos, uma morte materna. Outros fatores a serem levados em conta para tanto: a causa da morte e, ainda, o período decorrido entre o parto ou o abortamento e a morte, dentre outras questões. Ademais, apenas as mortes maternas ocorridas até 42 dias após o parto são consideradas mortes maternas.

Laurenti (1998) reitera que os índices de morte materna costumam ser elevados em países subdesenvolvidos. É alarmante pensar que, mesmo em países com um sistema de saúde robusto e de larga cobertura, existem mortes maternas que não são registradas, sendo habitualmente mal declaradas, caracterizando assim sub-registro de mortes maternas. Isso sugere que os números referentes à mortalidade materna no Brasil podem ser bem maiores que os oficiais.

Por essa razão, os estudos acerca das mulheres que quase morreram e por pouco escaparam de compor as estatísticas da RMM são também muito importantes. A morbidade é muito mais comum que a morte materna e pode deixar graves sequelas que afetam a qualidade de vida da mulher. Assim como a morte materna, a morbidade materna não atinge a todas as mulheres do mesmo modo, alcançando mais amplamente às mulheres negras e as de menor escolaridade (MARTINS, 2006).

Nesse contexto, insta mencionar a existência do “nearmiss” ou “quase morte” materna. Conforme Nashef (2003), “nearmiss” diz respeito à morbidade materna grave naqueles casos em que a mulher quase morre - em detrimento da gravidez - mas por intervenção médica, ou por acaso, esse quadro se reverte e ela sobrevive.

A documentação e registro de dados acerca das sequelas deixadas nos corpos das mulheres pode ser uma ferramenta útil para a construção de uma assistência médica mais segura. Isso porque, a análise epidemiológica desses casos de morbidade materna possibilitaria um panorama do cuidado obstétrico não fornecido pelos índices de mortalidade materna, já que sua ocorrência é muito maior.

[...] O estudo da morbidade materna grave se mostra promissor na produção de conhecimento sobre os fatores que podem contribuir para o óbito materno e em relação à assistência obstétrica prestada. Os casos de morbidade materna grave são mais frequentes do que os óbitos. A sobrevivência das mulheres viabiliza a coleta de informações diretamente com as usuárias, por entrevistas, superando problemas referentes à inconsistência das informações nos serviços de saúde. (ANDRADE; VIEIRA, 2018, p. 2).

Voltar a atenção aos relatos de pessoas que tiveram sua integridade (corporal ou mental) violada durante a gravidez e parto é imprescindível, uma vez que a violência obstétrica constitui ameaça aos direitos reprodutivos de todas as mulheres. Quando

as mulheres morrem o processo investigativo dos fatores que levaram a sua morte fica muito mais difícil.

2.3 O CASO ALYNE PIMENTEL E O RECONHECIMENTO INTERNACIONAL DE MORTE POR CAUSA MATERNA NO BRASIL

A violência obstétrica, por omissão, negligência, imprudência e imperícia, mata, violenta e deixa sequelas em muitas brasileiras. Por essa razão, cabe trazer os índices de mortalidade e morbidade maternas. Apesar dos índices de mortalidade serem muito menores que os de outrora, existem mulheres que ainda morrem ao dar à luz e os números evidenciam a relação desse índice com uma assistência médica inadequada.

Tanaka (1995, p. 22) afirma que “[...] A previsibilidade e a evitabilidade do óbito estão ligadas diretamente à oportunidade e à qualidade da assistência recebida pela mulher durante a gestação, o parto e o puerpério”. Por ser questão séria e alarmante de saúde, a mortalidade materna é pauta do maior órgão sanitário do mundo e de diversas conferências e convenções internacionais.

É imprescindível, assim, reconhecer o direito das mulheres à integridade do próprio corpo, e de receber atenção médica adequada - nem excessiva nem omissa - e respeitosa. Mulheres que morrem de causas evitáveis em razão de assistência médica incompetente são, também, vítimas de violência obstétrica. Nesse contexto, insta citar o caso emblemático de Alyne da Silva Pimentel que veio a óbito depois de ser negligenciada no sistema público de saúde.

Alyne era uma mulher negra e pobre em uma gestação de alto risco que, após buscar atendimento e ter recebido orientação médica de voltar pra casa, teve seus sintomas agravados. Só depois, ao retornar ao hospital, é que descobriu-se a ausência de batimentos cardíacos do feto. Alyne deu à luz a um natimorto após ter seu parto induzido, entretanto, a placenta não foi expelida logo após - o que deveria ter acontecido. A puérpera só foi para a mesa de cirurgia para a extração da placenta 14 horas depois. A partir daí, seu quadro se agravou, uma série de atos negligentes se sucederam quanto ao seu histórico e prontuário médico. Alyne morreu, depois de 21 horas sem assistência médica adequada (ONU, 2011).

A mãe de Alyne entrou com um processo indenizatório na justiça comum em 2003 - que só teve decisão de mérito 10 anos depois. Em 2007, enquanto o processo ainda tramitava na justiça comum, foi feita uma denúncia internacional ao Comitê da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, CEDAW.

O caso Alyne foi emblemático porque, além de ter sofrido negligência, o óbito foi um claro caso de morte em decorrência da gravidez. No hospital para o qual foi transferida, onde morreu, os profissionais de saúde afirmaram não saber que Alyne havia parido um natimorto e passado pelo processo de curetagem para que a placenta fosse expelida. Se não fosse por isso - a gravidez -, o Comitê CEDAW constatou que Alyne Pimentel não teria morrido. Essa foi a primeira vez que um órgão internacional responsabilizou um governo por uma morte materna - que, como exposto, são em sua maioria evitáveis.

A decisão do caso Alyne destacou as dimensões de injustiça social de sua morte, e fazendo isso gerou amplo entendimento acerca de como as sociedades muito frequentemente e facilmente negligenciam mulheres grávidas pobres, e o que os sistemas precisam fazer para prevenir mortes ao remediar o defeituoso cuidado de saúde materna (COOK, 2013, p. 117).

Alyne, por ser mulher, negra e pobre, morreu por negligência médica. A fragilidade de sua condição de gênero foi potencializada pelo fato de ser negra e pobre. Fica evidenciado, assim, que em um sistema carregado de iniquidades, existem mulheres que podem morrer e que podem sofrer mais violência no ciclo na gravidez, parto e puerpério. Uma análise da violência no ciclo gravídico-puerperal precisa refletir, também, sobre as questões de gênero, raça e classe.

3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO SEXO E A DOMINAÇÃO MASCULINA

A violência obstétrica é aquela que atenta contra a integridade sexual, física e psicológica durante a gravidez, parto e puerpério. Por óbvio, as vítimas desse tipo de

violação são as pessoas com útero, vagina e aparelho reprodutor capaz de gestar - sejam elas mulheres ou não¹.

Contudo, um estudo acerca dessa violência precisa ir além da identificação de suas vítimas e de sua ocorrência. Se faz necessária uma investigação que contemple teorizações da construção social do sexo - ou seja, de gênero - bem como das condições que potencializam sua opressão, considerando as especificidades das mulheres negras e pobres.

Inicialmente, entretanto, é preciso fazer uma análise centrada na construção social do sexo, no que respeita aos papéis atribuídos às fêmeas humanas no que tange à reprodução. Ao contrário do que se faz crer, não é o fato da mulher ser capaz de gestar que a torna vulnerável às pérfidas violações de sua integridade e dignidade, mas as construções sociais feitas ao redor e a partir do biológico ou, nas palavras de Bourdieu (2019), a biologização do social e a socialização do biológico.

Nem todas as sociedades de que se tem conhecimento tem a mesma sistemática hierárquica de gênero. Um estudo etnográfico de Saffioti aborda culturas onde os papéis de gênero são diversos dos adotados pela sociedade ocidental. A autora ressalta que

[...] os dados etnográficos coletados na sociedade Tchambuli revelam uma total inversão dos papéis que, na sociedade ocidental, são tradicionalmente atribuídos aos sexos, pois é a mulher o elemento frio e dominador. [...] Nas sociedades Mundugomor e Arapesh as energias culturais têm-se empenhado na “criação de um único tipo humano independentemente de classe, idade ou sexo” (SAFFIOTI, 1976 p. 323-324).

Ora, não há nenhum elemento biológico que justifique a discriminação de gênero. Não há elemento biológico fundamental, ontológico e imutável que legitime tais estruturas desiguais. Caso contrário, não seria possível verificar sociedades organizadas de modo plural, onde as relações de gênero são diversas.

¹ Sabe-se que sexo não é o mesmo que gênero e que aparelho reprodutor e genitália não definem, por si só, identidade de gênero. Por essa razão, podem engravidar e parir, também, os homens trans, interssexuais e pessoas não-binárias. No presente trabalho, contudo, a fim de facilitar a escrita e compreensão, o vernáculo “mulher” será utilizado, de modo geral, para designar a vítima de violência obstétrica.

Conforme Bourdieu (2019), no decorrer da história, o enraizamento da construção social acerca dos papéis de gênero encarregou-se da fusão e confusão entre o que é causa do que é efeito. Nesse sentido, acreditar, por exemplo, que as mulheres são boas cuidadoras e que possuem instintos maternos pode parecer consequência do fato de engravidarem. Entretanto, essa relação de causa e efeito não é real, na medida em que é fruto de uma construção social naturalizada.

A perversidade da construção social naturalizada está, justamente, em seu aparente fundamento na pureza da naturalidade e, portanto, ser indiscutível e irremediável. Nessa toada, “[...] Cada vez que se diz *é natural*, há manipulação, dominação. O discurso dominante naturaliza as coisas como elas são. Diz-se: *é deste jeito, sempre foi deste jeito* [...]” (BOURDIEU, 2002, p. 50).

Considerando que as construções sociais são datadas e localizadas, corre-se o risco de que, nesse processo de historicização e desnaturalização, destaque-se o curioso fato de que as noções de papéis de gênero permaneceram invariáveis. Arrisca-se, assim, que sejam reforçados e eternizados justamente os ideais que se pretende combater: os da desigualdade de gênero.

Por isso é que Bourdieu (2019) afirma a necessidade de que o objeto de estudo e análise sejam, portanto, os mecanismos e as instituições que se incumbiram de extrair o que é, verdadeiramente, biológico e natural e transformá-los em expectativas de destinação biológica e papéis de gênero a serem performados.

Assim, a capacidade reprodutiva, de gestação e exterogestação², por exemplo, é dissimulada e convertida na idealização do conceito de mulher que é “naturalmente” cuidadora e figura exclusivamente responsável pelo bom desenvolvimento e manutenção da casa e dos filhos.

Bourdieu (2019, p. 9) afirma ser necessário “um processo de neutralização de mecanismos de neutralização da história”, ou seja, seria preciso descobrir e desconstruir os elementos que foram determinantes para a perpetuação da

² Período no qual o bebê é completa e inteiramente dependente da mãe, após o nascimento, incluída a amamentação.

construção social do sexo, no decorrer do tempo, e que foram essenciais para a garantia da permanência das estruturas de gênero.

Por essa razão, a noção de dominação masculina, trazida pelo sociólogo francês, bem como suas teorizações acerca do *habitus* de feminilidade e virilidade são adequados para analisar uma violência que só existe e é perpetrada contra mulheres. A violência obstétrica não é necessariamente uma agressão cometida por homens contra mulheres, nem obrigatoriamente ocorre no âmbito doméstico.

A violência perpetrada contra grávidas e puérperas é legitimada e naturalizada pela violência simbólica e, portanto, trata-se de violência praticada, autorizada e encorajada pela estrutura e instituições. Nesse sentido,

A dominação masculina é uma dominação de tipo particular que, por mais que se diga o contrário, não repousa sobre a violência física. É claro que existem mulheres vítimas de violência, e conheço as estatísticas. A dominação não repousa apenas na violência econômica, no fato de as mulheres ganharem menos e, portanto, serem menos livres para sair de casa, se separar, etc. Ela repousa sobre o que chamei de violência simbólica, ou seja, a violência que resulta do fato das pessoas terem na cabeça princípios de percepção, maneiras de ver que são produto da relação de dominação (BOURDIEU, 2002, p. 48-49).

Isso não quer dizer que a violência - notadamente aqui no estudo, a obstétrica - não viole e machuque fisicamente suas vítimas. O simbolismo da violência diz respeito a sua capacidade de permear os meandros mais íntimos da vida da mulher, desde muito nova, de modo que sequer ela perceba que aceita e reproduz, ela mesma, esse tipo de violência.

Por essa razão é que, muitas vezes, a vítima de violência - obstétrica ou não - não sabe que sofreu a violência. Julga ser natural, parte do processo ou, de alguma forma, “merecedora” daquela violação. Porque engravidastes, “parirás com dor”. Nesse contexto, como será abordado à frente, não só a vítima aceita a violência obstétrica, mas também a mulher profissional de saúde reproduz esse tipo de agressão em desfavor de outras.

3.1 A VIOLÊNCIA SIMBÓLICA E SEUS REFLEXOS NAS PERCEPÇÕES DOS CORPOS

Quando se fala em violência obstétrica, o corpo e sua constituição parecem ter papel principal na problemática. Nesse sentido, pelo fato do corpo feminino ser o único capaz de parir, parece óbvio concluir que apenas ele pode ser alvo da violência obstétrica. Entretanto, é vital perceber a confusão entre causa e efeito nessa estruturação.

Ora, a violência antes, durante e após o parto não atenta contra a integridade dos corpos femininos por serem eles objetos passivos do processo de reprodução mas, pelo contrário, a socialização do corpo e suas possibilidades é que constrói o conceito de um corpo passivo e, portanto, permeável a violações.

Assim, conforme Bourdieu (2019), a diferença entre os corpos masculino e feminino pode ser vista como fundamento natural para justificar a construção social da diferença entre os gêneros, mas tal noção não sobrevive a um escrutínio minimamente analítico.

Para Saffioti (2015, p. 145), a diferença sexual possui alguma importância em uma análise ontológica, entretanto, “[...] ao longo do desenvolvimento do ser social, as mediações culturais foram crescendo e se diferenciando, portanto, deixando cada vez mais remota e menos importante a diferença sexual”.

Bourdieu, ao refletir acerca dos significados atribuídos órgãos e partes do corpo, destaca a associação socialmente construída entre o pênis e o seio - que produzem sêmen e leite materno, respectivamente, considerados como substâncias vitais -, e entre os testículos e os óvulos, presumidos como símbolos de fertilidade.

Ao associar a ereção fálica à dinâmica vital do enchimento, que é imanente a todo o processo de reprodução natural (germinação, gestação, etc.), a construção social dos órgãos sexuais registra e ratifica simbolicamente certas propriedades naturais indiscutíveis; Ela contribui, assim - juntamente com outros mecanismos [...] - em um sistema de relações homólogas e interconectadas -, para converter a arbitrariedade do *nomos* social em necessidade da natureza (*physis*) (BOURDIEU, 2019, p. 29).

As diferenciações socialmente construídas inculcam na própria compreensão dos corpos, o dualismo entre passivo e ativo, fechado e aberto, externo e interno, o

fecundante e o passível de ser fecundado, destacando-se sempre a ação ativa do masculino e meramente contemplativa do feminino (BOURDIEU, 2019).

Por essa razão, a noção que temos dos corpos já é, por si, carregada de conceitos incorporados de diferenciações muito mais sociais do que biológicas. Nesse sentido,

longe de as necessidades da reprodução biológica determinarem a organização simbólica da divisão sexual do trabalho e, progressivamente, de toda a ordem natural e sexual, é uma construção arbitrária do biológico, e particularmente do corpo, masculino e feminino, de seus usos e suas funções, sobretudo na reprodução biológica, que dá um fundamento aparentemente “natural” à visão androcêntrica da divisão do trabalho sexual e da divisão sexual do trabalho e, a partir daí, de todo o cosmos. (BOURDIEU, 2019, p. 44-45).

A divisão do trabalho sexual e a divisão sexual do trabalho passam a ser entendidas como derivação natural do biológico - como no exemplo das mulheres serem capazes de gestar. Não se distinguindo o que é ou não diferença socialmente construída, cria-se um círculo vicioso onde não se sabe se o biológico alicerça o social ou se o social serve de base para o biológico.

É assim que a construção social - acerca dos papéis de gênero - faz com que pareça absolutamente normal a existência de 5,5 milhões de crianças sem registro paterno (BASSETTE, 2013) e, portanto, tuteladas por mães solo no Brasil. Afinal, o dever de cuidado é da mulher e as mães que não o fazem são consideradas “desnaturadas”.

É curioso analisar que termo para designar uma mulher que não cumpre com as expectativas sociais em relação aos seus filhos é “mãe desnaturada”: ela é, portanto cruel e desumana, incompatível com o natural. Por outro lado, um homem que faz o mesmo é designado “pai ausente”. Essas terminologias dizem muito sobre a realidade brasileira, onde as construções gendradas - que inclui a criminalização do aborto - fazem da parentalidade uma opção para (apenas) uma das partes.

Nesse sentido, para além da incorporação das construções sociais no âmbito dos corpos e da própria reprodução biológica, o inculcamento dos papéis de gênero incluem as próprias noções de masculinidade e de feminilidade. Assim, o trabalho de construção simbólica

[...] se completa e se realiza em uma transformação profunda e duradoura dos corpos (e dos cérebros), isto é, em um trabalho e por um trabalho de

construção prática, que impõe uma definição diferencial dos usos legítimos do corpo, sobretudo sexuais, e tende a excluir do universo do pensável e do factível tudo que caracteriza pertencer ao outro gênero [...] para produzir este artefato social que é um homem viril e uma mulher feminina (BOURDIEU, 2019, p. 45).

Estando bem definidos e diferenciados os ideais de mulher feminina e homem viril no imaginário coletivo, os sucessivos golpes de inculcamento garantidos pela violência simbólica fazem com que as fêmeas humanas sejam lapidadas, em processos sutis e contínuos, a fim de performar a feminilidade do arbitrário cultural.

“É à custa, e ao final, de um extraordinário trabalho coletivo de socialização difusa e contínua que as identidades distintivas que a arbitrariedade cultural institui se encarnam em *habitus* diferenciados conforme o princípio de divisão dominante” (BOURDIEU, 2019 p. 45-46). Assim, as existências dos ideais feminino e masculino são relacionais, já que um se define pelo fato de não ser o outro - ou de ser seu oposto.

Nesse contexto de diferenciação social do sexo, a mulher é negativa, definida pela falta. A vagina não é só a ausência do falo mas também o seu oposto. A socialização da feminilidade se dá pela obediência, imposição de limites, disciplina, bons modos, humildade e submissão,

como se feminilidade se medisse pela capacidade de “se fazer pequena”, [...] mantendo as mulheres encarceradas em uma espécie de cerco invisível, [...] limitando o território deixado aos movimentos e deslocamentos do seu corpo - enquanto os homens ocupam maior lugar com seu corpo, sobretudo em lugares públicos. (BOURDIEU, 2019, p. 53)

A submissão da mulher a tais premissas do arbitrário cultural decorre da violência simbólica - que Bourdieu afirma ser um ponto crucial para a dominação masculina. A violência simbólica está entranhada tanto nos dominantes quanto nos dominados - nos dominantes para impô-la e nos dominados para acatá-la.

Desse modo, a incorporação dos significados que a socialização incute acerca dos próprios conceitos de si e do outro são frutos da violência simbólica, que “se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante (e, portanto, à dominação) [...]” (BOURDIEU, 2019, p. 64).

Esse é um tipo de violência sutil, insensível e invisível às suas vítimas. Por essa razão, é uma violência praticada pelos dominantes e aceita pelos dominados - que foram

socializados de modo a não só anuir com ela como reproduzi-la. Nesse sentido, Saffioti (2015, p. 108) afirma que:

[...] Imbuídas da ideologia que dá cobertura ao patriarcado, mulheres desempenham, com maior ou menor frequência e com mais ou menos rudeza, as funções do patriarca, disciplinando filhos e outras crianças ou adolescentes, segundo a lei do pai. Ainda que não sejam cúmplices desse regime colaboram para alimentá-lo.

Na lógica patriarcal - no presente trabalho considerado como estrutura na qual vige a dominação masculina -, as mulheres são meros meios para a satisfação sexual masculina, produção de produtores ou de novas reprodutoras e força de trabalho. A dominação masculina faz com que as mulheres prestem, além de todas as demais atribuições, serviços sexuais de seus dominadores (SAFFIOTI, 2015).

A desigualdade salarial das trabalhadoras em detrimento dos homens, a maior dificuldade para que elas alcancem altos cargos no âmbito econômico e político e, claro, o controle da sexualidade da mulher e de sua capacidade reprodutiva formam a base econômica do patriarcado. Há, sempre, controle, “Seja para induzir as mulheres a ter grande número de filhos, seja para convencê-las a controlar a quantidade de nascimentos e o espaço de tempo entre os filhos [...]” (SAFFIOTI, 2015, p. 113).

Bourdieu preocupa-se em esclarecer, a fim de evitar interpretações errôneas, que embora o *habitus* da dominação masculina seja construído por meio da violência que ele chama de “simbólica”, isso não significa que ela não seja real e muito menos que negue a existência da violência física e verbal.

Ao tomar “simbólico” em um de seus sentidos mais correntes, supõe-se, por vezes, que enfatizar a violência simbólica é minimizar o papel da violência física e (fazer) esquecer que há mulheres espancadas, violentadas, exploradas, ou, o que é ainda pior, tentar desculpar os homens por essa forma de violência. O que não é, obviamente, o caso. Ao se entender “simbólico” como o oposto de real, de efetivo, a suposição é de que a violência simbólica seria uma violência meramente “espiritual” e, indiscutivelmente, sem efeitos reais (BOURDIEU, 2019, p. 63).

Por ser violência irresistível às vítimas, é a violência simbólica construída e entranhada que cria e legitima a naturalização da própria dominação masculina, que autoriza e sustenta as violências física, econômica e social. Ela se dá por meio de vias

puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento; é conhecido e reconhecido por dominante e dominado.

Há, desse modo, uma expectativa de que essa violência seja exercida pelos dominantes, sendo também esperada pelos dominados. É praticada, portanto, por todos os agentes, que obedecem e seguem as regras do jogo - sendo estas últimas estabelecidas pelo arbitrário cultural e frutos de construção social.

A interiorização da realidade e condições às quais os indivíduos estão expostos é o que Bourdieu chama de *habitus*. O vernáculo trazido por ele é em latim para que não se confunda com “hábito”, já que esse termo possui uma conceituação mais engessada e imutável, sendo portanto diferente da ideia teorizada pelo autor com o neologismo *habitus* (BOURDIEU, 1989).

Especificamente no que tange à dominação masculina, o *habitus* imposto, socializado e reproduzido é um *habitus* que reforça as diferenças sociais entre os gêneros, de feminilidade e masculinidade. A internalização dessas diferenças, supostamente significativas, entre homens e mulheres, serve à lógica patriarcal. O patriarcado, por sua vez, é definido como uma espécie de

[...] pacto masculino para garantir a opressão de mulheres. As relações hierárquicas entre os homens, assim como a solidariedade entre eles existente, capacitam a categoria construída por homens a estabelecer e a manter o controle sobre as mulheres (SAFFIOTI, 2015, p. 111).

Assim, o *habitus* consiste na internalização de elementos como linguagem e vestuário, por exemplo, bem como as pressões do meio social - a incorporação do universo social. O *habitus* é, assim, responsável pelas mulheres adotarem comportamentos de adequação. Isso ocorre porque não só elas estão situadas no mundo social mas, também, o mundo social está interiorizado nelas (BOURDIEU, 2002).

O gênero se consubstancia, assim, em *habitus* sexuais. Os corpos são socialmente diferenciados: o *habitus* feminino é não masculino e o *habitus* viril é não feminino.

As divisões constitutivas da ordem social e, mais precisamente, as relações sociais de dominação e de exploração que estão instituídas entre os gêneros se inscrevem, assim, progressivamente em duas classes de *habitus* diferentes, sob a forma de *hexis* corporais opostos e complementares e de princípios de visão e de divisão, que levam a classificar todas as coisas do

mundo e todas as práticas segundo distinções redutíveis à oposição entre o masculino e o feminino (BOURDIEU, 2019, p. 56).

A masculinidade associada à figura do homem é, portanto, cerne essencial para a conceituação e estudo da dominação masculina. Mas não só isso: em uma estrutura não só patriarcal, mas em um sistema onde vige o patriarcado-racismo-capitalismo, se beneficia, em primeiro lugar, o homem rico, branco e adulto (SAFFIOTI, 1987).

“Preconceitos de raça e sexo desempenham, pois, um papel relevante quer na conservação do domínio do homem branco, quer na acumulação do capital” (SAFFIOTI, 1976, p. 47). Nesse sentido, convém aos dominantes que a estrutura da dominação masculina permaneça. A perpetuação dessa dominação pode se dar pelo controle dos corpos, da reprodução e do capital.

3.2 A INCORPORAÇÃO DO *HABITUS* SEXUADO POR MEIO DA SOCIALIZAÇÃO DO BIOLÓGICO E O MITO DA VOCAÇÃO

Não é coincidência que o momento mais importante da reprodução humana seja considerado a fecundação: é pelo fato de ser o único e breve momento da participação masculina em todo o processo. No Brasil não é raro ouvir relatos de mães e pais acerca da ocasião em que o filho foi “feito” - referindo-se, assim, à data da possível concepção.

Ora, todos os outros momentos de desenvolvimento do embrião e formação do feto, todos muito mais complexos, ocorreram no transcurso da gestação. Entretanto, todo esse processo é visto como processo passivo, que não exigem grandes esforços e onde a natureza apenas segue seu curso. A invisibilização da gestação e do parto obedece à lógica da dominação masculina.

Sob a perspectiva da reprodução, a mulher é protagonista, porque é ela quem é capaz de gestar. A estratégia de constantemente subestimar essa capacidade (que só pessoas com útero tem de gestar, parir e amamentar) é fruto também de construção social, para o apagamento de seu protagonismo e limitação de suas escolhas e processos.

Assim, o foco é sempre destinado aos ritos públicos e oficiais, onde há a presença masculina, como é o caso do casamento. As mulheres não são sujeitos nem protagonistas de absolutamente nada: são local e ocasião - comparáveis à terra fértil que, passivamente, recebe a semente.

Nesse contexto, importa atentar para o fato de que a valorização está sempre nos lugares e nas posições onde a figura masculina se encontra. Outra consubstanciação dessa premissa reside na valorização das tarefas quando são realizadas por homens.

As mesmas funções, exercidas por anos por mulheres e invisibilizadas e subestimadas, quando feitas por homens, ganham destaque e notoriedade - passando a serem consideradas nobres, difíceis e honráveis. Bourdieu dá o exemplo da diferença socialmente construída nas noções incorporadas de modo desigual entre cozinheira/cozinheiro e costureira/costureiro (BOURDIEU, 2019).

Essas mesmas distinções podem ser percebidas também em outras atribuições, como é o caso da diferença interiorizada entre a cabeleireira e cabeleireiro ou, ainda, maquiadora e maquiador. Quando se pensa em maquiador e cabeleireiro, a imagem mental é a de um profissional importante, bem sucedido - como é o caso dos profissionais de beleza, quase sempre homens, que são conhecidos e atendem pessoas famosas. Em contrapartida, as maquiadoras e cabeleireiras mulheres, muito mais comuns e historicamente há mais tempo no ramo, não são tão valorizadas e glamourizadas.

Por outro lado, as profissões consideradas masculinas tratam de blindar seus cargos a fim de serem ocupados somente por homens, na medida em que são construídas por e para eles.

Se tantas profissões dificilmente são ocupadas por mulheres é porque elas são talhadas, sob medida, para homens cuja virilidade mesma se construiu como oposta às mulheres tais como elas são hoje. Para chegar realmente a conseguir uma posição, uma mulher teria que possuir não só o que é explicitamente exigido pela descrição do cargo, como também todo um conjunto de propriedades que os ocupantes masculinos atribuem usualmente ao cargo, uma estatura física, uma voz ou aptidões como a agressividade, a segurança, a "distância em relação ao papel", a autoridade dita natural etc., para as quais os homens foram preparados e treinados tacitamente enquanto homens (BOURDIEU, 2019, p. 106).

O dualismo encarnado nos *habitus* de masculinidade e feminilidade se reflete nas tarefas e no trabalho, não só pela estrutura social que privilegia homens mas também no *habitus* das próprias aspirações “pessoais”. A própria constituição dos conceitos de feminilidade e masculinidade são construídos um pelo outro, na medida em que se opõem.

Há, assim, uma expectativa (resultante da violência simbólica) por parte tanto dos dominantes quanto dos dominados que o homem seja viril e rejeite o que há de feminino e, por outro lado, a mulher seja tão feminina quanto possível, evitando tudo que a masculinize.

Essa mesma sistemática se aplica no ambiente familiar e nos processos reprodutivos, onde os papéis de gênero são muito bem delineados e inculcados pela violência simbólica, retomando o exemplo já abordado quanto a naturalidade da figura da mãe solo no contexto brasileiro. Nessa toada,

[...] a socialização da mulher se orienta por valores que a definem como a mantenedora da ordem estabelecida, como defensora da organização familiar e da ordem moral nas quais a criança deve aprender a ser um adulto semelhante ao pai quando menino, semelhante à mãe quando menina, como aquela, enfim, cuja existência deve ser inteiramente, ou quase, dedicada à vida da família e, às vezes, a atividades que visam ao estreitamento dos laços comunitários. Não apenas a mulher, assim socializada, aspira a uma vida essencialmente doméstica, como o próprio homem visa a obter condições financeiras que permitam a plena realização do “ideal doméstico” para a sua mulher. O padrão ideal de personalidade feminina não inclui, portanto, o trabalho remunerado, nem mesmo na sua forma domiciliar. Esta é mais aceita que a que envolve a locomoção da mulher para outros locais, em virtude de ser menos incompatível com os papéis tradicionalmente atribuídos à mulher e menos incompatível ainda, pelo menos no nível aparente, com a autoridade masculina exercida no lar (SAFFIOTI, 1976, p. 306).

Retomando a clássica confusão construída socialmente, trazida por Bourdieu (2019), entre o que é causa e que é efeito, a sistemática capitalista liberal e meritocrática faz com que haja uma noção, equivocada, de que as trabalhadoras sofrem discriminação por serem menos capazes (formarem-se em cursos menos prestigiados e “escolherem” carreiras mais desvalorizadas).

Essa, entretanto, não é a causa, mas efeito de uma socialização que inculca em meninas, desde novas, que esses são os papéis e funções que devem ser desempenhados por elas. Isso é especialmente pior e mais limitante quando se

analisa a figura da mulher negra e pobre, como peça especialmente vulnerável no complexo patriarcal-racista-capitalista.

São as condições sociais dadas e a internalização dessas condições (consubstanciada no *habitus*) que criam um ambiente absolutamente inóspito para que essas pessoas ocupem melhores posições e desempenhem funções mais lucrativas.

Na obra bourdieusiana o autor infere que, no âmbito do trabalho, as profissões onde há majoritariamente a presença de mulheres são sistematicamente desvalorizadas. Um exemplo disso é “[...] O fato de que as posições que se feminilizam estejam ou desvalorizadas [...] ou declinantes, com sua desvalorização duplicada, em um efeito de bola de neve, pela deserção dos homens, que ela contribuiu para provocar” (BOURDIEU, 2015, p. 150-151).

Bourdieu destaca que, mesmo quando as mulheres conseguem sair do âmbito doméstico, a violência simbólica se encarrega de garantir a perpetuação da dominação masculina. Nesse mesmo sentido Saffioti (1976, p. 324) assevera que

[...] Impelida pelas condições econômicas, a mulher rompe barreiras e penetra no mundo da profissão; fá-lo, entretanto, sob o signo da inferioridade que o sexo feminino representa em relação ao masculino. É ocupando as posições inferiores, recebendo os salários menos compensadores, não aspirando aos postos de mando que a mulher “resolve” ou alivia as tensões que a inconsistência de seus papéis origina.

Segundo Bourdieu (2019), o trabalho feminino sofre dupla desvalorização na medida em que a estruturação social, posta e internalizada, faz com que trabalho seja considerado inferior e, ao mesmo tempo, assegura que os homens se dispersem da função - na medida em que crêem que para serem viris precisam se desvencilhar de qualquer vestígio do que é feminino.

Em geral, a maioria das posições mais baixas e empregos informais são ocupados por mulheres sendo, por via de consequência, mais mal remuneradas. Nos empregos formais, elas normalmente ocupam funções de subalternidade - como profissionais da limpeza, da cozinha, assistentes e cuidadoras.

A dominação se infiltra, portanto, todos os âmbitos, perseguindo seus alvos inclusive quando há aparente mudança - como quando ascendem no espectro econômico -, é preciso ter em mente que a crueldade da dominação é tão maior quanto maiores forem categorias de opressão nas quais essas mulheres se encaixem.

São reprimidas pela violência simbólica da dominação masculina e, além disso, vítimas da opressão de classe. Isso significa dizer que elas têm, assim, suas possibilidades cerceadas por viverem sob as condições sociais que as oprimem e, mais do que isso, internalizam sob forma de *habitus* e reproduzem as limitações estruturais e institucionais.

O *habitus*, ou seja, a internalização dessas construções, fazem com que também as próprias trabalhadoras não enxerguem seu próprio potencial. Assim,

[...] as próprias mulheres, em sua imensa maioria, têm de si próprias uma imagem cujo componente básico é um destino social profundamente determinado pelo sexo. Não só o empregador justifica os baixos salários em termos do sexo feminino (“o salário não é muito alto, mas é o suficiente para uma mulher”); é a própria mulher que, insegura num mundo em que ela conta como uma variável a ser manipulada segundo as conveniências da situação [...] (SAFFIOTI, 1976, p. 62).

Bourdieu (2019) atenta para o fato de que o âmbito doméstico e a reprodução foram as únicas áreas acessíveis para as mulheres atuarem por muito tempo. Entretanto, por mais romantizadas que fossem essas funções, não há qualquer real valorização desse tipo de trabalho. São trabalhos invisibilizados, e mesmo quando celebrados

[...] só o são realmente enquanto permanecem subordinadas às atividades de produção, as únicas que recebem uma verdadeira sanção econômica e social, e organizadas em relação aos interesses materiais e simbólicos da descendência, isto é, dos homens (BOURDIEU, 2019, p. 159-160).

Assim, o trabalho doméstico é despercebido, mal visto. Quando é enxergado, é romantizado e transferido à esfera do desinteressado, voluntário, “feito por amor”. Para diminuir as tensões e garantir o equilíbrio da conformação das mulheres nessa situação, Saffioti (1976, p. 325) disserta sobre mecanismos para que a figura da mulher enquanto dominada, sendo alguns deles:

A exaltação da mulher enquanto esposa e mãe dedicada, seu encaminhamento para setores de atividades abandonados ou nunca pretendidos pelos homens, o aproveitamento de sua pretensa vocação para

atividades que envolvem auxílio ao próximo e tantas outras coisas revelam nada menos do que o esforço da sociedade para conservar-se.

Somado a isso está o fato de que o *habitus* patriarcal, por meio da maternidade compulsória e dos construtos sociais de responsabilidade e cuidados pelos filhos, fazem com que haja ainda mais desigualdade na remuneração das mulheres, uma vez que elas são a maioria dos trabalhadores parciais.

Sendo as mulheres socialmente incumbidas do dever de cuidado, a luta por isonomia deve ir além da busca por direitos iguais, alcançando também a igualdade de deveres. Saffioti (1976, p. 96) afirma que os deveres impostos às mulheres “[...] são inegavelmente mais numerosos” do que os impostos aos homens. A sobrecarga mental e física das mulheres no âmbito doméstico persiste, mesmo quando exercem trabalho produtivo, somando assim o que se chama de jornada dupla - muitas vezes tripla - de trabalho.

O peso de serem socializadas para se voltarem ao âmbito doméstico (à família e à reprodução - biológica e do trabalho) se soma à condição de trabalhadora. Isso garante que as mulheres sejam ou excluídas do trabalho produtivo ou, quando inseridas, tenham ocupações periféricas (SAFFIOTI, 1976).

Insta mencionar o que Bourdieu (2019) fala sobre as mulheres que fogem a esse controle e ascendem profissionalmente. Segundo o autor, criou-se uma narrativa de que as mulheres que fugiram a esse controle e atingiram melhores cargos e remunerações têm de “pagar” por isso “fracassando” em uma ou mais áreas da vida. Normalmente essa outra área diz respeito justamente a alguma das áreas socialmente atribuídas à plenitude da mulher dócil e domesticada: a maternidade e o casamento.

A socialização impregna o *habitus* tanto em dominantes quanto em dominados para, de um lado, servir e, de outro, prover. Nessa sistemática, tanto a mulher foi ensinada a esperar ser esposa e “do lar” quanto o homem foi treinado para só se dar por satisfeito quando puder prover para sua família.

Esses construtos colaboram para a perpetuação de um sistema disfuncional e engessado. Nesse sistema, quando o sonho da maternidade e o cuidado em relação aos filhos parte de uma mulher, trata-se de função insignificante, imperceptível e

natural. Em contrapartida, a possibilidade de um homem ser o principal tutor de seu filho é visto com estranheza - é uma figura superestimada e heroica.

3.3 A URGÊNCIA DE UMA ANÁLISE DA OPRESSÃO DE GÊNERO QUE INCLUA OPRESSÃO DE CLASSE E RAÇA

Para fins didáticos, no presente estudo, pensou-se a princípio em setorizar as explicações das opressões de gênero, raça e classe. Entretanto, as categorias patriarcado-racismo-capitalismo estão tão imbricadas umas nas outras que essa tarefa se tornou impossível.

Quanto mais aprofundada a leitura, mais se percebe quão fundidos e permeados estão uns nos outros. “Não há, de um lado, a dominação patriarcal e, de outro, a exploração capitalista. Para começar, não existe um processo de dominação separado de outro de exploração” (SAFFIOTI, 2015, p. 138).

Importa dizer, como explica Saffioti (1976), que enquanto o sistema econômico se pautar na apropriação dos meios de produção, a mulher continuará sofrendo discriminação social. Há, assim, co-dependência entre os sistemas, sendo portanto “[...] impossível isolar a responsabilidade de cada um dos sistemas de dominação-exploração fundidos no patriarcado-racismo-capitalismo pelas discriminações diariamente praticadas contra mulheres” (SAFFIOTI, 1987, p. 62).

Bourdieu (2019) afirma que as mulheres têm em comum entre si o - estão unidas pelo - fato de estarem sujeitas à dominação masculina. Entretanto, as diferenças culturais e econômicas - opressões de raça e classe - são características que as distinguem umas das outras, o que torna a percepção dessa dominação diversa.

Davis (2016) explica como se deu, historicamente, os movimentos sufragista e abolicionista nos Estados Unidos. Nesse sentido, o processo se deu, inicialmente, com a união por parte das mulheres brancas de classe média ao movimento abolicionista, com a finalidade de lutar pelo fim da “instituição peculiar”, termo trazido pela autora e utilizado, na época, como eufemismo de escravidão.

A autora cita o importante papel das irmãs Grimké, herdeiras de família proprietária de escravos no sul que se tornaram grandes defensoras do movimento de libertação.

Sarah e Angelina difundiam às mulheres brancas de classe média do norte os absurdos e desumanidades cometidos aos povos escravizados, ressaltando, inclusive, o dever de reação dessas mulheres em defesa de suas irmãs negras.

Como a abolição da escravatura era a necessidade política mais premente da época, elas incitavam as mulheres a se juntar à luta a partir da premissa de que sua própria opressão era sustentada e perpetuada pela continuidade do sistema escravagista. Por terem uma consciência tão profunda da indissociabilidade entre a luta pela libertação negra e a luta pela libertação feminina, as irmãs nunca caíram na armadilha ideológica de insistir que um combate era mais importante do que o outro. Elas reconheciam o caráter dialético da relação entre as duas causas (DAVIS, 2016, p. 56).

O sufrágio feminino, assunto pouco discutido e ainda polêmico, foi sugerido como pauta por Stanton em determinada convenção em prol da libertação do povo negro. Entretanto, o tema foi considerado “radical” por muitos apoiadores por parte do movimento abolicionista e, inclusive, algumas companheiras do movimento feminista.

Importa citar, assim, o importante apoio de um grande teórico abolicionista que apoiou essa causa. Frederick Douglass, após debates com Stanton, atentou-se da urgência da questão e se encarregou de levar a pauta do voto feminino ao movimento de libertação negra. Em prol do sufrágio feminino, Douglass fez o seguinte discurso:

em respeito aos direitos políticos, defendemos que seja conferido às mulheres, de modo justo, tudo o que reivindicamos para os homens. Vamos além e expressamos nossa convicção de que todos os direitos políticos que podem ser exercidos pelos homens sejam igualmente conferidos às mulheres. Tudo o que distingue o homem como um ser inteligente e responsável é igualmente válido para a mulher, e, se um governo só é justo quando governa com o consentimento livre dos governados, não há no mundo nenhum motivo para negar à mulher o exercício do direito de votar ou a participação na criação e na administração da lei do país. (FONER et al., 1950, apud DAVIS, 2016, p.62).

Entretanto, essa progressista unicidade de lutas não durou muito tempo. Após guerra civil e libertação dos povos escravizados do sul, o Partido Republicano estrategicamente defendeu o sufrágio do homem negro a fim de garantir sua hegemonia política no sul. Sem os votos dos ex-proprietários de escravos, o referido partido precisava de votos de outras pessoas no sul, ou seja, dos homens negros.

A grande expectativa, por parte do movimento das mulheres, de que com o fim da guerra civil e a vitória do norte elas teriam seu apoio recompensados, por meio do sufrágio feminino, gerou grande frustração. Não interessava aos políticos republicanos

o sufrágio feminino, uma vez que, para eles, o votos das mulheres do sul “neutralizariam” os votos dos recém-libertados.

É curioso perceber que a figura da mulher negra nesse cenário era tão invisível que sequer entrou em questão, mesmo na análise estratégica. O Partido Republicano assumiu que as mulheres que votariam, no sul, seriam as brancas e de classe média e, portanto, seguiriam os votos de seus maridos. As mulheres negras não foram consideradas sequer para as artimanhas de dominação política.

Para além da tática política republicana, entretanto, o sufrágio do homem negro era de grande urgência. Mesmo que estivessem formalmente livres, os recém libertos da escravidão no sul continuavam em situações semelhantes às anteriores. Não teriam liberdade de fato enquanto não pudessem votar. Por isso a importância do sufrágio do homem negro para o movimento abolicionista.

Davis (2016) assevera que, principalmente a partir daí, as sufragistas retrocederam e passaram a produzir e reproduzir discursos extremamente racistas, como foi o caso de Elizabeth Stanton, quando perguntada em uma convenção se apoiaria o sufrágio negro sem o sufrágio feminino, ao qual respondeu: “Digo que não; eu não confiaria a ele meus direitos; desvalorizado, oprimido, ele poderia ser mais despótico do que nossos governantes anglo-saxões já são [...]” (STANTON et al., 1887, DAVIS, 2016, p. 83).

A partir daí houve o enfraquecimento de ambas as pautas, já que esse rompimento ocasionou críticas a ambos os movimentos, tanto por parte das sufragistas brancas racistas quanto por parte de negros machistas. A luta só se enfraqueceu a partir do momento em que se dividiu.

Não só o movimento negro perdeu força com a retirada de apoio das sufragistas, mas também o movimento feminista enfraqueceu ao se virar contra o movimento de libertação negra. Do mesmo modo, para Saffioti, “Nada melhor do que a priorização de uma luta para adiar por séculos a solução das que foram deixadas para trás, porque consideradas secundárias” (SAFFIOTI, 1987, p. 90).

Tendo em vista a indissociabilidade do complexo patriarcal-racista-capitalista - trazido por Saffioti -, é possível inferir, também, que as lutas devem ser conjuntas não só para

se fortalecerem mas também porque esses sistemas de dominação-exploração se retroalimentam. Traz, portanto, a necessidade de um olhar interseccional das lutas contra o sistema dominador e explorador.

Assim, a socióloga feminista problematiza os modelos de dominação e exploração: “Na realidade concreta, eles são inseparáveis, pois se transformaram, através deste processo simbiótico, em um único sistema de dominação-exploração, aqui denominado patriarcado-racismo-capitalismo” (SAFFIOTI, 1987, p. 60).

A dominação masculina está infiltrada nas classes sociais e também na discriminação racial. Na sociedade brasileira, quem mais sofre no sistema de dominação-exploração são as mulheres negras e pobres (SAFFIOTI, 1987). A categoria “mulher negra” é, portanto, “[...] duplamente discriminada: enquanto mulher e enquanto negra. De acordo com o modelo oficial, cabem-lhe, fundamentalmente, dois papéis: o de empregada doméstica e o de objeto sexual” (SAFFIOTI, 1987, p. 52).

Para Saffioti (2015), o patriarcado é o mais amplo dos sistemas de dominação-exploração, uma vez que é possível que pessoas se situem fora dos sistemas racista e capitalista, mas nunca fora do patriarcado. “Ninguém [...] fica fora do esquema de gênero patriarcal. Do ângulo quantitativo, portanto, [...] o patriarcado é, nas sociedades ocidentais urbano-industriais informacionais, o mais abrangente” (SAFFIOTI, 2015, p. 130).

Isso não significa, contudo, que o patriarcado prevaleça sobre os demais sistemas de dominação-exploração. Apenas significa que é o mais antigo e abrangente. O capitalismo mercantiliza a dominação masculina e a dominação de raça. De mesmo modo, o racismo precariza ainda mais a situação das mulheres pobres.

Por essa razão, a socióloga explica que, com a industrialização, o sistema capitalista se apropriou e se beneficiou da vulnerabilidade social feminina com a finalidade de “[...] arrancar das mulheres o máximo de mais-valia absoluta através, simultaneamente, da intensificação do trabalho, da extensão da jornada de trabalho e de salários mais baixos que os masculinos [...]” (SAFFIOTI, 1976, p. 40).

Um estudo de gênero não pode, nesse sentido, fechar os olhos para a exploração capitalista nem para a dominação racista, uma vez que essas três estratificações sociais se fundem e se encarregam de oprimir as mulheres.

O capitalismo não criou a estrutura patriarcal e racista, na medida em que veio depois dela. Entretanto, esse modelo econômico se funde a essas modalidades de opressão e se beneficia dela. Esse sistema, assim, explora a mão-de-obra do homem branco de uma forma, de mulheres brancas de outra, de homens negros de forma diferente dos dois primeiros e, por último e de pior maneira, a da mulher negra. Assim,

estabelecem-se outras diferenças - como as de sexo e de raça - sobre as quais seus portadores não tem controle. Assim, é fácil pagar salários menores a um negro e a uma mulher. Mais fácil ainda será pagar salários ínfimos a uma mulher negra. Mal remunerada, esta mulher passará de duplamente discriminada para triplamente discriminada: mulher, negra e miserável (SAFFIOTI, 1987, p. 55).

Esse nó entre os sistemas de dominação e exploração agem, assim, mutuamente para extrair mais mão de obra, obediência e subserviência. Do mesmo modo que o capitalismo mercantiliza o racismo para explorar mais e pagar menos pela mão de obra negra, “desde seus inícios, a exploração econômica da mulher faz-se conjuntamente com o controle de sua sexualidade” (SAFFIOTI, 2015, p. 138).

Por essa razão é que o feminismo liberal parece ser tão insuficiente para a superação da dominação masculina, já que ignora que o capitalismo se aproprie e reproduza os mecanismos de dominação e explore de forma mais cruel as mulheres e, principalmente, as mulheres negras.

Essa vertente feminista deconsidera, de mesmo modo, que o racismo afeta mais às mulheres e atua mais perfidamente contra as mulheres pobres. Também não pondera, dessa forma, que a dominação masculina, imposta às mulheres, emprega especial crueldade às pessoas que estão sujeitas à dominação de raça e à exploração de classe.

Dessa forma, é imperativo que se tenha a noção de indissociabilidade das lutas, como afirma Saffioti, “[...] a questão da mulher negra deve ser central em todas as lutas feministas que realmente visem a destruição do patriarcado-racismo--capitalismo” (SAFFIOTI, 1987, p. 108).

Considerando, portanto, tal imbricação entre os sistemas patriarcal-racista-capitalista, é preciso considerar não só as construções sociais que moldam e estruturam a realidade das mulheres negras e pobres, mas também a internalização desses construtos por essas mulheres.

Mas é importante lembrar que, na teoria bourdieusiana, não só os construtos sociais influenciam grandemente nas possibilidades de cada um. Além da construção social, também o *habitus* - ou seja, a abstração pessoal e internalizada desses construtos, influenciando as vontades, inclinações e preferências de cada um - compõe e define quão livres ou dominados/explorados os sujeitos são.

O *habitus*, imposto pelos golpes de violência simbólica, está à serviço do arbitrário cultural e tem a finalidade de internalizar a socialização, confundindo-a com naturalidade, objetivando a manutenção da estrutura social tal como está. Apesar do *habitus* estar sujeito a mudanças e evoluções, elas são raras - quando existentes, sempre lentas, sutis e moderadas.

Nesse sentido, é oportuna a formação de um conceito de *habitus* que abarque esse nó de sistemas que se beneficiam mutuamente, formando um único complexo. Essa definição abrangeria, assim, a forma como os construtos sociais são transformados em regras incorporadas a serem seguidas por si e pelos outros, dominantes e dominados, na estrutura (indissociável) de gênero, raça e classe.

Como explica Saffioti (2015), o patriarcado é o mais antigo e abrangente sistema de dominação. O patriarcado torna ainda mais barata e explorável a mão de obra dos trabalhadores que são mulheres. Além disso, possibilita que seja ainda mais severa em relação às mulheres a dominação de raça. Por isso, para esse fim, é possível e adequado condensar, no vernáculo "patriarcado", todos estes sistemas de dominação-exploração imposto às mulheres.

Desse modo, unindo os ensinamentos de Bourdieu e Saffioti, uma análise gendrada violência obstétrica se beneficia da construção da categoria *habitus* patriarcal capaz de designar a abstração das categorias e hierarquias sociais de gênero, raça e classe. Essa incorporação, aplicada e aplicável a dominantes e dominados passa, portanto,

a concentrar as regras do jogo impostas pelos sistemas patriarcal-racista-capitalista às mulheres.

4 BIOPOLÍTICA, MEDICALIZAÇÃO E O CONTROLE DOS CORPOS FEMININOS E DO PARTO

Tendo em vista a necessidade, conforme Bourdieu (2019), de que se analise os mecanismos e as instituições que contribuem para a perpetuação dos sistemas de dominação-exploração patriarcal, racista e capitalista, convém questionar quais sistemas e instituições se beneficiam ao controlar os corpos e a reprodução feminina. A reflexão acerca dessa questão exige uma análise histórica.

Segundo Federici, houve uma diminuição da população da Europa Ocidental de 1850 até o início do século XVII, sendo o maior impacto dessa crise demográfica sentido na Alemanha, que perdeu um terço de seus habitantes. A autora prossegue explicando que um dos fatores para essa redução nas taxas demográficas, em toda a Europa, foi a redução da taxa de natalidade, e que havia “relutância dos pobres em se reproduzir” (FEDERICI, 2017).

Com a contração do mercado, essa crise foi agravada e transformou-se em crise econômica. A afetação chegou às colônias que, em simbiose recíproca de um sistema econômico integrado, agravou ainda mais a situação dos países europeus. É nesse cenário que o Estado passa a agir, de cima pra baixo, para tentar conter a crise demográfica - com a finalidade de reverter o quadro econômico colapsado (FEDERICI, 2017).

4.1 UMA BREVE SINOPSE DA HISTÓRIA DO USO BIOPOLÍTICO DA MEDICINA

Para Foucault (1999b), controlar uma sociedade começa por controlar o corpo de seus habitantes. Por essa razão é tão importante o estudo da relação entre a medicina e o controle dos corpos para, então, problematizar o controle dos corpos femininos e da reprodução. Em um cenário de crise econômica ocasionada por queda demográfica, o Estado toma para si o controle e regulação da reprodução humana, ao mesmo tempo que as mulheres o perdem (FEDERICI, 2017). Convém, nesse sentido, apreciar como se deu o surgimento da medicina social.

Na Alemanha deu-se início à Medicina de Estado, no começo do século XVIII. Havia, nesse contexto, uma espécie de “polícia médica” que buscava uma melhoria da qualidade da saúde da população em geral. Era um sistema voltado para a vigilância da natalidade, mortalidade e morbidade – com mais ênfase nas duas primeiras estatísticas (FOUCAULT, 1999b).

A França foi o polo da medicina urbana, conforme ressalta Foucault, por motivações políticas e econômicas. Visava proteger os centros comerciais, locais onde não só o comércio acontecia mas também onde se situava a produção. Havia também necessidade de controlar a população das tensões entre as classes sociais. A cada ocasião de aumento dos preços ou redução dos salários, com a impossibilidade dos miseráveis sobreviverem e se alimentarem, ocorriam revoltas com saqueamento de celeiros e mercados. Essas agitações “[...] ganham intensidade cada vez maior e conduzirão às grandes revoltas contemporâneas da revolução Francesa” (FOUCAULT, 1999b p. 86).

Houve, por fim, a Medicina dos Pobres na Inglaterra, sendo essa a terceira modalidade que compõe o que o Foucault chama de “Medicina Social”. A Medicina dos Pobres buscou solucionar o adoecimento dos mais pobres, que afetava a nobreza (FOUCAULT, 1999b).

O convívio entre nobres e miseráveis, como senhores e serviçais respectivamente, fazia pobres e ricos se contaminarem entre si. Essa proximidade entre classes sociais tão distintas fazia com que a falta de cuidado sanitário dos mais pobres afetasse, diretamente, os mais nobres, causando o adoecimento e morte precoce. (FOUCAULT, 1999b). De modo diferente das medicinas de Estado e urbana, a medicina social inglesa voltou-se ao “controle do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (FOUCAULT, 1999b, p. 97).

Apesar das dimensões da Medicina Social possuírem várias características que as diferenciam, insta notar a inegável finalidade em comum: a do exercício de controle da sociedade, pela medicina, por meio do controle do corpo. Para Foucault, o corpo é uma realidade biopolítica e a medicina é uma estratégia biopolítica. Biopolítica é, assim, “[...] como se procurou, desde o século XVIII, racionalizar os problemas postos

à prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raças [...]” (FOUCAULT, 2008, p. 431).

É justamente desses dados de natalidade, mortalidade, longevidade, morbidade, entre outros “[...] que a biopolítica vai extrair seu saber e definir o campo de intervenção de seu poder” (FOUCAULT, 1999a, p. 292). Se há, portanto, dados estatísticos sobre a saúde da população que refletem negativamente nos cenários político e econômico, serão esses elementos da saúde dos cidadãos “os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle dessa biopolítica” (FOUCAULT, 1999a, p. 290).

Nesse sentido, os controles e intervenções se voltaram aos nascimentos, dentre outros indicadores. A vida e suas condições, portanto, passaram a ser minuciosamente controladas. Como considera Abreu (2018, p. 151), “[...] Positiva ou negativamente, a vida e a morte dos seres humanos são controladas pelas estratégias políticas”.

Foucault (1988) afirma que, antes, o poder (nas mãos do soberano) controlava o direito à vida e à morte, na medida em que era legitimado a exigir que seus súditos morram em sua defesa. Esse poder, entretanto, se desloca e se transforma em um controle político que não mais provoca morte e permite vida, mas investe em vida, de cima para baixo, em políticas sanitárias, especialmente as de natalidade. Isso ocorre em detrimento da necessidade de uma mão de obra que seja saudável e, principalmente, volumosa, a fim de atender às prioridades do sistema econômico capitalista.

As medidas para atender a necessidade dos Estados de aumentar a quantidade de seus habitantes significou, para as mulheres, a perda de autonomia quanto ao seu próprio corpo e seus processos reprodutivos. Proibiu-se e condenou-se o controle de natalidade e toda forma de sexualidade sem o fim reprodutivo (FEDERICI, 2017).

É justamente por meio da biopolítica que se iniciou um controle à reprodução: um controle direto, invasivo e irresistível. A partir do momento em que a diminuição de nascimentos passou a prejudicar a economia, não foram medidos esforços para controlar – ainda mais - o corpo feminino. Sendo definido, a partir de então, o corpo

feminino como área de vigilância e escrutínio, por ser ele capaz da reprodução, é sobre o corpo que a biopolítica passou a intervir.

O exercício do poder estatal em relação ao controle de natalidade foi construído meio vigilância. Um exemplo disso foi uma norma francesa de 1556 que, para impedir o aborto, obrigava as mulheres a registrar formalmente cada gravidez e, inclusive, “[...] sentenciava à morte aquelas cujos bebês morriam antes do batismo, depois de um parto às escondidas, não importando se fossem consideradas culpadas ou inocentes de sua morte” (FEDERICI, 2017, p.176). Outro exemplo é a instituição de pena de morte àquelas que usavam contraceptivos (FEDERICI, 2017).

Essa biopolítica, que durou duzentos anos, escravizou as mulheres à reprodução. É possível dizer que as condições do parto pioraram inclusive em relação aos tempos medievais - época na qual a mulher tinha, efetivamente, muito mais controle sobre o próprio parto. Assim, “[...] seus úteros se transformaram em território político, controlados pelos homens e pelo Estado: a procriação foi colocada diretamente a serviço da acumulação capitalista” (FEDERICI, 2017, p. 178).

Nesse contexto de vigilância e incentivo do aumento das taxas de natalidade e índice demográfico, as parteiras passaram a ser marginalizadas - e, em alguns casos, chamadas de bruxas e perseguidas - por que não auxiliavam as mulheres somente durante o parto, mas também com métodos contraceptivos e abortivos (HOCHMAN; ARMUS, 2004).

Iniciou-se, então, a criação de uma reputação demoníaca àquelas que ajudavam mulheres a abortar, chamando-as de bruxas, sendo elas “piores que quaisquer outras mulheres, já que ajudavam as mães a destruir o fruto do seu ventre” (FEDERICI, 2017, p. 328-329). Conforme a mesma autora, essa criatura mitológica, segundo as conspirações da época, cometia até mesmo infanticídio.

Considerando que “[...] Historicamente, a bruxa era a parteira, a médica, a adivinha ou a feiticeira do vilarejo” (FEDERICI, 2017, p. 362), a caça às bruxas foi, assim, uma estratégia biopolítica para impedir que os cidadãos pudessem exercer o controle de sua procriação. Deu-se início, assim, a caça às bruxas, promovida justamente pela

classe política que era prejudicada pela crise demográfica e econômica, certos de que uma população numerosa constitui a riqueza de uma nação (FEDERICI, 2017).

Segundo Federici (2017), as parteiras passaram, portanto, a não serem mais consideradas confiáveis para realizarem os partos. Isso porque, conforme a estratégia biopolítica, era preciso aumentar a população e essas mulheres detinham conhecimento sobre abortamento e métodos contraceptivos - “instrumentos diabólicos”.

A desconfiança em relação às parteiras fez com que a medicina fosse incluída no cenário do parto. O que antes era “resolvido” pelas próprias mulheres passou a ser objeto de controle político e, com isso, objeto de controle médico. A partir daí, “[...] as parteiras eram postas sob a vigilância do médico ou eram recrutadas para policiar outras mulheres” (FEDERICI, 2017, p. 177).

“As mulheres perderam o controle que haviam exercido sobre a procriação, sendo reduzidas a um papel passivo no parto, enquanto os médicos homens passaram a ser considerados como ‘aqueles que realmente davam vida’” (FEDERICI, 2017, p.176). Nesse mesmo contexto, a prática médica foi sendo também desenvolvida seguindo uma diretriz que priorizava a vida do feto em detrimento da mãe (FEDERICI, 2017).

4.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, MEDICALIZAÇÃO E EXCLUSÃO DAS MULHERES DO PARTO

A simbiose entre os sistemas patriarcal-capitalista, conforme os ensinamentos de Saffioti, no capítulo anterior, foram os principais fatores responsáveis pela socialização de fêmeas dóceis, úteis, femininas, voltadas ao cuidado da prole e dedicadas ao ambiente doméstico. Sabe-se também, conforme abordado anteriormente, que a necessidade de produção de novos produtores (fator social) por meio da reprodução (fator biológico), construiu um *habitus* patriarcal que impõe e naturaliza a dominação masculina às mulheres.

Contudo, apesar dessa construção social da feminilidade ter se empenhado em garantir que as mulheres se dediquem à reprodução, o evento do parto em si ainda pertencia às mulheres. O que se percebe, com essa análise histórica, é que os sistemas de dominação-exploração se incumbiram também de minar o controle da

mulher sobre o próprio processo de parturição. Com a desconfiança em relação às parteiras - pelas conspirações de infanticídio -, entrada dos médicos, homens de classe média alta, as mulheres passaram a ser dominadas também no parto.

O afastamento das parteiras significou, também, o afastamento de quaisquer mulheres da assistência ao parto. Isso porque além das parteiras passarem a ser excluídas da assistência à parturição, era quase impossível que uma mulher se formasse e atendesse como médica.

Afinal, como estudado, a socialização dos papéis e funções a serem exercidos pelas mulheres se restringem à reprodução e cuidado da prole. Os construtos sociais estabelecidos estruturalmente e a interiorização deles - *habitus* patriarcal – criam um ambiente inóspito para que as mulheres se tornassem médicas, naquela época, e pudessem assistir ao parto.

Para elucidar como se deu a exclusão das mulheres na medicina - e com isso, do parto - convém a obra de Ehrenreich e English (1973). As autoras relatam como se deu o processo da restrição das mulheres à medicina, nos Estados Unidos, onde a exclusão das mulheres se deu de forma ainda mais rigorosa do que na Europa. Segundo as autoras,

as escassas mulheres que conseguiram frequentar uma escola de medicina “regular” tiveram que enfrentar uma série de obstáculos sexistas. [...] Alguns professores se negavam a falar de anatomia na presença das mulheres. [...] Circulavam respeitáveis teorias ginecológicas sobre os efeitos danosos da atividade intelectual sobre os órgãos reprodutivos das mulheres. (EHRENREICH; ENGLISH, 1973, p. 35)

Mesmo se conseguissem superar a imensa dificuldade em se formarem, os obstáculos só aumentavam: os hospitais não as contratavam e elas eram proibidas de trabalhar como internas. Os colegas de profissão também proibiam que elas fossem membras das associações médicas (EHRENREICH; ENGLISH, 1973).

O perfil dos médicos, em geral, era o do homem branco, de classe média-alta, pertencente à classe dominante (EHRENREICH; ENGLISH, 1973). Foi este, portanto, o perfil dos profissionais que passaram a, quase exclusivamente, assistir o do parto.

Não é coincidência que, com o aumento da participação médica e masculina nos partos, as assistências intervencionistas também tenham aumentado. “A obstetrícia científica apoderou-se deste processo ao transformar a gravidez e o parto em fenômenos essencialmente naturais, observáveis e passíveis de controle [...]” (MARTINS, 2004, p. 87).

Os corpos femininos eram vistos, assim, como objetos manipuláveis e passíveis de aperfeiçoamento. A exclusão das mulheres no auxílio ao parto - em outras palavras, a medicalização - e a violência obstétrica andaram, assim, de mãos dadas. O aprofundamento da medicina nesse estudo “[...] Definiu a feminilidade como algo visível e localizado na pélvis [...]” (MARTINS, 2004, p. 89).

Os partos naturais são eventos que acontecem em corpos controlados, inseridos social e culturalmente. Por isso, também os partos sofrem socialização. Assim como o *habitus* patriarcal se apodera de elementos biológicos e os torna sociais, as intervenções ao parto seguem a lógica da dominação masculina. Com a crescente intervenção médica nos partos, no decorrer da história, ficou cada vez mais tênue a linha entre o biológico e o social. Nesse contexto de medicalização,

o parto deixava de ser um acontecimento inesperado e misterioso para tornar-se um fenômeno singular, dividido em unidades de tempo e sujeito à quantificação. Vários estudos foram feitos sobre as posições fetais e sua relação com o corpo materno, o que exigiu tempo e determinação dos médicos para reconhecer todas as variações que podiam ocorrer (MARTINS, 2004, p. 96).

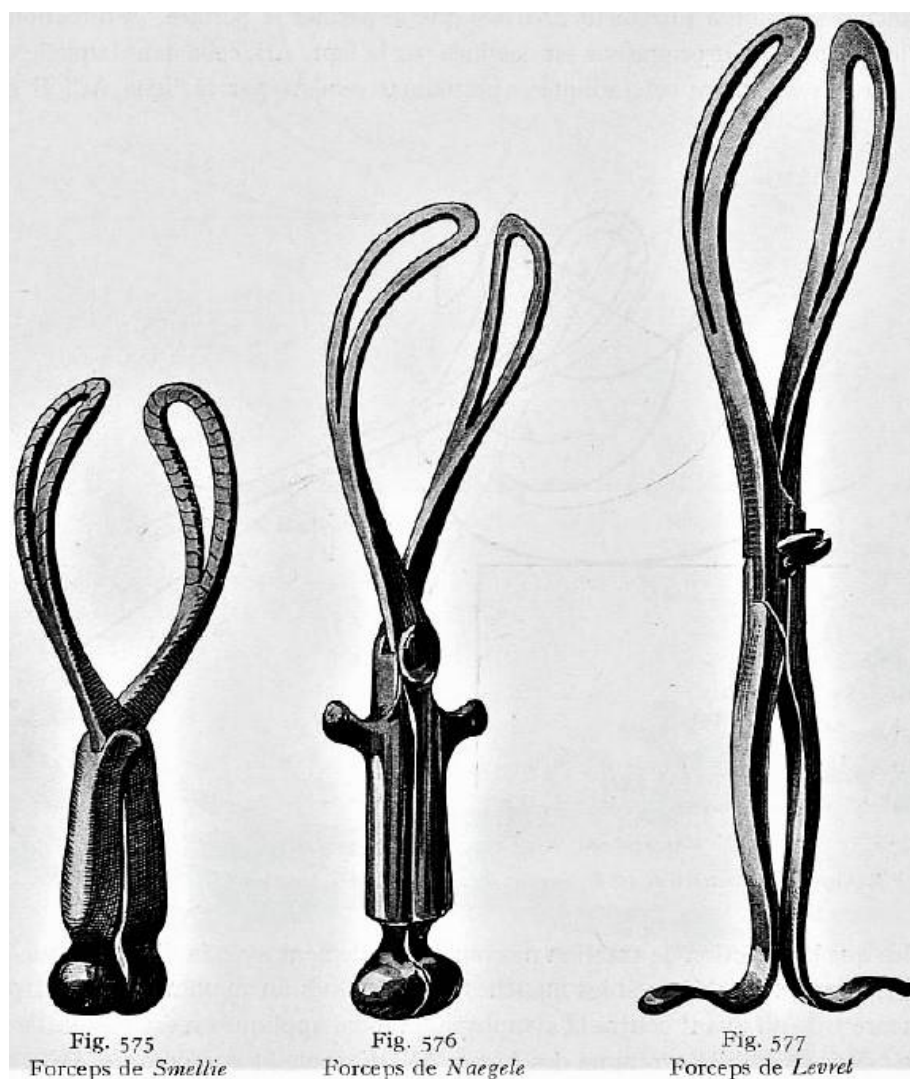
Esse tipo de vigilância que calcula e monitora tempo, cria e categoriza fases de parto, quando em caráter científico de observação é, de fato, importante para a epistemologia da obstetrícia. Entretanto, a partir do momento em que esse controle se transforma em manipulação dos corpos, como ocorreu na história da medicina obstétrica, propiciou o surgimento das intervenções desnecessárias e potencialmente danosas à saúde materna.

O estudo científico do parto produziu esta representação geométrica do corpo da mulher, totalmente visível e cada vez mais sujeito a intervenções sobre as quais ela não tinha conhecimento nem controle. [...] A intervenção no parto tornou-se mais freqüente no século XIX como consequência dos estudos anatomoclínicos. O instrumental obstétrico diversificou-se muito, sendo criados vários tipos de fórceps, sondas, agulhas, tesouras, ganchos e cefalotribos (instrumentos usados para a embriotomia), o que só reforçou ainda mais o controle médico sobre a parturição (MARTINS, 2004, p. 98).

Assim, conforme os médicos foram sendo inseridos no processo de parto, os instrumentos intervencionistas foram surgindo. Além dos instrumentos, foram surgindo procedimentos cirúrgicos e manobras obstétricas, como é o caso da embriotomia e a cesariana (MARTINS, 2004).

Os fórceps (Figura 7) e demais ferramentas deram ar de cientificidade aos obstetras, que passaram a intervir cada vez mais nos partos. A parturição passa, assim, de processo fisiológico para procedimento instrumental, onde não mais a mulher controlava seu próprio parto, mas era mero sujeito passivo e manipulável.

Figura 7 - Tipos de fórceps desenvolvidos para serem utilizado em situações diferentes a depender da posição do neonato no canal vaginal



Fonte: Bumm (1914, p. 757).

Os médicos, não habituados com os processos de parturição, muitas vezes se valiam de procedimentos dolorosos e violentos.

[...] Havia desconhecimento sobre onde e como cortar, sobre a questão da dor, problemas com hemorragias e como suturar, infecções etc. Essas dificuldades justificaram que os médicos tentassem não se envolver com a “arte obstétrica” por um longo período. Durante o século XIX, o “progresso” médico era a realização da cesariana com extirpação total do útero, e a regra era a morte em caso de partos difíceis (THORWALD, 1956 apud HOCHMAN; ARMUS 2004 p. 179).

Destarte, nesse momento histórico, é possível perceber que não havia qualquer primazia do conhecimento médico em relação à empiria das parteiras. Pelo contrário: no contexto medicalizado surge a presença de violência e de intervenções dolorosas. É perceptível como a figura do médico nos partos não significa, necessariamente, progresso das técnicas de assistência.

As construções sociais de feminilidade e masculinidade estão, portanto, inseridas tanto na medicina quanto nos médicos. É nesse sentido que se percebe a presença do *habitus* patriarcal não só dissimulado como também, e principalmente, constituinte da própria construção da ciência médica, principalmente da obstetrícia.

Os obstetras foram os primeiros a levar adiante o modelo biológico das diferenças sexuais estabelecido no século XVIII pelos anatomistas e fisiologistas. Seu foco de análise se fechou sobre as estruturas e os processos que eles consideravam ser a explicação para a natureza feminina e a justificação materialista dos papéis sociais das mulheres. Uma consequência importante desse processo de conhecimento foi a crescente intervenção com o uso de tecnologias médicas e farmacêuticas seguido pelo gerenciamento dos corpos femininos, cada vez mais passivos e alienados à medida que os saberes se especializaram e que a gravidez, o parto e o puerpério passaram a ser gerenciados pelo médico e, posteriormente, pela equipe hospitalar (MARTINS, 2005, p. 664).

Percebe-se, assim, um clássico caso de socialização do biológico e biologização do social, conforme dispõe Bourdieu. A construção do conhecimento médico obstétrico partiu de pré-concepções que socializam a biologia do corpo feminino, pressupondo imperfeições e incompetências fictícias, do corpo máquina, útil para aumentar o índice demográfico e a mão de obra. Por outro lado, o *habitus* também se incumbe de garantir que as mulheres permaneçam passivas às intervenções, caracterizadas pelo corpo

dócil, acreditando e internalizando – *habitus* – também na sua incapacidade de parir sem assistência.

4.3 O *HABITUS* PATRIARCAL NA CONSTRUÇÃO EPISTEMOLÓGICA DA OBSTETRÍCIA, AUTONOMIA DA MULHER E AS CATEGORIAS DE RAÇA E CLASSE

A eficácia e a segurança dos procedimentos invasivos durante o parto começaram a ser questionados dentro da própria medicina, por influência do movimento de mulheres, nos anos 80. Essa movimentação foi muito importante não só para contestar as práticas obstétricas danosas à saúde da mulher, mas também para exigir que mais mulheres participassem das próprias tomadas de decisão nas pesquisas (DINIZ, 2009).

A obstetrícia, convém abordar, nunca foi desenvolvida para atender homens cisgêneros. Isso, por si só, já segmenta um conhecimento que, desde sua gênese, é construído para atender mulheres. Tendo em vista a sua utilidade e destinação, a obstetrícia já nasce como ciência gendrada. Por essa razão é que uma abordagem crítica da bioética feminista se faz necessária.

Ao estudarmos sobre parto e processos de parturição, por óbvio, não há como falar em desigualdade de tratamento entre homens e mulheres. Entretanto, tendo em vista o estudo desenvolvido até aqui, percebemos que a violência obstétrica só existe porque, antes disso, existe o *habitus* patriarcal. A própria construção do conhecimento científico se dá em sociedade; A prática clínica é exercida - construída e consubstanciada - por agentes socializados.

Os golpes de violência simbólica se incumbiram de inculcar, tanto nos profissionais de saúde quanto nas mulheres, a naturalização da sistemática de imposição - por parte dos dominantes - e a aceitação (das dominadas). Sherwin (1947) afirma que há um papel na opressão das mulheres que é desempenhado pela ciência médica. As opiniões clínicas e os diagnósticos são, muitas vezes, encarados como verdades absolutas e incontestáveis.

A visão deles da realidade raramente é contestada, mesmo quando o assunto sobre o qual falam se estende além de suas evidências científicas. Suas atitudes em relação ao corpo humano ganharam proeminência na cultura; os

valores médicos ajudam a construir a experiência que as pessoas têm de seus próprios corpos e daqueles com quem interagem. (SHERWIN 1947, *online*, tradução nossa).

No âmbito do parto, há muitos procedimentos comumente realizados por obstetras que não possuem qualquer respaldo de eficácia nas evidências científicas atualizadas. Entretanto, são perpetuadas cotidianamente e rotineiramente nos hospitais e maternidades brasileiros.

Para Sherwin (1947, *online*), “O conhecimento dos médicos é distorcido por suas próprias expectativas tendenciosas e pelas dos cientistas com os quais eles aprendem”. É claro perceber, assim, que o desenvolvimento da ciência médica obstétrica não foge ao *habitus* patriarcal. A própria medicina foi projetada para reforçar a dominação-exploração, principalmente quando falamos de uma ciência segmentada para tratar, especificamente, mulheres.

É curioso, nesse sentido, perguntar-se quando e pelas mãos de quem se deu a primeira episiotomia, por exemplo. Como e porque foi definido que era aceitável - e reproduzível - cortar o músculo entre o canal vaginal e o ânus (períneo) para “viabilizar” a passagem do neonato. Apesar de ainda não haver consenso sobre a eficácia desse procedimento, atualmente a Organização Mundial da Saúde desaconselha a realização da episiotomia rotineira. Nessa toada, se faz necessário problematizar

[...] quais questões são investigadas e quais são negligenciadas pelos pesquisadores médicos, de quem são os interesses atendidos pelos projetos perseguidos, os de quem são ignorados, quem controla as decisões de pesquisa e a quem os pesquisadores respondem (SHERWIN 1947, *online*, tradução nossa).

O fato de determinados procedimentos obstétricos serem considerados “normais” não pode limitar a crítica, pelo contrário, deve ser, justamente, objeto de questionamento. Nesse sentido, contestar a existência e necessidade de padrões e protocolos rotineiros, portanto, deve fazer parte de um movimento pressupostamente crítico. Esse não é, contudo, um hábito fácil. Para questionar, portanto, procedimentos considerados “normais”, convém trazer algumas ponderações da bioética feminista.

Sob essa perspectiva - uma bioética contra-hegemônica e preocupada com as desigualdades de gênero, raça e classe - há preocupação com a especial vulnerabilidade de grupos dominados e explorados pelo sistema patriarcal, racista e capitalista.

É imprescindível considerar a vulnerabilidade dos sujeitos nas questões que envolvem sua saúde. A bioética tradicional se baseia em quatro princípios fundamentais: não-maleficência (*do no harm*), beneficência (fazer o bem), autonomia (livre-arbítrio) e justiça. Entretanto, em se tratando de pessoas vulneráveis - dominadas-exploradas, como é o caso das mulheres, negras e pobres - esses princípios são insuficientes, por isso a corrente crítica da bioética feminista é tão adequada para a análise da violência obstétrica.

Para esse segmento contra-hegemônico da bioética, um bom mecanismo para perceber as sutilezas da injustiça é filtrar como (e se) o objeto em estudo se relaciona à dominação das mulheres. Contudo, quando o assunto é a obstetrícia, absolutamente tudo se relaciona à opressão de gênero, já que a reprodução biológica compõe um importante cerne da dominação patriarcal.

Tendo em vista a especial vulnerabilidade das mulheres e, principalmente, das mulheres negras e pobres, é preciso cautela e sensibilidade no quesito “autonomia”. Afinal, os reiterados golpes de violência simbólica as fazem incorporar as noções dos construtos sociais, sobre si e sobre os outros, de inadequação, insuficiência e ideários de destinação biológica.

Além do *habitus* patriarcal é preciso considerar que recai sobre todos, vulneráveis e privilegiados, o peso da autoridade médica, que por meio da *expertise*, intimida e impõe decisões teoricamente pautadas em conhecimento científico. É por isso que a autonomia das parturientes deve ter especial peso nas tomadas de decisão na relação médico-paciente. No mesmo sentido, afirma Sherwin (1947, *online*, tradução nossa) que “Em tais questões, parece necessário que as preferências dos oprimidos tenham um peso maior do que as dos membros do grupo dominante”.

A gravidez, além de ser considerada a única e maior destinação biológica das fêmeas, traz consigo ainda o elemento “feto” que, em determinadas circunstâncias, possui mais direitos que a própria gestante. Nesse sentido,

Cada vez mais, as mulheres são descritas como irresponsáveis ou hostis com seus fetos, e o relacionamento entre elas é caracterizado como adversário. A preocupação com o bem-estar do feto é tida como licença para os médicos intervirem para garantir que as mulheres obedeçam aos “conselhos” médicos. Os tribunais são chamados a fazer cumprir as ordens dos médicos quando a pressão moral por si só se mostra inadequada, e as mulheres estão sendo coagidas a se submeter a partos cesáreos indesejados e partos hospitalares monitorados tecnologicamente [...]. (SHERWIN, *online* tradução nossa).

Para além da discussão acerca da possibilidade de interrupção da gravidez, enxergar o feto como indivíduo “independente”, detentor de tantos direitos quanto os da mulher, impacta também a gravidez e a parturição. Essa visão faz surgir posturas prejudiciais às mulheres, desde a objeção de consciência para a realização de um aborto - exemplo clássico da bioética - até comportamentos de violação graves dos direitos de gestantes.

Nesse sentido, é importante retomar os ensinamentos de Bourdieu ao abordar a socialização do biológico. Ora, se o *habitus* patriarcal internalizado dita que a maternidade deve ser o grande alvo a ser almejado pelas mulheres, qualquer postura que contraria esse “instinto” só pode ser visto como antinatural. É perceptível, entretanto, que o conceito de “natural” em nada se relaciona com o biológico, na medida em que é socialmente construído.

A instrumentalização dos partos parece, nesse sentido, voltada exclusivamente à garantia do nascimento do neonato vivo, custe o que custar à saúde da parturiente (e até mesmo do bebê). Seguindo a agenda do patriarcado, os partos seguem priorizando o sucesso da reprodução biológica. A parturição deixa, assim, de ser uma experiência protagonizada pela mãe e pelo bebê, passando estes à condição de sujeitos passivos de um processo “inevitável”.

Não se pretende negar, no presente trabalho, o fato de que em muitos casos a instrumentalização salva vidas, nem minimizar as dores e dificuldades do parto vaginal. Contudo, deve ser superado o paradigma do parto como um evento a ser sobrevivido, onde a conveniência e agenda médicas pesam mais que o conforto, bem-

estar e dignidade da mulher. A busca deve ser, portanto, da garantia da integridade de ambos, mãe e bebê, de forma respeitosa e humanizada.

Ocorre que partos respeitosos são também mais trabalhosos, demorados e menos rentáveis. Demandam mais monitoramento, sensibilidade e disponibilidade do profissional. “[...] Quando o médico faz o pré-natal, conveniência, facilidade de agendamento e rapidez no procedimento significam desdobramentos econômicos com melhor administração de outras atividades remuneradas e de tempo livre” (TESSER et al., 2015, p. 6). A realização de cesáreas em formato como cadeias de produção, rápidas e em ambiente controlado, são muito mais atrativas e lucrativas do que o acompanhamento de horas de trabalho de parto de via vaginal.

Não só o parto cesáreo é instrumentalizado de acordo com a conveniência médica, havendo também intervenções assistenciais para acelerarem os partos vaginais. As intervenções obstétricas mal indicadas podem também ser muito maléficas à saúde materna. Um exemplo comum nas maternidades brasileiras é a administração de hormônio (ocitocina) para a aceleração dos partos e que, quando usada sem real indicação, pode aumentar desnecessariamente as dores do parto, para além do suportável (DINIZ, 2009).

O conflito entre os princípios da beneficência e autonomia, existente também na bioética tradicional, merece especial reflexão feminista. Por um lado, a beneficência dispõe a obrigação, por parte do profissional de saúde, de fazer o que for melhor para o paciente - opinião técnica do que esse profissional julga ser a melhor opção. Por outro lado, pessoas maiores de idade e civilmente capazes têm o direito de aceitar e recusar tratamentos, de acordo com sua vontade.

Como já abordado, Sherwin (1947) acredita que a autonomia dos grupos dominados (gênero, raça e classe) deve ter um peso especial na balança bioética, tendo em vista sua vulnerabilidade. Em se tratando dos eventos de gravidez e parto, existe ainda uma problemática que não pode ser ignorada: a visão do feto como indivíduo apartado da parturiente.

A tensão entre beneficência e autonomia já é problemática nos casos típicos, onde o conflito gira em torno de um médico e uma única pessoa na condição de paciente. Na

obstetrícia essa questão pode ser ainda mais intrincada, no caso de oposição entre o que o profissional da medicina considera ser melhor para o feto e a vontade da gestante.

Nesse sentido, são preocupantes os casos em que há, inclusive, coerção para que determinado tratamento ou procedimento seja realizado, no corpo da mulher. Um caso emblemático no Brasil foi o da Adelir do Carmo Lemos de Goés, que sofreu condução coercitiva até o hospital por ordem da justiça do Rio Grande do Sul. Adelir estava com 42 semanas de gestação e, acompanhada de sua doula, assinou termo de responsabilidade no hospital, manifestando sua vontade de não ser internada.

Apesar dos sinais vitais da mãe e do bebê estarem normais e estáveis (conforme aferido e constatado pela doula contratada pelo casal), o hospital acionou a justiça alegando risco de morte para a mãe e bebê. Adelir foi conduzida ao hospital, por oficial de justiça acompanhado de polícia, durante a madrugada. A juíza responsável pela decisão se manifestou, segundo Carneiro e Fraga (2014, *online*) afirmando que “[...] Era um caso especial, havia um outro interesse que era a vida e a saúde da criança. Havendo esse conflito entre o interesse da mãe com a vida da criança, se entendeu que preponderava o interesse da criança”.

É perceptível, assim, que o conhecimento científico é comumente usado como argumento de autoridade. Sob essa narrativa de que o médico, enquanto estudioso do corpo humano, teria mais embasamento técnico para saber o que é melhor para a mulher e o feto. E, mesmo nos casos em que não há coerção, o argumento de autoridade pode vir maquiado de beneficência para moldar as escolhas da gestante, “[...] Ao acumular e mistificar informações médicas, declarando-as muito complexas para serem consumidas por cidadãos comuns [...]” (SHERWIN, 1947 *online*).

A estrutura organizacional da assistência ao parto influencia diretamente na decisão das mulheres quanto à via de parto (DOMINGUES et al., 2014). A utilização de linguajar técnico e os argumentos de autoridade do médico são capazes de convencer a mulher leiga de que determinada via de nascimento é a mais segura. Um estudo revelou que “[...] os médicos determinam a via de parto quer seguindo o desejo das mulheres (quando elas desejam a cirurgia) ou montando um cenário de necessidade

clínica da cesariana” (TESSER et al., 2015, p. 5). De modo semelhante, Sherwin chama atenção para o fato de que

toda essa atenção médica, entretanto, não é necessariamente uma coisa boa para as mulheres; procedimentos perigosos e injustificáveis do ponto de vista médico são realizados em corpos femininos em um ritmo assustador. O controle médico do parto resulta em muito mais intervenções cirúrgicas (e taxas de mortalidade correspondentemente mais altas) [...] (SHERWIN, 1947 *online*, tradução nossa).

Como vem sendo abordado pela pesquisa e reiterado por Sherwin, a medicalização e instrumentação dos partos não implicam maior segurança, conforto e bem-estar. Principalmente no que se refere a procedimentos que não possuem eficácia comprovada em evidências científicas.

O discurso feminista advoga por um parto mais respeitoso às decisões da mulher, com menos imposição de decisões. Pedir por mais protagonismo feminino nos partos é cobrar participação, respeito à autonomia e maior comunicação na relação médico-paciente. Não se nega, contudo, a necessidade e a importância do avanço da técnica e tecnologia médicas.

5 INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS, A CARÊNCIA DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E O *HABITUS* PATRIARCAL

A retomada analítica ao contexto no qual as parteiras realizavam os partos não idealiza ou defende as assistências rudimentares ou omissões graves, muito menos o retorno dos altos índices de mortalidade materna e neonatal da época. Analisar como se deu a estratégia biopolítica de controle dos corpos, bem como a introdução da medicina e do homem branco de classe alta no parto é evidenciar o próprio momento a partir do qual evento do parto passou a envolver relações de poder.

O processo de medicalização e masculinização da assistência ao parto propiciou o surgimento e prática da violência obstétrica, fatores que não incidiam na relação parteira-parturiente. Por um lado, a figura da autoridade médica estabelece hierarquização entre quem presta e quem recebe a assistência no parto. Isso por si só já é problemático, na medida em que a hierarquização pressupõe desigualdade e, no contexto do parto, isso significa que apenas uma decisão vai, de regra, prevalecer.

A gênese da violência obstétrica se deu, nesse sentido, com o início da medicalização do parto, e com o uso biopolítico da medicina. Isso porque a própria incursão da medicina no parto era o controle e a garantia do sucesso da reprodução biológica, como estratégia biopolítica. Não obstante, o perfil do médico nos primórdios da obstetrícia era a do homem branco e de classe média-alta, o que também contribuiu para que fosse estabelecida uma relação hierárquica de dominação. Esses elementos, historicamente, criaram um ambiente não só favorável como inevitável para a violência no ciclo gravídico-puerperal.

Não obstante há ainda que se considerar que a hierarquia médica está contida na estrutura antecessora e mais abrangente do *habitus* patriarcal, e que os primeiros médicos eram homens. Além da autoridade médica, insta mencionar o mais antigo dos sistemas de dominação: o patriarcado. O Poder do Macho³- na figura de dominante - em relação à mulher torna ainda mais discrepante a desigualdade entre parturiente e médico.

É preciso, também, especial cautela e questionar determinadas instrumentalizações e assistências do parto, tendo em vista que a idealização da necessidade de instrumentos e técnicas assistenciais partiu de agentes socializados. Ora, antes da instrumentalização e da medicalização existem os agentes socializados. Antes dos agentes socializados existe o *habitus* patriarcal.

Em consonância com o arcabouço teórico e histórico analisado no trabalho, é possível perceber a necessidade de que as técnicas e assistências obstétricas estejam sempre sob vigilância, sujeitas a revisões e questionamentos. Nesse sentido, a vontade das parturientes deve ter especial peso na tomada de decisões, principalmente as mais vulnerabilizadas. Tendo isso em mente, é importante frisar que tecnologia e progresso científico são aliados do parto.

Nem toda a intervenção obstétrica se consubstancia em violência. Existem as intervenções que têm sua eficácia baseadas em evidências e que, quando bem indicadas, inegavelmente salvam vidas. A evolução da técnica médica e da ciência

³ Em referência ao livro de Saffioti de 1987, de título homônimo.

obstétrica permitem que, atualmente, os índices de morte materna e neonatal sejam muito inferiores aos da antiguidade.

A militância por partos sem violência obstétrica tem crescido e, além disso, existem estudos que questionam, na comunidade científica, a necessidade, conveniência e segurança dessas intervenções. E, nesse sentido, a Medicina Baseada em Evidências (MBE) é uma grande aliada para a redução dos índices de violência obstétrica.

Os dados sobre os partos no Brasil apontam a existência de dois extremos prejudiciais: por um lado, um excesso de emprego da tecnologia, de maneira desnecessária e prejudicial em relação a algumas mulheres e, por outro, omissão de assistência necessária e adequada para outras. No mesmo sentido se percebe a ausência de observância de evidências científicas atualizadas e eficazes.

A relação desigual e hierárquica entre as mulheres e os obstetras, existente e potencializada, sobretudo, por uma cultura de dominação patriarcal, compõe um ambiente que autoriza a violência obstétrica. Considerando a produção de novos produtores como evento que acontece, exclusivamente, nos corpos femininos e por meio do parto, as mulheres são enxergadas como passíveis de intervenção e instrumentalização.

Tendo em vista as circunstâncias dentro das quais o parto se insere, a violência obstétrica se manifesta no desrespeito à autonomia, no emprego de assistências excessivas, desnecessárias e potencialmente danosas às parturientes e, não obstante, nos maus tratos por parte dos profissionais da obstetrícia. É crucial, portanto, analisar o que as melhores e mais atuais evidências científicas afirmam sobre os métodos assistenciais ao parto comumente praticados no Brasil.

Para analisar se a prática médica obstétrica, no cenário brasileiro, é pautada em ciência ou se é fruto do *habitus* patriarcal convém, nesse sentido, apreciar o que apontam as evidências científicas atuais acerca das práticas assistenciais.

5.1 CESARIANAS NO BRASIL EM NÚMEROS ABSOLUTOS E NO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE

No setor privado de saúde brasileiro, as cesáreas eletivas protagonizam o centro da preocupação de saúde materna, chegando a ser a via de parto em 84% dos casos. Somados os setores público e privado, cerca de 57% de todos os partos no Brasil foram cesáreos, segundo a UNICEF (2017).

A via de parto cesárea possui muito mais riscos que vantagens em relação ao parto normal. Em pesquisa conduzida por Belizán, Althabe e Cafferata (2006), o parto cesáreo foi associado a maior risco de morbimortalidade materna e neonatal, além de histerectomia⁴, dor abdominal, morbidade respiratória neonatal, morte fetal, placenta prévia⁵ e possibilidade de ruptura uterina em futuras gestações. Importante frisar ainda a pesquisa em análise foi feita em um país desenvolvido, realidade distinta da do Brasil, o que pode significar que os resultados poderiam ser ainda mais assustadores.

Segundo Esteves-Pereira et al. (2016), as chances de haver morte materna em partos cesáreos é quase três vezes maior em relação à via vaginal, tendo como fatores principais as mortes por hemorragia pós-parto e complicações da anestesia. Sendo assim, o estudo concluiu que a cesariana é, por si só, um fator de risco de morte materna e isso não pode ser desconsiderado pelos profissionais de saúde.

Outro estudo importante a ser citado é o de Barros et al. (2018) que investiga, além da incidência de cesarianas, a ocorrência de nascimentos prematuros. A pesquisa, publicada em inglês, separa a prematuridade em duas categorias: O nascimento pré-termo, aqueles com menos de 37 semanas de gestação; E o nascimento prematuro, referindo-se aos neonatos nascidos entre 37 e 38 semanas de gestação.

Dentre os partos cesáreos, 10,1% dos nascimentos foram pré-termo e 29,8% dos bebês nasceram prematuros. Existe também relação entre a via de parto com a grau de escolaridade das mulheres. Cerca de 24,% das cesarianas ocorreram em

⁴ Remoção cirúrgica do útero.

⁵ Complicação obstétrica na qual o posicionamento da placenta obstrui total ou parcialmente o colo do útero.

mulheres com menos de 4 anos de escolaridade. Quanto às mulheres com mais de 12 anos de estudo, quase 40% da via de parto foi a cesárea (BARROS et al., 2018).

Barros et al. (2018) afirmam também que, no Brasil, existem três grandes questões a serem superadas: a epidemia de cesarianas, a epidemia de nascimentos pré-termo (relacionados também à epidemia de cesarianas) e, por fim, a epidemia de nascimentos prematuros (diretamente ligados às cirurgias cesarianas). Os autores alertam a seriedade de tais índices no Brasil, asseverando que

As altas taxas de nascimentos anteriores à 37ª semana e entre a 37ª e 38ª semanas produzem um excesso de recém-nascidos com maior risco de morbimortalidade a curto prazo, além de problemas de desenvolvimento a longo prazo. Comparado com os países de alta renda, existe um excesso anual de 354.000 nascimentos anteriores à 37ª semana e entre a 37ª e 38ª semanas no Brasil (BARROS et al., 2018, p. 1).

Fazendo um recorte analítico e selecionando as mulheres que dão à luz no setor privado, o número de cesarianas é ainda mais avassalador e preocupante. Conforme estudo de Domingues et al. (2014), aproximadamente 80% dos partos cesáreos no setor privado aconteceram antes da gestante sequer entrar em trabalho de parto. A mesma pesquisa demonstrou que a grande maioria dos partos, nesse setor, são de via cesárea, alcançando alarmantes 84,5% dos casos, ou seja, a maior parte de todos os partos da rede privada são feitos sem sequer o trabalho de parto começar.

Como já elucidado, a Organização Mundial de Saúde recomenda que a via de parto cirúrgica não ultrapasse 15% dos casos, implicando, assim, que percentuais superiores a este acarretam mais malefícios que benefícios. Segundo Torres et al. (2014), grandes índices de cesarianas no setor suplementar de saúde são, de certa forma, comuns nos países em desenvolvimento, mas nenhum outro país apresenta percentuais tão elevados quanto o Brasil.

A Organização Mundial da Saúde dispõe que as cesáreas são bem indicadas quando representam entre 5% e 15% dos casos. Percentuais inferiores a 1% e superiores a 15% trazem malefícios do que benefícios à saúde da mulher, sendo esse o “paradoxo da cesárea”, conforme Diniz (2009).

A vasta literatura científica que desaconselha e aponta os riscos da cirurgia cesariana, contudo, não parece frear a epidemia de cesarianas no Brasil. As práticas seguem

obedecendo ao *habitus* patriarcal para viabilizar o nascimento - a reprodução humana -, custe o que custar às mulheres e seus corpos, pelo meio que for mais conveniente aos que estão prestando a assistência.

Torres et al. (2014) inferem que índices tão altos de cesáreas não decorrem de indicações clínicas. Os autores prosseguem dizendo que

evidências científicas sugerem que existe associação entre elevada prevalência de cesarianas e fatores não clínicos, como: o modelo de pagamento por procedimento e a assistência ao parto em centro obstétrico ao invés de em unidades lideradas por enfermeiras obstétricas ou obstetrizes, ou em centros de parto normal comunitários (GAMBLE et al., 2007, apud TORRES et al., 2014; STATHAM; RICHARDS, 2007, apud TORRES et al., 2014; FUGLENES et al., 2011, apud TORRES et al., 2014).

Alguns autores se propuseram a buscar entender os motivos da epidemia de cesáreas no país, ou seja, não sendo por razões clínicas, quais as justificativas, sobretudo sociais e culturais, que contribuem para esse cenário. Faúndes e Cecatti (1991) asseveram que tais fatores incluem o ideal de um parto livre de dor - no momento do parto, mesmo que isso implique em analgésicos no pós-parto cirúrgico -, além da preocupação com a preservação da anatomia vaginal, para que as genitais continuem funcionais para atividade sexual.

Além disso, “[...] processos como a estimativa exagerada de risco fetal, ou a interpretação da dor materna como uma exigência de cesárea, bem como a consideração de suas [dos médicos] agendas e conveniências” (DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 84) são motivos que contribuem para os índices tão elevados, principalmente no setor suplementar de saúde. Entretanto, como as próprias autoras ressaltam no estudo, as cesáreas só são bem indicadas quando relacionadas à complicações da mãe ou do feto.

Nos hospitais e maternidades brasileiros, um dos fatores para os altos índices de intervenções e o desrespeito às mulheres nos seus processos naturais de parturição se dá pela pressa em provocar o nascimento dos bebês. As intervenções obstétricas são muitas vezes resultado desse aceleração do trabalho de parto e parto, reduzindo seus tempos naturais de duração em uma tentativa de controlar seus respectivos andamentos. Via de consequência, a análise quanto à necessidade de

assistência ao parto no Brasil é mais voltada ao médico e sua disponibilidade do que na efetiva necessidade corporal da parturiente (LEAL et al., 2014).

5.2 ASSISTÊNCIAS NÃO CIRÚRGICAS REALIZADAS NOS PARTOS DE RISCO HABITUAL

Segundo a maior pesquisa sobre parto e nascimento feita no Brasil, a posição de litotomia ocorreu em mais de 90% dos partos (LEAL et al., 2014). A posição de litotomia é considerada como posição horizontal no trabalho de parto, sendo a melhor e mais cômoda para o profissional de saúde acompanhar o trabalho de parto. Isso, entretanto, não significa que essa seja a melhor postura para a mulher ou para o parto.

Estudos apontam que a posição vertical é muito mais benéfica para a evolução do trabalho de parto. Priddis, Dahlen e Schmied (2012) apontam que a literatura científica indica que as posições verticalizadas e fisiológicas têm impacto positivo tanto fisicamente quanto psicologicamente, já que tais posições sugerem aceleração do trabalho de parto, diminuição de intervenções obstétricas e da dor severa, além de apontar maior satisfação da mulher com o próprio parto.

Segundo a OMS, é recomendado que as mulheres adotem a posição que preferirem durante o trabalho de parto, incluindo as posições verticalizadas (WHO, 2018). Nota-se, assim, que a liberdade corporal para movimentar-se e a posição verticalizada são, nesse sentido, essenciais para um parto bem sucedido, com menos intervenções e mais fisiológico.

Segundo Nascer no Brasil (LEAL et al., 2014), a manobra de Kristeller aconteceu em 37% dos partos de mulheres que não precisavam de intervenção. Segundo Hofmeyr et al. (2017), não existem evidências acerca dos benefícios da manobra de Kristeller nas parturientes ou em relação à segurança dos bebês.

A manobra de Kristeller também é desencorajada pela OMS. Isso porque a referida organização não recomenda, de maneira geral, que se empurre manualmente o fundo do útero para facilitar o parto, englobando, por conceito, a manobra de Kristeller (WHO, 2018).

O uso da ocitocina esteve presente em 40% dos partos de baixo risco do Brasil. (LEAL et al., 2014). Contudo, o uso desse hormônio aumenta a dor durante o parto, para além da suportabilidade da parturiente (DINIZ, 2009). A administração de ocitocina é também contra-indicada pela Organização Mundial de Saúde, a menos que a evolução do trabalho de parto esteja confirmadamente estagnada (WHO, 2018).

A Organização Mundial de Saúde também desaconselha o rompimento artificial da membrana amniótica (amniotomia) para, por si só, evitar que o trabalho de parto perdure por muito tempo. Nesse sentido, “[...] apesar do uso comum de amniotomia para prevenção do atraso do parto na prática clínica, não há evidências claras de que os benefícios potenciais superem os danos potenciais” (WHO, 2018, p. 118). Apesar disso, a amniotomia esteve presente em quase metade dos partos das brasileiras (LEAL et al., 2014).

5.2.1 Episiotomia

No sistema público de saúde, os números de partos cirúrgicos são menores que no setor suplementar. Contudo, as episiotomias no SUS são rotineiras, o que não é aceitável e não possui respaldo algum de que seja necessário. Não há consenso acerca da absoluta desnecessidade da episiotomia. A Medicina Baseada em Evidências é sempre cautelosa e, como será abordado adiante, se baseia sempre nos estudos acerca da eficácia. Nesse sentido, a posição da OMS acerca da episiotomia é a de que

Não há evidências que corroborem a necessidade de qualquer episiotomia no atendimento de rotina, e uma taxa “aceitável” de episiotomia é difícil de determinar. O papel da episiotomia em emergências obstétricas, como sofrimento fetal que requer parto vaginal instrumental, ainda não foi estabelecido. Se uma episiotomia for realizada, anestesia local eficaz e o consentimento informado da mulher são essenciais (WHO, 2018, p. 150).

Tendo em vista esse cenário, é possível perceber mais uma vez a presença da dominação racista-capitalista potencializando a opressão patriarcal, uma vez que as usuárias do setor público são, em sua maioria, mulheres pobres e negras. Elas são desproporcionalmente violentadas pelo uso rotineiro da episiotomia (DINIZ; D’OLIVEIRA; LANKY, 2012).

Zafran e Salim (2012) afirmam que usar restritivamente a episiotomia pode poupar mulheres de terem seus músculos do assoalho pélvico mutilados. Esses resultados corroboram com algumas outras pesquisas já realizadas, apontando no sentido de que, apesar da episiotomia ser utilizada com a finalidade de evitar lacerações graves, tal procedimento não deve ser amplamente realizado, uma vez que tem consequências severas.

O uso indiscriminado da episiotomia é mais prejudicial que benéfico às parturientes. Não há evidências de que ela seja eficaz para cumprir com a finalidade que se propõe, que é a de evitar lacerações graves (ZAFRAN; SALIM, 2012). No mesmo estudo ficou demonstrado que a realização de episiotomia antes de partos de bebês grandes ou partos com ventosa obstétrica⁶ não afetou a incidência de laceração obstétrica do esfíncter anal (ZAFRAN; SALIM, 2012). Ou seja, essa intervenção tão invasiva, quando utilizada sem restrições, não se mostra eficaz de garantir, justamente, o que se propõe a prevenir.

Conforme os mesmos autores, a laceração obstétrica do esfíncter anal é devastadora para as mulheres, acarretando inclusive consequências que excedem o pós-parto e duram pela vida.

Ensaio clínico randomizado na década de 1980 e no final da década de 1990 descobriram que a episiotomia de rotina comparada à episiotomia restritiva estava associada a um maior risco de esfíncter anal e impedia uma mulher de dar à luz um períneo intacto ou minimamente danificado. Além disso, o resultado com episiotomia foi considerado pior, pois muitas mulheres que teriam tido lesão mínima sem episiotomia, tiveram uma incisão cirúrgica (ZAFRAN; SALIM, 2012, p. 595-596).

No estudo em questão, as grávidas primíparas, os partos realizados com ventosa obstétrica e os partos de fetos maiores foram fatores relacionados a maiores índices de laceração obstétrica do esfíncter anal. Em nenhum desses casos a realização da episiotomia antes evitou que essas lacerações ocorressem.

Steiner et al. (2012) afirmam que a episiotomia é um fator de risco, por si só, para lacerações de terceiro e quarto grau. A realização desse procedimento foi relacionada a situações emergenciais e extremas durante o trabalho de parto. Nesse estudo, a

⁶ Vacuum delivery.

realização de episiotomia, além de não impedir o acontecimento de laceração, pelo contrário, foi associada à ocorrência de lacerações graves.

Sabendo que a primiparidade é um fator sobre o qual se incide comumente a realização de episiotomia, uma questão importante é saber se a multípara, que sofreu essa intervenção no primeiro parto, tem mais ou menos chances de passar pelo mesmo procedimento ou ter lacerações graves.

Lurie et al. (2013) chegaram ao resultado, portanto, de que um dos fatores de risco para a episiotomia e para laceração perineal é, também, justamente, uma episiotomia anterior. Os autores afirmam que

[...] a episiotomia no primeiro parto vaginal aumenta o risco de laceração obstétrica espontânea no parto subsequente e isso deve incentivar os profissionais da obstetrícia a restringir ainda mais o uso da episiotomia, implicando um efeito de longa duração da episiotomia realizada no índice de gravidez (LURIE et al., 2013, p. 204).

Lurie et al. (2013), ao pesquisarem sobre o tema, concluíram que as mulheres submetidas à episiotomia no primeiro parto vaginal tem chances aumentadas de ter uma segunda episiotomia e laceração perineal espontânea em um segundo parto. Cria-se, assim, um perigoso círculo vicioso em torno da realização desse procedimento.

Não há benefícios no uso da episiotomia e as evidências sugerem que os resultados do uso restrito da episiotomia não são diferentes dos resultados do uso rotineiro, é o que aponta a revisão de literatura feita por Hartmann et al. (2005). Nesse sentido, toda a margem percentual que excede o uso restrito da episiotomia consubstancia-se em sofrimento evitável, e portanto, desnecessário, às parturientes. “De fato, o uso rotineiro é prejudicial na medida em que uma proporção de mulheres que teriam sofrido menos lesões sofreram uma incisão cirúrgica” (Hartmann et al., 2005, p. 2147).

A longo prazo, não há evidências robustas de que a prática de episiotomia previna incontinência urinária e fecal ou disfunção sexual. A curto prazo, para prevenir incontinência, não houve benefícios na realização de episiotomia, é o que aponta a pesquisa realizada por Hartmann et al. (2005).

Nessa mesma pesquisa se constatou que as mulheres submetidas a esse tipo de assistência obstétrica não necessariamente têm a função sexual melhorada. Pelo contrário, é mais comum que essas pessoas sintam mais dor nas relações sexuais nos meses subsequentes ao parto, além de retornarem mais lentamente à prática sexual.

Na ausência de benefício e com potencial para causar danos, o procedimento deve ser abandonado. A maioria dos dados que analisamos estão disponíveis há décadas e foram cuidadosamente analisados por outros. Como em muitos procedimentos discricionários, os padrões práticos demoram a mudar. No entanto, nesse caso, os médicos têm sido os principais agentes a escolher pela realização ou não da episiotomia, e não as pacientes. Chegou a hora de assumir a responsabilidade profissional de estabelecer e atingir metas para reduzir o uso de episiotomia. (Hartmann et al., 2005, p. 2147).

Os pesquisadores reforçam a necessidade de que essa prática seja repensada pelos profissionais, a fim de que se busquem outras maneiras eficazes de manter a integridade do períneo. Nesse sentido, busca-se garantir não só um nascimento livre de desconforto fetal, mas também menos danoso à saúde da mulher. Isso é reforçado pelas próprias recomendações da Organização Mundial da Saúde, que dispõe que a episiotomia não deve ser rotineira.

5.3 A AUSÊNCIA DE APORTE CIENTÍFICO PARA A PERPETUAÇÃO DAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS, O CONTROLE DOS CORPOS E DOS PROCESSOS REPRODUTIVOS DA MULHER

Durante o parto, como exposto, muitas das técnicas intervencionistas são desnecessárias para a maioria das mulheres e ainda assim são executadas, causando dor e sofrimentos desnecessários. A inadequação dessas intervenções são, inclusive, comprovadas e baseadas em evidências científicas: Não há embasamento científico para a prática da episiotomia de rotina e da manobra de Kristeller, por exemplo. Contudo, ainda são habituais nos hospitais brasileiros.

A medicina, apesar de ser ciência construída sob égide da dominação masculina, agora é pautada em evidências e não mais corrobora com o uso rotineiro de muitas das assistências intervencionistas. Em que estariam baseados esses profissionais que insistem nessas técnicas? A finalidade de tais práticas assistenciais está ligada à

promoção de saúde e preocupação com a vida, ou no *habitus* patriarcal de controle disciplinador dos corpos?

Parece claro que, de fato, o *habitus* patriarcal prevalece até mesmo sobre as melhores evidências científicas, a fim de exercer controle. Controle esse que limita, constrange e pune as mulheres que exercem sua sexualidade. Uma dominação que reprime principalmente àquelas mulheres que, dentro de um sistema patriarcal-racista-capitalista, não devem gozar da própria sexualidade e nem se reproduzir: a especial vulnerabilidade das mulheres negras e das mulheres pobres.

Nesse sentido, percebe-se que motivos para que haja no Brasil uma epidemia de cesarianas não é o fato delas serem seguras porque, como visto, não são. As cirurgias cesáreas demandam menor disponibilidade do profissional são controladas exclusivamente pelo profissional, em um período curto de tempo. São muito diferentes dos partos de via vaginal, que podem durar muitas horas, a depender da fisiologia de cada mulher, e devem ser monitorados durante esse tempo.

O parto cirúrgico, portanto, quando feito rotineiramente, não é o clinicamente melhor ou mais indicado para a parturiente e para o bebê. A justificativa para os altos índices de partos cesarianos não está, portanto, no que é biológico, mas no que é socializado. O *habitus* patriarcal atua, assim, na perpetuação de uma prática obstétrica que preza pela produção de novos produtores, na conveniência médica e no controle do processo reprodutivo, custe o que custar à mulher e seu corpo.

Nessa mesma toada, é preciso problematizar o uso da episiotomia. Esse procedimento consiste em mutilação vaginal. Sua finalidade é evitar lacerações graves sendo ela, por si só, equivalente a uma laceração. Como é possível perceber pelos estudos atuais acerca desse procedimento, não foi possível perceber vantagem na prática rotineira desse procedimento. Nesse sentido, a perpetuação de um padrão de episiotomias na maioria dos partos vaginais é causar sofrimento desnecessário, com sequelas severas.

O contínuo uso rotineiro da episiotomia nos partos de via vaginal, sem qualquer respaldo científico de eficácia ou necessidade, obedece ao *habitus* patriarcal. Desconsiderar o desfecho de morbidade graves deixadas nas mulheres que

sobrevivem ao parto se baseia no sistema patriarcal-racista-capitalista, que percebe a mulher como ferramenta - e não agente - da reprodução.

Ademais, é necessário se problematizar as questões de raça e classe. As mulheres pobres e negras são as que mais sofrem com a prática desenfreada da episiotomia, tão comum nos hospitais públicos. Os privilégios da branquitude e de uma classe social abastada não impede que as mulheres brancas de classe média sofram violência obstétrica, afinal, elas continuam sendo mulheres e, portanto, reprodutoras sujeitas ao patriarcado e à autoridade médica. Entretanto, é inegável que existe uma simbiose entre patriarcado, racismo e capitalismo que piora a situação das mulheres que sofrem a opressão de raça e a exploração de classe.

Sob a lógica patriarcal, as mulheres casadas que engravidam estão cumprindo seu destino biológico e, nessa toada, não é coincidência que elas sofram menos violência durante o pré parto, parto e puerpério. Para as mulheres com alto grau de escolaridade, a discrepância entre o seu capital cultural e o do obstetra é reduzida. Por fim, o fato de não sofrerem os efeitos nefastos da dominação racista contribui para que a mulher branca sofra menos violência obstétrica.

Uma análise que contempla o patriarcado nos permite questionar o que é considerado normal e enxergar os possíveis problemas no atendimento obstétrico, imposto às mulheres. De modo mais aprofundado, estudar os sistemas racista e capitalista - sob a perspectiva de gênero - lança luz a estruturas de dominação que, sobrepostas, tornam ainda pior a conjuntura de algumas mulheres, refletindo em desigualdade. Essa desigualdade é visível, e está traduzida nos números.

Com o aporte sociológico, é possível entender como e por que são socialmente aceitáveis as assistências obstétricas sem base em evidência científica. Há uma noção socialmente construída e internalizada de que os corpos femininos são permeáveis, passíveis de intervenções sem qualquer autorização para tanto. Só é possível entender essa dinâmica quando se entende, também, a histórica atribuição da mera função reprodutiva da mulher, como “máquinas-de-parir”, meros instrumentos para se chegar à desejada e necessária perpetuação do DNA: a reprodução.

O *habitus* patriarcal perpetua e garante configuração de dominação do próprio patriarcado, bem como os demais sistemas que cooperam com a dominação-exploração das mulheres. Ao patriarcado interessa o controle das mulheres e de seus corpos.

Para Saffioti (1976), esse controle se mostra essencial para a manutenção desses sistemas de dominação-exploração. O controle dos corpos femininos se dá, segundo a autora, por meio de algumas estratégias, como é o caso da mistificação das funções socialmente atribuídas à feminilidade.

Nesse sentido, servem à lógica patriarcal: a mistificação do papel de esposa e mãe (e a sensação de “realização” da mulher por meio deles); a exaltação das atividades socialmente consideradas como femininas, desvalorizadas e mal remuneradas - e, portanto, não disputadas por homens; Por fim, a manutenção das aspirações dessas mulheres em níveis baixos, de modo que não ameacem o *status quo* (SAFFIOTI, 1976).

Como dispõe Saffioti (2015, p. 138), “Desde seus inícios, a exploração econômica da mulher faz-se conjuntamente com o controle de sua sexualidade”. O pretense controle dos processos reprodutivos, incluídos no conceito de sexualidade, não é inócuo na vida das mulheres, devendo ser objeto de análise.

A socióloga aponta que, diferentemente do trabalho, que pode exigir de cada um dentro das suas capacidades, o exercício da sexualidade não pode ser imposto - o que implica dizer que a reprodução não pode ser imposta, apesar de ser objeto de constante controle. Assim:

o trabalho é passível de racionalização e pode ser organizado segundo um plano de elevação de sua produtividade; a sexualidade é, por natureza, o oposto da padronização. À sociedade resta a possibilidade de enclausurar a mulher em situações nas quais a única saída seja a maternidade e, deste modo, induzi-la a conceber carne para canhão, como fez o nazismo (SAFFIOTI, 1976, p. 93).

O controle moral determina as circunstâncias nas quais as mulheres devem se reproduzir – idade, condição financeira, estado civil –, quantos filhos deve ter, por qual via deve parir, por quanto tempo amamentar e depois de qual período deve “voltar” a trabalhar.

A socialização da mulher no sentido de romantizar a maternidade e o cuidado não é acaso ou coincidência. Na medida em que a reprodução biológica não pode ser imposta, o jeito de controlar os processos reprodutivos é por meio da criação de condições sociais e do *habitus* patriarcal que penetre, coletivamente, a consciência. É desse modo que se garante a perpétua produção de produtores.

Assim, é conveniente que o papel produtivo da mulher seja secundário, parcial e desvalorizado. Saffioti prossegue dizendo que

ao tornar o papel reprodutivo da mulher um substituto de seu papel produtivo, a sociedade potencia a determinação sexo, distanciando, na esfera social, a mulher do homem. Eis por que a liberdade feminina está estreitamente ligada à possibilidade de a mulher aceitar ou rejeitar livremente a maternidade (SAFFIOTI, 1976, p. 93).

A maternidade é, portanto, ponto nodal da própria dominação masculina. Como já citado, a construção de mulheres dóceis, domésticas e cuidadoras faz parte desse ideal. Esse excessivo controle sobre os corpos e da reprodução biológica se relaciona diretamente com as raízes da violência obstétrica.

Ora, a violência obstétrica é a própria consubstanciação da violência em razão da reprodução. A violência durante a gestação, parto e puerpério - processos reprodutivos eminentemente femininos - está intimamente ligada à própria construção social do que deve ser o papel da mulher na sociedade.

Os corpos femininos são passíveis de intervenção, principalmente no processo de gravidez, parto e puerpério porque se inserem em um sistema de dominação-exploração em que as mulheres são, sobretudo e principalmente, reprodutoras. Ora, se essa é a função principal delas, far-se-á tudo o que é possível para que as mulheres cumpram com o seu papel reprodutor, custe o que custar - mesmo que isso implique violar sua integridade física e psicológica.

Nesse sentido, convém trazer o conceito de Caldeira (2000) de corpo incircunscrito, trazido pela autora ao exemplificar, justamente, o aumento expressivo do número de cesáreas e da esterilização como método contraceptivo.

A autora afirma que corpo incircunscrito é aquele que “[...] não tem barreiras claras de separação ou evitação; é um corpo permeável, aberto à intervenção, no qual a

manipulação de outros não são consideradas problemáticas” (CALDEIRA, 2000, p. 370). Trata-se, portanto, de corpo passível de intervenção, que podem ou não ser dolorosas ou violentas.

Os corpos reprodutivos das mulheres são, portanto, “[...] como o lugar apropriado para que a autoridade se afirme através da inflicção da dor” (CALDEIRA, 2000, p. 370). A naturalidade com a qual esse emprego da dor é vista e tratada pela sociedade é legitimada, dessa maneira, pela necessidade socialmente construída de punição e castigo.

A violência obstétrica durante a gravidez, parto e puerpério atenta contra a dignidade das mulheres porque tomou-se para o discurso médico algo que é social. A socialização do corpo reprodutor e de suas potencialidades constrói, assim, a noção de um corpo passível, permeável e violável para viabilizar a reprodução.

Sob a dominação patriarcal, racista e classista, a mulher que exerce livremente a sua sexualidade e dispõe de prazer deve ser punida, arcando com as consequências de seus atos e obedecendo à função social da reprodução. Se for jovem, solteira, negra ou pobre a punição social é ainda maior, uma vez que o *habitus* patriarcal define, por meio da violência simbólica, que essas mulheres não devem ter controle de seus corpos, sentirem prazer e se reproduzirem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incidência de violência obstétrica no Brasil é recorrente e grave, como contextualizado na pesquisa, por meio das maiores pesquisas sobre parto e nascimento do país. Nesse contexto, evidenciou-se também que as mulheres negras, pobres e de menor escolaridade sofrem ainda mais agressões durante a gravidez, parto e puerpério. Essa desigualdade de tratamento, como abordado, possui explicações sócio-culturais.

A internalização, por meio da violência simbólica, dos construtos sociais que diferenciam feminino de masculino como conceitos absolutamente opostos; os constantes golpes de inculcamento de uma sociedade misógina que lapida homens e mulheres a cumprirem exatamente com o que é esperado deles, e performando os

habitus sexuados. Utilizando dessas construções teóricas de Bourdieu, acerca do *habitus*, foram essenciais para analisar uma violência que é gendrada e que nem sempre se manifesta de maneira física, e que permeia a própria medicina, como é o caso da violência obstétrica.

Saffioti e suas considerações acerca do patriarcado e sua simbiose com os sistemas de dominação e exploração racista-capitalista serviram, nesse sentido, para apontar com maestria, sob um enfoque interseccional, o motivo pelos quais as mulheres pretas e pobres são especialmente agredidas pela violência no ciclo gravídico-puerperal.

Sob a lente feminista, foi possível questionar o que é considerado normal e enxergar os possíveis problemas no atendimento obstétrico, imposto às mulheres. Utilizando das teorizações de Saffioti foi possível lançar luz a estruturas de dominação que, sobrepostas, tornam ainda pior a conjuntura de algumas mulheres, refletindo desigualdade até mesmo entre as desiguais.

Considerando que esses sistemas são retroalimentados por si mesmos, para a própria manutenção do capitalismo é necessária a existência das dominações masculina e racista. A violência obstétrica existe também, portanto, para que seja garantida a preservação de cada um desses sistemas. Para punir, violar, constranger e, principalmente, controlar mulheres e sua reprodução - produção de produtores.

Sob a lógica patriarcal, as mulheres casadas que engravidam estão comprindo seu destino biológico e isso reflete na menor incidência de violência obstétrica. Para as mulheres com alto grau de escolaridade, a distância entre elas e a figura do obstetra como autoridade é reduzida pelo estudo e, mulheres brancas são menos violentadas na medida em que não estão sob dominação racista.

Nesse sentido, a pesquisa abordou também o crescimento do protagonismo médico no parto, o uso da medicina no controle dos corpos - principalmente os femininos. Foi possível observar, assim como se deu a construção da medicina, especificamente a obstétrica, sempre inserida e desenvolvida em um contexto de construção sexual e *habitus* patriarcais.

As considerações históricas de Federici acerca da expulsão da figura das parteiras do cenário do parto, as considerações foucaultianas da medicina como instrumento de

controle, nesse sentido, também foram muito pertinentes para o desenvolvimento do trabalho. A biopolítica, assim, funciona como uma ferramenta eficaz para o controle dos corpos, por parte da medicina. Especificamente no caso da obstetrícia, a tentativa de controlar os processos fisiológicos se mostram altamente frequentes nos partos medicalizados.

Tendo em vista a construção da ciência obstétrica inserida num contexto de dominação-exploração patriarcal, a violência obstétrica pressupõe um ambiente medicalizado. E, nesse contexto, a utilização dos conceitos da bioética feminista foi primordial para entender que os procedimentos assistenciais ao parto não surgiram em uma sociedade neutra. Ela se encaixa em um contexto social e cultural misógino, classista e racista. Por essa razão, a bioética feminista contribuiu para questionar inclusive o que é considerado “normal” na prática obstétrica.

A própria construção da necessidade de manipulação e intervenção dos corpos femininos, como abordado, sofre interferência do *habitus* patriarcal, que por meio de métodos científicos, ajudaram a construir as bases epistemológicas da obstetrícia. Cria-se, assim, uma atmosfera perfeita para o surgimento desse tipo de violação.

Combinando os ensinamentos de Saffioti acerca da interseccionalidade, a bioética feminista contribuiu para uma análise dos muitos (e variáveis) “níveis” de vulnerabilidade. Nesse sentido, o cuidado obstétrico deve ser tão mais cauteloso quanto sejam as categorias de vulnerabilidade da mulher - caso seja negra, pobre ou negra e pobre. Como medida de isonomia, a cautela dos profissionais de saúde deve sempre buscar o respeito e a manutenção da integridade da mulher, principalmente as mais vulneráveis.

A pesquisa também apresentou evidências científicas que comprovam a ineficácia da prática rotineira de alguns procedimentos utilizados comumente nos hospitais e maternidades brasileiros, bem como a absoluta ineficiência de outros. Desmascarou-se, portanto, as violências perpetradas sob justificativa de “necessidade”. Não havendo eficácia em sua realização, nada mais as justifica a não ser o *habitus* - o *habitus* patriarcal.

De acordo com os sistemas de dominação-exploração, as mulheres têm um papel bem definido: o da reprodução. Quando se enxerga a reprodução como a única e principal função da mulher, sua humanidade fica em segundo plano - ela vira uma produtora de produtores. Mas, como humanas, donas de si que são, têm vontade própria e aspirações. São passíveis de dores e sangram. Têm direitos: ao bem-estar, ao prazer e à integridade.

Engravidar é apenas uma das muitas possibilidades da vida de uma mulher. Por isso é preciso questionar os atos violentos perpetrados contra as mulheres, considerados normais, mas que atentam contra a sua dignidade. No caso de gravidez indesejada as mulheres não deveriam ser obrigadas a gestar. As que engravidam não deviam ter de parir do jeito que o médico quiser, pela via que ele preferir, de acordo com a disponibilidade dele.

O processo de parto e nascimento deveria ser pautado por uma assistência baseada em evidências científicas. Inclusive quando há respaldo em evidências, é importante que o cuidado obstétrico, sobretudo, considere a vulnerabilidade da paciente e respeite sua autonomia e integridade (não só física como mental).

Para que o contexto da gravidez melhore para todas, a qualidade da assistência em saúde materna deveria ser medida, justamente, pelo nível de proteção à integridade do corpo da mulher no pré-parto, parto e puerpério. Quanto maiores as categorias de dominação-exploração a mulher se situar, maior deve ser a cautela e o respeito a sua integridade, como medida de isonomia.

REFERÊNCIAS

ABREU, I. S. **A vulnerabilidade e o racismo ambiental no Brasil**: uma análise a partir da perspectiva biopolítica foucaultiana. 2018. 230f Tese (Doutorado em Direitos e Garantias Fundamentais) - Faculdade de Direito de Vitória, Vitória, 2018.

ALTHABE, F.; BELIZÁN, J. M.; BERGEL, E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. **Bmj**, v. 324, n. 7343, p. 945-946, 2002.

ANDRADE, M. S.; VIEIRA, E. M. Itinerários terapêuticos de mulheres com morbidade materna grave. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, p. e00091917, 2018.

ANIM-SOMUAH, M.; SMYTH, R. M. D.; JONES, L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 12, 2011.

ARGENTINA. Lei nº 26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Abril, 2009. Disponível em: <<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155/texto> > Acesso em: 5 out.2020.

BARROS, F. C. et al. Caesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: secondary analyses of national birth registration. **BMJ open**, v. 8, n. 8, p. e021538, 2018.

BASSETTE, F. **Brasil tem 5,5 milhões de crianças sem pai no registro**. Exame. 11 ago. 2013. Disponível em: <<https://exame.com/brasil/brasil-tem-5-5-milhoes-de-criancas-sem-pai-no-registro/>>. Acesso em: 6 out. 2020.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1949.

BELIZÁN, J. M.; ALTHABE, F.; CAFFERATA, M. L. Health consequences of the increasing caesarean section rates. **Epidemiology**, v. 18, n. 4, p. 485-486, 2007.

BELTRAN, I. G. Violencia obstétrica "muchas veces" es cuestión de "percepción ". La Paz. 27 de novembro de 2019. **Diario El Independiente**. Disponível em: <<https://www.diarioelindependiente.mx/2019/11/violencia-obstetrica-muchas-veces-es-cuestion-de-percepcion-ssa>>. Acesso em 20 out. 2020.

BOERMA, T. et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **The Lancet**, v. 392, n. 10155, p. 1341-1348, 2018.

BOHREN, M. A. et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2017.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 16ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2019. 207p.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. 311p.

BOURDIEU, P. **Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002. 98p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL, Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Brasília. DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 20 fev. 2021.

CALDEIRA, T. P. R. **Cidade de muros: crime, segregação e cidadania em São Paulo**. São Paulo: Editora 34 / Edusp, 2000. 400p.

CARNEIRO, L.; FRAGA R. Justiça determina que grávida faça cesariana contra vontade no RS. **G1**, 2014. Disponível em: <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/justica-determina-que-gravida-faca-cesariana-contra-vontade-no-rs.html>. Acesso em: 18 nov. 2020.

CECATTI, J. G. et al. Brazilian network for the surveillance of maternal potentially life threatening morbidity and maternal near-miss and a multidimensional evaluation of their long term consequences. **Reproductive Health**, v. 6, n. 1, p. 1-10, 2009.

COOK, R. J. Human rights and maternal health: exploring the effectiveness of the Alyne decision. **The Journal of Law, Medicine & Ethics**, v. 41, n. 1, p. 103-123, 2013.

CUNHA, C. M. P. et al., . Knowledge, Attitude and Practice of Brazilian Obstetricians Regarding Episiotomy. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 41, n. 11, p. 636-646, 2019.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016. 244p.

DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva [en linea]* 2005, v. 10 (julho-setembro), n.3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, S. G.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; LANSKY, S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 20, n. 40, p. 94-101, 2012.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Journal of Human Growth and Development**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da

preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, supl.1, p. S101-S116, 2014.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Bruxas, parteiras e enfermeiras**: uma história das curandeiras. Traduzido pela Editora Subita, 1973.

ESTEVES-PEREIRA, A. P. et al. Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: a population-based case control study in Brazil. **PloS one**, v. 11, n. 4, p. e0153396, 2016.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, p. 150-173, 1991.

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa**. Mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Editora Elefante, v. 2002, 2017.

FIGUEIREDO, B. G. Barbeiros e cirurgiões: atuação dos práticos ao longo do século XIX. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, v. 6, n.2, p. 277-91, 1999.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988. 149p.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999a. 382p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 14 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1999b. 295p.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008. 474p.

GONÇALVES, T. A. **Direitos humanos das mulheres e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos**: uma análise de casos admitidos entre 1970 e 2008. 267 f. Tese (Doutorado em Direitos Humanos) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

HARTMANN, K. et al. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *Jama*, v. 293, n. 17, p. 2141-2148, 2005.

HOCHMAN, G.; ARMUS, D. **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Editora Fiocruz, 2004.

LAURENTI, R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. **Rev. Saúde Pública, São Paulo**, v. 22, n. 6, p. 507-512, 1988. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000600007&lng=en&nrm=iso. access on 06 Mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101988000600007>.

LEAL, M. C. et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 out. 2020.

LE GOFF, J. **Para um novo conceito de Idade Média: Tempo, Trabalho e Cultura no Ocidente**. Lisboa: Estampa, v. 1, 1980. 392p.

LURIE, S. et al. Need for episiotomy in a subsequent delivery following previous delivery with episiotomy. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 287, n. 2, p. 201-204, 2013.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Revista Estudos Feministas**, v. 13, n. 3, p. 645-666, 2005.

MARTINS, A. P. V. A mulher, o médico e as historiadoras: um ensaio historiográfico sobre a história das mulheres, da medicina e do gênero. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 27, n. 1, p. 241-264, 2020.

MATTAR, L. D. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **Sur, Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 5, n. 8, p. 60-83, 2008.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 107-120, 2012.

MEDINA, G. Violencia obstétrica. **Revista de Derecho de Familia y de las Personas**, n. 4, 2009.

MINAS GERAIS. Lei nº 23.175, de 21 de dezembro de 2018. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=23175&comp=&ano=2018>>. Acesso em: 23 out. 2020.

MOSCUCCI, O. **The science of woman: gynaecology and gender in England, 1800-1929**. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

NASHEF, S. A. M. What is a near miss?. **The Lancet**, v. 361, n. 9352, p. 180-181, 2003.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher: Convenção de Belém do Pará**.

Belém do Pará, 1996. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso em 20 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração do Milênio**. Nova Iorque, 2000. Disponível em: <https://sc.movimentoods.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Decalra%C3%A7%C3%A3o-do-Milenio.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaration on Population and Development**. Cairo, 1994. Disponível em: <<https://www.unfpa.org/resources/cairo-declaration-population-development>>. Acesso em: 04 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – BRASIL (OPAS). **Folha informativa – Mortalidade materna**. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820>. Acesso em: 20 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório Alyne da Silva Pimentel Teixeira (deceased) v. Brazil**. Tradução de Juliana Fontana Moyses. Comitê CEDAW, 2011. Disponível em: <<https://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-49-D-17-2008.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Care in normal birth; a practical guide, maternal and newborn health/safe motherhood unit: Family and reproductive health**. Geneva, 1996. Disponível em: <<https://www.yumpu.com/pt/document/view/42116270/maternidade-segura-abenfo-nacional>>. Acesso em: 11 out. 2020.

PEDRA, A. S. **A Constituição viva: poder constituinte permanente e cláusulas pétreas na democracia participativa**. Editora Lumen Juris, 2018.

PENINA, M. Hospital de SP proíbe manobra de Kristeller em partos. **Catraca Livre**. 17 dez. 2014. Disponível em: <<https://catracalivre.com.br/catraquina/hospital-de-sp-proibe-manobra-de-kristeller-em-partos/>>. Acesso em: 20 out. 2020.

PEREIRA, A. L. F. et al. A pandemia da covid-19 e suas repercussões na atenção à saúde sexual e reprodutiva. In: SOUZA, L. P. S. (Org). **COVID-19 no Brasil os múltiplos olhares da ciência para compreensão e formas de enfrentamento 5**. Ponta Grossa - PR: Atena, 2020. p. 1-16.

PIOVESAN, F. A proteção internacional dos direitos humanos das mulheres. **Cadernos Jurídicos**, São Paulo, v. 15, n. 38, p. 21-34, 2014.

PRIDDIS, H.; DAHLEN, H.; SCHMIED, V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. **Women and Birth**, v. 25, n. 3, p. 100-106, 2012.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica - parirás com dor**: dossiê da violência obstétrica. 2012. Disponível em: <www.senado.gov.br>. Acesso em: 03 out. 2020.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Lei nº, 38.668, de 23 de abril de 2007. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Disponível em: <<https://venezuela.unfpa.org/>>. Acesso em: 3 out. 2020.

SÁ, E. B.; BENEVIDES, R. P. S. Cadernos ODS 3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades: o que mostra o retrato do Brasil?. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. 2019.

SAFFIOTI, H. I. B. **A Mulher na Sociedade de Classes**: mito e realidade; prefácio de Antônio Cândido de Mello & Souza. Petrópolis: Vozes. 1976. 384p.

SAFFIOTI, H. I. B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987. 120p.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado e violência**. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular - Fundação Perseu Abramo, 2015, 160p.

SANTA CATARINA. Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Disponível em: <<http://leis.alesc.sc.gov.br>>. Acesso em: 5 out. 2020.

SHERWIN, S. **No longer patient**: Feminist ethics and health care. Local: Temple University Press, 1992. E-book Kindle.

STEINER, N. et al. Episiotomy: the final cut?. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 286, n. 6, p. 1369-1373, 2012.

TANAKA, A. C. D. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. In: **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. 1995. p. 107-107.

THORWALD, J. **O século dos cirurgiões**. São Paulo: Hemus Editora Ltda., 1998.

TOCANTINS. Lei nº 3.385, de 27 de julho de 2018. Dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Tocantins. Disponível em: <www.al.to.leg.br>. Acesso em: 5 out. 2020.

TORRES, J. A. et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S220-S231, 2014.

UNICEF. **Quem espera espera**. 2017. Disponível em <https://www.unicef.org/brazil/pt/quem_espera_espera>. pdf. Acesso em 20 out. 2020.

VENTURI, G.; GODINHO, T. (Orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Edições Sesc SP, 2013, 504p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Geneva, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=6E1A74558AACDD0303C06844BED6E0ED?sequence=3>. Acesso em: 20 jan. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva, 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

WU, L. C. et al. Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 288, n. 6, p. 1249-1256, 2013.

YEOMANS, Edward R. et al. **Cunningham and Gilstrap's Operative Obstetrics**. McGraw Hill Professional, 2017.

ZAFRAN, N.; SALIM, R. Impact of liberal use of mediolateral episiotomy on the incidence of obstetric anal sphincter tear. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 286, n. 3, p. 591-597, 2012.