

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

MÁRCIO ANDRÉ DE SOUSA KAO YIEN

PROFISSÕES MÉDICAS E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
EXPERTISES, MONOPÓLIOS, AUTORIDADES E
MEDICALIZAÇÃO

VITÓRIA
2016

MÁRCIO ANDRÉ DE SOUSA KAO YIEN

PROFISSÕES MÉDICAS E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
EXPERTISES, MONOPÓLIOS, AUTORIDADES E
MEDICALIZAÇÃO

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.

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

VITÓRIA

2016

MÁRCIO ANDRÉ DE SOUSA KAO YIEN

PROFISSÕES MÉDICAS E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
EXPERTISES, MONOPÓLIOS, AUTORIDADES E
MEDICALIZAÇÃO

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.

Aprovado em

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^o Dr. André Filipe Pereira Reid dos Santos
Orientador

Prof^a Dra. Cristina Grobério Pazó

Prof^o Dr. Miguel Ângelo Montagner

AGRADECIMENTOS

Reduzir os agradecimentos e considerações a poucas linhas parece injusto ou insuficiente, considerando a importância que essas pessoas têm para mim e sem os quais, com certeza, eu não teria forças para caminhar nessa estrada da vida. No entanto, peço licença para reconhecer o apoio e a força daqueles que estiveram presentes neste período do curso de mestrado.

Primeiramente agradeço a Deus, pelas bênçãos diárias e direcionamento espiritual nos momentos de provação. Em seguida aos meus pais, Sebastião e Graça Kao Yien, por serem minhas rochas, minhas pedras angulares, sustentáculos da minha existência. Sem vocês eu não seria nada.

Agradeço também aos meus irmãos, Sandro, Alessandra, Alex e Nilda pelo companheirismo e por sempre estarem ao meu lado. A união da nossa família é uma bênção de Deus. Ao meu sobrinho Victor, por ser meu amigo para qualquer hora, parceiro de sangue, de ideias e de coração.

Aos meus amigos, Mayara Coutinho, Arildo Rossi, Menara Coutinho, Lucas Ferreira, Alaine Matos e Flávia Martins, mais do que amigos são irmãos que a vida me presenteou. Obrigado por todos estes anos de amizade e pela ajuda neste período de mestrado. Sem a força de vocês nos momentos de cansaço eu não teria chegado até aqui.

Agradeço ao meu orientador, André Filipe Santos, por ser um parceiro na condução deste projeto. Suas críticas e incentivos foram essenciais para o desenvolvimento da dissertação e nunca serão esquecidos. Obrigado por tudo.

Finalmente agradeço a todos os amigos e colegas da Faculdade de Direito de Vitória, notadamente Ronaldo Félix, Rafael Fávero, Priscila Tinelli, Sarah Rocha, Wantuil Lima, Gustavo Martinelli e Ana Paula Luz Faria. Obrigado pela força e companheirismo nesse período de luta.

RESUMO

A violência obstétrica é uma das mais pífidas formas de violência contra a mulher exatamente porque viola sua dignidade quando ela está no contexto de particular vulnerabilidade, que é o período de gestação, pré-parto, parto e puerpério. A violência obstétrica relaciona-se diretamente com a prática das profissões médicas, cujo campo profissional é marcado pela busca pelo monopólio da *expertise* e do monopólio dos serviços de saúde, bem como pela existência de uma ação pedagógica nas faculdades de medicina marcada pela incorporação de um *habitus* profissional e de padrões de violência simbólica. A prática médica, por sua vez, também é marcada pela autoridade cultural dos médicos sobre os pacientes e sobre as demais ocupações no mercado da saúde, cuja forma de interpretar o atendimento é feito sob a ótica da medicina. A consequência é a medicalização e uma iatrogenia clínica, social e cultural, que repercute no adoecimento dos indivíduos, na perda da autonomia sobre o meio e no servilismo em relação à terapêutica. Este processo de medicalização também se verificou na história brasileira. As profissões médicas formaram um mercado monopolizado e pautado em um conhecimento especializado que na prática é lidado de forma exotérica. Na obstetrícia, o monopólio médico significou a exclusão das tradicionais parteiras, bem como a retirada do protagonismo da mulher no contexto da própria parturição. Este cenário criou margem para o estabelecimento de diversas formas de violência, objetificação e apropriação do corpo feminino, que foram combatidas posteriormente pelos movimentos de humanização do parto e por legislações como o projeto de lei 7633 de 2014, que trata sobre a violência obstétrica. No trabalho de campo buscou-se analisar as hipóteses da pesquisa e verificar a forma em que os médicos da instituição lidam com temáticas como a lei do acompanhante, a episiotomia de rotina, as cesarianas, a reinserção das profissões paramédicas no atendimento e demais questões que envolvem a problemática da violência obstétrica.

Palavras-Chave: Profissões médicas, violência obstétrica, *expertise*, monopólio, autoridade, medicalização.

ABSTRACT

Obstetric violence is one of the most insidious forms of violence against women precisely because it violates their dignity when they are in the context of particular vulnerability, which is the period of gestation, antenatal, delivery and postpartum. Obstetric violence is directly related to the practice of the medical professions, whose professional field is marked by the pursuit of monopoly of expertise and the monopoly of health services, as well as the existence of a pedagogical action in medical schools marked by the incorporation of a professional *habitus* and symbolic violent patterns. Medical practice is also marked by cultural authority of doctors on patients and on other occupations in the health market, whose way of interpreting the service is done from the perspective of medicine. The consequence is the medicalization and a clinical, social and cultural iatrogenesis, which affects illness on individuals, as well as loss of autonomy on the environment and servility in relation to the medical treatment. This medicalization process also took place in Brazilian history. Medical professions have formed a monopolized market that is ruled by a specialized knowledge, but in practice dealt in exoteric terms. In obstetrics, the medical monopoly meant the exclusion of traditional birth attendants, midwives, as well as the removal of the woman's role in the context of their own parturition. This scenario has created scope for the establishment of various forms of the female body objectification and violence, which were then addressed by the movements for the humanization of childbirth and legislations such as the bill 7633 of 2014, which deals with obstetric violence. In the fieldwork done in the institution was sought to analyze the hypotheses of this research and confirm the way the doctors of the institution deal with issues such as the law of the escort, routine episiotomy, caesarean sections, reintegration the paramedical professions in care and other issues surrounding the problem of obstetric violence.

Keywords: Medical professions , obstetric violence , expertise , monopoly authority, medicalization.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Partos realizados na instituição.....98

Tabela 2: Partos realizados na instituição por município de residência da parturiente
..... 106

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| INTRODUÇÃO | 8 |
| 1 SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES MÉDICAS | 12 |
| 1.1 O CONHECIMENTO CIENTÍFICO E A PRIMAZIA DA <i>EXPERTISE</i> NO CAMPO MÉDICO | 12 |
| 1.2 A AÇÃO PEDAGÓGICA DAS FACULDADES DE MEDICINA E A INCORPORAÇÃO DO <i>HABITUS</i> PROFISSIONAL | 18 |
| 1.3 O MONOPÓLIO DA COMPETÊNCIA: A LUTA POR PODER NO MERCADO DA SAÚDE | 23 |
| 1.4 A AUTORIDADE CULTURAL MÉDICA COMO PRÁTICA DE VIOLÊNCIA SIMBÓLICA | 28 |
| 1.5 A MEDICALIZAÇÃO DA SOCIEDADE E A IATROGENIA | 33 |
| 2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CAMPO DA MEDICINA BRASILEIRA | 39 |
| 2.1 BREVE ANÁLISE DO PROCESSO HISTÓRICO DA MEDICINA NO BRASIL ... | 39 |
| 2.2 A MEDICINA OBSTÉTRICA NO BRASIL E O CORPO INCIRCUSCRITO: LUTA POR MONOPÓLIO PROFISSIONAL NO CAMPO DA SAÚDE E MEDICALIZAÇÃO DO CORPO DA MULHER | 47 |
| 2.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DIREITOS REPRODUTIVOS DA MULHER: UMA ANÁLISE SÓCIOJURÍDICA | 60 |
| 3 PROFISSÕES MÉDICAS E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA | 78 |
| 3.1 A INSTITUIÇÃO ESCOLHIDA PARA O TRABALHO DE CAMPO | 79 |
| 3.2 A PESQUISA DE CAMPO: ANÁLISE DAS ENTREVISTAS | 81 |
| 3.2.1 Direito ao acompanhante | 82 |
| 3.2.2 A episiotomia de rotina | 86 |
| 3.2.3 As cirurgias cesarianas | 94 |
| 3.2.4 Saúde Pública e o papel das doulas e enfermeiras obstétricas | 105 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 113 |
| REFERÊNCIAS | 115 |
| APÊNDICES | 124 |

INTRODUÇÃO

É possível afirmar que dentre as mais diversas formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é uma das mais insidiosas. Isto porque ela viola a dignidade da mulher quando a mesma está no contexto de particular vulnerabilidade, que é o período de gestação, pré-parto, parto e puerpério.

É uma violação comumente silenciosa, mas que ocorre rotineiramente dentro das instituições de saúde e é naturalizada por grande parte dos profissionais da área. No entanto, mesmo se tratando de uma clara agressão à dignidade da mulher, não existe legislação federal que trata sobre o assunto, normatizando o que se chama de humanização do parto. Atualmente o tema encontra-se em apreciação do Congresso Federal no projeto de lei número 7633 de 2014, de autoria do deputado Jean Wyllys.

A violência obstétrica relaciona-se diretamente com a prática dos profissionais da saúde, notadamente os médicos. Diversos procedimentos praticados nos hospitais e clínicas obstétricas, como a episiotomia de rotina, infligem na mulher danos físicos e psicológicos irreparáveis. No entanto, ainda são realizados sob o argumento da necessidade técnica e da capacidade profissional dos médicos. Outra realidade é número preocupante de cesarianas que são realizadas no Brasil atualmente, cujo índice está consideravelmente acima dos recomendados por órgãos internacionais.

Verifica-se também que o campo da medicina obstétrica relaciona-se intimamente com o histórico brasileiro de dominação sobre o corpo feminino, em que os papéis de gênero são socialmente construídos para garantir e reproduzir uma hierarquia entre os sexos, colocada como natural e imutável, onde a visão sobre a mulher é reduzida ao seu destino reprodutivo.

Nestes termos, para que se compreenda o contexto da violência obstétrica, é imprescindível que se perpasse pela análise do campo médico, que também é imerso a diversas formas de violência simbólica. Sendo assim, o presente trabalho tem como problema de pesquisa: qual a relação entre o campo médico e a violência obstétrica?

A hipótese consiste no fato de que os médicos reproduzem na prática de sua profissão uma série de violências, físicas e simbólicas, em relação às pacientes em estado de gestação, pré-parto, parto e puerpério, sob o argumento da cientificidade e tecnicismo inerente ao profissionalismo, que demonstram o monopólio e a luta por poder no campo da saúde.

O trabalho tem como norte teórico a busca de uma visão interdisciplinar. A violência obstétrica, como fenômeno complexo, apresenta diversas especificidades que necessitam ser estudadas a partir de diferentes óticas. Logo, o diálogo entre a sociologia das profissões médicas, os direitos e garantias fundamentais e a medicina é essencial para um diagnóstico objetivo do fenômeno.

A análise da sociologia das profissões médicas tem como objetivo compreender o campo da medicina e as lutas por capital social, simbólico, econômico e profissional, seja com as demais profissões e ocupações da área da saúde, como os enfermeiros e doulas, bem como compreender os conflitos e interesses dos próprios médicos como classe profissional. Para tanto utilizar-se-á principalmente de autores como Eliot Freidson, Magali Larson, Pierre Bourdieu, Paul Starr e Ivan Illich.

As considerações acerca do campo da medicina servirão como sustentáculos para a análise acerca da violência obstétrica no Brasil, que ocorre nas instituições de saúde e representa uma verdadeira violação de direitos humanos das mulheres. Inúmeras parturientes são rotineiramente sujeitas a tratamentos degradantes, intervenções médicas desnecessárias e coações físicas, morais e psicológicas no processo de pré-parto, parto e pós-parto, o que transforma simbolicamente o ato de parir em um ato de violência, ao contrário do processo natural que deveria representar.

Sendo assim, além de coibir legalmente as práticas de violência obstétrica, mostra-se essencial reforçar as garantias jurídicas destas mulheres, garantindo seus direitos reprodutivos e sexuais nas diferentes esferas de proteção, isto é, efetivar os compromissos internacionais que o Brasil é signatário no que tange a igualdade de gênero e a proteção da parturição, bem como assegurar o cumprimento de direitos

constitucionais, garantias legais e de políticas públicas de combate à violência obstétrica e de promoção da humanização do parto.

Importante colocar também que o presente trabalho está dividido em três capítulos. No primeiro será feita uma análise da sociologia das profissões médicas, notadamente as categorias de *expertise*, monopólio, autoridade e medicalização. No segundo capítulo será feito um estudo sobre a da medicina no Brasil, enfatizando o campo da obstetrícia, bem como os movimentos por humanização do parto e uma análise sociológica e jurídica sobre a violência obstétrica, como é o caso do projeto de lei 7633/2014, bem como a garantia de direitos reprodutivos e sexuais das mulheres.

Posteriormente, no terceiro capítulo, será feita um trabalho de compreensão do campo médico da instituição escolhida para o trabalho de campo, no tocante à forma que os profissionais realizam o atendimento e tratamento às pacientes em estado de gestação, pré-parto, parto e puerpério. Neste momento será analisada criticamente a prática de violência obstétrica exercida pelos profissionais em relação às pacientes.

A análise do terceiro capítulo também utilizar-se-á dos danos colhidos por meio das entrevistas semi-estruturadas realizadas com os obstetras da instituição escolhida. O motivo pelo qual se optou por esta técnica é que a mesma permite uma investigação com maior liberdade ao pesquisador, para que desenvolva as situações e fatos apresentados pelos entrevistados, o que é importante quando se trabalha com um tema complexo como a violência obstétrica.

No que se refere à metodologia, o estudo consistirá primordialmente em estudos nas áreas da sociologia das profissões vistos a partir de um enfoque voltado aos direitos fundamentais das mulheres vítimas de violência obstétrica. Destaca-se que o método de abordagem que será utilizado será concernente ao raciocínio dialético.

A escolha deste método específico deve-se ao potencial dinâmico inerente ao pensamento dialético. A análise das ações recíprocas dos médicos, a verificação dos processos contínuos de mudança da profissão, bem como das lutas

profissionais dentro do campo, será chave para um diagnóstico mais preciso sobre o objeto de estudo.

Embora atualmente exista uma maior conscientização em relação ao abuso da medicalização e patologização dos processos naturais no processo de gestação, pré-parto, parto e puerpério, considerável parcela dos médicos ainda considera a utilização de procedimentos como a episiotomia ou as cesarianas de rotina como necessários na prática profissional. Logo, analisar-se-á como estes argumentos são organizados no contexto de luta por *status*, prestígio e capital na área da saúde e a sua relação com a violência obstétrica.

1 A SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES MÉDICAS

O objetivo deste capítulo será realizar uma análise da medicina, notadamente sobre como a profissão se organiza enquanto classe e os conflitos com as demais profissões na área da saúde e com os pacientes. Para tanto, será realizado um estudo sobre as principais questões teóricas concernentes à sociologia das profissões médicas.

Primeiramente será estudada a *expertise* profissional, isto é, a forma como o conhecimento especializado é utilizado para atribuir legitimidade aos médicos. Em seguida verificar-se-á o ensino da medicina e como a ação pedagógica ajuda a incorporar o *habitus* profissional.

Por conseguinte, será analisado o papel do monopólio dos serviços no campo da saúde e a luta política por capital econômico e social. Notadamente a *mercadorização* do tempo de trabalho será analisada como elemento importante na relação entre a medicina e o mercado. Finalmente, a medicalização servirá como conclusão do capítulo para problematização crítica acerca da expansão da medicina nas sociedades contemporâneas.

1.1 O CONHECIMENTO CIENTÍFICO E A PRIMAZIA DA *EXPERTISE* NO CAMPO MÉDICO

É possível afirmar que dentre as principais transformações decorrentes da modernidade, a confiança na razão humana foi uma das que mais sedimentou a ascensão do profissionalismo. O ideário comum é que a ciência tem o condão de libertar a humanidade da escassez e dos caprichos da natureza, da ignorância, da superstição, da tirania e das doenças do corpo e do espírito (STARR, 1982, p.3).

Comumente se diz que a realidade cotidiana se tornou complexa a ponto de que não é possível mais viver sem a determinação específica do conhecimento técnico dos especialistas e dos profissionais. Neste contexto, a fé e a política desaparecem

perante o conhecimento, cuja posse pertence exclusivamente ao *expert*. (FREIDSON, 1970, p.335).

Anthony Giddens (1991, p.30) chega a afirmar que a sociedade moderna é caracterizada pela transformação nos sistemas de confiança social em que as capacidades individuais são substituídas por sistemas peritos, ou seja, sistemas de excelência técnica e social. A existência de currículos ocultos (1991, p.81) transmitidos no ensino da ciência não transmite somente o conteúdo das descobertas técnicas, mas também uma aura de respeito pelo conhecimento técnicos de todos os tipos.

No campo da sociologia das profissões médicas este arquétipo se insere de forma ideal, visto que a medicina contemporânea pode ser considerada uma das principais obras da razão, quer dizer, um sistema de conhecimento especializado, de procedimentos técnicos e regras de comportamento. (STARR, 1982, p.3)

O advento da racionalidade biomédica e a aplicação da ciência em diagnósticos médicos foi o principal fator de desenvolvimento dos sistemas contemporâneos de saúde. A busca pela cura passou a ser definida objetivamente em termos de sintomas identificáveis e o cuidado médico formal, feito por “especialistas” treinados, tornou-se o modo aceito de tratar as doenças físicas e mentais. (GIDDENS, 2005, p.138).

Portanto, o valor do conhecimento é categoria chave para se compreender o campo da saúde e da medicina. Autores de base funcionalista¹ na sociologia das profissões, como Andrew Abbott (1988, p.81-111) defendem exatamente a noção de que o principal instrumento utilizado na divisão do trabalho e na atribuição de funções entre as profissões é o domínio sobre um corpo de conhecimentos abstratos.

¹Os autores funcionalistas foram os que levantaram as primeiras questões da sociologia das profissões nas sociedades modernas. Eles deram ênfase à formação profissional e à constituição dos papéis profissionais como decorrência da modernização inexorável das sociedades, valorizando os profissionais na estrutura social (SANTOS, 2011, p.26).

O conhecimento para Abbott é elemento essencial para obtenção de autonomia e poder quando um conflito de jurisdição apresenta-se entre as ocupações. No caso da medicina, o diagnóstico, tratamento, inferência e trabalho acadêmico, por sua vez, fornecem o maquinário cultural da sua jurisdição. Eles transformam tarefas em "problemas profissionais" que serão potenciais objetos de ação e pesquisa.

Eliot Freidson (1970, p.371), da mesma forma, argumenta que historicamente o desenvolvimento de um valioso conjunto de conhecimentos, puros ou aplicados, serviu às profissões como proteção contra as variações da sua clientela ignorante. A medicina, por ser uma profissão também dotada de um corpo de conhecimento padronizado e sistematizado, adquiriu *status* na divisão social do trabalho, bem como uma jurisdição ampla e extensa, expandindo-se inclusive sobre áreas antes dominadas pela lei ou pela religião (FREIDSON, 1970, p.337).

Como parte da comunidade científica, a medicina recepcionou os ideais contemporâneos de racionalidade cognitiva, como a objetividade e o progresso, fato este que possibilitou a expansão de suas competências. Thomas Kuhn (2001, p.201), ao analisar as comunidades científicas - dentre elas a própria medicina - questiona porque o progresso é um pré-requisito reservado quase que exclusivamente às atividades profissionais que são consideradas parte da ciência.

Kuhn (2001, p.205) argumenta que parte da resposta para o problema está no olho do espectador. O progresso científico não difere daquele obtido em outras áreas profissionais, mas a ausência na maior parte dos casos de escolas competidoras, que questionem mutuamente seus objetivos e critérios, torna bem mais fácil perceber o progresso de uma comunidade científica.

Sendo assim, a principal questão encontra-se exatamente no isolamento técnico das comunidades científicas, que possuem um fechado padrão cognitivo e metodológico que comumente não é compartilhado com os demais grupos de uma mesma área do saber. (LARSON, 1977, p.32) O valor de um corpo de conhecimentos profissional, portanto, depende centralmente de sua insulação.

Este isolamento técnico ocorre com a medicina quando esta monopoliza a produção de conhecimento, as competências de pesquisa e da prática profissional. O monopólio da *expertise* cria a noção de que as profissões médicas possuem uma superior capacidade de desenvolvimento científico, o que oferece vantagem à medicina em detrimento de outras profissões da área da saúde.

É a *expertise* do médico seu principal recurso de interação com outros profissionais. Como árbitro final na divisão médica do trabalho, sustentado pelo prestígio e pelo mandato legal concedido pelo diploma, ele tem a autoridade de seu conhecimento, julgamento e responsabilidade como última instância exercida na divisão do trabalho. Isto significa que a hierarquia de especialização existe de forma independente da hierarquia administrativa, onde nos hospitais, por exemplo, o médico manda e supervisiona aqueles abaixo de seu nível superior de habilidade. (FREIDSON, 1970, p.127)

A *expertise* na medicina relaciona-se também com o campo da retórica no qual coexistem diversos discursos, mas que raramente são considerados igualmente válidos. Graças portanto ao elo estrutural que as sociedades modernas estabelecem entre saber e prática, instrução e ocupação, escola e trabalho, os peritos “diplomados” tendem sempre a ocupar o centro dos campos discursivos. (LARSON, 1988 apud RODRIGUES, 2002, p.115)

A racionalidade cognitiva, portanto, não pode ser tratada formalmente como um atributo puro de uma profissão, visto que nunca se manifesta desta maneira. É sempre incorporada em instituições de treinamento, seleção e controle, sendo utilizada no meio das lutas políticas. (LARSON, 1977, p.44) Isto se demonstra pelos frequentes conflitos de competência entre os médicos e outras profissões como enfermeiros ou farmacêuticos, bem como conflitos entre médicos e a sociedade civil organizada e movimentos sociais no tocante os malefícios da medicalização.

O principal perigo, no entanto, é que se utilize o conhecimento especializado para mascarar privilégios e poder ao invés de constituir um modo de atingir o interesse público. Freidson (1970, p.337) alerta que a *expertise* pode ser utilizada para ocultar privilégios porque é utilizada de maneira indiscriminada ao invés de forma analítica,

principalmente quando é mistificada e idealizada pela aura de ciência moderna e pelo discurso da ética profissional.

Em relação aos pacientes, as profissões médicas utilizam o discurso da *expertise* para fundamentar a sua indispensabilidade, que por sua vez é inculcada na clientela leiga. Como as comunidades científicas são os únicos produtores da ciência, o público leigo não teria outra escolha senão aceitar as definições da prática científica e do progresso científico, sem compartilhar da formulação destas definições. (LARSON, 1970, p.32).

Além da *expertise* teórica é necessário que se analise também a *expertise* prática, que nas profissões médicas é ligada ao cotidiano profissional e se desenvolve no curso da aplicação do conhecimento em pacientes e cenários sociais concretos (FREIDSON, 1970, p.346).

A medicina em modo geral possui a característica de ser uma comunidade científica prática, cujo mercado é aberto e atende uma clientela leiga, diferentemente de outros grupos da ciência normal cujas problemáticas são concernentes a demandas exclusivamente internas. (LARSON, 1977, p.33)

Os médicos entram em contato direto e íntimo com as pessoas em suas vidas diárias e estão presentes nos momentos críticos de transição existencial. Eles servem como intermediários entre a ciência e a experiência privada, interpretando problemas pessoais na linguagem abstrata da ciência e do conhecimento. Para muitas pessoas, eles são o único contato com um mundo que permanece sempre dentro de uma distância proibitiva. (STARR, 1982, p.4-5)

Sendo assim, a profissão médica conjuga os conhecimentos teóricos aos conhecimentos práticos do cotidiano clínico. Os tipos de *expertise* se diferenciam no sentido de que a *expertise* prática possibilita maior influência de agentes externos e permite que a moral individual tenha ingerência mais considerável na atuação profissional.

Pierre Bourdieu (1988, p.59-60) argumenta que existe uma oposição complexa e multidimensional no que se refere à prática clínica e à pesquisa teórica, que pode ser descrita como uma oposição entre uma “arte” guiada pela “experiência”, cunhada a partir do exemplo dos mais antigos e ao longo de um período de tempo, através da atenção a casos individuais; e uma ciência que não se satisfaz com as aparências externas que baseiam o diagnóstico, mas procura compreender as causas subjacentes.

A *expertise* prática, considerada como “sabedoria”, “julgamento”, ou “arte”, nas palavras de Bourdieu, por muitas vezes possui procedência moral ou até mesmo ideológica do que necessariamente científica. O conhecimento médico “puro” é transmutado e até mesmo corrompido no curso da sua aplicação, tornando-se um constructo social. No cotidiano clínico, Freidson afirma que a intervenção médica pode ocorrer até mesmo na ausência de conhecimento confiável (1970. p.347). Procedimentos sem respaldo técnico são muitas vezes reproduzidos simplesmente pelo fato de fazerem parte do *corpus* da prática médica.²

Sabino e Luz (2010. P.1359-1360), por sua vez, constata que no cotidiano prático ambulatorial, entre os médicos residentes (em início de carreira) existe uma aspiração à conquista de capital social e de competência específica que exige respeito a regras e normas de consenso e sua aceitação assumida nos procedimentos práticos cotidianos. O ambulatório seria portanto um espaço social de disputa inconsciente, cujas normas são reproduzidas na diagnose, na terapêutica e nas relações médico-paciente através dos procedimentos institucionais. Neste contexto, o ambulatório surge como local sem prestígio, no qual a aquisição de capital simbólico e de competência seria reduzida. Nesse ritual, o ambulatório dos hospitais e postos de saúde públicos que atendem às camadas mais baixas da população é considerado instância de provação, estado necessariamente passageiro.

² Técnicas obstétricas como a manobra de Olshausen, de Kristeller, a episiotomia e cesarianas de rotina são cotidianamente reproduzidas na prática médica mesmo após estudos as desaconselharem, conforme será analisado no capítulo 3.

O que se percebe é que a *expertise* da prática médica também funciona com a percepção de que os pacientes, como pessoas leigas, são incapazes de avaliar seus próprios problemas, bem como as maneiras mais adequadas de geri-los. Isto justifica a imposição pela profissão da sua própria concepção sobre as adversidades das pessoas e as formas de administração das mesmas. O direito dos “clientes”, então, restringe-se simplesmente à escolha ou recusa do auxílio profissional. (FREIDSON, 1970, p.352), o que resulta na perda da autonomia dos pacientes no seu processo de tratamento.

Sendo assim, a noção de que a medicina pressupõe uma maior qualidade do serviço prestado no campo da saúde em virtude de ser uma ciência objetiva, neutra, progressista, alicerçada na investigação empírica, dotada da *expertise* e de um ideal profissional em prol da saúde frequentemente mascara um campo profissional marcado por desigualdades de poder, principalmente no que se refere à relação médico-paciente.

1.2 A AÇÃO PEDAGÓGICA DAS FACULDADES DE MEDICINA E A INCORPORAÇÃO DO *HABITUS* PROFISSIONAL

Como colocado anteriormente, uma das principais características da medicina é o fato de ser uma profissão consultiva ou prática, quer dizer, embora a medicina produza um conjunto padronizado e sistematizado de saberes teóricos, necessita da ligação com as demandas leigas no mercado da saúde.

É necessário que a medicina monopolize os saberes teóricos e também os saberes práticos inerentes à profissão, cuja falta restringiria sua legitimidade, bem como reduziria a dependência dos pacientes em relação aos serviços prestados pelos médicos.

Sendo assim, a monopolização cognitiva e o controle de mercado são permitidos a partir da padronização do treinamento e da pesquisa, realizada nos centros de produção de novos conhecimentos, ou seja, a universidade. Isso é particularmente

importante no caso da medicina visto que o núcleo de produção de novos conhecimentos é produzido a partir da pesquisa acadêmica, diferentemente de profissões como a advocacia. (LARSON, 1977, p.35)

A ligação com o ensino universitário concede à profissão um núcleo de educadores que estão na melhor posição para defender as garantias universalistas da competência profissional e para legitimar as reivindicações por autonomia e monopólio, visto os professores também são profissionais da área e interessados no mercado pelo qual os estudantes assegurarão *status* e renda. (LARSON, 1977, p.34)

O ensino universitário, incluindo-se as faculdades de medicina, tem o escopo de garantir o monopólio cognitivo da *expertise* por meio da pesquisa acadêmica, isolando o conhecimento das demais profissões concorrentes e do público leigo; e também de realizar o controle de mercado ao sistematizar os padrões de ingresso na profissão.

Estes escopos demonstram a característica da universidade como instituição de credenciamento profissional, também chamado de *gatekeeping*, que envolve a aquisição de credenciais ocupacionais, quer dizer, licenças, graus, diplomas e certificações para permitir o acesso privilegiado ao mercado, bem como credenciais institucionais, na formação teórica e prática. (RODRIGUES, 2002, p.53)

Além disso, os cursos universitários possuem alto controle sobre a produção dos produtores (LARSON, 1977, p.34) isto é, a forma em que novos profissionais serão educados e inseridos no mercado de trabalho, para que assim tornem-se também parte da produção do capital profissional. Na medicina este controle ocorre tanto em virtude do credenciamento compulsório por lei, mas também pelo fato de que a universidade monopoliza a produção de novos conhecimentos e *expertise*.

Por um lado, esta homogeneização depende principalmente do corpo de conhecimento especializado do campo médico, que é aceito socialmente como superior aos conhecimentos adquiridos fora do campo, seja pela experiência ou pela vocação. Desta forma, o profissional é equipado de um senso mínimo de

superioridade cognitiva que compartilha com os colegas de profissão e que os separa do público leigo. (LARSON, 1977, p.47)

Sendo assim, a prática educacional de ensino médico é arquitetada de forma a moldar nos estudantes determinada visão sobre o mundo profissional e também sobre a relação com os próprios pacientes.

Neste ponto os sociólogos funcionalistas destacam particularmente a importância das instituições de ensino na formação de papéis sociais. Talcott Parsons (1975, p.269), por exemplo, ao analisar o “papel do médico” (role of the physician) e o “papel do doente” (sick role) na sociedade estadunidense, eleva o fato de que o papel profissional dos agentes de saúde, especialmente os médicos, seria de tratar das pessoas doentes como profissão em tempo integral.

Parsons (1975, 268-273) argumenta ainda que o estudante de medicina é exposto bem cedo ao processo de cuidado concreto de pessoas doentes, aprendendo os rudimentos do exame físico e do diagnóstico, da interpretação de todos os tipos de sintomas patológicos apresentados por casos concretos. A função docente para o autor é essencialmente uma questão de contato entre aqueles profissionais que são treinados e os membros das gerações que futuras, para que aprendam a desempenhar o seu papel na sociedade que é o de cuidado com a saúde.

Este ideário da medicina como vocação, de caráter universal em função do bem coletivo, que é o tratamento dos doentes, é fruto de um processo de socialização realizado primeiramente na universidade. Esta prática seria, nas palavras de Bourdieu e Passeron, uma ação pedagógica que implica um trabalho de inculcação que deve durar o bastante para produzir uma formação durável, quer dizer, um *habitus* como produto de interiorização dos princípios de um arbitrário cultural. Este *habitus* é capaz de perpetuar-se após a cessação da ação pedagógica e perpetuar nas práticas os princípios do arbitrário que foi interiorizado. (BOURDIEU; PASSERON, 1992, p.44)

Neste sentido, o ensino médico reproduz nos estudantes um *habitus* profissional que será exercido posteriormente na prática clínica e na pesquisa acadêmica, com o

objetivo de manter os privilégios de classe. A inculcação comumente é feita de forma a transmitir este *habitus* de forma naturalizada, fato este que não retira a sua característica de violência simbólica. O *habitus*, por sua vez,

[...] constitui um sistema de esquemas de percepção, de apreciação e de ação, ou seja, um conjunto de conhecimentos práticos adquiridos ao longo do tempo que permitem perceber, agir e evoluir com naturalidade num universo social dado. É uma espécie de segunda natureza inconsciente, num sentido prático. Enquanto coletivo individualizado pela incorporação do social ou indivíduo coletivizado pela socialização, o *habitus* é uma matriz geradora historicamente constituída e institucionalmente enraizada. (LOYOLA, 2002, p.68-69)

Nestes termos, o ensino médico tem o condão de condicionar a reprodução arbitrária deste *habitus* no curso educacional, o que cria uma determinada forma de pensar, sentir e agir característica da profissão.

A ação pedagógica é uma forma de violência simbólica na medida em que a delimitação objetivamente inserida no ato de inculcar certas significações, convencionadas pela seleção e pela exclusão, reproduz a seleção arbitrária que um grupo ou uma classe opera objetivamente a partir de seu arbitrário cultural. (BOURDIEU; PASSARON, 1992, p.29)

Esta internalização é tornada possível porque a ação pedagógica estabelece uma relação de autoridade entre educadores e estudantes que dissimula as relações de força. Sendo assim, a autoridade pedagógica é o poder de violência simbólica que se manifesta sob a forma de um direito de imposição legítima. (BOURDIEU; PASSERON, 1992, p.33-34) Neste contexto, os arbitrários culturais da profissão são reproduzidos como necessários no contexto educacional.

O papel dos educadores, portanto, é essencial no projeto profissional, visto que um número crescente de futuros profissionais são expostos à sua influência e formados por um corpo de conhecimento definido pelos próprios professores. Eles são os primeiros membros da profissão a discernir “talentos potenciais” dentre os estudantes, sem contar que a presunção do talento na vida profissional frequentemente deriva da reputação da instituição onde o estudante recebeu seu treinamento. (LARSON, 1977, p.44)

Nas universidades a competição intraprofissional torna-se normal, bem como a diferenciação entre os estudantes mostra-se em aspectos tais como a competição por notas e recomendações no contexto do treinamento. (LARSON, 1977, p.46). Esta noção de competição será também reproduzida na prática, na forma em que a medicina lida com as demais ocupações. Sendo assim, o ensino médico também funciona como ferramenta de hierarquização entre os futuros profissionais em virtude do capital cultural que a universidade reproduz, mas que não é compartilhado da mesma forma por todos os estudantes.

Isto pode ser verificado, por exemplo, pela discrepância de *status* entre as diversas especialidades da medicina. Bourdieu (2007, p.223) coloca que a diversificação oficial em ramos de ensino, sutilmente hierarquizados, tem o efeito de contribuir para recriar um princípio, particularmente dissimulado, de diferenciação. Os alunos considerados “bem nascidos” estão em melhores condições de aplicar seus investimentos profissionais no bom momento e no lugar certo, quer dizer, nos bons ramos de ensino, nos bons estabelecimentos e nas melhores escolhas. Ao contrário, os estudantes que são proveniente de famílias desprovidas deste capital cultural reduzido muitas vezes são obrigados a se submeter às injunções da instituição de ensino e voltados a investir na hora errada e no lugar errado. (BOURDIEU, 2007, p.223)

Sendo assim, além de realizar a padronização da *expertise*, o papel da universidade no contexto do ensino médico é prover uma socialização, ou seja, construir uma imagem de solidariedade entre a classe ao mesmo tempo que possibilita a reprodução de hierarquias internas.

A consequência é que os alunos provenientes de famílias mais desprovidas culturalmente tem todas as chances de obter, ao fim de uma longa escolaridade, por vezes paga com sacrifícios, um diploma desvalorizado. Se fracassam, que é o destino mais provável, são voltados à uma exclusão ainda mais estigmatizante. Assim, a instituição de ensino tende a ser considerada um engodo, uma fonte de imensa decepção coletiva, uma espécie de terra prometida que recua na medida em que se avança em sua direção, alerta Bourdieu. (2007, p.221)

Sendo assim, o ensino médico somente mascara uma imagem democrática no sentido de assegurar iguais oportunidades aos seus estudantes, na medida em que todos passam pelo mesmo processo de treinamento. Porém, o discurso democrático do curso universitário reproduz uma série de desigualdades, exclusões e violências dentro do próprio campo médico.

1.3 O MONOPÓLIO DA COMPETÊNCIA: A LUTA POR PODER NO MERCADO DE SERVIÇOS DA SAÚDE

No estudo sociológico das profissões médicas mostra-se essencial verificar ainda a maneira em que a questão do monopólio serve como espaço analítico de compreensão das lutas interprofissionais, bem como nos conflitos dentro do próprio campo da medicina.

Destaca-se que Max Weber (1978, p.342), em sua obra “Economia e Sociedade”, elaborou importantes considerações sobre o assunto, dispondo que uma determinante econômica frequente é a competição por subsistência na forma de ofícios, clientes e outras oportunidades remuneratórias.

Na medida em que o número de competidores aumenta em relação à extensão de lucro, os participantes tendem a se interessar por reduzir a competição. Usualmente um grupo de competidores utiliza uma característica identificável de outro grupo competidor como pretexto para estabelecer sua exclusão. Sendo assim, o mercado permanece aberto para os que detêm o monopólio, que poderão competir livremente uns com os outros. (WEBER, 1978, p.342)

Ademais, destaca que tendência ao monopólio se estabelece quando determinados grupos compartilham de qualidades adquiridas a partir da educação, aprendizagem e treinamento. Estas características podem ser qualificações econômicas, o exercício do mesmo ofício, modos de vida, etc. Os membros vocacionam-se à monopolizar a disposição de bens, obrigações e posições espirituais, intelectuais,

sociais e econômicas. Somente são admitidos ao acesso irrestrito da prática da vocação quem completou o noviciado de maneira a adquirir o treinamento adequado, realizam a prova de sua qualificação e frequentemente passam por períodos de espera e requerimentos adicionais. (WEBER, 1978, p.344)

Weber estabeleceu as bases analíticas que constituiriam os processos de monopólio profissional, que são exatamente o fechamento de mercado a partir do controle da competência. Como visto anteriormente, o credencialismo é uma das principais formas de monopólio, também chamado de *gatekeeping*, com o objetivo de salvaguardar o acesso a determinados bens, materiais ou imateriais. Este processo também ocorreu fortemente com a medicina.

Deste modo, o monopólio seria uma das formas de se adquirir poder profissional, definido assim como a capacidade de transformação de determinada ordem de recursos escassos - cognitivo, político, relacional, organizacional, cultural, ideológico - numa outra ordem, como o acesso privilegiado ao mercado, autonomia sobre o trabalho, controle sobre o acesso à profissão e outros privilégios profissionais. (ROGRIGUES, 2002, p.58)

No mesmo sentido argumenta Larson (1977, p.17) quando diz que o processo de profissionalização é uma tentativa de traduzir recursos escassos – conhecimento especializado e habilidades – em recompensas sociais e econômicas. A manutenção da escassez implica na tendência ao monopólio: monopólio da *expertise* no mercado e monopólio de *status* no sistema de estratificação das profissões.

A manutenção do controle sobre o mercado é umas das estratégias das profissões modernas para obter e manter capital econômico, bem como capital social. Este, por sua vez, é

[...] o conjunto de recursos reais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento e de inter-reconhecimento mútuos, ou, em outros termos, à vinculação a um grupo, como o conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns (passíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros e por eles mesmos) mas também que são unidos por ligações permanentes e úteis. (BOURDIEU, 2007, p.67)

Ademais, Larson (1977, p.67) destaca ainda que o monopólio no processo de profissionalização, caracterizado pela organização de um mercado de serviços, também pode ser considerado um projeto de mobilidade social coletiva. Segundo a autora, este projeto profissional pode ser considerado coletivo porque somente a partir de um esforço organizacional conjunto que os papéis profissionais são criados e redefinidos, resultando na posição social desejada por seus ocupantes.

Cabe notar que os objetivos deste projeto de mobilidade social são essencialmente individualistas, embora o projeto e os meios sejam coletivos. É a partir do desenvolvimento da profissão, juntamente com a tentativa de controlar membros individuais, que o prestígio pode ser alcançado aos papéis profissionais e, por extensão, aos seus ocupantes. (LARSON, 1977, p.67)

Portanto, a formação de uma identidade profissional de classe é essencial para a demarcação de seu papel na divisão social do trabalho e para manter os privilégios que advém do processo de crescimento no quadro de estratificação profissional. É uma das formas de garantir hegemonia no contexto de luta interprofissional.

Nos casos das profissões socialmente estabelecidas, como é o caso da medicina, o prestígio pessoal é quase equivalente a prestígio organizacional. Os médicos são identificados com seus hospitais, advogados, arquitetos e engenheiros com suas firmas e todo profissional com suas origens acadêmicas. (LARSON, 1977, p.72)

Esta identidade coletiva, no entanto, também mascara uma série de desigualdades dentro do mesmo mercado profissional, que por sua vez favorece a manutenção do *habitus* dentro do campo.

Conexões pessoais e organizacionais se fundem em um novo padrão de “apadrinhamento”. Quando uma profissão é organizada, os laços entre elites profissionais e não-elites são sustentados pela sobreposição de rankings de mobilidade coletiva e individual. Ao buscar mobilidade individual, profissionais aspirantes reforçam a hierarquia das organizações nas quais as elites conseguiram seu status e seus privilégios. (LARSON, 1977, p.72), reproduzindo a estratificação interna.

O monopólio do mercado de serviços funciona no sentido de reproduzir os mecanismos de obtenção de capital econômico e prestígio que já existem no campo profissional, cabendo aos novos profissionais adequarem-se a este modelo caso desejem alcançar melhores posições na carreira.

Importante destacar que a organização do monopólio dos serviços de saúde pela medicina não foi o único fator relevante na obtenção destes privilégios profissionais. Starr (1982, p.21-22) coloca que para a conversão da autoridade médica em altos padrões de renda, autonomia e outras recompensas, foi necessário às profissões médicas ganhar o controle tanto em relação ao mercado de serviços quanto em relação às variadas hierarquias que governam a prática médica, o financiamento e a também a política.

Sendo assim, a conquista do poder econômico envolveu mais do que a criação de um monopólio na prática médica através da exclusão de alternativas profissionais e limites sobre a oferta de médicos. Isso implicou influenciar a estrutura dos hospitais, seguros médicos e outras instituições privadas que incidem sobre a prática médica, bem como definindo os limites e as formas adequadas das atividades de saúde pública e outros investimentos públicos na área da saúde. (STARR, 1982, p.21-22)

Desta forma, as profissões médicas asseguraram seu domínio não somente sobre a forma em que o próprio campo profissional se organiza, seja internamente ou em relação outras profissões, mas também sobre os agentes econômicos e políticos cuja atuação influencia diretamente na forma em que o capital e o prestígio circulam e são distribuídos.

Além disso, a autoridade dos médicos teve o duplo efeito de estimular e restringir o mercado. Por um lado, sua crescente autoridade cultural ajudou a desenhar o cuidado dos doentes, da família e leigos para a esfera de serviço profissional. Por outro lado, ele também trouxe apoio político para a imposição de limites, como as leis de licenciamento em matéria de serviços médicos. Aumentando a demanda e controlando a oferta, a autoridade profissional ajudou a garantir maiores retornos por seu trabalho. (STARR, 1982, p.24)

Como parte do projeto de mobilidade social coletiva, a transformação da medicina como instituição dominante no cuidado dos doentes também ocorreu a partir da transição do ambiente familiar para o mercado, isto é, a conversão da saúde como mercadoria. Envolveu também uma maior especialização do trabalho, bem como maior distância emocional entre o doente e os responsáveis por seu cuidado. (STARR,1982, p.22)

Acerca da sociedade de consumo e a medicina, a questão do tempo apresenta importância especial. Jean Baudrillard (1995, p.161) argumenta que o tempo, como produto de determinada cultura e de certo modo de produção, encontra-se submetido ao mesmo estatuto que todos os demais bens produzidos ou disponíveis no quadro do sistema de produção. Participa, portanto, da abstração reificada do valor de troca.

Por conseguinte, defende que a premissa “tempo é dinheiro” é fundamental para se analisar o “tempo de trabalho”, visto que o tempo constitui uma mercadoria rara e submetida às leis do valor de troca, quer dizer, se vende e se compra. O tempo seccionável, abstrato e cronometrado torna-se assim homogêneo do sistema de valor de troca, se integrando como qualquer outro objeto. O tempo quando é transformado em objeto de cálculo temporal, pode e deve mudar-se por qualquer outra mercadoria, sobretudo o dinheiro. (BAUDRILLARD, 1995, p.164)

No entanto, questiona-se se esta mercantilização do tempo de trabalho compatibiliza-se com a prática médica. No momento em que os serviços de saúde transformam-se em bens ou mercadorias de troca, tal contexto potencialmente abre margem para situações de desigualdade nos tratamentos, cuja estratificação dependeria da possibilidade de pagamento por parte dos pacientes.

A busca por interesses econômicos ou por elementos de prestígio profissional evidenciam a diversas incompatibilidades que existem no tocante ao ideal de que as profissões médicas servem a um propósito superior, quer dizer, a garantia da saúde e da vida humanas, sendo o monopólio profissional e a mercantilização aspectos relevantes desta questão.

1.4 A AUTORIDADE CULTURAL MÉDICA COMO PRÁTICA DE VIOLÊNCIA SIMBÓLICA

Como visto anteriormente, as profissões médicas estruturam a monopolização do conhecimento especializado, quer dizer, a *expertise* para garantir o controle em relação ao mercado da saúde. Este contexto cria uma situação de hierarquia entre a medicina e as demais profissões, bem como estabelece uma situação de dependência na relação médico-paciente, que não compartilha da mesma base de conhecimento. A partir desta conjuntura, Starr defende a noção de autoridade médica.

Segundo o autor (STARR, 1982, p.9), a autoridade, em seu sentido clássico, significa a posse de um estado, qualidade ou afirmação que compele confiança ou obediência e significa o uso potencial da força ou da persuasão. No entanto, a autoridade cessa quando qualquer uma destas técnicas é abertamente empregada. A autoridade pressupõe que exista uma obediência tácita, sem a obrigatoriedade da utilização efetiva da força ou até mesmo da persuasão, visto que no momento em que estes se tornam necessários para instaurar uma relação de autoridade, ou quando são utilizados visivelmente, o reconhecimento inquestionável cessa.

Na realidade, a noção de autoridade de Starr advém dos estudos de Hannah Arendt onde ela diferencia as noções de poder, força, vigor, autoridade e violência, bem como critica o fato de que os termos são frequentemente utilizados como sinônimos.

Segundo Arendt (1972, p.142-144), a característica principal da autoridade é um reconhecimento inquestionável por aqueles que são obrigados a obedecer. Não é necessário coerção nem persuasão. Para permanecer em posição de autoridade, exige-se respeito pelo indivíduo ou ofício. Logo, o maior inimigo da autoridade, segundo a autora, seria o desprezo.

Ademais, embora a autoridade pressuponha obediência voluntária, é importante destacar que ela reserva poder suficiente para se autoimpor. Por detrás da autoridade, portanto, está uma ameaça tácita. A autoridade incorpora duas fontes de

controle, a legitimidade e a dependência. A última repousa na aceitação do subordinado de que ele deve obedecer. O primeiro, por sua vez, repousa no perigo em relação às consequências da não obediência. (STARR, 1982, p.9-10)

Portanto, o estabelecimento da autoridade relaciona-se diretamente com práticas de violência simbólica, conforme coloca Bourdieu, que aparecem como categorias eficazes para explicar a adesão dos dominados, quer dizer, a dominação imposta pela aceitação de regras, de sanções, a incapacidade de conhecer as regras morais ou de direito, bem como compartilhar de práticas linguísticas. (VASCONCELLOS, 2002, p.81)

É o que se percebe claramente nas profissões médicas. Frequentemente os médicos exercem autoridade sobre os pacientes, sobre seus companheiros de trabalho na área da saúde e até mesmo em relação ao público externo em matérias fora da sua jurisdição. Nas relações clínicas, esta autoridade é muitas vezes vista como essencial para o processo terapêutico. Medidas consideradas eficazes pelos médicos frequentemente exigem tarefas difíceis e repelentes, como a violação da integridade do corpo do paciente, (STARR, 1982, p.5) o que é facilitado pela existência da autoridade.

As profissões médicas fundamentam a sua legitimidade no monopólio da *expertise* técnica e teórica, quer dizer, a essencialidade por parte dos serviços que são prestados pela profissão. No entanto, os médicos também sedimentam a sua autoridade em práticas de violência simbólica que reproduzem a dependência, principalmente nas relações médico-paciente.

É o que Starr (1982, p.11) chama de dependência emocional. A medicina, embora não tenha poder de coerção, deriva considerável parte de sua influência da condição de dependência psicológica dos seus “clientes”, o que permite situações até mesmo de abuso ou ameaça.

Ademais, o autor trabalha com a noção de autoridade cultural (STARR, 1982, p.13), cuja definição se diferencia da autoridade social, de acordo com uma distinção entre

a cultura, - que seria o reino do significado e ideias - e da sociedade - o reino das relações entre os atores sociais.

Autoridade social envolve o controle da ação através de comandos e pertence apenas aos atores sociais, enquanto a autoridade cultural implica a construção da realidade através de definições de ato e valor e pode também residir em objetos culturais, incluindo os produtos de atividade intelectual. Se refere à probabilidade de que as definições específicas de realidade e juízo de significado e valor irão prevalecer como válidos e verdadeiros na sociedade. (STARR, 1982, p.13)

Desta maneira, a autoridade cultural representa uma relação de legitimidade e obediência de certa forma mais extensa do que a autoridade social, visto que relaciona-se com a maneira em que se interpreta a realidade, os fatos e as relações sociais. Logo, independe de comandos diretos, visto que a inculcação de significados é feita de forma naturalizada e frequentemente presumida. (STARR, 1982, p.13)

A autoridade que os médicos detêm sobre enfermeiros, técnicos e outros subordinados na hierarquia da saúde é primariamente uma autoridade social, segundo Starr (1982, p.14), visto que os médicos objetivam regular as ações dos demais colegas. É um objetivo de comando. O mesmo ocorre em relação aos pacientes no momento em que os médicos provém instruções ou conselhos clínicos, quer dizer, eles também estão exercendo um tipo de autoridade social.

No entanto, antes de fazer recomendações, os médicos têm que definir e avaliar a condição dos pacientes. Estes consultam-se com os médicos não só por conselhos, mas antes de tudo para descobrir se estão realmente doentes e qual é o significado dos seus sintomas. Autoridade cultural, neste contexto, é anterior à ação ou comando. (STARR, 1982, p.14) Por isso que a formação médica possui grande peso na prática profissional, visto que molda a forma em que estas interpretações e significados serão feitos posteriormente no cotidiano do médico.

A autoridade para interpretar sinais e sintomas, para diagnosticar a saúde ou doença, nomear doenças e para oferecer prognósticos é a base de qualquer

autoridade social que um médico pode assumir. Porém, ao moldar a compreensão da própria experiência dos pacientes, os médicos criam as condições em que os seus conselhos parecem sempre apropriados. (STARR, 1982, p.14) A partir da autoridade cultural os pacientes ficam muitas vezes reféns da racionalidade médica, de sua forma analisar a realidade e a saúde.

Portanto, como a medicina é uma profissão consultiva, sem poder efetivo de coerção em relação ao tratamento que será indicado aos pacientes, é em virtude da autoridade cultural que sua imperatividade profissional é permitida, quer dizer, a imposição de uma submissão em relação aos pacientes, como exercício de violência simbólica.

Embora, em tese, os pacientes possam recusar tratamentos ou indagar sobre a adequação dos mesmos, em virtude da dependência e da legitimidade profissional dificilmente essa recusa será efetivamente realizada. A questão é que este cenário aumenta a margem para diagnósticos e prognósticos que não necessariamente refletem o interesse e bem-estar dos indivíduos, mas somente uma reprodução dos *habitus* da classe, do monopólio e da autoridade.

Além disso, a autoridade estabelece um contexto de poder discricionário às profissões, nas palavras de Larson (1977, p.38), que vai muito além da mera autonomia técnica. Este poder discricionário deriva do monopólio da competência, legitimada pela *expertise* oficialmente sancionada; e do monopólio da credibilidade com o público. Dos dois tipos, o monopólio da competência seria o mais importante, visto que deixa as pessoas sem alternativas legais ou credíveis e restringe o controle às agências externas. É o que se percebe em relação à medicina.

Ademais, acresça-se que o nível de autoridade cultural torna-se ainda mais evidente quando se analisa as diferenças de atendimento por classe social. (STARR, 1982, p.12) Indivíduos das classes superiores, mesmo submetidos ao contexto de autoridade cultural dos médicos, tem maior possibilidade de escolha no tocante ao atendimento médico.

Por outro lado, quando pessoas pobres e da classe trabalhadora encontram-se com profissionais, muitas vezes têm dificuldades na comunicação por causa de diferenças de formação linguística e cultural. Como não compartilham dos mesmos pressupostos, são mais propensos a serem cautelosos em sua comunicação e se sentirem como estranhos e até mesmo hostis. (STARR, 1982, p.12) Como não compartilham dos mesmos signos, a própria linguagem técnica profissional os exclui do processo de compreensão e participação, o que também constitui uma forma de violência simbólica.

Como muitos de seus contatos com profissionais são involuntários ou ocorrem em instituições públicas, eles não tem o controle que os meios financeiros privados podem oferecer. Sob estas condições, os indivíduos das classes inferiores ou das classes trabalhadoras agem em conformidade mais por razões de dependência do que por razões de opinião própria. Eles simplesmente tem poucas alternativas. (STARR, 1982, p.12). É o que ocorre muitas vezes na relação médico-paciente, principalmente nos hospitais públicos. A disparidade no tocante ao capital cultural afere grande peso na reprodução da autoridade cultural.

No caso da medicina, as diferenças culturais, a dificuldade de comunicação e sensação de impotência ou dependência entre médicos e pacientes pode ser ainda maior em virtude do *status* social elevado da classe profissional. A noção de que as profissões médicas e sua competência terapêutica representam uma arte elevada e esotérica tem o condão de intensificar a autoridade cultural dos médicos (STARR, 1982, p.12).

Posto isto, as diversas formas de autoridade que envolvem a profissão médica, quer dizer, a autoridade social e cultural, possibilitam diretamente a sua autoridade profissional, cuja legitimação envolve três pressupostos distintos, segundo Starr.

Primeiramente que o conhecimento e a competência do profissional foram validados por uma comunidade de seus pares. Segundo, que a autoridade profissional baseia-se em elementos racionais e científicos. Terceiro, que o julgamento e aconselhamento do profissional são orientados por um conjunto de valores substantivos, como a saúde. Estes aspectos da legitimidade correspondem a

atributos colegiais, cognitivos e morais geralmente citados nas definições do termo "profissão". (STARR, 1982, p.15).

É o que percebe-se na autoridade profissional existente no campo das profissões médicas, baseada no fechamento e cognitivo da educação científica, quer dizer, no acesso aos centros de formação superior, no monopólio do mercado da saúde e no discurso universalista de que o médico é o guardião da saúde pública.

Em seu efeito conjunto, os mecanismos de legitimação - educação padronizada e licenciamento - e os mecanismos de dependência – como o monopólio, os seguros e a hospitalização - estabeleceram uma estrutura definida nas relação entre médicos e pacientes. (STARR, 1982, p.20)

Sendo assim, a medicina, como campo profissional, mostra-se como ambiente que frequentemente não funciona no sentido de efetivar seu principal objetivo declarado, que é exatamente garantir o bem-estar das pessoas. Percebe-se que a maneira com que o campo engendra seus *habitus*, um deles sendo exatamente a autoridade cultural, social e profissional, funciona muito mais como maneira de adquirir e manter privilégios, renda e outras formas de capital profissional. A consequência disto é o distanciamento da efetiva busca pela saúde, bem como o processo de medicalização e adoecimento social.

1.5 A MEDICALIZAÇÃO DA SOCIEDADE E A IATROGENIA

Com a ascensão da medicina como profissão com considerável *status* e prestígio nas sociedades contemporâneas, fato este possibilitado pela existência de uma expertise teórica e prática, pelas técnicas pedagógicas no ensino universitário, pelo monopólio no mercado de serviços de saúde e a existência de uma autoridade social e cultural, outra problemática que merece destaque é o processo de medicalização. Embora o termo indique apenas um “fazer médico”, normalmente ele pressupõe uma crítica à expansão da medicina na sociedade.

Irving Kenneth Zola (1972, p.487) um dos primeiros sociólogos a tratar especificamente do assunto, conceituava a medicalização como o processo no qual a vida cotidiana se encontra cada vez mais sob o domínio, influência e supervisão da medicina e as etiquetas da “saúde” ou da “doença” se tornam parte da existência humana.

Sendo assim, caracteriza-se por um verdadeiro imperialismo cognitivo da medicina, tanto no sentido de prescrever determinadas formas de se realizar tratamentos, quanto na maneira em que se cria e interpreta os conhecimentos da área da saúde. Segundo Gaudenzi e Ortega (2012, p.22), a medicalização seria toda

[...] intervenção política da medicina no corpo social, por meio do estabelecimento de normas morais de conduta e prescrição e proscricção de comportamentos, o que tornaria os indivíduos dependentes dos saberes produzidos pelos agentes educativo-terapêuticos. Data do século XVIII, com o nascimento da medicina moderna e da Higiene, o início da intervenção médica na intimidade das pessoas, fazendo com que os profissionais da saúde e educadores, sobretudo, se tornassem especialistas a quem todos deveriam recorrer em busca de soluções para seus males domésticos. [...]

Peter Conrad (2007, p.05), sociólogo da medicina da Universidade Brandeis, nos Estados Unidos, argumenta que definição é a chave para o conceito de medicalização, isto é, quando problemas são definidos em termos médicos, descritos utilizando-se de linguagem médica, entendidos a partir da adoção de uma estrutura médica ou tratada com intervenção médica.

No entanto, a questão que se levanta é sobre a forma como esta definição é realizada. O principal ponto de crítica no tocante à medicalização verifica-se quando um fenômeno considerado enfermidade ou doença não é “ipso facto” um problema médico, mas é sim definido como tal. (CONRAD, 2007, p.06)

Para Conrad (2007, p. 6), existem diferentes formas e níveis de medicalização na sociedade, alguns em processo de declínio e outros em processo de ascensão. A obstetrícia, por exemplo, é um campo médico em claro processo de crescimento da medicalização, segundo o autor.

Embora exista um movimento crescente em defesa dos “partos naturais” nos anos recentes, com salas de parto, enfermeiros-parteiros, dentre outras mudanças, a

obstetrícia não foi desmedicalizada. O parto continua definido como um evento médico e os profissionais do campo são os principais responsáveis pelo atendimento. Partos domiciliares com parteiras leigas se aproximaria de uma desmedicalização, mas continuam raros. (CONRAD, 2007, p.07)

Ademais, longe de ser somente um imperialismo médico, afirma Conrad (2007, p.09) a medicalização é uma forma de ação coletiva. Embora a classe médica seja a principal interessada na medicalização, ela não está sozinha colonizando novos problemas ou simplesmente rotulando pacientes irresponsáveis. Os pacientes e leigos podem ser ativos colaboradores com a medicalização de seus problemas e completamente ávidos pela mesma.

Sendo assim, conclui-se que a medicalização é um fenômeno complexo, que possui diferentes intensidades de acordo com a área da saúde que se analisa e que envolve diversos participantes para que seja realmente efetiva e abrangente.

Importante destacar ainda a relevância dos estudos de Michel Foucault acerca da medicalização. Conrad (2007, p.13) destaca que a visão foucaultiana, embora também tenha um viés crítico, enfatiza como os discursos da medicina e da saúde se tornaram centrais na subjetividade das pessoas. Tal contribuição mostra-se essencial visto que a medicalização se constitui destas duas características: por um lado, como a medicina desenvolve e aplica as categorias médicas; por outro, como a população tem internalizado as perspectivas médicas e terapêuticas.

De acordo com Foucault (1984, p.80), a partir do século XVIII intensificou-se o controle da sociedade e do Estado sobre os indivíduos, cujo mecanismo não foi somente a consciência coletiva ou ideológica, mas o controle do corpo. O foco foi o biológico, o somático, o corporal, visto que o corpo é uma realidade bio-política e a medicina, por sua vez, é uma estratégia bio-política.

O controle sobre o corpo pode ser considerado como uma das principais formas de socialização da contemporaneidade e o papel da medicina nesse processo foi determinante, visto que normatiza a vida das pessoas a partir de parâmetros estabelecidos pela própria profissão. A linguagem científica da medicina para o

controle bio-político foi ferramenta essencial neste contexto, seja para o controle do Estado ou pela medicina de mercado.

Segundo Foucault, a medicina moderna também é uma medicina social, que tem como *background* uma tecnologia do corpo social. A sociedade, portanto, passa então a ser pensada e organizada em termos estritamente médicos. Neste sentido, poder-se-ia falar de uma medicalização do social (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p.25).

Foucault (1984, p.102-104) argumenta que a ascensão dos hospitais modernos também demonstra o processo de medicalização. Até o século XVII, a prática da medicina era profundamente individual. Os médicos eram qualificados a partir da própria corporação dos médicos a partir de textos e transmissão de receitas. Os hospitais eram instalações voltadas primordialmente para o atendimento aos pobres, com condições precárias de atendimento, cujo pessoal era formado por religiosos ou leigos. A medicina era dissociada da experiência hospitalar.

A mudança de perspectiva da profissão médica ocorreu notadamente a partir da necessidade de controle e intervenção ativa dos médicos sobre pacientes e seus estilos de vida. Segundo o autor, tal controle se deu principalmente pela inserção dos mecanismos de disciplina.

Segundo Foucault (1984, 105-107), o sucesso do modelo disciplinar na medicina foi possível pelos seguintes motivos: a disciplina não exerce seu controle sobre o resultado, mas sobre seu desenvolvimento; a disciplina implica num registro contínuo, numa anotação sobre o indivíduo e transferência da informação de baixo para cima; a disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua sobre indivíduos, submetendo-os a uma constante pirâmide de olhares.

Este conjunto de fatores legitimou a medicalização de diversas condições e comportamentos humanos mesmo em casos em que o controle médico não é absolutamente necessário. Na obstetrícia, a disciplina favoreceu que o controle sobre as técnicas e procedimentos do parto permanecesse sobre o poder da medicina, a despeito das inovações ocorridas na área nas últimas décadas. Ao

contrário, o que se percebe é um aumento da disciplina na obstetrícia, onde a vigilância foi expandida também para o pré-natal e pós-natal, (CONRAD, 1992, P.216) o que resulta na perda sistemática e progressiva da autonomia das mulheres em relação aos seus corpos e aos processos biológicos naturais.

Neste sentido, percebe-se que uma das principais consequências da medicalização envolve a perda da autonomia dos pacientes. Esta questão é tratada por diversos autores da sociologia da saúde, dentre eles se destaca o sociólogo austríaco Ivan Illich.

Illich (1975, p.23), trabalha com a categoria de “iatrogênese”, que envolve o processo de adoecimento da sociedade em virtude da medicalização. Segundo o autor, a iatrogênese seria

[...] o termo técnico que qualifica a nova epidemia de doenças provocadas pela medicina, *iatrogênese*, é composto das palavras gregas *iatros* (médico) e *genesis* (origem). Em sentido estrito, uma doença iatrogênica é a que não existiria se o tratamento aplicado não fosse o que as regras da profissão recomendam.

Na realidade, a doença iatrogênica abrange todo o contexto de enfermidade, impotência e angústia advindas do conjunto de cuidados profissionais. Segundo Illich (1975, p.9), estas representam uma verdadeira epidemia mais importante que qualquer outra, no entanto, a menos conhecida.

A doença iatrogênica, dentro da análise de Illich, divide-se em três subespécies: primeiramente, a iatrogenia clínica, que englobaria todas as condições clínicas das quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são os agentes patogênicos. São considerados efeitos secundários, porém diretos da terapêutica. (ILLICH, 1975, p. 24).

Nota-se que diversos procedimentos médicos na obstetrícia se subsumiriam à análise de Illich. A episiotomia, as cesarianas desnecessárias, dentre outras técnicas causam efeitos adversos às mulheres, como danos estéticos e traumas. A própria medicina obstétrica se tornaria, portanto, um veículo patológico no atendimento clínico.

Em seguida Illich (1975, p.31) trabalha com o conceito de iatrogenia social, argumentando que esta é o efeito social não desejado e danoso do influência social da medicina, mais do que necessariamente a sua ação técnica direta. A instituição médica está na origem de muitos sintomas clínicos que não são produzidos pela intervenção isolada de um médico. Portanto, em sua essência, a iatrogenia social é uma desarmonia entre o indivíduo situado dentro de seu grupo, meio social ou físico, que por sua vez tende a se organizar sem ele ou contra ele. Esta situação resulta em perda de autonomia na ação e no controle do meio.

Argumenta-se que é notadamente nesta posição que se encontra a obstetrícia contemporânea, já que estabelece uma desarmonia no tocante ao conhecimento e controle do próprio corpo das mulheres.

Finalmente, destaca-se a iatrogenia cultural ou estrutural. Segundo o sociólogo, a medicalização ocasiona a fidelidade e servilismo em relação à terapêutica que afetam o espírito coletivo da população. A demanda idólatra de manipulação substitui a confiança na força de recuperação e de adaptação biológica. O resultado seria uma regressão estrutural do nível de saúde, compreendida como poder de adaptação do ser consciente. (ILLICH, 1975, p.103)

Sendo assim, é possível perceber que Illich realiza uma crítica inovadora e importante sobre a medicina moderna, defendendo que a mesma pode representar uma ameaça à saúde quando retira a capacidade das pessoas de lidar com os seus próprios processos de vida. A medicalização, portanto, as coloca como sujeitos passivos de cuidados heterônomos, esconde a simplicidade dos atos e torna a medicina a principal detentora do saber sobre os processos de vida. (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p.27)

Logo, a compreensão da medicalização, bem como dos funcionamento das profissões médicas permite a organizar uma crítica fundamentada em relação à violência obstétrica, bem como formar núcleos de resistência em busca de uma saúde mais humanizada, desmedicalizada e que incentive um resgate da autonomia das mulheres.

2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CAMPO DA MEDICINA BRASILEIRA

Neste segundo capítulo será feito um estudo sobre a história da medicina no Brasil, isto é, de como a relação da profissão com o mercado da saúde e com o conhecimento especializado se modificou com o passar do séculos. Será enfatizada a criação e estabelecimento dos cursos de medicina no país e forma em que a classe médica possibilitou um monopólio da *expertise* e de serviços.

Em seguida será feita uma análise enfatizando o campo da obstetrícia, isto é, como estes projetos de fechamento da classe médica influenciaram na forma em que a parturição era gerida no Brasil. Ao final serão estudados os movimentos por humanização do parto, como respostas à medicalização do corpo feminino e uma análise de legislações de proteção aos direitos reprodutivos das mulheres, como o projeto de lei 7633/2014, que trata da violência obstétrica.

2.1 BREVE ANÁLISE DO PROCESSO HISTÓRICO DA MEDICINA NO BRASIL

A prática da medicina no Brasil transformou-se consideravelmente com o passar dos anos. Até a metade do século XIX, a competência dos médicos brasileiros não se diferenciava consideravelmente das terapias de curandeiros, charlatões e “curiosos”. (DINIZ, 2001, p.90) A medicina indígena, ainda pujante no território, foi progressivamente substituída pela medicina jesuítica a partir do século XVI. Os padres moveram campanhas tenazes de descrédito contra os pajés, escarnecendo seus conhecimentos taxados de sobrenaturais e as plantas medicinais foram incorporadas à farmacopeia europeia. As enfermarias e boticas jesuíticas passaram a atender os habitantes da colônia, desde o governador-geral até o escravo africano. Pelo vulto e pelos resultados alcançados, conclui-se que a medicina predominante no Brasil da época foi a dos jesuítas³. (SANTOS FILHO, 1966, p.20-21)

³ Sobre a medicina colonial jesuítica Cf. CALAINHO (2005)

Por sua vez, a assistência hospitalar na época colonial era realizada majoritariamente pelas enfermarias jesuíticas e pelas Santas Casas, criadas pelas Irmandades de Misericórdia a partir do século XVI, que eram destinadas principalmente à pobreza e seus rendimentos dependiam de doações, esmolas ou legados. As casas de saúde de propriedade dos médicos somente foram criadas em meados do século XIX, época em que o governo imperial começou a se interessar pela assistência hospitalar. Até então, os hospitais eram lugares que infligiam temor aos enfermos, em virtude da generalização da falta de higiene e pelo desconhecimento dos micróbios e da assepsia. Ademais, eram frequentemente instalados em locais inadequados, sofriam com a escassez de profissionais e também de medicamentos (SANTOS FILHO, 1966, p.66-69), situação esta que comumente se verifica até os dias atuais⁴.

Por conseguinte, é possível afirmar que as profissões médicas não possuíam especial preponderância no Brasil colonial. Apesar dos esforços das elites intelectuais, a efetivação de um meio cultural voltado para as necessidades da colônia foram sistematicamente barradas pelas objeções de Portugal, que não se interessava na autonomia intelectual em solo brasileiro, mesmo que fosse somente através da criação de cursos para instruir cirurgiões em lições básicas de anatomia. (MARTINS, 2000, p.156)

As ordenações sanitárias da metrópole, que regulavam a prática da medicina no Brasil, estabeleciam monopólio da prática e do conhecimento da medicina aos “físicos”⁵, também chamados de licenciados, termos estes que designavam os médicos formados nas academias europeias, notadamente Coimbra e no Hospital de São José, em Lisboa, mas que não praticavam cirurgias, visto que estas eram atividades manuais e por conseguinte inferiores. (DINIZ, 2001, p.90) O que se prezava nos físicos era eminentemente o conhecimento teórico da medicina.

Existiam também as figuras dos cirurgiões-barbeiros, dos cirurgiões-aprovados e cirurgiões-diplomados. Dada a escassez dos físicos, os cirurgiões-barbeiros

⁴ No tocante a precariedade das Santas Casas de Misericórdia Cf. CARVALHO (2005)

⁵ Acredita-se que Jorge Valadares foi o primeiro físico licenciado a exercer a profissão no Brasil. Ele veio na comitiva do governador-geral Tomé de Sousa e foi físico-mor de Salvador de 1543 a 1553. (SANTOS FILHO, 1966, p.29)

exerceram majoritariamente a “arte” da medicina na época, que significa a prática da amputação, redução de luxações, tratamento de ferimentos e fraturas, sangramentos, aplicação de ventosas, sanguessugas e extração de dentes. Começavam como aprendizes e depois de passar por exames recebiam a carta para que pudessem exercer a profissão. Os cirurgiões-aprovados eram os médicos que seguiam um curso teórico-prático em hospitais e também submetiam-se a um exame que lhes dava o direito de exercer a medicina onde não houvessem físicos. Finalmente, os cirurgiões-diplomados, em considerável minoria, eram os formados em escolas europeias que não as da Península Ibérica. (SANTOS FILHO, 1966, p.32-33).

Como o número de profissionais médicos no território brasileiro era consideravelmente reduzido, com advento da chegada da Corte e do príncipe regente Dom João VI ao Rio de Janeiro em 1808, um de seus primeiros intentos foi exatamente estabelecer centros de formação, colocando fim à exclusividade metropolitana na educação médica. (MARTINS, 2000, p.155) A conselho do cirurgião-mor do Reino, o brasileiro Dr. José Correia Picanço (1745-1823), foram criados o Colégio Médico-Cirúrgico da Bahia por meio da Carta Régia de 18 de fevereiro de 1808 e a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro a partir do Decreto de 5 de novembro do mesmo ano. (SANTOS FILHO, 1966, p.77)

Portanto, o ano de 1808 é considerado como o da instituição da educação médica especializada no Brasil. As duas escolas transformaram-se posteriormente em academias médico-cirúrgicas, instalando-se nas Santas Casas de Misericórdia do Rio de Janeiro e da Bahia. Em 1832, o governo da Regência transformou as academias em Faculdades de Medicina, que seriam as únicas do país até o século XX. No final do curso, depois de defender uma tese sobre uma temática médica ou cirúrgica, o estudante obtinha o diploma de doutor em medicina. (SANTOS FILHO, 1966, p.76-78)

Portanto, foi a partir desta época que realmente se percebe a utilização do credencialismo ou *gatekeeping* na medicina brasileira⁶, isto é, a formação de

⁶ Embora já houvesse certo credencialismo no período colonial com a licenciatura dos físicos e cirurgiões, é a partir do século XIX que se percebe um processo de monopólio da competência de

monopólios de competência a partir do fechamento dos processo de educação, aprendizagem e treinamento profissional, conforme indica Weber (1978, p.344). A partir do século XIX somente eram admitidos os indivíduos que passassem por um período de treinamento e realizassem o exame de qualificação, na forma de diplomas, que posteriormente daria a eles acesso privilegiado ao mercado de serviços de saúde.

A Lei de 3 de outubro de 1832, que transformou as academias em Faculdades de Medicina, é considerada um dos marcos na história da medicina brasileira segundo os historiadores. Neste diploma destaca-se o artigo 13 que estabelecia que sem o título conferido ou aprovado pelas Faculdades de Medicina, ninguém poderia curar, ter botica ou partejar no Brasil. A partir de então as Faculdades legalmente passaram a controlar a concessão dos diplomas e a medicina “oficial” dispunha do monopólio legal da prestação de serviços médicos. (COELHO, 1999, p.124-125)

No entanto, durante todo o século XIX houve forte falta de material técnico e de instalações apropriadas para o ensino médico. Disciplinas que requeriam técnica essencialmente prática não tinham laboratórios. Dentre as Faculdades do Rio de Janeiro e da Bahia, esta última sofria particularmente com a falta de aparelhagem. Logo, o ensino médico teve conteúdo eminentemente teórico e livresco, onde somente a capacidade da clínica médica supria as deficiências materiais existentes. Posteriormente ocorreram ainda três reformas no tocante ao ensino médico no período imperial, onde cadeiras foram acrescentadas - como a obstetrícia - e as disciplinas clínicas foram especializadas. (SANTOS FILHO, 1966, p.78)

Importante ainda mencionar alguns dos intentos legais que ilustram a busca pelo monopólio profissional pelos médicos na época. Destaca-se primeiramente a edição do Decreto n. 828 de 1851, que registrou limites precisos no exercício da jurisdição das profissões de saúde, com específicas sanções para os boticários, dentistas e parteiras que violassem estes limites. Ademais, o monopólio dos médicos seria ainda posteriormente intensificada com o advento do Código Penal de 1890 e a criminalização do exercício ilegal da medicina e do curandorismo. (COELHO, 1999,

forma autônoma dos centros de educação de Portugal, representando agora os interesses da classe médica no território brasileiro.

p.138)

A partir daí que se percebe claramente a estratégia das profissões médicas em realizar um controle sobre o mercado para tentar obter capital econômico, bem como capital social, conforme elucida Bourdieu (2007, p.67). Para tanto criaram uma rede de relações institucionalizadas de interconhecimento e reconhecimento, isto é, a formação de uma vinculação à classe que seria passível de ser percebida tanto pela sociedade quanto pelos próprios colegas.

Por conseguinte, é seguro dizer que a profissão médica chegou ao século XX como o tipo representativo do médico de família, ou seja, o profissional que atendia a todos os componentes familiares, do recém-nascido ao idoso. Mais instruídos e capacitados do que os seus antecessores físicos do passado, os médicos elevaram o conceito de medicina na sociedade, galgando representatividade também fora da profissão, como em cargos eletivos e administrativos. (SANTOS FILHO, 1966, p.78) Esta elevação do *status* da profissão teve grandes repercussões nos anos posteriores no tocante a construção de um projeto de classe para manutenção de privilégios e poder na sociedade brasileira.

Esta desenvolvimento das profissões médicas foi possibilitado primeiramente pela transformação cognitiva da medicina brasileira, ligando-se a um corpo de conhecimento dotado do discurso de racionalidade científica. Embora já existissem alguns ensaios de cientificidade em alguns trabalhos em parasitologia na Escola Tropicalista da Bahia⁷, a experimentação ordenada, metódica, de cunho científico iniciou-se de fato no Rio de Janeiro com Oswaldo Cruz (1872-1927). (EDLER, 2009, p.157)

Paralelamente, em São Paulo, Adolfo Lutz (1855-1940) e Vital Brasil (1865-1950) efetuaram investigações e experimentos de inusitado interesse para o desvendamento da patologia brasileira. (SANTOS FILHO, 1966, p.101) Dando suporte a este discurso havia um fundo de opiniões comuns, crenças, valores e técnicas interiorizadas durante o processo de formação, às quais designa-se de

⁷ Sobre a Escola Tropicalista da Bahia Cf. EDLER (2002)

doxa higienista (EDLER, 2009, p.157), isto é, crença comum no advento da higiene como forma de gerir a saúde pública. Foi o sistema de confiança social, nas palavras de Giddens (1991, p.30) que trouxe uma aura de respeito pelo conhecimento técnico na área da medicina.

O *higienismo* ou medicina social, tornou-se na França (principal influencia brasileira na época) uma espécie de modismo a partir da primeira metade do século XIX. Com uma jurisdição abrangente do seu campo de competência, os médicos franceses pretendiam realizar a utopia de uma ciência do homem fundada na higiene. Logo, religião, governo, tradições e costumes estariam da mesma forma sob seus domínios. Neste contexto, abrange também a medicina política, o *sanitarismo*, bem como a medicina legal. (COELHO, 1999, p.110) Segundo os higienistas

o “reino social” participaria da mesma legalidade comum à natureza. A cidade, metamorfoseada em “corpo social”, pôde ser descrita segundo um modelo organicista, no qual as partes constitutivas deveriam tornar-se reciprocamente funcionais. Nas faculdades de medicina, grande parte das teses de formatura tematizam o espaço público, diagnosticando o mosaico de interesses privados e corporativos como responsável pelas doenças reinantes. A profilaxia proposta indicava a necessidade de uma renovação dos costumes e hábitos herdados e uma política esclarecida. (EDLER, 2009, p.156-157)

É utilizando desta matriz teórica higienista que os médicos brasileiros transformaram a prática da medicina principalmente após a primeira metade do século XX, principalmente no que se refere à relação da profissão com o mercado e com o Estado. Graças aos recursos econômicos provenientes da plantação de café, foi possível o surgimento de laboratórios especializados e a contratação de investigadores capacitados. Cidades como Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo, cujos centros médicos eram sem expressão em virtude da falta de verba e aparelhagem, enveredaram-se pela trilha do progresso material e cultural. (SANTOS FILHO, 1966, p.101)

Conforme indica Luz (2014, p.72), o alvorecer da República brasileira é o cenário de diversas transformações político-sociais, como a ascensão das oligarquias dos estados ao poder central e a presença de uma força urbana de trabalho de considerável densidade em virtude da mudança nas relações de produção e a

crescente industrialização nos principais centros urbanos do país. No entanto, estas transformações impactaram também diretamente a vida das camadas populares da sociedade, com a criação de favelas, cortiços e vilas operárias.

Este cenário confirma que o espaço urbano era desenhado pela lógica da hierarquia social e estava sujeito à organização e ao controle político e à instituição da ordem, o que coincidiu claramente com os intentos da classe médica e com as políticas públicas de caráter higienista (LUZ, 2014, p.72), como foi a campanha compulsória de vacinação de Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro entre 1903 e 1909, o que ocasionou o episódio conhecido como Revolta da Vacina⁸. Durante a primeira metade do século XX, os médicos tornaram-se verdadeiramente os protagonistas na saúde pública no país, de maneira a criar uma relação de parceria com o Estado e de inculcar a essencialidade da profissão no ideário da sociedade.

No entanto, percebe-se que com o avanço do século XX a autonomia das profissões foi sendo paulatinamente alterada com a introdução da tecnologia na aferição dos diagnósticos e com os avanços da bacteriologia e da medicina experimental. Esta situação aumentou a dependência do médico em relação à tecnologia. Da mesma forma, as teorias miasmáticas⁹ que estabeleciam julgamentos morais sobre a vida do paciente, como foram as políticas higienistas brasileiras, entraram em um contexto de lenta decadência e a subjetividade profissional começava a assumir um plano cada vez mais secundário. (PEREIRA NETO, 1995, p.604)

O mercado de trabalho se tornou cada vez mais complexo e a relação de assalariamento nas profissões médicas foi introduzida. O médico liberal do passado viu seu espaço de prestígio e poder ser ameaçado pelo médico funcionário público,

⁸ O historiador Lycurgo Santos filho (1960, p.107), que também era médico na cidade do Rio de Janeiro, descreve que de 1903 a 1909, o “sábio experimentador”, se referindo a Oswaldo Cruz, chefiou a Diretoria Geral de Saúde Pública. Foi quando saneou o Rio de Janeiro e instituiu a notificação compulsória dos casos de peste bubônica, empreendeu a matanças de ratos transmissores da doença na cidade, principalmente nos “subúrbios”, bem como organizou brigadas anti-mosquitos. Estas e outras medidas de higienização, principalmente a obrigatoriedade da vacinação antivariólica irritaram a população “sempre ignorante”, afirma o historiador, e provocaram um levante armado.

⁹ Sobre as principais teorias do higienismo, a miasmática e a bacteriológica, bem como serviram de base para as intervenções no meio urbano na cidade de São Paulo, Cf. MASTROMAURO, 2010.

que trabalha nos hospitais, que por sua vez deixaram de ser asilos dos pobres, incuráveis e imprestáveis, para tornarem-se espaço da ciência, da racionalidade e da recuperação da vida. Portanto a profissão médica no século XX integrou a parcialização do trabalho que já ocorria em demais atividades profissionais. (PEREIRA NETO, 1995, p.604-605)

Machado (1997, p.12) acrescenta ainda que em decorrência da expressiva abertura de escolas médicas na década de 1970, houve um exagerado aumento de profissionais no mercado com formação inadequada, em consequência especialmente da má estruturação dos currículos de formação. Além disso, ocorreu também uma profunda concentração de médicos em específicas áreas geográficas do país, consequência da péssima distribuição dos serviços de saúde. Isto fez com que existisse um déficit no atendimento médico, qualitativa ou quantitativamente, sendo que as regiões interioranas ou de difícil acesso fossem as mais afetadas.

Além disso, os anos de 1980 e 1990 - a despeito da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁰ - caracterizaram-se pela crescente expansão dos planos privados, que através do credenciamento de profissionais também representou para os médicos perda de sua prática liberal. Assim, a figura do intermediário do trabalho médico significou a perda contínua da autonomia do exercício profissional e a consequente baixa remuneração. (MACHADO, 1997, p.12).

Esta situação faz com que os profissionais se sentissem cada vez mais insatisfeitos com suas condições de trabalho, cuja consequência é o incentivo à busca por mais mecanismos de fechamento de mercado. Embora a profissionalização da medicina ainda possa ser considerada como projeto de mobilidade social coletiva, conforme elucida Larson (1977, 67), isto é, um esforço organizacional conjunto na formação de papéis profissionais na sociedade, a medicina segue em vários sentidos para uma certa burocratização.

Diniz (2001, p.41-42) também aponta neste sentido ao dizer que na medicina a

¹⁰ Destaca-se a seção "Da saúde" da Constituição Federal brasileira de 1988, notadamente o artigo 198, que instituiu o Sistema Único de Saúde. Além disso, importante mencionar a lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que regulou o sistema de saúde público, bem como o sistema complementar de iniciativa privada no país.

introdução de critérios de eficiência, predictibilidade e calculabilidade, isto é, critérios de racionalidade forma, bem como a substituição da tecnologia humana pela mão não-humana, como colocado anteriormente, tem feito com que os médicos pareçam-se mais com burocratas. Os valores tipicamente relacionados à medicina como o altruísmo, autonomia e autoridade sobre os clientes estão crescentemente submetidos à intermediação e ao controle administrativo, aos critérios de eficiência econômica dos grandes hospitais, empresas de seguro-saúde e de conglomerados médicos.

No meio de todas estas transformações, a medicina brasileira ainda passa por muitas mudanças. Com os custos do ato médico cada vez mais altos e a presença de uma forte estrutura organizacional que busca racionalizar e especializar suas ações, as profissões médicas tornam-se cada vez mais institucionalizadas, seja vinculado à iniciativa pública como o Sistema Único de Saúde ou à iniciativa privada. Esse cenário faz com que toda a sua prática seja redefinida, desde o seu espaço de trabalho, suas atividades e até mesmo sua “clientela” (MACHADO, 1997, p.83). Sendo assim, esta situação de desestabilização da profissão reflete diretamente na forma como a classe se relaciona com os pacientes e com as demais profissões da área da saúde.

2.2 A MEDICINA OBSTÉTRICA NO BRASIL E O CORPO INCIRCUSCRITO: LUTA POR MONOPÓLIO PROFISSIONAL NO CAMPO DA SAÚDE E MEDICALIZAÇÃO DO CORPO DA MULHER.

No que se refere ao campo da obstetrícia, é importante destacar primeiramente que até no início do século XX, a parteira era uma personagem bastante presente no cotidiano do brasileiro no que se diz respeito ao contexto da parturição. Geralmente eram mulheres de origem popular, em geral analfabetas, que adquiriram suas habilidades no auxílio de mulheres grávidas em trabalho de parto após anos de experiência. Sendo assim, tanto em regiões periféricas, nas áreas rurais, quanto nas regiões urbanas, estas profissionais obtinham reconhecimento social através de sua atividade, sendo requisitadas frequentemente. (PEREIRA NETO, 2001, p.80)

Segundo Santos Filho (1966, p.63 e 64), as parteiras, também chamadas de “aparadeiras” ou “comadres”, acompanhavam os trabalhos de parto desde as primeiras dores, instalando-se comumente na casa da freguesa, ali comendo e dormindo. Ajudavam com medidas e conselhos, indicavam posições e ensinavam orações. Depois do parto – este geralmente se processava com facilidade segundo o autor – cuidavam do recém-nascido e acompanhavam a dieta de quarenta dias que impunham à mãe, chamada de resguardo.

No entanto, este reconhecimento social que as parteiras adquiriram na sociedade as tornaram potenciais concorrentes das profissões médicas no contexto dos serviços de saúde (PEREIRA NETO, 2001, p.80), notadamente a partir do século XIX quando a medicina brasileira buscava garantir um monopólio de atuação na área, em concorrência com outras ocupações como os farmacêuticos, os homeopatas, dentre outros.

Foi a partir do século XIX que a medicina obstétrica iniciou fortemente o trabalho de construção de seu poder profissional a partir do monopólio, conforme elucida os trabalhos de Larson (1977, p.17), isto é, a tentativa de criar recursos escassos no campo da saúde na forma de conhecimentos e habilidades especializados, em troca de recompensas sociais e econômicas.

Ainda no século XIX, foram criados os primeiros cursos de parteira em solo brasileiro, iniciados nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia a partir do decreto-lei de 3 de outubro de 1832. Os requisitos para obtenção do título de parteira estavam dispostos no artigo 22, que dizia que a mulher deveria ter pelo menos 16 anos, saber ler e escrever e apresentar um atestado de bons costumes. Ademais, no artigo 13, o decreto-lei colocava claramente que sem o título conferido ou aprovado pelas Faculdades de Medicina, ninguém poderia curar, ter botica, ou partejar.¹¹

¹¹ No Rio de Janeiro diplomou-se em 1834 uma das mais célebres parteiras do país, Maria Josefina Matilde Durocher (1808-1893). Partejou a imperatriz Dona Tereza Cristina e foi a primeira mulher a ser recebida como membro titular da Academia Imperial de Medicina, em 1871. (SANTOS FILHO, 1966, p.65)

A primeira modificação na legislação sobre a parturição só ocorreu com o decreto nº 1387 de 1854, que tratava especificamente sobre o curso da obstetrícia. O artigo 8º do documento coloca que o curso obstetrício consistiria na frequência em 2 anos na cadeira de partos do 4º ano médico e na respectiva clínica da Santa Casa da Misericórdia, fazendo-se os exercícios em enfermaria especial ou sempre debaixo da direção do respectivo professor. Isto significa que todo o processo da parturição seria fiscalizado sob a ótica da medicina.

Além disso, estabelecia como requisitos de ingresso o domínio da leitura e da escrita, da aritmética e do francês, sendo que para as mulheres era obrigatório ainda ter pelo menos 21 anos de idade e apresentar a licença dos pais se fossem solteiras ou o consentimento do marido se fossem casadas. (artigo 82) Estas determinações cerceavam a prática da parturição por parte das mulheres e incentivava um processo de masculinização da obstetrícia, em detrimento das parteiras tradicionais.

A partir do decreto-lei 7427 de 1879, estabeleceu-se definitivamente as cadeiras de obstetrícia e ginecologia ao curso de medicina nas Faculdades do Rio de Janeiro e da Bahia, bem como criou a obrigatoriedade do domínio do português, francês, aritmética, álgebra e geometria para o ingresso no curso (artigo 21), bem como a aprovação nas disciplinas de anatomia, física geral, química geral, fisiologia, obstetrícia, farmacologia, clínica obstétrica e ginecológica para a obtenção da licença. (artigo 24).

Tais critérios só foram modificados em 1915 pelo decreto-lei 11.530, que equiparou os critérios para o ingresso no curso de obstetrícia aos do curso de farmácia (artigo 190), além de requerer o domínio do português, francês, geografia, aritmética, física, química e história natural (artigo 181). Os demais requisitos colocados na legislação anterior permaneciam em vigor.

Conforme salienta Pereira Neto (2001, p.81-82), este processo histórico-legislativo demonstra que à medida em que o século XX se aproximava, os requisitos para o acesso do estudante ao curso de obstetrícia se tornavam cada vez mais complexos. O conteúdo das disciplinas transformou esta tradicional habilidade prática em conteúdo significativamente acadêmico.

Este desenvolvimento da medicina obstétrica associa-se a uma estratégia política dos médicos em relação às parteiras. A profissão médica procurou, com alterações legislativas, aprisionar dentro da faculdade de medicina, o conhecimento tido como necessário e autônomo para o adequado exercício da atividade de parturição. Com este processo, ele reduziu significativamente a atuação das parteiras, preservando a autoridade médicas sobre elas (PEREIRA NETO, 2001, p.82)

Sem contar com o fato de que este processo histórico também representa uma estratégia de segregação social no tocante às parteiras leigas, que comumente eram oriundas das camadas populares e não sabiam sequer ler e escrever. Hábilitadas e observadoras, aprendiam a partejar na prática do dia a dia. Logo, seu ingresso nos cursos de obstetrícia tornava-se cada vez mais improvável e a sua experiência passava a tomar lugar secundário. (PEREIRA NETO, 2001, p.82)

Para os médicos obstetras da época, como o Dr. Fernando de Magalhães, a história da obstetrícia não deveria se confundir com a milenar prática das parteiras. O que eles fundamentavam era a evolução do conhecimento médico, da tecnologia e da cirurgia, conduzida pela racionalidade dos “pais da obstetrícia” nos espaços exclusivos das faculdades de medicina. Apesar da fama que tantas parteiras tiveram, dos constantes agradecimentos que recebiam, a maioria foi estigmatizada pelo discurso médico como pertencentes à classe da ignorância e do atraso científicos, cuja contribuição foi sendo apagada da história da obstetrícia. (MARTINS, 2000, p.1991)

Portanto, a relação entre os médicos e as demais ocupações na área da obstetrícia configurou-se em um cenário de clara concorrência interprofissional, onde a medicina utilizou de sua autoridade cultural, nas palavras de Starr (1982, p.13), possibilitada pelo credencialismo e pelo monopólio de mercado para estabelecer a interpretação da realidade obstétrica em que somente os conhecimentos médicos especializados seriam valorizados.

Outra consequência desta monopolização da parturição sob a lente da medicina a partir do século XIX foi uma progressiva perda de autonomia da mulher sobre os

seus processos reprodutivos. O corpo feminino, notadamente da mulher grávida, tornou-se objeto do saber médico, cujo campo profissional reproduz uma série de violências que desrespeitam os direitos individuais das parturientes, seja na esfera física, moral, sexual ou psicológica.

Este processo histórico condicionou as transformações acerca dos discursos médicos no que concerne a família, os papéis de gênero e os direitos reprodutivos das mulheres. Pode-se afirmar que a medicina obstétrica foi umas das ferramentas sociais que possibilitou a manutenção do controle sobre o corpo das mulheres, bem como a criação de uma série de procedimentos e tecnologias que as subjugaram no contexto da parturição.

No que concerne o controle sobre a sexualidade, Michel Foucault (1988, p.135-136), afirma que é necessário compreender a importância assumida pelo sexo como foco de disputa política. É que o sexo se encontra na articulação entre os dois eixos ao longo dos quais se desenvolveu toda a tecnologia política da vida. De um lado, faz parte das disciplinas do corpo: adestramento, intensificação e distribuição de forças, bem como o ajustamento e economia das energias sociais. Do outro, o sexo possibilita a regulação das populações.

O controle sobre o processo reprodutivo possibilita, portanto, uma dominação em nível micro-político, recaindo sobre o corpo e práticas individuais, mas também permite uma amplitude regulatória macro-política, de condicionamento social das coletividades em relação a suas formas de lidar com o desejo sexual, com a sexualidade e com a reprodução. O corpo e a sexualidade feminina, portanto, seriam elementos de particular importância para a organização de uma biopolítica de caráter masculinista e patriarcal.

Vecchiatti (2013, p.150), coloca que por séculos a mulher foi vítima de um verdadeiro controle social sobre seu próprio corpo. Em virtude dos diversos estereótipos que foram impostos sobre a mulher, tais como o papel inato da maternidade e gestora do lar sob a supervisão do marido, chefe da família, a autodeterminação sobre seu corpo foi sistematicamente restringido à supervisão e tutela de terceiros, como o pai e o marido. A tríade “casamento-sexo-procriação”

serviu portanto para legitimar este controle masculinista, que se enfraqueceu com o avanço da ciência, notadamente com a criação dos métodos e medicamentos de controle de natalidade.

É neste contexto que a medicina obstétrica serviu como ferramenta de manutenção do controle sobre o corpo da mulher a partir do século XIX. A submissão e objetificação feminina seria reforçada a partir do embasamento racionalista característico da ciência médica moderna, que ao contrário do que se pensa não é neutra ou desinteressada.

Pelo contrário, as novas descobertas da ciência contribuíram para a organização de processos socializatórios profundamente marcados por uma concepção muito particular de gênero, que propõe o masculino e o feminino como sujeitos total e absolutamente opostos. À mulher restaria o papel “natural” da passividade, da delicadeza, menos desejo e apetite sexual, enquanto aos homens condicionava-se a agressividade, a voracidade e o apetite sexual. (GONÇALVES, 2013, p.33-36)

O mundo social, marcadamente androcêntrico, constrói o corpo como realidade sexuada e como depositário de princípios de visão e de divisão sexualizantes. É o corpo que constrói a diferença entre os sexos biológicos, restringindo-os aos princípios de uma visão mítica do mundo. A diferença biológica entre os sexos, isto é, entre o corpo feminino e o masculino, especificamente a diferença anatômica dos órgãos sexuais, é assim vista como justificativa natural da diferença hierárquica socialmente construída entre os gêneros. (BOURDIEU, 2012, p.22)¹². Esta diferenciação biológica e anatômica foi reproduzida pelo discurso médico tanto para justificar uma submissão por parte das mulheres aos interesses da classe profissional, quanto para reproduzir práticas de dominação masculinista.

Esta construção social de hierarquia de gênero baseada em diferenças biológicas e sexuais apresenta-se também como fundamento das sociedades baseadas no

¹² Em Bourdieu, o corpo é considerado primeiramente como um fato concreto, uma substância que compõe um contorno delimitado em um espaço físico, uma forma perceptível. Essa forma, portanto, compõe o corpo real, o *físico*, ao mesmo tempo percepção estática como uma foto ou uma pintura, mas também compõe uma percepção dinâmica, que mostra as maneiras de se comportar, de se portar, locomover, enfim todas as manifestações de um indivíduo. (MONTAGNER, 2008, p.1590-1591).

contratualismo liberal-capitalista. Sobre a relação diferencial entre o sexo masculino e o feminino, Rousseau (1995, p.428) afirmava que

[...] não existe nenhuma paridade entre os dois sexos quanto à consequência do sexo. O macho só é macho em certos momentos, a fêmea é fêmea durante a vida toda; tudo leva sem cessar ao seu sexo, e para bem desempenhar-lhe as funções, precisam uma constituição que se prenda a ele; precisam cuidados durante a gravidez; precisam repouso quando do parto; precisam de vida fácil e sedentária para aleitar os filhos; precisam, para os bem educar, paciência e doçura, um zelo e uma afeição que nada perturbe; só elas servem de ligação entre eles e os pais, só elas fazem amá-los e lhes dão a confiança de considerá-los seus. Quanta ternura e cuidado não precisam para manter a união em toda família! E, finalmente, tudo isso não deve ser virtudes, mas sim gostos, sem o que a espécie humana seria dentro em breve destruída [...].

Com o desenvolvimento da obstetrícia e da ginecologia no século XIX, segundo Rohden (2002, p.106-107) surgiu também uma preocupação da medicina em dedicar-se ao estudo da “saúde da mulher”, que por contrapartida não existia em relação à saúde do homem. A mulher foi tratada no discurso médico como eminentemente presa à função sexual/reprodutiva, diferentemente do homem. Quando se fala em reprodução, quase que maciçamente se evoca a mulher e raramente o homem.

Costa *et al* (2006, p.368), por sua vez, coloca que a redução pela obstetrícia da natureza feminina aos seus órgãos reprodutivos referendava o discurso médico e demais autoridades acerca das limitações inatas dos papéis das mulheres. A divisão sexual do trabalho, reforçada por meio do capitalismo industrial urbano, restringia as atividades femininas ao espaço doméstico e o discurso médico corroborou com este pensamento. Ademais, a necessidade de se controlar as populações, dentro de um projeto bio-político, aliada ao fato de a reprodução ser focalizada na mulher, transformou a questão demográfica em problema de caráter ginecológico e obstétrico, bem como permitiu a apropriação médica sobre o corpo feminino como objeto passivo de saber, isto é, a medicalização do corpo feminino.

O corpo, portanto, é concebido como *locus* de punição, justiça e exemplo, conforme elucida Caldeira (2000, p.370). Ele é concebido pela maioria das pessoas como lugar apropriado para que a autoridade se afirme através da inflicção da dor. Nos

corpos dos dominados, isto é, crianças, mulheres, negros, pobres ou criminosos, aqueles que estão em posição de autoridade marcam seu poder procurando, pela infligência da dor, purificar a alma de suas vítimas, corrigir seu caráter, melhorar seu comportamento ou produzir submissão.

A infligência naturalizada da dor sobre o corpo com objetivo de reforçar autoridade ou atribuir punição e castigo seria algo internalizado (*habitus*) pela sociedade, o que legitima o desrespeito a uma série de direitos individuais. Por isso Caldeira (2000, p.370-371) trabalha com a noção de corpo incircunscrito¹³. Por um lado, este seria um corpo permeável, aberto à intervenção, no qual a manipulação por terceiros não é considerada como algo problemático. Por outro lado, este corpo incircunscrito não possui direitos fundamentais, resultado da ausência de uma proteção histórica.

É exatamente esta ideia de corpo incircunscrito que se identifica no atendimento obstétrico para com as mulheres. Por um lado o seu corpo tornou-se objeto passivo da ciência médica, cujo destino seria decidido de acordo com interesses outros que não o bem-estar da parturiente. Além disso, uma das principais formas de controle sobre o corpo seria exatamente a infligência reiterada e inculcada da dor no contexto do parto, seja ela física ou psicológica, para a formação de corpos domesticados e resignados.

No que concerne a reprodução, a preocupação com a gravidez e o parto integrava uma visão a respeito da mulher, cujo corpo deveria ser fértil e saudável a fim de cumprir a função materna, revestida de um simbolismo político. Os médicos e demais intelectuais procuraram, portanto, transformar a maternidade em uma função política de extrema importância para ser abandonada nas mãos dos leigos. (MARTINS, 2000. p.193.) Este era o discurso, ao menos.

Com isto a perda da autonomia da mulher sobre o seu próprio corpo no contexto do parto foi colocado na época como parte de um processo de humanização. É possível

¹³ Caldeira (2000, p.370-371) coloca como exemplo claro de como os corpos são incircunscritos na sociedade brasileira exatamente o campo da medicina obstétrica, em que as intervenções no corpo são consideradas legítimas. O fato de que as cesárias estão se tornando mais comuns que os partos normais no Brasil, bem como a esterilização como método contraceptivo é levantado pela autora como práticas de violação de direitos fundamentais ligadas ao corpo feminino. A reprodução portanto seria uma das principais áreas onde existe uma interferência drástica na autonomia sobre o corpo.

perceber portanto que o corpo feminino é uma forma de capital, nas palavras de Mirian Goldemberg (2010, p.193). Apresenta-se como capital físico, assim como capital simbólico, econômico e também social.

Com a medicalização da parturição, o discurso da obstetrícia passou a ser de resgate das mulheres, que eram colocadas como vítimas de sua própria natureza, sendo o papel da medicina antecipar e combater os muitos “perigos do desfiladeiro transpélvico”. Ao oferecer solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento, a obstetrícia cirúrgica, masculina, reivindicou sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar, leigo ou culto. (DINIZ, 2005, p.628)

O termo “humanização do parto”, portanto, já era utilizado a partir do século XX com sentidos diversos. Dr. Magalhães e Dr. Jorge de Rezende, dois dos principais expoentes da obstetrícia da época, defendiam a narcose, isto é, a anestesia geral e o uso do fórceps para humanizar a assistência aos partos. Magalhães seria ainda o principal propagador do parto inconsciente, a partir da mistura de morfina com cafeína. (DINIZ, 2005, p.628). Percebe-se então como o sentido de humanizar os partos modificou-se profundamente com o passar das décadas.

Como a parturição era descrita como um evento medonho, a obstetrícia oferecia um “apagamento” da experiência. Era muito comum que as mulheres, notadamente da classe média e alta, dessem a luz inconscientes, procedimento chamado de sedação total, “sono crepuscular” ou “twilight sleep”. A mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido durante o parto, que era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com a utilização de fórceps altos. (DINIZ, 2005, p.628)

No entanto, após a constatação das altas taxas de mortalidade materna e perinatal, o modelo de assistência da sedação completa foi abandonada e considerada inaceitável. No entanto, com a criação de mecanismos mais seguros de anestesia, o modelo de parturição permaneceu com a objetificação da mulher em estações de trabalho, isto é, pré-parto, parto e pós-parto. (DINIZ, 2005, p.628). Isto desconsidera a mulher como sujeito autônomo no processo de parturição, mas como elemento passivo no processo obstétrico.

O modelo hospitalar obstétrico dominante a partir da segunda metade do século XX funciona com as mulheres conscientes, porém imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, com o funcionamento de seu útero muitas vezes acelerado e assistidas por pessoas desconhecidas. No Brasil especificamente inclui-se como prática rotineira também a abertura cirúrgica da musculatura e do tecido da vagina, também conhecido como episiotomia. (DINIZ, 2005, p.629), que se tornou uma das principais intervenções cirúrgicas utilizadas na parturição no Brasil. Milhares de mulheres são submetidas à episiotomia cotidianamente, o que aumenta o risco de complicações na recuperação pós-parto.

Em muitos hospitais também é prática rotineira a extração do bebê com fórceps nas primíparas, que são as mulheres em seu primeiro processo de parto. Este é o modelo aplicado comumente até os dias atuais, principalmente nas pacientes que utilizam o Sistema Único de Saúde. Logo, para a maioria das mulheres que podem utilizar do setor privado, esse sofrimento é prevenido por meio das cesárias eletivas (DINIZ, 2005, p.629), que também aumentam os riscos de complicações pós-parto, infecções e outros problemas para a paciente e também para o feto. De qualquer maneira, em ambos os casos, o parto é visto como processo não-natural, quase patológico.

Portanto, percebe-se que o surgimento da medicina obstétrica se deu a partir de um contexto de conflito e competição inter-profissional dentro do campo da saúde, bem como se organizou a partir de um *locus* historicamente masculinista, onde o corpo e a sexualidade da mulher sofreriam intervenções e até mesmo agressões, mas agora pela autoridade da comunidade médica. É por este motivo que estas práticas obstétricas devem consideradas como claras formas de violência contra a mulher.

Em virtude desta situação de violação de direitos iniciou-se um movimento internacional e nacional por priorizar o uso da tecnologia adequada, primando pela qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, bem como o afastamento das tecnologias consideradas danosas (DINIZ, 2005, p.629)

Internacionalmente, Diniz (2005, p.629) elenca, por exemplo, a partir da década de 1950, os movimentos pelo Parto Sem Dor na Europa, os ativistas do método Dick-

Read, bem como os métodos Lamaze e Leboyer¹⁴. Na década de 1970 destacam-se também as comunidades que militavam em defesa dos partos naturais, como a “The Farm Midwifery Center”, fundada por Ina May Gaskin no Tennessee, Estados Unidos, em 1971, que convidava os pacientes a serem participantes ativos no processo da parturição, bem como buscava resgatar o papel das parteiras leigas em contraposição ao processo de medicalização da obstetrícia que também ocorrera naquele país.

As investigações científicas ligadas principalmente à antropologia do parto começaram a identificar a assistência à parturição como um constructo social, bem como sua reveladora variabilidade cultural e seu caráter ritual. Além disso, realizavam críticas ao chamado modelo tecnocrático, caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas e por sua suposta neutralidade de valores. Documentou-se ostensivamente as relações de assistência com a sexualidade, com as relações de gênero e com o corpo feminino. (DINIZ, 2005, p.629)

Dentre estes autores destaca-se a antropóloga Robbie Davis-Floyd (1994, p.325-326), que critica a medicalização da obstetrícia. Segundo a autora, o parto nas sociedades ocidentais, de processo natural do corpo feminino, transformou-se em um ritual de passagem, envolto de diversos simbolismos. Um exemplo claro é que grande parte das mulheres são recomendadas à utilizar de cadeiras de rodas ao entrar nos hospitais em trabalho de parto. Este fato condiciona a mensagem simbólica que os seus corpos estão adoecidos. Mesmo que nenhum funcionário o expresse factualmente, as demonstrações gráficas de deficiência ou doença são mais fortes do que as palavras.

David-Floyd (1994, p.326-327) ainda defende que a obstetrícia funciona a partir de uma matriz cognitiva baseada no modelo tecnocrático, que forma a cultura filosófica da biomedicina ocidental. Embora todas as culturas tenham desenvolvido suas tecnologias, nem todas as supervalorizam da forma que a cultura ocidental o faz. Logo, a metáfora do século iluminista do século XVII do “corpo como máquina” é colocada em prática, com a separação entre corpo, mente e espírito. Este último

¹⁴ Sobre os métodos Dick-Read, Lamaze e Leboyer, Cf. BRASIL, 2001.

seria de competência da religião, a mente da filosofia e o corpo da investigação científica. No caso da ciência obstétrica, a metáfora do corpo feminino seria de uma máquina defeituosa que deveria sofrer a manipulação e melhorada, principalmente no que diz respeito ao inerente processo defeituoso, anômalo e perigoso que seria o parto.

Outra autora relevante na teorização da humanização do parto é a antropóloga e ativista Sheila Kitzinger (2012, p.23), que trabalha com ideal do parto como cenário psicosssexual. Segundo a autora, vários procedimentos que são aceitos na obstetrícia dificultam que a mulher sinta os prazeres, até mesmo sexuais, resultantes da parturição. Defende ainda que estes procedimentos foram introduzidos para formalizar as relações entre profissionais e pacientes, bem como para reprimir ou inibir qualquer expressão de emoções humanas. Estas práticas, segundo Kitzinger (2012, p.23), fazem parte da instituição hospitalar, santificada na forma de rotinas inquestionáveis, que se justificam em argumentos de proteção para os bebês, mesmo quando nenhuma pesquisa empírica é feita para examinar tais argumentos.

Além da antropologia, o campo da saúde também realizou críticas ao modelo medicalizado e tecnocrático da obstetrícia principalmente após o ano de 1979, quando se comemorou o Ano Internacional da Criança. Neste contexto foi criado o Comitê Europeu de estudo da morbimortalidade perinatal e materna no continente. O comitê foi composto inicialmente por profissionais da saúde, epidemiologistas e posteriormente por sociólogos, parteiras e também por pacientes. A partir dessas reuniões diversos grupos de trabalho foram criados para realizar estudos sobre como melhorar a assistência na gravidez, no parto e no pós-parto, apoiados também pela Organização Mundial da Saúde. Este seria o Movimento pela Medicina Baseado em Evidências (MBE). (DINIZ, 2005, p.630).

A partir destes movimentos foi que em abril 1985 a Organização Pan-Americana de Saúde, em colaboração com os escritórios da Europa e das Américas da Organização Mundial de Saúde se reuniram na Conferência sobre Tecnologia Apropriada no Parto. Nesta conferência foi editada a Declaração de Fortaleza, que

realizou uma série de recomendações baseadas nos seguintes princípios: de que cada mulher tem o direito fundamental a receber tratamento pré-natal adequado; que cada mulher possui um papel central em todos os aspectos do tratamento, incluindo participação no planejamento, no desenvolvimento e na avaliação do tratamento; e que os fatores sociais, emocionais e psicológicos são decisivos na interpretação e na implementação dos cuidados pré-natais. (WHO, 1985)

Conforme indica Diniz (2005, p.630-631), uma síntese do trabalho foi publicado pela primeira vez pela Organização Mundial de Saúde em 1996, já reunindo milhares de pesquisas, sendo conhecidas desde então como as “Recomendações da OMS”. Sendo assim, a medicina baseada em evidências foi a precursora da legitimidade do discurso por mudanças, tornando-se também no Brasil a principal referência para os defensores da humanização do parto. Alguns destes temas viraram inclusive campanhas sociais, como o direito à presença de acompanhantes e pela proibição da episiotomia de rotina.

Além disso, em 1993 ocorreu a fundação da REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento, que reuniu a participação de diversos profissionais e instituições que tratavam de questões relativas à saúde da mulher, à gestação e ao nascimento, mas fugiam dos moldes de um associativismo profissional ou mesmo acadêmico formal, sintonizando-se com o “ethos” contracultural e alternativo predominante no grupo. (TORNQUIST, 2004, p.144)

Vale ressaltar que a Carta de Campinas, editada como documento fundador da REHUNA em 1993, representava os principais objetivos do grupo no que diz respeito às violências que ocorriam no contexto da parturição no Brasil e nas práticas obstétricas. Diziam os participantes:

[...] Analisando as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência a saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento, queremos trazer alguns elementos de reflexão à comunidade. [...] O Brasil é hoje, o país que apresenta a maior taxa mundial de cesáreas (vários hospitais paulistas apresentam 80% ou mais de cesáreas) e este passou a ser o método normal de parir e de nascer, uma inversão total da naturalidade da vida. Quando o parto é vaginal, a violência da posição, das rotinas e interferências médicas perturbam e inibem o desencadeamento dos mecanismos fisiológicos naturais de parto [...] No modelo social e econômico, em que tempo é dinheiro, o parto vem sendo crescentemente realizado como se fosse linha de montagem, concentrando-se nas vésperas de feriados fins de semana, violentando o tempo e o ritmo natural da mãe e

filho. [...] Inseridos no contexto de crescente especialização e incorporação de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, os obstetras se afastam cada vez mais da concepção de nascimento como fenômeno essencialmente normal, tendo perdido o conhecimento e a segurança da prática da arte da obstetrícia. (REHUNA, 1993)

Percebe-se que a Carta de Campinas já mostrava a preocupação do movimento em relação à violência obstétrica. A crítica a este abuso profissional contra as pacientes foi um dos escopos centrais na formação do movimento, na medida em que este se contrapõe ao modelo tecnológico, já discutido anteriormente.

As inúmeras denúncias acerca das mortes maternas e infantis, juntamente com a crítica à naturalização dos partos cirúrgicos popularizados no país confirmavam que a identidade do movimento se constituía justamente pela contestação da prática da violência obstétrica e de seus pressupostos, a saber, a patologização do parto, sua redução a uma *disease*, isto é, um evento ligado à doença e não à saúde, segundo Tornquist (2004, p.152). Logo, é importante que se tenha em mente que a violência obstétrica possui diversas facetas de acordo com o momento ou a forma em que o atendimento ocorre.

2.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DIREITOS REPRODUTIVOS DA MULHER: UMA ANÁLISE SÓCIOJURÍDICA

Como visto, a violência obstétrica pode apresentar diversas facetas e especificidades no contexto do atendimento à parturiente. Para analisá-los utilizar-se-á principalmente das considerações do dossiê “Violência obstétrica: parirás sem dor”, elaborado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da violência contra as mulheres no Congresso Federal.

Segundo o documento, a violência obstétrica se caracterizaria por todos os atos “praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis”. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.60) Dentre as diversas formas de violência obstétrica, o dossiê elenca e categoriza os seguintes atos: de caráter físico,

psicológico, sexual, material, institucional e midiático.

Os atos de caráter físico são as ações que incidem sobre o corpo da mulher, que interfiram ou causem dor ou dano físico (leve a intenso), sem que sejam recomendações baseadas em evidências científicas. Os exemplos elencados são: privação de alimentos; interdição da movimentação da mulher; a tricotomia, ou seja, a raspagem de pelos; a manobra de Kristeller; o uso rotineiro da ocitocina; a cesariana eletiva sem indicação clínica e a não utilização de analgésicos quando o seu uso for tecnicamente indicado. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.60)

Ademais, em relação aos procedimentos obstétricos, a literatura médica inclusive já afastou a utilização de manobras adicionais como as de Kristeller (compressão do fundo uterino) e Olshausen (dedo introduzido no reto materno para tentar auxiliar na saída do polo cefálico), consideradas proscritas por aumentarem o risco de traumatismos maternos e fetais. (ZUGAIB, 2012, p.389)

Acresça-se ainda a violência obstétrica de caráter psicológico, que são todos aqueles atos de “caráter verbal ou comportamental que cause na mulher sentimento de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio”. Os exemplos de violência psicológica seriam as ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração dos padrões culturais das mulheres. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.60)

A violência obstétrica de caráter sexual, por sua vez, seria “toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas”. Os exemplos seriam a prática da episiotomia, o assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames

repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.60)

Dentre as formas de violência obstétrica sexual, a utilização da episiotomia possivelmente seja a mais controversa. Segundo Zugaib (2012, p.388), o procedimento tem como objetivo evitar as alterações estruturais do assoalho pélvico, representadas por lesões musculares decorrentes tanto da compressão pelo polo cefálico quanto por aquelas devidas a lacerações perineais por ocasião da passagem do feto. Porém, mesmo que estudos mais atuais tem sido sugerido que a episiotomia deva ser realizada de forma restrita, não rotineira, ainda são encontradas na literatura diversas informações conflitantes.

Na prática, a episiotomia é preconizada em grande parte dos casos, com a exceção daqueles de grandes múltiparas, isto é, mulheres que já passaram por vários processos de parturição, nos quais seja evidente que a lesão muscular e perineal já tenha se instalado em parto anterior. (ZUGAIB, 2012, p.388)

Além disso, elenca-se a violência obstétrica de caráter material, que seriam aqueles atos com o objetivo de obter recursos financeiros da mulheres a partir de seus processos reprodutivos, violando assim os seus direitos garantidos em lei, em benefício de determinada pessoa jurídica ou física. Os exemplos destas práticas seriam as cobranças indevidas por planos de saúde e o induzimento da paciente em contratar planos de saúde privados para que tenha o acesso ao acompanhante no momento da parturição. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.61)

A violência obstétrica institucional, por sua vez, são todas as “ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estes ações ou serviços, de natureza pública ou privada”. Os exemplos deste tipo de violência obstétrica seria, por exemplo, no impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.61)

Finalmente, a violência midiática seria as ações praticadas por profissionais através de meios comunicação e dirigidas com o intento de violar psicologicamente as mulheres em seus processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos a partir de mensagens, imagens ou outros signos difundidos de maneira pública. Os exemplos deste tipo de violência seria a apologia à cirurgia cesariana sem indicação científica, ridicularização do parto normal, propagandas de substituição ao aleitamento materno e incentivo ao desmame precoce. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.61)

Sendo assim, verifica-se que a violência obstétrica pode se apresentar de diversas formas no contexto do atendimento à parturiente, que se encontra em especial situação de vulnerabilidade e como tal necessita de garantias legais efetivas para que seus direitos sejam respeitados pelos profissionais, médicos, enfermeiros, técnicos, bem como pelas instituições de saúde, públicas ou privadas. Por conseguinte, é importante que se analise as legislações que buscam tratar da problemática.

Primeiramente cabe analisar o Projeto de Lei 7633 de 2014 que tramita no Congresso Nacional, cujo relator é o Deputado Federal Jean Wyllys e que tem como escopo tratar especificamente sobre a violência obstétrica e da humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal.

Importante frisar a contribuição da ONG Artemis na redação do projeto de lei, organização comprometida com a promoção da autonomia feminina e prevenção e erradicação de todas as formas de violência contra as mulheres, através da garantia de seus direitos e implantação de políticas públicas. Seus principais eixos de trabalho são voltados para a defesa dos direitos das mulheres; engajamento e formação de ativistas, mudança social, bem como pesquisa e políticas públicas voltadas para as mulheres.

A Justificativa desta PL se fez a partir da divulgação pela Fundação Perseu Abramo (2010, p.172-179) da pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado” que revelou inúmeras denúncias em relação aos procedimentos realizados pelos profissionais de saúde antes, durante e após o parto, sem

consentimento da gestante ou sem a prestação das devidas informações. As denúncias relatam casos de falta de analgesia, negligência médica e diversas formas de violência contra as parturientes.

Revelou também que 25% das mulheres entrevistadas sofreram algum tipo de agressão durante a gestação, em consultas pré-natais ou durante o parto. A pesquisa mostrou ainda que dentre as mulheres entrevistadas que afirmaram terem sofrido algum tipo de violência no atendimento ao parto, 43% eram pardas ou negras, o que também denuncia um corte de raça no tocante à violência obstétrica.

Ressalte-se-se que a estruturação do projeto de lei sofreu clara influência de legislações de países como Argentina e Venezuela, que recentemente normatizaram regras sobre a problemática da violência obstétrica. Primeiramente coloca-se a lei argentina 26.485, promulgada no ano de 2009, também conhecida como “Lei de proteção integral para prevenir, sancionar e erradicar a violência contra as mulheres nos âmbitos em que se desenvolvem suas relações interpessoais”.

O artigo 6, “e”, do diploma argentino coloca que considera como violência obstétrica “aquela que exerce o profissional de saúde sobre o o corpo e sobre os processos reprodutivos das mulheres, expressada no trato desumanizado, um abuso na medicalização e patologização dos processos naturais”.¹⁵

Destaca-se também a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência, aprovada em 2007 na Venezuela. O artigo 14, “13”, da legislação estabelece um conceito semelhante ao estabelecido na lei argentina e coloca que se entende por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por um profissional de saúde, que se expressa no trato desumanizador, no abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre os

¹⁵ Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso demedicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.¹⁶

Importante mencionar que na lei 26.485 da Argentina não existe qualquer tipificação no que se refere à prática de crime no que tange a violência obstétrica, ou imputação de pena correspondente. Por outro lado, na lei da Venezuela existe tipificação penal em seu artigo 51 e a possibilidade de indenização civil pelos danos ocorridos em virtude de violência obstétrica no artigo 62.

Posto isto, segue-se para análise do projeto de lei 7633/2014. Primeiramente o PL coloca que é direito de toda gestante receber uma assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, incluindo-se o abortamento¹⁷ (espontâneo ou provocado), na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como em estabelecimentos privados de saúde suplementar. (artigo 1º)

Ademais, estabelece vedações legais aos profissionais integrantes da equipe de assistência à saúde da parturiente, tais como realizar procedimentos desnecessários ou contraindicados, constranger ou submeter a mulher a procedimento ou intervenção desnecessário com a justificativa de que sua negação causará risco à sua saúde ou a de seu conceito, adotar procedimentos de eficácia carente de evidência científica, ou que sejam suscetíveis para causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira. (artigo 11)

Estes artigos demonstra que o projeto de lei coaduna-se com as análises de Illich (1975, p.24) sobre a iatrogenia na prática da medicina. Além de coibir as atitudes e procedimentos realizados com imperícias ou imprudências por parte do profissional, como seria o caso dos erros médicos, a PL também veda a utilização de procedimentos cujos efeitos secundários da terapêutica são potencialmente patogênicos ou indesejáveis às pacientes.

¹⁶Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres

¹⁷ Acerca do debate sobre o aborto voluntário e a autonomia da mulher no que tange dos seus direitos reprodutivos e controle sobre o próprio corpo, cf. BUGLIONE (2013)

No artigo 13, o projeto de lei 7633/2014 estabelece a sua própria definição de violência obstétrica, como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

O parágrafo único acresce que violência obstétrica também seria todo ato praticado pelo profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.

Esta definição da violência obstétrica liga-se diretamente com a noção de iatrogenia social (ILLICH, p.1975, p.31), bem como as críticas ao modelo tecnocrático da parturição (DAVID-FLOYD, 1994, p.326-327), visto que ambos alertam para perda sistemática da autonomia da ação do ser humano sobre seu próprio corpo e sobre o meio, bem como apontam para uma dependência estrutural da tecnologia que por vezes desumaniza os processos naturais, como é o caso do parto.

Outra disposição do projeto de lei é que obriga as escolas e universidades que ministram curso de formação de profissionais que atuam na área da saúde, como médicos, enfermeiros, obstetras e equipes administrativas dos hospitais a implementar nas suas respectivas grades curriculares os conteúdos disciplinares relativos aos conceitos de humanização dispostos no documento. (artigo 19).

Esta seria uma maneira modificar a ação pedagógica (BOURDIEU; PASSERON, 1992, p. 44) realizada nas faculdades, isto é, reorganizar a reprodução do *habitus* desumanizante e medicalizado no ensino da saúde, feito por meio da inculcação e incorporação de violência simbólica.

Além disso, o projeto de lei prevê a criação de Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas – CMICBPO, por meio de portarias representativas das esferas estaduais, municipais e institucionais, está

última compreendida como qualquer instituição obstétrica pública ou privada. (artigo 26, caput). As comissões terão por finalidade realizar o controle, o monitoramento e a mobilização social dos profissionais e instituições para redução dos índices de cesarianas (artigo 26, §1).

Além disso, cada CMICBPO deverá ter, no mínimo, um presidente, representado por profissional do ensino superior de saúde; um secretário, representado por um profissional de saúde de nível médio ou superior; e um representante popular da área de saúde ou correlata com atuação na área de direitos humanos e na desmedicalização da saúde. (artigo 26, §3). A escolha de seus membros será feita democraticamente pelos gestores estaduais, municipais e institucionais, pela permanência de vinte de quatro meses, podendo ser renovado uma vez. (artigo 26, §4).

O projeto de lei também estabelece que as instituições da saúde que ultrapassem o valor limite de índices de cesarianas serão comunicadas, devendo a CMICBPO oferecer auxílio na redução de seus índices a partir da realização de parcerias com entidade de classe, associações científicas, profissionais e filantrópicas, universidades, órgãos públicos, dentre outros artigo 26, §12). Em caso de continuidade dos índices elevados pelo terceiro período consecutivo, a CMICBPO deverá notificar a instituição e abrir uma sindicância para averiguar as causas (artigo 26, §13).

Ao final das investigações, a comissão produzirá um relatório pormenorizado que identifique estas causas e que deverá conter recomendações, ações e metas para a instituição (artigo 26, §15), que deverá reduzir inicialmente seus índices de cesariana no prazo de 90 dias. Caso contrário, a CMICBPO deverá encaminhar “denúncia” ao Ministério Público, indicando a aplicação das seguintes punições:

I - suspensão temporária de financiamento público para a realização de cesarianas, para instituições pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou a ele vinculadas, por um prazo inicial de 30 (trinta) dias, podendo esta suspensão ser mantida por tempo indefinido ou revogada, de acordo com parecer circunstanciado da CMICBPO; II - proibição temporária de realização de cesarianas, para instituições privadas ou filantrópicas, por um prazo inicial de 30 dias, podendo esta proibição ser mantida indefinidamente ou revogada, de acordo com parecer da CMICBPO.

Além disso, todos os casos de violência obstétrica deverão ser relatados à uma ouvidoria dos serviços de saúde e às Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas – CMICBPO, podendo ser consideradas infração à legislação sanitária federal, implicando obrigatoriamente na aplicação das penalidades previstas na lei ao estabelecimento de saúde. (artigo 17).

Os profissionais de saúde podem ser sujeitos de responsabilização civil e criminal (artigo 17, §1º), bem como sofrerem penalidades administrativas a partir da notificação dos respectivos Conselhos Regionais de Medicina ou Enfermagem. (artigo 17, §2º)

É possível verificar, portanto, que o Projeto de Lei 7633/2014 é de grande importância no que concerne a problemática da violência obstétrica, primeiramente por externar essa questão que muitas vezes permanece oculta pelo discurso de indispensabilidade profissional (LARSON, 1970, p.32) na área de saúde. O documento conceitua as diversas formas de violência obstétrica e coloca as atitudes e procedimentos que deverão ser aceitos ou não no cotidiano do atendimento obstétrico no Brasil, o que já significa um grande avanço.

No entanto, ainda permanece certos questionamentos acerca da sua efetividade no tocante à fiscalização e julgamento de procedimentos como a episiotomia, cuja pertinência ainda é objeto de debate na literatura médica. No mesmo sentido pode-se pensar nos altos índices de cirurgias cesarianas, que mesmo controladas pelas Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas, ainda são atreladas ao discurso e à prática médica em diversas situações até mesmo sem respaldo científico. (ZUGAIB, 2012, p.4) Logo, a efetividade da legislação depende também da forma em que esta será recepcionada no campo médico.

O que se percebe é que o projeto de lei tem recebido críticas por parte da classe médica. A FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Obstetrícia e Ginecologia, cobrindo uma **audiência na Câmara dos Deputados no dia 7 de maio de 2015, destacou esta resistência por parte da classe.**

Na reportagem, a obstetra Ana Fialho, do Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda, que é um centro de referência do parto da cidade do Rio de Janeiro, destacou em entrevista que existe por parte dos médicos um certo receio de que o protagonismo feminino resulte em uma perda da autonomia médica. Também afirmou que vários tem medo da responsabilização diante de uma complicação do parto normal. (FEBRASGO, 2015)

Além disso, Fialho afirma que a educação médica tende a ser mais focada na doença e não na saúde, embora se saiba que na grande maioria das vezes o parto é um evento fisiológico não complicado. Logo é importante que se garanta ao médico, principalmente o que atua na medicina privada, que as boas práticas serão protegidas e reconhecidas. (FEBRASGO, 2015)

Uma questão comumente levantada pela comunidade médica é chamada judicialização da medicina, representada pela possível responsabilização civil, administrativa ou penal advinda da relação médico-paciente. Na seara administrativa, destaca-se as vedações elencadas aos médicos no código de ética médica do Conselho Nacional de Medicina.

O capítulo III do código trata exclusivamente do tema da responsabilidade profissional e estabelece, no artigo 1º que é vedado ao médico “causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência”. O parágrafo único coloca ainda que a “responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida”.

Ademais, o capítulo XIV, inciso II, das disposições gerais do código de ética médica coloca ainda que os médicos que cometerem faltas graves e cuja continuidade do exercício profissional constitua risco de danos irreparáveis ao paciente ou à sociedade poderão ter o exercício profissional suspenso mediante procedimento administrativo específico.

Na seara cível, a responsabilidade é colocada no artigo 186 do Código Civil de 2002, quando diz que “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral,

comete ato ilícito”. Em complemento, o artigo 927 estabelece a obrigação por reparação, em que “aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo”.

Embora exista normatização acerca da obrigação de reparação de danos, o que se percebe é uma resistência da classe e uma incapacidade de realizar uma autocrítica da medicina, rendida muitas vezes à lógica de mercado. Diniz (2001, p.41-42) afirma que a medicina encontra-se em processo de proletarização ou desprofissionalização, em que os médicos estão sujeitos à uma intermediação cada vez mais intensa e ao controle administrativo, a critérios de eficiência econômica dos grandes hospitais e conglomerados médicos. A consequência disto é o distanciamento de valores tradicionalmente relacionados com a medicina, como o altruísmo e autonomia.

Josef (2004, p.228), da faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, afirma que “já se foram os tempos em que a relação médico-paciente se constituía num elo sagrado, como vínculo indestrutível, permanente e gratificante para ambos”. O médico, segundo o autor, era um amigo do paciente, conselheiro e confidente, mas com o advento dos novos tempos para a medicina, este binômio foi tornando-se cada vez mais frouxo e negligenciado. Surgiram os planos de saúde, os convênios, as seguradas e a “indústria das indenizações”, muitas vezes fomentadas por advogados inescrupulosos, e o exercício da medicina converteu-se num relação impessoal, fria e desumana. (JOSEF, 2004, p.228)

A ideia entre os médicos é que a obrigação de indenizar cria uma polaridade entre o profissional e o paciente que seria prejudicial para ambos. No entanto, o que se percebe é que muitas vezes esta polaridade já é estabelecida nos bastidores do atendimento. Toda vez que o médico coloca-se como protagonista, visto que é detentor do conhecimento técnico e restringe a autonomia da paciente, esta separação já ocorre. No entanto, o que não é possível que se permita é que casos de danos à parturiente por omissão voluntária, negligência ou imprudência sejam tratados como meros incidentes profissionais.

Freidson (1970, p.165) coloca que o médico é quem detém o destino do paciente em suas mãos e é o profissional cujo ofício depende a vida ou morte do indivíduo. Logo, a responsabilidade médica deve ser vista como responsabilidade sobre o seu bem-estar e deve ser direta e pessoal, isto é, em relação ao médico que está trabalhando diretamente com o paciente.

Nos casos de violência obstétrica este arquétipo também deve ser levado em consideração. No entanto, como visto anteriormente, diversos atos considerados violentos fazem parte do ideário médico como pertencentes ao arcabouço técnico da obstetrícia, como é o caso da episiotomia de rotina. Nestes casos, não é possível se falar diretamente em erro médico, visto que não houve omissão voluntária, negligência ou imprudência, já que o obstetra é corroborado pelo conhecimento especializado e pela fechamento do seu campo profissional.

Por outro lado, nas hipóteses de violência obstétrica é discutido a possibilidade de responsabilização por erros iatrogênicos dos médicos. Conforme as análises de Illich (1975, p.23-24), ao se considerar que alguns procedimentos médicos e hospitalares são agentes patogênicos, derivados diretamente da terapêutica, cujos danos não existiriam se o tratamento aplicado não fosse o que as regras da profissão recomendam, esta responsabilização pode ser considerada.

Autores como Tavares (2007, p.181) e Padilha (2001, p.288) colocam que os danos materiais causados pelo uso de medicamentos, cirurgias desnecessárias, mutilações, bem como danos psicológicos, também chamados de psiquiatrogenia, por comportamentos, atitudes e palavras causados ao paciente pelos médicos ou por outros componentes da equipe como enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas ou nutricionistas.

No caso da obstetrícia, este viés da iatrogenia torna-se ainda mais presente visto que percebe-se uma série de atitudes profissionais que, mesmo com um discurso científico, causam danos físicos, psicológicos, estéticos dentre outros às parturientes. Sendo assim, é essencial que se garanta dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, antes, durante ou depois da parturição e que se analise o seu tratamento jurídico.

Mattar (2013, p. 42) coloca que os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle sobre as questões relativas à sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva, a decidir livremente a respeito destas questões, sem que sejam sujeitas à coerção, à discriminação ou à violência¹⁸.

No que tange estes direitos, destaca-se em primeiro lugar os diplomas internacionais que tratam sobre a problemática da humanização do parto e que o Brasil é signatário. Dentre eles ressalta-se a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, ratificada pelo Brasil pela resolução 34/180. O artigo 12 da convenção estabelece inclusive que “os Estado-partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionado assistência gratuita quando assim for necessário”.

Além disso, ressalta-se o direito da parturiente no que tange à sua integridade pessoal, liberdade e consciência, garantida na Convenção Americana de Direitos Humanos, também conhecido como Pacto San José da Costa Rica, de 1969.

Em nível constitucional, Mattar (2013, p.62) coloca que os direitos reprodutivos devem ser sempre contextualizados no âmbito do direito à saúde e à vida. O artigo 5º, *caput*, garante o direito à vida como garantia de todos os cidadãos e o artigo 196 da Constituição Federal estabelece a saúde como garantia fundamental, sendo direito de todos e dever do Estado garanti-la mediante políticas sociais e econômicas que visem reduzir o risco de doenças e agravos, bem como o acesso universal e igualitário. O atendimento obstétrico deve, portanto, pautar-se por este direcionamento normativo para que garanta os direitos fundamentais básicos às mulheres parturientes.

Ademais, é garantido pela Constituição Federal no artigo 226 o direito ao planejamento familiar e o parágrafo 7º diz que “fundados nos princípios da dignidade

¹⁸Segundo Corrêa, (1999, p. 41), a formulação dos direitos reprodutivos se iniciou na luta pelo direito ao aborto e anticoncepção nos países industrializados. Sua primeira instância foi um encontro feminista internacional, relativamente marginal aos debates institucionais do período, o *Internacional Women's Health Meeting*, em Amsterdã, no ano de 1994.

da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício deste direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.

O dispositivo constitucional é regulamentado pela Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que reitera o direito fundamental das mulheres e homens a um planejamento familiar adequado. O artigo 2º dispõe que o planejamento deve se pautar por “ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”.

Mattar (2013, p.66) argumenta que a definição estabelecida pela lei busca fazer com que a responsabilidade pelo planejamento familiar seja compartilhada entre homens, mulheres ou casais, fato este que, dada a cultura brasileira de responsabilização quase que exclusiva das mulheres pela maternidade, desde a concepção até o trabalho de cuidado com os filhos, mostra-se crítica à realidade dos fatos, sendo assim bem-vindo.

A inculcação dos papéis que naturalizam as desigualdades de gênero, que aprisionam a mulher ao papel da maternidade, isto é, de fragilidade, cuidado com a família e do ambiente doméstico, relaciona-se diretamente com a forma como o seu processo reprodutivo será encaminhado, seja nas relações íntimas das mulheres com seus parceiros ou posteriormente no atendimento a que serão expostas nos sistemas de saúde. A falta de autodeterminação feminina, substrato que oferece margem para a violência obstétrica, relaciona-se portanto com esta dominação misógina que se reproduz no campo médico.

O artigo 4º da legislação, em seguida, coloca que o planejamento familiar deve guiar-se “por ações preventivas e educativas e pelo acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para regulação da fecundidade”. Portanto, o direito a informação e educação esclarecidas, baseados em evidências compartilhadas pela comunidade médica, bem como o direito a um atendimento adequado é um dos principais pontos para a garantia dos direitos reprodutivos e conseqüentemente para a inibição de práticas de violência obstétrica.

No que tange o Sistema Único de Saúde, o artigo 3º da Lei 9.263/1996 coloca que as instâncias do SUS são obrigadas a garantir, em toda a sua rede de serviços, programa de atenção integral à saúde das mulheres em todos os seus ciclos vitais, que inclui como atividades básicas: a assistência à concepção e contracepção; o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, bem como o controle das doenças sexualmente transmissíveis e o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino e de mama.

Acresça-se ainda a edição da lei 11.108 de 7 de abril de 2005, também conhecida como lei do acompanhante, que assegura à mulher o direito a um acompanhante escolhido por ela durante o trabalho de parto e também no pós-parto imediato. Mattar (p.73) coloca que embora seja uma demanda antiga do movimento de mulheres, a efetivação do direito ao acompanhante ainda encontra muita resistência, como nos casos de cobrança de taxas que afetam as mulheres em situação socioeconômica mais precária.

No que diz respeito a relação dos usuários com os prestadores de serviço de saúde, elenca-se também o Código de Defesa do Consumidor como possibilidade de garantia de direitos no contexto da parturição ou de ressarcimento em virtude de danos ocasionados no atendimento obstétrico. O artigo 6º, I, da legislação coloca que é direito básico do consumidor a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos, enquanto o inciso VII garante a inversão do ônus da prova ao favor do consumidor para facilitação da defesa dos seus direitos. Estas garantias podem ser utilizadas pela mulher em caso de dano ocasionado por violência obstétrica em instituições de saúde, conforme garante o direito à prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais.

O CDC estabelece ainda o direito à informação adequada no artigo 6, III, que é particularmente importante quando se trata de direitos reprodutivos e violência obstétrica, visto que a falta de informação esclarecida impede que a mulher tome decisões fundamentadas sobre o seu corpo, sua gestação e seu processo de parturição. No entanto, esta garantia é comumente desrespeitada.

Busanello *et al* (2011,p.830) ressalta que a falta de registros adequados nos prontuários é frequentemente evidenciada em estudos que buscam avaliar a assistência à população, revelando um problema que compromete a qualidade do serviço de saúde pública. O partograma, por exemplo, representação gráfica do trabalho de parto, é prática importante que possibilita acompanhar a evolução da parturição, a dilatação cervical e a descida fetal, documentar, diagnosticar alterações, indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção de possíveis desvios e evitar intervenções desnecessárias, mas que é comumente ignorada ou preenchida de forma insatisfatória.

A resolução 368 da Agência Nacional de Saúde também trata do direito à informação, estabelecendo que sempre que for solicitado por uma de suas beneficiárias ou seu representante legal, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão disponibilizar o percentual de cirurgias cesáreas e de partos normais, da própria operadora, estabelecimentos de saúde e médicos nominados pela beneficiária ou seu representante legal. A resolução também busca incentivar a utilização do partograma, do cartão da gestante, e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar, o que significa uma importante contribuição para um devido atendimento obstétrico.

No que tange programas governamentais de proteção à mulher e à parturiente, importante mencionar a instituição da Rede Cegonha pelo Ministério da Saúde em 2011, com o objetivo de implementar um novo modelo de atenção ao parto, ao nascimento e à saúde. O programa garante às mulheres, aos recém-nascidos e às crianças ampliação do acesso, acolhimento e melhoria no pré-natal, transporte gratuito e seguro, vinculação da gestante à uma unidade de referência de assistência ao parto, realização de parturição e nascimento seguros, com a observância de práticas baseadas em evidências médicas, bem como garantir o direito ao acompanhante. (MATTAR, 2013 p.73-74)

Ressalte-se ainda o Programa de Humanização do Pré-natal, Parto e Nascimento (PHPN), instituído pela portaria nº 569 de junho de 2000 pelo Ministério da Saúde com objetivo de sistematizar os direitos das parturientes. No que concerne a

humanização da assistência obstétrica, o PHPN (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.5-6) estabelece que

[...] é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com freqüência acarretam maiores riscos para ambos [...].

Percebe-se que umas das principais preocupações do programa do Governo Federal no que tange os direitos reprodutivos das mulheres relaciona-se diretamente com as problemáticas analisadas até este ponto. Primeiramente tem como escopo romper com o isolamento tradicional que foi imposto à mulher no contexto da parturição. Como foi visto, o surgimento da especialidade da obstetrícia foi acompanhada pela gradativa perda da autonomia da mulher, fato este reconhecido pelo PHPN. Isto demonstra uma importante mudança no direcionamento das medidas oficiais do governo em relação às questões de gênero.

Em seguida, o programa direciona seus objetivos exatamente para o campo médico. O PHPN assume claramente que diversos procedimentos praticados pela medicina obstétrica são desnecessárias e que são reproduzidas pela mera tradição profissional, ao invés de serem pautadas pelas evidências científicas. Esta colocação do PHPN respalda o que Freidson (1970, p.14) afirma sobre a *expertise* no campo médico, isto é, que o conhecimento é transmutado e até mesmo corrompido no curso de sua aplicação e que a intervenção médica pode ocorrer até mesmo na ausência de conhecimento confiável.

Sendo assim, percebe-se que a problemática da violência obstétrica envolve diversas questões particularmente complexas. Relaciona-se diretamente com a história brasileira de profissionalização da medicina e do monopólio do mercado da saúde, bem como com a retirada das parteiras e das mulheres do protagonismo nos

processos de parturição, substituindo-as pelo saber médico.

Além disso, conforme elucida Bourdieu (2012, p.22), as diferenças hierárquicas socialmente construídas entre os gêneros, cuja justificação ainda resta na diferença biológica entre os sexos e na diferença anatômica dos órgãos sexuais ainda prevalecem inclusive dentro do contexto do atendimento médico. Os estereótipos de gênero ainda prevalecem e são substratos para uma série de violências como a obstétrica.

Para que seja realizada uma efetiva humanização do parto e garantia dos direitos reprodutivos das mulheres, portanto, é essencial a participação conjunta da sociedade civil, associações, organizações não governamentais, bem como das autoridades públicas, da classe médica e das demais profissões da área da saúde para que as práticas abusivas de violência obstétrica sejam coibidas e que medicina possa ser efetivamente humanizada, para o bem-estar da mulheres.

3 PROFISSÕES MÉDICAS E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Até o presente ponto do trabalho foi realizada uma análise acerca das nuances que permeiam a prática das profissões médicas. Questões como a busca por um monopólio cognitivo na área da saúde, a expansão do mercado de atuação em detrimento de outras profissões foram questões que auxiliaram no entendimento de como a medicina consolidou-se nos dias atuais.

O ensino médico, em consonância com um projeto biopolítico de medicalização social, permitiu que as profissões médicas obtivessem especial situação de privilégio e poder, em contrapartida à uma situação progressiva de patologização da vida e dos processos naturais dos corpos.

Este contexto de medicalização foi analisado especificamente na história da medicina brasileira, em que se verificou um processo de crescente especialização e monopólio da medicina, principalmente após a formação de um discurso científico homogêneo característico da classe médica.

Em seguida, este processo foi especialmente verificado na medicina obstétrica, em que o papel das tradicionais parteiras foi sendo gradativamente diminuída em detrimento das técnicas implementadas e estudadas nas Faculdades de Medicina. No entanto, este processo não significou necessariamente um avanço no bem-estar das mulheres no contexto da parturição, fato este em que se insere a problemática da violência obstétrica e os movimentos por humanização dos partos.

Portanto, para que se compreenda a ligação entre as análises da sociologia das profissões médicas, a história da medicina e as relações entre a prática médica e a violência obstétrica, mostra-se essencial que se realize um estudo de caso para que se verifique como que as categorias estudadas até aqui se inserem na realidade das mulheres brasileiras em situação de gestação, parto, pós-parto puerpério.

3.1 A INSTITUIÇÃO ESCOLHIDA PARA O TRABALHO DE CAMPO

A escolha da instituição se deve ao fato de que é um dos principais hospitais filantrópicos do Estado do Espírito Santo, atendendo um público extenso dentro da rede pública e privada de saúde. Esta diversidade será de grande importância para que se realize os devidos diagnósticos acerca do atendimento obstétrico e como as diversas formas de violência obstétrica são perpassadas.

Importante assinalar primeiramente que a criação da instituição se contextualiza com o momento histórico vivenciado no Brasil entre o final do século XIX para o início do século XX em que certos segmentos da sociedade civil demonstraram especial preocupação com as questões referentes à saúde pública, com os elevados índices de mortalidade infantil e demais causas ligadas à maternidade na época. Foi o advento dos movimentos filantrópicos.

A filantropia, em seu cerne, foi pensada como mecanismo complementar à ação do Estado no período do liberalismo, ou seja, do Estado Mínimo que só atuaria nos casos de grandes necessidades. É o que hoje se denomina de relação público-privado e que nesse período do início do século XX estaria em organização. (FERREIRA; SANGLARD, 2014, p.75)

No período higienista, já estudado, a filantropia era revestida de uma utilidade social e os filantropos eram considerados por sua vez reformadores sociais, que tinham como público-alvo principalmente operários ou trabalhadores pobres. A união entre a noção de classe pobre com o sentimento de desordem e transmissão de patologias eram reproduzidos ideologicamente na saúde pública. (FERREIRA, SANGLARD, 2014, p.74)

Neste ambiente nacionalista e higienista, médicos, puericultores, com o apoio das elites e setores femininos da sociedade criaram uma série de entidades de assistência materno-infantil com o objetivo de instituir uma rede de assistência especializada em obstetrícia e pediatria, com espaços voltados para a educação

feminina e cuidados com a infância. Logo, a filantropia laica foi a pioneira neste período na defesa da assistência materno-infantil. (BARRETO, 2011, p.296)

A primeira maternidade de caráter filantrópico que merece destaque foi a Associação de Caridade e Auxílio Mútuo, da cidade do Rio de Janeiro, criada no ano de 1918 com a finalidade de auxiliar as mulheres sem distinção de posição social e as crianças consideradas “desvalidas”. (BARRETO, 2011, p.297). Esta foi uma das principais influências para a criação das demais maternidades do país, inclusive no Espírito Santo.

No tocante à estrutura física e a relação de leitos ligados ao Sistema Único de Saúde e à rede privada, verifica-se que a instituição possui um total de 66 leitos ligados ao SUS, enquanto possui 11 leitos ligados à rede particular. O público alvo que busca o atendimento é majoritariamente de mulheres das classes baixas, boa parte delas jovens, conforme relatos prestados pelos funcionários e o próprio estatuto da instituição. Ademais, possui uma estrutura ambulatorial composta de 3 consultórios para realização de consultas pré-natal, que são ofertadas de forma totalmente gratuita.

No tocante à equipe profissional, a instituição dispõe de 92 técnicos, 35 obstetras, 15 enfermeiros, 12 pediatras neonatologistas e 7 anestesistas. A equipe de outros profissionais de ensino superior por sua vez é composta por dois administradores, 1 farmacêutico, 1 assistente social, 1 contador e 1 fisioterapeuta.

A partir de uma observação do pesquisador durante o trabalho de campo, verificou-se que a instituição possui instalações, de modo geral, com bons padrões de qualidade. As enfermarias são bem cuidadas e sempre se via funcionários realizando limpezas e manutenção dos leitos. Os centros cirúrgicos possuem aparelhagem adequada para a realização dos procedimentos como as cirurgias cesarianas.

Existem ainda salas de pré-parto, parto e pós-parto, exatamente para incentivar uma humanização da parturição, bem como o desenvolvimento do parto normal, espaços

estes que dificilmente são encontrados em outros hospitais, mesmo particulares, segundo relatos dos próprios funcionários.

No entanto, assim como acontece em outras instituições de saúde que dependem de verbas públicas, a instituição Vitória também passa por uma situação de falta de investimento. Isto se reflete na falta de certos maquinários, como aparelhos de ultrassom e a não existência de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para as mulheres. Os funcionários por vezes tem os seus salários atrasados e o hospital frequentemente é fechado para o atendimento de novos pacientes.

Somente no ano de 2015, a instituição já tinha sido fechada quatro vezes por estas questões, o que é amplamente divulgado pelos meios de comunicação do estado do Espírito Santo. Percebe-se que esta instabilidade econômica afeta diretamente o atendimento das mulheres. Os profissionais, englobando tanto os médicos, enfermeiros, técnicos e funcionários administrativos sentem-se desmotivados a partir do contexto de sucateamento do sistema de saúde.

Os médicos, notadamente, demonstram-se frustrados com a falta da qualidade de trabalho e por terem seus salários frequentemente atrasados. A intensa carga de trabalho também é uma questão que foi levantada como problemática que condiciona a relação com as pacientes e com os demais profissionais no contexto do atendimento obstétricos, como será visto a seguir.

3.2 A PESQUISA DE CAMPO: ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A pesquisa de campo foi realizada durante o período de duas semanas no mês de setembro de 2015 e consistiu em entrevistas semi-estruturadas com os 13 obstetras que estiveram de plantão durante a condução dos trabalhos. O motivo pelo qual se optou por esta técnica é que a mesma permitiu uma investigação com maior liberdade ao pesquisador para que desenvolvesse um diálogo no tocante às situações e fatos apresentados pelos entrevistados, o que é importante quando se trabalha com um tema multifacetado como a violência obstétrica. O nome dos

entrevistados serão substituídos por números para a manutenção do sigilo da identidade dos mesmos.

O pesquisador teve oportunidade de constatar na prática a realidade na qual se insere as mulheres, bem como analisar o cotidiano dos profissionais médicos da instituição pesquisada e as formas de reprodução de violências simbólicas e dos discursos que as permeiam.

Seguiu-se um roteiro de pesquisa na condução das entrevistas, que está disposto em anexo, mas também permitiu-se a liberdade aos entrevistados para realizarem as considerações que achavam pertinentes no tocante aos assuntos tratados. De maneira geral foi perguntado aos obstetras a opinião dos mesmos em relação a certos procedimentos controversos na temática da violência obstétrica, como a o presença de acompanhantes, o uso rotineiro da episiotomia, a visão sobre os altos índices de cirurgias cesarianas.

Foi perguntado também a percepção dos mesmos sobre as legislações que tratam sobre a violência obstétrica, sobre o projeto de lei 7633 de 2014, bem como o papel da educação na formação dos médicos e a reinserção de profissionais como as doulas ou enfermeiras obstétricas no contexto da parturição. A apresentação e as análises serão realizadas a seguir.

3.2.1 DIREITO AO ACOMPANHANTE

Uma das principais questões que envolve a problemática da violência obstétrica é o direito à presença de um acompanhante com a mulher no período de parturição. Como visto anteriormente, a prática usual da medicina obstétrica brasileira no século XX foi exatamente tornar o parto como uma experiência solitária para a mulher, que deveria estar totalmente sob os cuidados e sob o olhar dos médicos.

No entanto, conforme indica Salgado (2012, P.96), a presença de um acompanhante apresenta-se como um fator importante de diminuição das intervenções no parto e

também de cesárias, resultando portanto de um aumento de satisfação com o parto como um todo. No entanto, é sabido que a proibição do acompanhante durante a recuperação apresenta-se muitas vezes como protocolo hospitalar para evitar que se tenha pessoas em uma sala próxima ao centro cirúrgico, o que poderia gerar mais demandas. A equipe seria mais solicitada e seria mais um “preocupação”, segundo o autor.

A partir desta situação foi editada em 7 de abril de 2005 a lei federal 11.108, que alterou a lei 8.080 de 1990, criando o artigo 19-J, que garante às parturientes o direito a presença de um acompanhante, indicado por ela, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.¹⁹

No entanto, a questão que se levanta é em relação a efetividade do direito ao acompanhante nos casos em que as instituições de saúde se negam em prover esta garantia. A lei 11.108/2005, em seu texto original, iria adicionar também o artigo 19-L à lei 8.080/90, estabelecendo que o descumprimento do disposto no artigo 19-J e em seu regulamento constitui crime de responsabilidade e sujeita o infrator diretamente responsável às penalidades previstas na legislação. No entanto, este aspecto foi vetado no texto final.

Logo, embora a lei 11.108/2005 estabeleça o direito à parturiente a um acompanhante de sua escolha, ela não possui meios de estabelecer punição a quem a impedir ou não a fizer cumprir, por falta de fundamentos no corpo do Código Penal. Esta situação, de certa maneira, esvazia parcialmente a eficácia da legislação, visto que em muitos casos, os gestores das instituições de saúde, na negativa em cumprir o dispositivo, sabem que após a denúncia não haverá maiores consequências no sentido de reparar o dano cometido (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.21).

Ademais, destaca-se as disposições da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 36 de 2008, que estabeleceu os padrões de funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal no país. Ela

¹⁹ No sentido de regulamentar a determinação do § 2º do artigo 19-J, o Ministério da Saúde editou a portaria nº 2.418 de 2005.

reafirma o direito ao acompanhante e estabelece que o usuário dos serviços obstétricos compreende tanto a mulher, o recém-nascido, como seu acompanhante, seus familiares e visitantes. (artigo 3.12). Coloca também que a assistência ao trabalho de parto deve garantir a privacidade do parturiente e seu acompanhante (artigo 9.6.1).

A resolução 36 também permite a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto-imediato (artigo 9.1), bem como cria outras providências que as instituições de saúde devem tomar para cumprir efetivamente a lei 11.108/2005, como poltronas de acompanhante (artigo 4.1.5.1) e salas de acolhimento (artigo 2.1.1).

Importante colocar ainda a Resolução Normativa nº 338 de outubro de 2013 da ANS, que inclui nos planos hospitalares com obstetrícia a cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato por 48 horas ou até 10 dias, quando indicado. Isso significa que os planos de saúde são proibidos de cobrar taxas adicionais de despesas com os acompanhantes, prática que era muito comum até mesmo depois da edição da lei 11.108/2005.

Nas entrevistas com os médicos foi perguntado a opinião deles em relação à presença dos acompanhantes nas salas de parto ou nos centros cirúrgicos, como objetivo de analisar a forma em que estes atores sociais influem na autonomia profissional do médico.

O que se percebeu foi que a maioria dos médicos (10/13) mostrou-se receptiva com a presença dos acompanhantes, embora alguns ainda mostrassem certa preocupação com a presença ativa destes no contexto da parturição, como expressada médico 13 quando levanta a questão da responsabilidade civil e da indenização por dano médico e pela violência obstétrica, que se relaciona diretamente com a presença dos acompanhantes:

[...] o médico, com a judicialização da medicina, que tudo é processo contra médico, para ele muitas vezes se resguardar, ele acaba, quando o parto normal começa a ficar um pouquinho fora do normal, ele coloca na

sala e opera. E aí aumenta-se os níveis de cesariana de pacientes de baixo risco que deveria ser menor que vinte e cinco e não é. Aqui nós hoje nós temos cinquenta por cento de cesariana [...] e não é maternidade de alto risco. Agora vai na sala de parto, acompanha um parto para você ver, qual é a reação do acompanhante na sala de parto. Ele fotografa tudo, ele anota tudo, ele escreve tudo e ele quer saber de tudo. Porque? Porque hoje, qualquer problema que existe com a parturiente, com o acompanhante ou com o feto é motivo de pleitear seguro pecuniário, ou seja, 'eu quero receber uma indenização'. Viramos o país de indenização. [...]

Mesmo após a edição da Lei 11.108 em 2005 e das diversas resoluções sobre a questão, para parte da classe médica o acompanhante permanece como um ator indesejado no contexto da parturição, visto que se opõe ao conhecimento técnico que somente a especialidade médica possui, bem como interfere em sua autonomia na condução do atendimento obstétrico, conforme coloca o obstetra 13:

[...] Há uns 10 anos atrás, os nossos índices de cesarianas eram baixos. A partir do momento em que a lei determinou que o acompanhante fica na sala de parto, o nível de cesariana aumentou drasticamente, pela pressão que o obstetra recebe do acompanhante na sala de parto, porque depois é aquele acompanhante que vai depor contra ele na justiça. [...] Agora, qual o conhecimento que ele tem para discutir com médico que tinha ou não tinha condição de nascer por via baixa? [...]

No entanto, conforme elucida Freidson (1970, p.380) a partir do prestígio do seu *status* profissional e do conhecimento técnico exotérico que defendem, as profissões esquecem são compostas por homens cuja prática do conhecimento muitas vezes é cercado por tanta incerteza que isto acaba inclusive se opondo às pretensões por monopólio oficial. Os médicos não somente estabelecem o próprio conhecimento especializado, mas o confundem com seus comprometimentos morais e impõem isto aos seus pacientes.

Embora a profissão tenha o escopo da auto-regulação para manter a autonomia, é necessária uma organização do ambiente social da prática médica para que se minimize o seu isolamento do escrutínio dos colegas e do público, bem como para encorajar performances humanizadas em níveis mais elevados de qualidade. (FREIDSON, 1970, p.365-366).

No incentivo aos partos humanizados, a presença do acompanhante se torna fator essencial para que este controle seja feito e que as mulheres possam ter o seu bem-estar assegurado.

A última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE entre 2012 e 2013 auferiu que apenas 58,0% das gestantes no Brasil contaram com a presença de um acompanhante, sendo que o menor percentual foi detectado na Região Norte com 50% e o maior na Região Sul, com 77,2% (BRASIL, 2015, p.44), o que revela que a legislação não está sendo cumprida de maneira totalmente satisfatória e que as mulheres ainda são violadas em seus direitos.

3.2.2 A EPISIOTOMIA DE ROTINA

Ainda no contexto da medicalização do corpo feminino e das técnicas abusivas utilizadas pela obstetrícia, a episiotomia é um dos procedimentos mais citados como potencial causador de violência contra a mulher. A episiotomia, ou “pique”, é uma cirurgia realizada na vulva da mulher, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi. Pode afetar diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris. (REDE PARTO DE PRINCÍPIO, 2012, p.80) .

O palavra episiotomia vem do termo “epision”, que significa região pubiana; e “tome”, que significa incisão e pode ser feita nas seguintes modalidades: perineotomia ou mediana, médio-lateral e lateral. A sutura é feita com fio cirúrgico absorvível pelo organismo e é chamada de episiorrafia. (BENTO; SANTOS, 2006, p.553) Dentre estes tipos de episiotomia, a lateral é comumente contraindicada por causar lesões do músculo elevado do ânus. A médio-lateral, por sua vez, é a mais realizada principalmente na Europa e na América Latina, enquanto a mediana é a mais usada nos Estados Unidos. (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010, p.267)

O procedimento foi proposto pela primeira vez pelo obstetra irlandês Fielding Ould em 1741 no livro “A Treatise of Midwifery”. Na obra, o autor deixa claro que o papel do obstetra é prezar pelos partos normais, com menor número de intervenções abusivas. Escreve que a episiotomia deveria ser utilizada para os casos em que a cabeça da criança não está em condições de passar pelo canal vaginal da paciente. (OULD, 1741, p.145-146)

Portanto o corte vaginal utilizado no auxílio do parto deveria ser utilizado com parcimônia segundo a opinião do obstetra criador do procedimento e não de forma generalizada. Posteriormente o médico alemão Michaelis foi o primeiro profissional a reportar o uso da episiotomia lateral em 1799, enquanto Dubois, um médico francês, foi o primeiro a utilizar a modalidade médio-lateral da episiotomia na França no ano de 1847. (CLEARY-GOLDMAN; ROBINSON, 2003, p.3)

Em seguida, em 1857, Carl Braun foi o primeiro a cunhar o termo “episiotomia”, bem como o primeiro a criticá-la, considerando-a uma prática inadmissível e desnecessária. As únicas indicações que a justificavam na opinião dele eram a assistência em partos difíceis e com o objetivo de salvar a vida do feto. Ademais, o auge da utilização da episiotomia ocorreu no século XX após a publicação dos artigos de Pomeroy em 1918 e de DeLee em 1920. (TOMASSO *et al*, 2002, p.115). Se antes o procedimento era utilizado de forma seletiva e terapêutica, seu uso tornou-se rotineiro e profilático, até os dias atuais.

Na literatura médica, existem diversos posicionamentos acerca da necessidade ou não do uso da episiotomia no contexto da parturição, embora os estudos mais recentes apontem para a existência de riscos no seu uso rotineiro. Robinson (2010, p.2), argumenta que é importante que se sopesem os potenciais benefícios da episiotomia com os potenciais efeitos adversos que podem resultar do procedimento, como: a expansão da incisão, que pode causar uma laceração perineal²⁰ de terceiro e até quarto grau, isto é, mais graves; resultados anatômicos

²⁰ A região vulvoperineal, chamado também de períneo, é uma região situada entre a sínfise púbica e o cóccix. É constituída pelos órgãos genitais externos e pelo assoalho pélvico e se divide em um triângulo urogenital, anteriormente; e um triângulo anal, posteriormente. (ZUGAIB, 2012, p.45). A utilização indevida da episiotomia pode aumentar o risco de lacerações mais graves desta região no pós-parto.

insatisfatórios; aumento da perda de sangue da paciente; aumento das dores pós-parto; maiores taxas de infecção e reabertura da incisão; disfunção sexual e possível risco de lacerações perineais em partos subsequentes.

Além disso, estudos mostram que existe entendimento crescente de que episiotomia não é efetiva em prevenir lacerações perineais graves e irregulares durante o parto, argumento este mais comum para a prática do procedimento. Pesquisas como a de Viswanathan *et al* (2005, p.19-54) e Hartmann *et al* (2004, p.2144) demonstram ainda que a utilização rotineira da episiotomia indica uma maior predisposição pós-parto de existência de incontinência urinária e fecal.

Santos e Shimo (2008, p.647-648), por sua vez, demonstram o aspecto do desconhecimento das parturientes no tocante à episiotomia. 31,2% das mulheres entrevistadas relataram total desconhecimento da intervenção, mesmo após a realização do procedimento. Das que eram informadas acerca da episiotomia, 54,5% em casos ainda pairavam dúvidas acerca da sua finalidade e definição. Logo conclui-se que o desconhecimento evidenciado pelas mulheres reforça o poder profissional e a exclusão da parturiente do ato decisório.

Freidson (1970, p.321) afirma que os médicos muitas vezes interpretam a interação com os pacientes como algo presumidamente conflitivo e por isso buscam excluí-los de assumir um papel mais ativo no tratamento. Os pacientes comumente querem mais informações do que os médicos estão dispostos a fornecer, como prognósticos e instruções mais precisos. O autor destaca que a interação médico-paciente deve ser visto como uma forma de negociação acerca do tratamento, ao invés de somente conflitiva e isto deve ser considerado no tocante à prática da episiotomia.

Ademais, destaca-se que existe uma separação social ao problema da episiotomia no Brasil. Enquanto as mulheres brancas e de classe média ou alta podem contar com os privilégios do setor privado da saúde, em sua maioria serão "cortadas por cima", na epidemia" de cesáreas, enquanto as mulheres que dependem do SUS serão "cortadas por baixo", ou seja, serão submetidas ao parto vaginal com episiotomia. Além disso, prevalece também no Brasil o chamado "ponto do marido", de caráter

masculinista, que funciona com a compressão da vagina para “corrigi-la” após a experiência do parto, para o prazer do companheiro. (DINIZ, 2004)

A partir destas considerações é possível perceber que a questão da episiotomia encontra bastante controvérsia ainda hoje, tanto em relação à sua necessidade científica tanto quanto a possíveis efeitos nocivos à integridade física da mulher, sendo que esta divergência também foi verificada nas entrevistas realizadas na instituição.

Foram perguntados aos obstetras a opinião deles sobre a prática da episiotomia na obstetrícia e os possíveis danos à integridade física da mulher. O objetivo foi captar o apego da classe médica ao conhecimento especializado em detrimento das efetivas necessidades das pacientes.

As opiniões dos obstetras variaram bastante. 6 médicos, por um lado, defenderam o uso mais expansivo do procedimento, enquanto 7 afirmam que a episiotomia encontra-se em desuso na prática obstétrica. Ao se analisar quantitativamente os números de episiotomia na instituição, separou-se o período de 01/08/2014 a 01/08/2015 para que se pudesse analisar o índice de utilização do procedimento.

Verificou-se que neste intervalo foram feitos 4941 partos na instituição, sendo que dentre estes 1660 foram feitos com episiotomia. Isto significa uma média de incidência de 33% o que demonstra um índice consideravelmente elevado, principalmente quando se considera que a OMS, na Declaração de Fortaleza, estabelece que o uso sistemático da episiotomia não é justificado. Segundo a organização, a proteção do períneo a partir de métodos alternativos deve ser sempre avaliado e adotado. (WHO, 1985)

Os médicos que estão na profissão a mais tempo de maneira geral tenderam nas entrevistas a serem mais favoráveis ao uso ampliado ou rotineiro da episiotomia, enquanto os médicos mais jovens, ou aqueles ligados à docência médica, tinham uma visão mais restritiva em relação ao procedimento, destacando outras formas menos invasivas de realizar o processo de parturição, o que aponta para uma mudança na educação médica no tocante ao procedimento.

O obstetra 8 destacou a existência desta divisão geracional no tocante ao ensino da episiotomia: “Na prática, principalmente nas escolas mais antigas, a episiotomia é feita de rotina. Na minha escola, da minha época, não é mais feita de rotina. Isso mudou a mais de dez anos atrás”.

Conforme elenca Larson (1977, p.34), uma das funções da universidade é exatamente realizar um controle sobre a produção dos produtores, isto é, a forma em que novos profissionais serão formados e reproduzirão por sua vez o *habitus* do campo médico, bem como o conhecimento que será difundido no mesmo. No caso específico da obstetrícia, notadamente no que se refere à episiotomia, esta produção de conhecimento tem sofrido mudanças estruturais nos cursos médicos. No entanto, os médicos que já foram condicionados ao uso rotineiro do procedimento tendem a reproduzi-lo como parte de seu *habitus* profissional, mesmo que isto signifique uma violência contra a paciente.

A médica 3, recém-formada na profissão, destacou a diferença entre o conhecimento teórico - que atualmente aponta para o uso com parcimônia da episiotomia - e conhecimento prático reproduzido de forma acrítica na obstetrícia. O discurso do conhecimento exotérico ainda corrente entre os médicos fundamenta o uso da episiotomia de rotina:

“A maioria das vezes que você iria fazer a episio (sic) seria para dar mais passagem, esse é o objetivo. Só que a gente vê que o bebe está preso na parte óssea que é a bacia, é o osso que geralmente que prende. Então não adiante cortar que o neném está preso lá em cima, se ele não desce o problema é mais alto. É o que a gente tem visto. Mas é a formação, está no livro ainda. O médico está certo se ele fizer, porque ele tem respaldo científico. [...] Antes todo primeiro filho já cortava, independente se dava problema ou não, agora já se está pensando um pouco mais. [...] Quem aprendeu e está repetindo está prática é difícil ter um novo olhar. Você aprendeu assim e está dando certo então é difícil você mudar para parar de fazer”.

Quando diz que é “quem aprendeu e está repetindo está prática é difícil ter um novo olhar”, a obstetra evidencia a existência de uma ação pedagógica no ensino médico como forma de violência simbólica, isto é, a delimitação objetiva inserida no ato de inculcar a seleção arbitrária de certas significações convencionadas pela seleção ou pela exclusão. (BOURDIEU; PASSERON, p.1992, p.29)

No caso da episiotomia, este processo de inculcação se dá pela internalização de que o procedimento é necessário em diversos casos, enquanto os estudantes, futuros médicos, aceitam esta imposição e a levam para o seu cotidiano clínico. Obstetras que foram condicionados a realizar o procedimento ainda a utilizam de rotina e reproduzem esta prática. Um exemplo claro disso foi o depoimento do médico 1, que trabalha como obstetra a décadas, quando disse:

“a episiotomia é ato médico, não violência médica. Tem criança que não passa, tem pacientes que são mais estreitas. Se você não abre o bebê rasga a paciente toda, lacerou tudo igual aconteceu semana passada aqui. Depois do parto eu só consegui dar alguns pontos no colo, mas quando eu consegui segurar um pouco o sangue eu vi a extensão, lacerou a paciente em quarto grau, laceração de anus, de reto, canal anal, vagina, vulva, de tudo. O que aconteceu? Tive que levar a paciente para o centro cirúrgico, foi feita uma anestesia e os colegas ficaram uma hora e meia para suturar e fechar a paciente, com todo o risco que ela tem agora, apesar de toda técnica bem utilizada, de ter fistula reto-vaginal, que é coisa que se complica. Então as complicações do parto normal ninguém toca. [...] O que é melhor, um cortezinho ou aquela coisa medonha? Agora, a paciente vai fazer plástica, ela fica toda cheia de cicatriz, mas no parto não pode. Porque no parto é violência? Não tem cabimento um negócio desse [...] É muito raro parto sem episio sem laceração, é muito complicado”.

A médica 7, da mesma forma defendeu a utilização da episiotomia de rotina nos casos de pacientes primíparas, ou seja, que estão em seu primeiro processo de parturição. Ademais, a obstetra ainda criticou as posições do Ministério da Saúde contrárias ao uso rotineiro do procedimento e reproduziu o discurso masculinista da necessidade da episiotomia para manter a estética da vagina, remetendo ao pensamento de que o órgão sexual da mulher deve servir para o prazer sexual do homem, mesmo que isso acarrete agressão ao seu bem-estar físico e estético:

“a episiotomia sempre foi normal, é um procedimento que sempre foi feito, a não ser que a paciente tenha vários filhos e que o neném vem e escorrega, mas a episiotomia a muitos anos ela é feita, ela faz parte dos procedimentos normais. Ela não é feita a seco, é feita sob anestesia, você faz, sutura e pronto. Ninguém faz por exagero, dá mais trabalho pra gente, nós temos que suturar depois. É por indicação médica mesmo. Quem inventou esse negócio de não fazer episiotomia foi uma viadaria” (sic) que tem naquele Ministério da Saúde para a mulher ficar tudo (sic) esculhambada”.

Os médicos, portanto, não fazem a episiotomia de rotina simplesmente por serem indiferentes ao sofrimento da mulher ou por ignorarem evidências científicas. A problemática se relaciona com uma questão de crenças. Se eles acreditaram que a

vulva e a vagina são passivas, fica difícil compreender que esses tecidos são capazes de se distender para o parto e depois se contrair. Assim, através da episiotomia, os médicos descontroem e reconstroem a vagina, de acordo com suas próprias crenças culturais. A imagem colocada pelo discurso médico é que, após a parturição, o pênis do homem seria pequeno demais para ser estimulado pela vagina agora distendida (DINIZ; CHACHAM, 2006, p.87).

Além da reprodução do discurso androcêntrico no contexto do atendimento médico, percebe-se também a presença de uma variante racial no que tange a intervenção obstétrica nas pacientes em relação à episiotomia. Sobre a questão, o médico 1 afirmou que “o tipo racial brasileiro é de miscigenação, o que altera muito a estrutura da bacia e que faz com que o parto pode ou não ser mais facilitado. O tipo de bacia das caucasianas, das europeias é um e das brasileiras é outra”.

O obstetra afirma que a mulher negra ou parda possui uma estrutura biológica que fundamentaria a necessidade pela utilização da episiotomia de rotina, embora não exista evidência científica que ateste neste sentido. Pelo contrário, Diniz e Chacham (2006, p.87-88) coloca que as mulheres negras apresentam características diferenciadas quanto à cicatrização, maior tendência a problemas de cicatrização, bem como formação de queloides. Logo, elas poderão estar mais expostas a complicações na cicatrização em virtude da episiotomia.

Sendo assim, embora a episiotomia tenha sido considerado procedimento padrão no contexto do atendimento da parturição, estudos mais recentes, como destacados anteriormente, deveriam ser estudados pelos profissionais para que se atualizem e não reproduzam a técnica de maneira desnecessária.

Vários médicos destacaram a importância da Medicina de Evidências, como elenca Diniz (2005, p.630), como forma de fiscalizar e normatizar os estudos e as mudanças de paradigma que ocorre na obstetrícia sobre a episiotomia. Eles afirmam que o conhecimento médico é caracterizadamente variável, sendo que este também foi o caso da episiotomia. O médico 10 destacou:

“A medicina vive muito de trabalhos. Você faz o trabalho, apresenta em congressos, a Organização Mundial de Saúde aprova ou não a partir dos

casos e isso vira um consenso na medicina e uma sugestão. Os conselhos das especialidades sugerem isso nos congressos. [...] Na obstetrícia, não diferentes de outras, estudou-se um dia e virou um consenso geral e uma sugestão da classe de obstetrícia que [a episiotomia] seria legal para a mulher. Daí todo mundo começa a fazer. [...] Antigamente o consenso geral anterior era que episiotomia ia preservar a musculatura do períneo, quando eu era acadêmico. Hoje novos trabalhos foram feitos e provaram que não fazendo a episiotomia ou fazendo não tinha tanta diferença do dano que poderia sofrer. Então quer dizer que a episiotomia está em desuso. Isso é um consenso e uma orientação da sociedade de obstetrícia”.

No entanto, o que se percebe é que os médicos fecham-se em sua própria *expertise*, visto que ela faz parte do seu capital social (BOURDIEU, 2007, p.67), isto é, o principal elemento que possibilita seu reconhecimento como classe profissional, bem como possibilita seu distanciamento e superioridade em relação aos pacientes leigos. A consequência é a manutenção de práticas desatualizadas e potencialmente danosas, como é a episiotomia de rotina.

Assim como outros procedimentos médicos, a episiotomia de rotina baseia-se comumente na crença e confiança individual no procedimento do que na necessidade, conforme demonstra a disparidade de opiniões bem como o estudos mais recentes que demonstram o desuso da episiotomia na maioria dos casos em que ela é utilizada hoje em dia.

No entanto, mesmo com estas mudanças, vários médicos ainda a utilizam por apego ao conhecimento quase exotérico que a prática da medicina obstétrica oferece, mesmo se este tem o condão de causar danos físicos ou estéticos às mulheres. A autonomia desta resume-se comumente na informação e não sobre um diálogo esclarecido sobre as especificidades do seu processo de parturição.

A partir da análise feita até aqui, é possível dizer inclusive que a episiotomia, ao menos na forma rotineira que tem sido aplicado na obstetrícia brasileira, pode ser considerada lesão genital iatrogênica no parto, agravo sexual iatrogênico ou ferimento iatrogênico no parto (DINIZ, 2004), significando um verdadeiro abuso dos direitos humanos das mulheres.

Isto evidencia os alertas de Illich (1975, p.23) em relação a medicalização e sobre a iatrogênese. A episiotomia, como forma invasiva de gestão da parturição, está

efetivamente adoecendo as mulheres, causando danos à saúde e a integridade física das mesmas, sem contar que desconsidera a sua autonomia quando feita sem a devida informação esclarecida, o que demonstra uma clara violação de direitos e uma violência contra as gestantes.

3.2.3 AS CIRURGIAS CESARIANAS

No contexto dos procedimentos que perpassam a problemática da violência obstétrica, diversas pesquisas realizadas no Brasil indicam a existência de um claro excesso na prática das cirurgias cesárias no país. A última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) indica que 54,7% das gestantes tiveram partos por meio de cirurgias cesarianas (BRASIL, 2015, p.44).

Os percentuais mais elevados estão na Região Sudeste com 62,6%, seguida pela Região Sul com 61,7%, Região Centro-Oeste com 57,6%, Região Nordeste com 45% e finalmente a Região Norte com 40,2%, lembrando que a Organização Mundial da Saúde recomenda uma taxa não superior a 15%.

Os maiores números de partos normais no Brasil estão entre as mulheres sem instrução ou com fundamental incompleto (65,3%). Das mulheres que fizeram parto cesáreo, 53,5% tiveram o parto marcado com antecedência, ainda no período pré-natal, fato este que não se coaduna com a excepcionalidade que deveria cercar o procedimento.

No que se refere aos altos índices de cesarianas, além das recomendações eminentemente técnicas, percebe-se uma série de explicações socioculturais. Marcelo Zugaib, professor titular do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sua obra “Obstetrícia” elenca alguns deles.

Primeiramente que existe um claro despreparo dos profissionais para realização do parto por via baixa, ou seja, pela via vaginal. No modelo de formação atual, nas

faculdades de medicina, a ênfase é dada a procedimentos em que se usa a tecnologia em detrimento da sensibilidade, da arte e da intuição na obstetrícia. Existe uma desumanização da assistência. (ZUGAIB, 2012, p.4)

Além disso, muitas vezes a remuneração para a realização do parto vaginal é o mesmo que a da cesárea é idêntico ou equiparado, tanto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como pelos planos de saúde, o que incentiva a comodidade dos médicos no sentido da realização de cesárias. (ZUGAIB, 2012, p.4)

Zugaib (2012, P.4) coloca ainda o uso excessivo da tecnologia, como o caso da cesárea, é aliada ao temo de processos judiciais. A adoção de intervenções inoportunas, inadequadas ou desnecessárias, com frequência mal avaliadas, favorece a existência do erro de diagnóstico.

Ademais, existe também uma disponibilidade limitada no Brasil da analgesia durante o trabalho de parto, em que o medo da dor afasta inúmeras mulheres da opção pelo parto normal e induz as mulheres à solicitação pela operação cesariana. (ZUGAIB, 2012, p.4)

Finalmente o autor destaca os seguintes contextos: a escolha da cesariana pela existência de cesárias prévias; a conveniência do obstetra que escolhe a cesárea por sua comodidade, pela facilidade da execução ou menores riscos - sem ouvir a opinião da parturiente; por opção da mulher de acordo com suas crenças pessoais; as cesárias para a realização de laqueadura tubária; ou por gestação múltipla. (ZUGAIB, 2012, p.4)

O Brasil vive uma situação de verdadeira “epidemia” no que tange a prática de cirurgias cesárias. Comumente este tipo de procedimento também é feito até mesmo por dissuasão ou coação, o que representa uma direta violação dos direitos reprodutivos das mulheres por parte dos profissionais médicos ou por indicação médica, por motivos de condições de saúde da paciente ou do bebê.

No entanto, estudos como os de Souza (2010, p. 505) buscam desmistificar as indicações científicas que frequentemente são utilizadas para fundamentar a escolha

dos médicos pela cesárea. A partir da revisão da literatura médica, argumenta que em diversas condições de saúde²¹ como diabetes ou pré-eclâmpsia não existe a obrigatoriedade pelo uso de cirurgias cesárias. O parto normal deveria ser preferido na maioria dos casos, exceto em situações especiais que devem ser julgados pelo médico obstetra. Este quadro demonstra que apenas um número bastante reduzido de casos requereria realmente a utilização do procedimento, ao contrário do que demonstra grande parte da prática e do discurso médico.

Nos casos de cesarianas eletivas, ou seja, escolhidas por parte das pacientes, Souza (2010, p. 506) diz é obrigação do médico auxiliá-las no processo de decisão, que deverá ser feita de forma criteriosa e discutida extensivamente com a paciente. É essencial que sejam providas informações com base em evidências para as gestantes levando em consideração a sua cultura e língua, ou até mesmo situação de deficiência ou dificuldade de aprendizado. Isso iria aproximar as pacientes leigas do discurso médico e fundamentar uma decisão baseada e esclarecida.

Este direito à informação esclarecida é inclusive estabelecido no Código de Ética Médica, do Conselho Nacional de Medicina, onde se coloca que é vedado ao médico “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal”. (artigo 34)

Estudos recentes demonstram ainda que o uso rotineiro da cesárea está causando danos iatrogênicos às mulheres e aos fetos, ou seja, consequências indesejadas em decorrência do procedimento. Tita *et al* (2009) mostra que é corrente na medicina obstétrica a prática da cesariana antes do período gestacional recomendado.

Dentre as mulheres que participaram da pesquisa, 6,3% sofreram o procedimento na trigésima sexta semana de gestação, 29,5% na trigésima oitava semana de gestação, 49,1% na trigésima nona semana e somente 15% na quadragésima

²¹As condições de saúde estudadas na pesquisa de Souza (2010) envolveram: doença cardiovascular diabetes, pré-eclâmpsia, câncer ovariano e cervical, gestação após transplante hepático, oligohidrânio, rotura prematura das membranas, circular de cordão, gestação prolongada, malformações congênitas, macrossomia fetal, fetos prematuros em apresentação cefálica ou pélvica, pequenos para idade gestacional, baixo peso ao nascer e envelhecimento placentário precoce. Estes casos são considerados pela obstetria como fatores de alto risco para o parto normal.

semana ou posteriormente. O estudo demonstrou que as crianças nascidas antes da trigésima nona semana de gestação sofrem maior risco de problemas neonatais respiratórios, que progressivamente aumentam de acordo com o declínio da época de nascimento²².

Ademais, pesquisas como a de Villar *et al* (2006, p.1918) indicam ainda que os altos índices de cesarianas podem ser associados com o aumento da necessidade de tratamentos antibióticos no pós-parto, morbidez materna grave e mortalidade, aumento dos maiores índices de prematuridade, mortalidade fetal e maior número de recém-nascidos internados em cuidados intensivos durante 7 dias ou mais. Isto demonstra que a epidemia deste tipo de procedimento indica um problema de saúde pública que merece ser analisada e discutida devidamente.

Conforme a Organização Mundial da Saúde, é essencial que se realize programas institucionais no hospitais e maternidades que visem reduzir a taxa de cesariana primária e as taxas de indução de parto precoce, particularmente por razões não-médicas, como parte de um esforço crescente para prolongar a gravidez, promover pós-partos saudáveis e reverter a tendência crescente de partos prematuros. Tais políticas são especialmente necessárias em regiões onde as taxas de cesáreas, particularmente as eletivas, sejam elevadas ou crescentes como ocorre no Brasil, na América Latina. (MARCH OF DIMES, 2012, p.52).²³

Importante criticar ainda a prática da cesárea por conveniência ou comodidade do obstetra. Um exemplo disso é que em diversos hospitais existe uma forma de “etiqueta” médica praticada frequentemente, tanto na rede pública quanto na rede privada, que é conhecida como “limpar a área”. Ela consiste em realizar, ao final dos plantões, cesáreas nas mulheres que estão ainda em trabalho do parto ou acelerar artificialmente o seu parto. Isso serve para que o plantonista seguinte possa descansar ao chegar e se encarregue somente das gestantes que forem internadas em seu plantão. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.114)

²² Outras complicações das cesarianas precoces envolvem ainda para os recém-nascidos riscos de morte, desfechos respiratórios adversos (síndrome do desconforto respiratório ou taquipnéia transitória do recém-nascido), hipoglicemia, sepsis neonatal, convulsões, enterocolite necrosante, encefalopatia hipóxico-isquêmica, ressuscitação cardiopulmonar e necessidade de suporte ventilatório dentro do período de 24 horas após o nascimento (TITA *et al*, 2009).

²³ Sobre os obstetras e a preferência por cesarianas no Brasil Cf. HOPKINS (2000).

Sobre “limpar a área”, Hotimsky (2007, p.307) argumenta que os médicos que não aderem a este modelo de atuação são taxados pelos colegas como profissionais que não querem trabalhar e que sobrecarregam os demais. No entanto, vários dos que não participam desta “etiqueta” simplesmente não querem “medicalizar” casos, quer dizer, atuar de forma clínica ou cirúrgica quando julgam que não há indicações médicas que justifiquem estas intervenções consideradas desnecessárias ou precipitadas. No entanto, sofrem pressões para se conformarem aos padrões por parte de colegas obstetras, de anestesistas e residentes, especialmente nos plantões noturnos.

Portanto, o que se pode afirmar é que os números de cesarianas representam um problema de saúde pública, bem como uma demonstração de violência obstétrica e precisa ser repensado. A questão também foi colocada como objeto de pesquisa no trabalho de campo, conforme demonstra a tabela 1.

Tabela 1: Partos realizados na instituição
(01/08/2014 – 01/08/2015)

| PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
|-------------------------|-------------------|
| Parto normal SUS | 2,001 |
| Parto cesariano SUS | 1,949 |
| Cesarianas: convênios | 762 |
| Parto normal: convênios | 229 |

Fonte: Documentos cedidos pela administração da instituição.

Existe uma grande incidência de cirurgias cesarianas na instituição. Dentre os partos realizados pelo Sistema Único de Saúde, as cesarianas representam 49% do total, enquanto os partos normais representam 51%, índice maior do que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde²⁴. Na rede privada, representada pelos convênios com planos de saúde, os partos por cirurgia cesariana representaram 76% do total, enquanto os partos normais apenas 23%. Estes dados se coadunam com as pesquisas sobre os altos índices do procedimento no Brasil.

²⁴ A OMS, na Declaração de Fortaleza (1985), coloca que os países com as mais baixas taxas de mortalidade perinatal no mundo têm índices de cesariana menor que 10%. Portanto, a organização defende que não há justificativa em qualquer região geográfica de ter mais de 10-15% de nascimentos por cesariana.

No entanto, mesmo que os números de cirurgias cesarianas da instituição estejam acima do recomendado pela OMS, existem tentativas de incentivo ao parto normal. Conforme colocado anteriormente, existem salas de pré-parto, parto e pós-parto, cujo objetivo é incentivar uma humanização da parturição, estrutura que dificilmente é encontrada em outros hospitais, inclusive privados da Grande Vitória.

[...] na maternidade da Unimed, eles estão lutando para isso aí, lutando para fazer parto normal, porque as maternidades não tem. Essa mesa que tem aqui, chamada PPP²⁵, pré-parto, parto e puerpério, são poucas as maternidades que tem isso. Você vai na maternidade Santa Úrsula, onde eu trabalho muito, é centro cirúrgico. A paciente quer ficar na posição que ela gosta, mas não tem direito. Não tem suporte para fazer isso. O único método de fazer analgesia não medicamentosa é o banho [...].

Ainda no contexto das entrevistas, uma questão que foi levantada pelos obstetras em relação aos índices de cesarianas liga-se com o fato de que a instituição somente atende casos de baixa complexidade, isto é, de pequeno e médio risco de complicações para a gestante ou para o bebê. Os casos de alto risco são levados para outras instituições do estado, como Hospital Estadual Sr. Jayme dos Santos Neves. Por esta característica, os índices de parto normais deveriam ser mais altos, pois não existem fatores de risco para os envolvidos. O médico 13, por exemplo, afirma:

[...] Nos hospitais que configuram maternidades de alto risco, aí a incidência de cesariana é maior porque aquelas doenças de base que podem comprometer risco para mãe e risco para o feto, quando tem doenças que configuram alto risco obstétrico, o índice de cesariana é muito alto. [...] Mas se você considerar um hospital de baixa complexidade, onde não se faz parto de alto risco, a incidência de cesariana segundo a Organização Mundial de Saúde não deveria passar de vinte por cento”.

No entanto, como foi visto, pesquisas mais recentes apontam que estas doenças de base não são mais justificativas para o alto índices de cesarianas. Os médicos, a partir desta visão, deveriam realizar um diagnóstico e acompanhamento mais

²⁵ O PPP é forma de assistência que atende às recomendações da Organização Mundial de Saúde no que tange a área física que fica destinada à assistência ao parto e oferece à parturiente e seu acompanhante um ambiente mais acolhedor e diferenciado daquele característico de uma unidade de internação hospitalar tradicional. Esta área permite o atendimento das necessidades de afeto, segurança, alimentação, eliminações fisiológicas, propiciando à mulher a sensação de maior segurança e domínio sobre o seu próprio processo de parturição. (PINTO *et al*, 2003, p.42)

cauteloso, buscando alternativas para o parto normal humanizado mesmo nestas condições.

Outra questão levantada por vários obstetras é a falta de um adequado processo de acompanhamento pré-natal, notadamente no Sistema Único de Saúde. Muitas mulheres não passam por uma preparação anterior ao momento do parto e pela cultura cesarianista existente no país acabam por optar pela cirurgia para evitarem a dor. O obstetra 1 destacou:

[...] Muita gente quer parto normal e aqui no SUS a gente até libera, até gosta de parto normal, é melhor, mais gostoso de ver, elas ganham sozinhas. Só que muitas delas, a grande maioria, não se prepara para o parto normal lá em cima, no pré-natal. [...] Não tem essa preparação para o parto normal [...]. A preparação mental de cada paciente que as vezes não se preparou para aquele parto normal, vai lá e faz uma cesárea. Então [...] esse respeito pela cesariana eu não vi em nenhum relato.

Por um lado, esta questão liga-se com uma falta de estrutura que comumente se encontra no Sistema Único de Saúde. A falta de um atendimento pré-natal apropriado, de condições ambulatoriais adequados para um bom tratamento obstétrico é uma questão que deve ser levada em consideração quando se analisa a problemática das cesarianas e da violência obstétrica.

Esta falta de acompanhamento pré-natal causa insegurança tanto à mulher, quanto ao obstetra. Por um lado, a gestante fica ainda mais vulnerável ao discurso médico e aos possíveis procedimentos invasivos ou violentos. Por outro lado, o médico, também atua de forma insegura, visto que não conhece o histórico da mulher.

Ademais, percebe-se também que a questão das cesarianas liga-se à necessidade de mudança cultural da classe profissional e depende fundamentalmente de uma reestruturação da educação médica, para que as metodologias humanizadas possam ser efetivadas e passadas aos estudantes. No entanto, nas entrevistas feitas na instituição, o que se verificou é que estas mudanças no ensino médico ainda estão ocorrendo em ritmo aquém das reais necessidades das mulheres.

A médica 3, recém-formada no curso de medicina, quando perguntada sobre o ensino da obstetrícia na faculdade, afirmou que diversos livros técnicos que são

passados aos alunos ainda recomendam a utilização das cirurgias cesarianas em situações não necessárias, conforme estudos mais recentes demonstram. Além disso, outros procedimentos como a episiotomia ainda são colocados por diversos autores como necessários em diversas situações que agora são afastadas pela literatura mais atualizada. Afirma a obstetra, ao comparar a cadeira de ginecologia e obstetrícia com a residência, que ainda existe uma tendência ao cesarianismo:

[...] Durante a graduação, já era uma outra formação. Eu fiz na Santa Casa, lá ainda eles estavam um pouquinho apegados ao livro, como o Zugaib, referencia em obstetrícia aqui no Brasil, ainda está lá ainda no livro. Se você pegar no ano passado a edição que saiu novinha, e comprei, ainda fala para fazer. [...]

Sendo assim, percebe que o ideário cesarianista ainda faz parte do ação pedagógica realizada nas faculdades de medicina, mesmo com os recentes movimentos pela humanização do parto e incentivo do governo para que se aumentem os índices de partos normais vaginais. Conforme coloca Bourdieu e Passeron (1992, p.44), esta ação pedagógica é internalizada como um *habitus* dentro dos princípios de um arbitrário cultural da profissão.

Este direcionamento ainda presente na educação médica permite identificar também a “produção dos produtores” denunciado por Larson (1977, p.47), visto que a forma como os novos profissionais na área da obstetrícia são educados e inseridos no mercado de trabalho influencia diretamente a produção de capital e privilégio profissional.

A obstetra 3 afirma ainda que em seu período de graduação “não tinha muito parto” e que o interesse pelo parto normal depende muito do interesse pessoal do próprio aluno. “A gente vai muito atrás, eu já queria obstetrícia, quem não quer passa e vê muito pouco”, afirma a médica. A médica 6 adverte a mesma situação:

[...] Você vê até aqui a situação da formação como que está ruim. Hoje o aluno não está mais aprendendo na faculdade, ele está aprendendo na residência. Quando sai, começa a clinicar mal e hoje em dia você tem esse quadro horroroso de maus profissionais, mal preparados, mal de tudo, desmotivados e que vão fazer medicina aí na rua. [...]

Percebe-se que este aspecto da violência obstétrica já se inicia no processo de educação médica nas faculdades. Muitos alunos não estão aprendendo a clinicar na área de obstetrícia ou sendo treinados a realizar partos, mas somente aqueles que escolhem a especialidade como residência e buscam esse conhecimento específico. A consequência é a formação de um profissional que reproduz o ideário cesarianista e resistente às formas de humanização da parturição.

Percebe-se então que a inculcação deste *habitus* profissional de caráter cesarianista e intervencionista nos estudantes e médicos recém-formados, firmado na prática clínica, liga-se diretamente também a um projeto de mobilidade social coletiva (LARSON,1977, p.72) em que as identidades dos indivíduos acabam por subsumir-se à identidade coletiva da classe profissional, para que possam fazer parte do prestígio organizacional que esta identidade proporciona. Aqueles que não se adequam à lógica do campo perdem prestígio e conseqüentemente *status* no sistema de estratificação profissional.

Isto mostra que o parto normal não faz parte do *habitus* dominante na carreira da obstetrícia, isto é, não é inserido no sistema dominante de percepção, apreciação e ação adquiridos com tempo e que permitem agir e perceber com naturalidade um universo social específico. (2002, p.68-69). Os obstetras, considerados individualmente, são coletivizados pela cultura cesarianista. A classe médica, enquanto coletivo, incorpora este mesmo ideal e o reproduz a partir da socialização, primeiramente nas faculdades de medicina, nas residências e posteriormente na prática clínica.

Outro aspecto verificado nas entrevistas foi a questão da mercantilização do tempo. Alguns obstetras marcaram a diferenciação de tratamento que é feita entre a rede pública e a rede privada de saúde, onde nesta última a paciente efetivamente compra um bem, ou seja, o tempo de trabalho do médico obstetra e merece por conseguinte receber a contrapartida que seria a realização da cirurgia cesariana. O médico 1 coloca essa questão de maneira bem clara:

[...] SUS é uma coisa e particular e convenio é outra. Paciente de convenio entende que ela está pagando, ela está comprando o trabalho medico. Se ela está comprando o produto ela tem o direito de escolher o produto que

ela vai levar. O produto nesse caso é “não quero sentir dor e quero cesariana”. Ela não está comprando o produto? Dentro dessa lei que rege o mercado, se eu pago o produto eu escolho o produto que eu quero levar. Ponto final. [...] A Organização Mundial de Saúde, Secretario de Saúde, Ministro de Saúde, tem direito de obrigar a paciente a ter parto normal? Não tem esse direito.

A consideração de Jean Baudrillard (1995, p.164) de que na sociedade contemporânea “tempo é dinheiro” realmente se aplica na realidade médica e no atendimento obstétrico. As mulheres que tem as condições de arcar com os custos de um plano de saúde tem a autonomia de escolher o procedimento que desejam, enquanto as pacientes da rede pública não tem o mesmo tratamento.

No entanto, ambas são vítimas de violência obstétrica, seja pela falta de autodeterminação em relação processos naturais de parturição, pela cultura do cesarianismo que cria diversos riscos à saúde da mulher ou até mesmo violências físicas e estéticas como é o caso da episiotomia sem recomendação. Essa visão de que a violência obstétrica é uma questão complexa e que deve perpassar por uma mudança de todos os envolvidos no atendimento como é colocado pela médica 3:

[...] Eu acho que isso tem que mudar na sociedade em geral, não é somente o médico que tem que mudar. Hoje em dia a mulher tem medo da dor, não é trabalhada no pré-natal para o parto normal, não tem ninguém que teve parto normal perto dela, a grande maioria foi fazendo cesárea por comodismo do médico, por comodismo da paciente, pensa que não vai sentir dor, que é bom não sentir dor e vai se livrar da dor da cesárea, sendo que hoje em dia tem que assinar termo específico para fazer cesárea eletiva, avisando o risco de hemorragia, risco de infecção, todas as complicações que pode ter na cesariana e mesmo assim a pessoa escolhe porque a mãe fez cesárea, todo mundo fez cesárea. “Vai lá e faz rapidinho, não dá problema”. O dela não deu mas o seu pode dar. A estatística é menor, mas quando complica é complicação grave, de até perder o útero na primeira gestão. É uma questão social eu acredito, tem que ter uma mudança cultural. [...]

Percebe-se que o índice de cesárias sem indicação médica é realmente um problema que deve ser alvo de políticas públicas, visto que afeta diretamente a saúde das mulheres. As pacientes da rede pública não recebem um acompanhamento adequado no pré-natal e ficam dependentes de um sistema de saúde pública sucateado e ineficiente.

Por outro lado, as pacientes da rede privada, por terem condições de arcar com os custos, escolhem um procedimento que tem a capacidade de acarretar sérios riscos de complicação pós-parto, isto é, são vítimas do ideário de que a parturição natural é algo patológico, e por conseguinte desnecessário. Essa característica que parece ser geral no Brasil foi particularmente vislumbrado na cidade de Vitória, no hospital escolhido para a realização do trabalho.

Para que se humanize o atendimento obstétrico e se modifique o alarmante índice de cesarianas é necessário que se repense o parto, fato este ligado intrinsecamente com a relação entre mulher e a dor. Como visto anteriormente, o papel da obstetrícia nas primeiras décadas do século XX era a de ser a resgate das mulheres, que eram vistas como vítimas da sua própria natureza. O parto era colocado como um “desfiladeiro transpélvico” e a medicina deveria oferecer solidariedade solidária ao ofício feminino de partejar. (DINIZ, 2005, p.628)

No entanto, este “resgate” não humanizou a parturição, mas apenas retirou a autonomia da mulher da experiência em dar a luz e ocasionou uma série de novas violências no contexto do atendimento obstétrico. Portanto, novas as técnicas precisam ser melhor trabalhadas pelos médicos e pelos demais profissionais, conforme destaca o médico 12:

[...] Você pega uma paciente jovem de 15 anos de idade, totalmente despreparada, que aqui deve nascer pelo menos umas trinta, quarenta ou cinquenta, a maioria não tem noção nenhuma, preparação psicológica, não está preparada para isso, a dor é uma coisa as vezes muito insuportável para elas que não estão preparadas. [...] Essa paciente tem que ter direito a que? Na minha maneira de ver é a analgesia. Anestésiar ela, fazer um bloqueio e fazer uma analgesia para ela. Agora, tem que mudar o anestesista. Se não mudar a visão do anestesista, porque a analgesia você coloca um cateter e distribui a dose de anestésico, quando começa a sentir dor ela mesma aplica. Ela vai e aperta um botãozinho que tem um controle de anestésico que entra. Direito a caminhar, sentar no cavalinho, tomar banho, tudo isso aí. [...]

O mesmo defende Cunha (2010, p.601), quando afirma que hoje em dia dispõe-se de uma multiplicidade de métodos para aliviar a dor do parto, devendo o obstetra dominar as técnicas de anestesia local, estar informado dos aspectos emocionais envolvidos, trabalhar em equipe com o anestesista para aplicação de técnicas

não locais e também recorrer a procedimentos não convencionais, admitindo-se a participação de outros profissionais e acompanhantes. Logo, o auxílio à mulher no momento do parto deve ser colocado como prioridade, para que consiga administrar melhor a dor do parto.

3.2.4 SAÚDE PÚBLICA E O PAPEL DAS DOULAS E ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS

Uma questão importante que foi levantada nas entrevistas com os obstetras foi a situação do sistema de saúde pública no Brasil e a relação desta com a violência obstétrica. A unanimidade dos profissionais (13/13) afirmou que a falta de estrutura básica de trabalho no contexto do Sistema Único de Saúde afeta diretamente a qualidade do atendimento dado às pacientes em estado de parturição. A médica 6 coloca bem esta situação:

[...] Você tem uma superlotação, você tem um atendimento precário nas redes básicas de saúde. Você não tem um paciente acolhido e assistindo nas unidades de saúde. Muitas vezes esses pacientes saem de lá para vir procurar um atendimento aqui que é praticamente um local para se ganhar neném, então você tem uma sobrecarga de paciente ali na frente e você tem que fazer esse atendimento. Você tem pouco médico pra fazer esse atendimento, pouco tempo para esse médico. Esse médico ele precisa fazer o atendimento, precisa fazer os procedimentos, ele precisa fazer o atendimento das enfermarias, ele precisa fazer a evolução dessa enfermaria, e muitas vezes precisa sair da qualidade de médico pra resolver questões burocráticas. [...] Você tem paralelamente a isso um profissional que fica muitas vezes três, quatro meses sem receber. Eu que faço vinte e quatro horas de plantão na quarta feira, você imagina o pico de adrenalina, o cansaço, o desgaste, a má-valorização. [...]

Quando perguntado sobre a estrutura técnica do sistema de saúde pública, o médico 8 argumenta que em termos de atendimento neonatal, a instituição possui a melhor estrutura da região, embora também sofra por falta de investimento adequado por parte da administração pública. No entanto, destacou que de uma maneira geral, as condições de atendimento são péssimas, com falta de matérias básicos para um bom exercício da medicina:

[...] A maternidade [...] é um das que tem melhor estrutura da Grande Vitória. Pelo SUS é disparado. Aqui só precisava de leito de UTI materna, pelo menos uns dois leitos. Como é inviável pelo ponto de vista financeiro, eu sei como é difícil. Mas no geral, é péssimo. [...]

Outra questão destacada pelos médicos no trabalho de campo é a superlotação, causada segundo eles também por uma falta de planejamento governamental na gestão do atendimento obstétrico no Estado do Espírito Santo. Grande parte das pacientes atendidas na instituição advém de Municípios como Cariacica e Serra, conforme mostra a tabela 2, que por motivos de não encontrarem um atendimento adequado nestes locais, se dirigem à instituição.

Tabela 2: Partos realizados na instituição por município de residência da parturiente

| PARTOS CESARIANOS POR MUNICÍPIO | TOTAL |
|--|--------------|
| Aracruz | 1 |
| Cariacica | 414 |
| Colatina | 1 |
| Fundão | 1 |
| Guarapari | 11 |
| Linhares | 1 |
| Pé de Serra | 1 |
| Santa Leopoldina | 4 |
| Santa Maria de Jetibá | 2 |
| Serra | 647 |
| Viana | 98 |
| Vila Velha | 161 |
| Vitória | 607 |
| TOTAL GERAL | 1949 |
| PARTO NORMAL POR MUNICÍPIO | TOTAL |
| Cariacica | 328 |
| Fundão | 5 |
| Guarapari | 1 |
| Irupi | 1 |
| Santa Leopoldina | 8 |
| Serra | 676 |
| Viana | 67 |
| Vila Velha | 138 |
| Vitória | 777 |
| Geral | 2001 |

Fonte: Documentos cedidos pela administração da instituição.

Isto também ficou identificado nas falas da médica 6: “A gente acaba pegando muita paciente de outros municípios. A nossa amostra é contaminada, não é única e exclusivamente de Vitória, é da Grande Vitória; [...] acabamos sendo um refúgio dessas pacientes”. Isto demonstra que existe uma má distribuição da saúde pública, o que faz com que os hospitais fiquem quase sempre superlotados e a qualidade do atendimento diminua.

Destaca-se que a população destes municípios periféricos à capital representa um estrato socioeconômico mais baixo no contexto da Grande Vitória, fato este que influencia no perfil das pacientes que são atendidas pela instituição. O fato da instituição de ser uma instituição filantrópica e atender grande parte das pacientes pelo Sistema Único de Saúde também demonstra este corte de classe, o que problematiza ainda mais a ocorrência de violência obstétrica e violações de direitos reprodutivos.

Zadoroznyj (1999, p.284) destaca que as mulheres de classe média ou alta possuem um *habitus*, reforçado diariamente, marcadamente diferente das classes baixas e trabalhadoras. As mulheres de classes mais altas tem consciência que detêm mais controle sobre a condução de sua gestação, mesmo que a sua escolha seja por um modelo tecnocrático de parturição como é a cesárea.

No entanto, para as mulheres das classes baixas, esta possibilidade de escolha simplesmente não se faz presente, seja pelo desconhecimento das diferentes formas de condução do parto, técnicas, procedimentos analgésicos ou presença de doulas, seja pela situação de passividade em relação ao conhecimento dos profissionais médicos. A consciência delas mesmas como indivíduos com autonomia pouco se relaciona com conhecimento, mas com a confiança nos *experts* (ZADOROZNYJ, 1999, p.284), quer dizer, os obstetras.

Visto que vários médicos denunciaram uma situação de precariedade no atendimento do sistema público de saúde, bem como falta de mão de obra qualificada para assistir de maneira digna as mulheres em estado de parturição, ainda foi indagado aos obstetras da instituição a percepção dos mesmos a respeito da reinserção de outros sujeitos no processo de atendimento obstétrico, como

doulas²⁶ e enfermeiras obstétricas. O objetivo foi captar a forma em que os profissionais viam a presença de possíveis concorrentes na área da saúde.

Doula é uma palavra de origem grega que significa "mulher que serve a outra mulher". Atualmente, são mulheres que dão suporte físico e emocional às parturientes durante e após o parto. Esse suporte aborda aspectos emocionais como encorajar, tranquilizar e estimular; medidas de conforto, assim como prestar orientações para a parturiente. (SANTOS; NUNES, 2009, p.583).

De uma maneira geral, a opinião dos médicos dividiu-se bastante sobre o assunto, onde 7 dos 13 obstetras mostraram-se favoráveis à reinserção dos profissionais paramédicos. No entanto, novamente percebeu-se uma diferenciação geracional entre as opiniões. De uma maneira geral, os médicos mais antigos na profissão (5/13) demonstraram mais resistência à presença destes profissionais nas salas de parto.

Ao tratar especificamente da presença das enfermeiras obstétricas, o médico 13 destaca a existência de uma concorrência entre as profissões e a pretensa superioridade técnica da medicina sobre a enfermagem:

[...] O governo cria mecanismos de baixar custos. O próprio governo cria a presença da enfermeira obstetriz. A enfermeira obstetriz pode fazer parto normal. Ela ganha um valor, menor que parto normal feito pelo obstetra. Mas ele está estimulando uma concorrência entre enfermeira obstetriz e o obstetra. Eles tem a mesma formação? Não. Quantos anos tem um curso de enfermagem, quantos anos tem um curso de medicina. Qual o nível de formação do profissional em enfermagem, qual o nível de formação do profissional em medicina? Como que é a formação especializada em obstetriz e como é formação especializada em obstetra? É a mesma coisa? É completamente diferente. O grande problema é: colocar doulas para dar assistência psicológica para a mulher? Não faz diferença. A doula não interfere no ato medico, ela coloca a mulher na bola, ela passa a mão na cabeça da mulher [...] não ajuda muito isso aí, mas mal não faz. [...]

Para este médico, faltam a estes profissionais o conhecimento teórico necessário para realizar um atendimento obstétrico satisfatório, sem comprometer a segurança

²⁶ Importante ressaltar projetos como o "Doula Comunitária", realizado pela Associação Comunitária de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman, em Minas Gerais. O programa tem como uma de suas finalidades o melhoramento do atendimento e dos serviços prestados pelo hospital e a representação dos interesses dos usuários perante a direção da instituição. O projeto possibilita a participação ativa da comunidade no controle social e na assistência prestada às parturientes e puérperas. O HSF é uma instituição filantrópica, conveniada com o SUS, prestadora de assistência primária e secundária à saúde da criança, adolescente e da mulher. (LEÃO; BASTOS, 2001, p.92-93)

da parturiente ou do feto. No entanto, ao mesmo tempo que criticam a baixa qualidade do atendimento realizado pela saúde pública no Brasil, cujos principais afetados são os pacientes, esta parcela dos obstetras se mostrou ameaçada com a inserção destes profissionais que poderiam exercer valiosas contribuições, inclusive a presença das doulas nas salas de parto auxiliando na humanização e no conforto da parturiente.

A luta pelo monopólio do mercado da saúde ficou notadamente marcado neste contexto, onde os médicos buscam manter a escassez dos recursos do mercado, no caso o conhecimento e habilidades especializadas, em troca de recompensas sociais e econômicas. A manutenção da escassez implica na tendência ao monopólio da *expertise* e no monopólio de *status* no sistema de estratificação (LARSON, 1977, p.17) em que as enfermeiras obstétricas e as doulas estariam em lugar subalterno. O médico 1 opinou o seguinte sobre as profissões paramédicas na obstetrícia:

[...] As doulas, muita gente vê a necessidade de doulas. Para fazer o que? Massagem na paciente? Orientar a paciente a ter essa ou aquela postura? Isso o médico pode fazer. Estar presente permanentemente vinte e quatro horas na beira da paciente, eu sinceramente não vejo tanta necessidade disso. [...] Desculpa, isso é palhaçada. Você quer transformar o trabalho de parto em si num ato belo e formoso como nos países de primeiro mundo quando o pré-natal, desculpa a expressão, é uma merda. Enfermeira, pode fazer parto? Segundo as normas agora, pode. Eu pergunto o seguinte: qual a capacidade da enfermeira de antever um problema e se antecipar a ele resolver por outra via? E essa outra via ela tem capacidade de resolver? Não tem. Então se a enfermeira acompanha e o médico tem que estar perto, a pergunta é: para que precisa de enfermeira? Se for parto absolutamente natural, não precisa de enfermeira, ele nasce na cama entendeu, mas se é um parto que tem momentos que você vê que vai complicar, você se antecipa, mas esse afã de querer que tudo seja normal, tudo natural, tudo como se fosse um espetáculo. [...]

Embora o obstetra tenha dito que os cuidados com a humanização da parturiente podem ser feitos pelos próprios médicos, sem a necessidade da presença de doulas ou enfermeiras obstétricas, a realidade é que comumente os médicos não realizam esta função. Não porque são inaptos a fazê-lo, mas porque estes cuidados não fazem parte do *habitus* dominante da medicina obstétrica.

Starr (1982, p.22) coloca que a medicina, para estabelecer o seu projeto de mobilidade social coletiva, transformou a profissão do ambiente familiar para o

mercado, bem como envolveu uma maior especialização do trabalho, maior distanciamento emocional entre os pacientes e os responsáveis por seu tratamento, quer dizer, os próprios médicos. Portanto, estes cuidados de humanização com o paciente, que são particularmente importantes no momento da parturição, foram deslocados para outras profissões como a enfermagem.

Sobre o sistema de estratificação interprofissional na área da saúde, Freidson (1970, p.118) coloca que os profissionais paramédicos, notadamente os enfermeiros, encontram-se presos entre duas autoridades diferentes, a administrativa e a médica. Enquanto são sujeitos de seu próprio supervisor hierárquico, na figura dos enfermeiros-chefes, eles também são sujeitos às ordens dos médicos em virtude do conhecimento superior e responsabilidade destes. Os médicos, mesmo que não sejam burocraticamente superiores, possuem autoridade sobre estes profissionais.

Por outro lado, importante destacar que parte dos obstetras (5/13) expressaram que estes profissionais tem sua importância no contexto da parturição, no cuidado com a paciente e na efetivação da humanização do parto, considerando as doulas e enfermeiras obstétricas como parceiros de atendimento e que merecem melhor remuneração, participação e treinamento. A médica 6 disse:

[...] Eu acho que uma boa equipe bem treinada e bem sincronizada não existe melhor grupo para se trabalhar. Só que o acontece hoje, quem pode ter doula é quem pode pagar. No SUS você não tem uma doula, no SUS você não tem uma enfermeira obstétrica. Eu trabalho aqui num bocado de maternidade, eu não tenho uma enfermeira obstétrica que assuma fazer um parto. Então antes de eu falar que não acho correto, eu pelo menos deveria ter a oportunidade de tomar parceria com eles e no contexto geral nós não temos nem esses profissionais para poder falar com você que é de acordo ou não, pelo contrario, eu acho muito bem vindo. [...]

No entanto, entre os médicos que se mostraram favoráveis à atuação das doulas e enfermeiras obstétricas, alguns (3/7) demonstraram a visão de hierarquia entre as profissões no contexto da parturição. Elas ajudantes, figuras secundárias, enquanto os médicos seriam os protagonistas com papel de supervisão e gestão. Esta proposição demonstra-se claramente na fala do médico 8:

[...] Não pode confundir, o papel da enfermeiras é um, das doulas é outro. Elas mesmas brigam entre elas, sobre o papel delas ali. O papel do médico outro. Na verdade quem responde juridicamente é o médico, então ele tem

que ter uma visão de supervisão de tudo. Ele vai ter que supervisionar a doula, vai dar mais trabalho para o médico, supervisionar o ser humano dá muito trabalho. Para ele responder por todo mundo ele vai ter que vigiar todo mundo. [...]

Para este médico é essencial que estes profissionais, notadamente as enfermeiras obstétricas, sejam inseridas não de forma subordinada, mas como parceiras no atendimento obstétrico. Isto é importante para romper com o domínio dos médicos no campo da saúde e para a implantação de práticas obstétricas humanizadas. Porém isto depende da implantação de estratégias de luta profissional que não criem uma diferenciação simbólica baseada na subordinação cognitiva, o que apenas reproduz o *habitus* estratificado do campo. (PROGIATI; PORFÍRIO, 2012, p. 450)

Por conseguinte, destaca-se a fala do obstetra 1: “parto para nós deve ser feito em regime hospitalar, por médico, em ambiente de centro cirúrgico”. Esta colocação insere-se nas análises feitas anteriormente em relação à obstetrícia. O contexto da parturição foi efetivamente hospitalizado e medicalizado, onde o médico controla o mercado da saúde pelo fato de possuir conhecimento especializado, técnico e pretensamente indispensável para a realização de um tratamento adequado.

Logo, além de reconhecer a existência deste contexto de monopólio profissional e de violência obstétrica, é importante que se garanta às parturientes respeito aos seus direitos reprodutivos. Mattar (2013, p.77) coloca que o Estado brasileiro, ao não respeitar, proteger e implementar os direitos humanos e fundamentais das mulheres, que comportariam direitos reprodutivos, as discrimina, limitando sua autodeterminação e liberdade reprodutivas, perpetuando a desigualdade de gênero.

É essencial que se reconheça a importância da mulher decidir livremente e de forma responsável sobre a oportunidade de ter filhos, sobre o número de filhos e o espaçamento entre eles, bem como ter as informações necessárias e os meios para assim o proceder. O direito à informação esclarecida, uma educação sexual adequada e acesso a métodos contraceptivos são elementos essenciais para que as mulheres possam ter um papel ativo no planejamento familiar. (MATTAR, 2013, p.65).

Ao identificar que a medicina reproduz um cenário de violência obstétrica nas suas diversas formas, seja na presença de danos iatrogênicos ou na falta de sensibilidade do tratamento de saúde, percebe-se que a parturição necessita de sérias mudanças, que devem passar pela melhor gestão dos recursos públicos de saúde, treinamento e inserção dos novos profissionais obstétricos e pelo resgate da autodeterminação da mulher no seu próprio contexto de gestação e parturição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É razoável considerar que dentre as diversas formas de expressão da harmonia e associação entre o ser humano e a natureza, o processo de parturição é um dos mais sublimes. O ato de parir, quando respeitada a individualidade e a autodeterminação da mulher, representa um momento de satisfação e contento que poderá ser lembrada de maneira edificadora em sua vida, uma referência afetiva inesquecível. No entanto, esta realidade não ocorre para grande parte das gestantes que buscam atendimento nas instituições de saúde no Brasil.

Como visto no presente trabalho, inúmeras mulheres sofrem violações à sua dignidade, sua integridade física, moral e psicológica no contexto da parturição. Sofrem coações, ameaças, chacotas, bem como são submetidas a procedimentos e intervenções desnecessárias e que podem ocasionar danos irreversíveis. Este é o contexto da violência obstétrica.

Esta forma de violência de gênero relaciona-se intrinsecamente com a forma em que o campo da saúde se estrutura, notadamente a posição que os médicos ocupam. A medicina, ao monopolizar o controle sobre a *expertise* profissional, isto é, o conhecimento técnico especializado no que tange a formação e jurisdição acerca da racionalidade cognitiva na área da saúde, adquiriu *status*, prestígio e privilégios econômicas significativas. Ao mesmo tempo, este monopólio significou a redução da autonomia de outras ocupações e do próprio paciente no contexto do atendimento médico, consideração esta essencial para que se entenda a violência obstétrica.

Ademais, as desigualdades presentes no campo da medicina sofrem influencia de uma ação pedagógica que tem o condão de inculcar o *habitus* nos estudantes e naturalizar a reprodução de uma série de violências. Na obstetrícia esta naturalização se mostra então na forma em que o atendimento da mulher é feito, objetificando seu corpo como parte do saber médico.

Quando levada em consideração a relação da associação da medicina com o mercado, estas questões mostram-se ainda com contornos ainda mais insidiosos. A

busca pelo monopólio por parte das profissões médicas e pela manutenção da escassez da oferta de serviços no mercado da saúde restringe o caráter humanizador da profissão, representada por exemplo pela mercantilização do tempo de trabalho.

Além disso, a autoridade cultural médica colocada como prática de violência simbólica, isto é, como maneira de estabelecer domínio sobre as demais profissões na área da saúde e sobre os pacientes, bem como a problemática da medicalização social são contornos para que se entenda a violência obstétrica. A perda de autonomia sobre o próprio corpo e em relação aos processos naturais, característica de uma iatrogenia social, mostra os contextos nos quais as situações de violência se desenvolvem no atendimento obstétrico.

As parturientes rotineiramente são expostas a um tratamento caracterizadamente degradante, expostas a violências de caráter físico, psicológico, sexual, material, institucional, midiático, conforme visto no trabalho. Procedimentos potencialmente prejudiciais como a episiotomia e as cesárias de rotina fazem parte do cotidiano do campo da obstetrícia e estão naturalizados na prática e no discurso médico.

A violência obstétrica, portanto, é uma violação de direitos humanos e é essencial que se estabeleça melhores garantias jurídicas e políticas públicas para a proteção dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres em estado de gestação, pré-parto, parto e puerpério, para que efetivamente se realize um resgate da autonomia feminina e uma humanização da parturição no Brasil.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, Andrew Delano. **The system of professions**. Chicago: University of Chicago Press, 1988.

ARENDT, Hannah. **Crisis of the republic**. New York / London: Harcourt Brace Jovanovich, 1972.

BARRETO, Maria Renilda Nery. Pro Matre: arquivo e fontes para a história da maternidade no Rio de Janeiro. **Revista História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro. v.18, supl.1, p.295-301,dez. 2011.

BAUDRILLARD, Jean. **A sociedade de consumo**. Rio de Janeiro: Elfos; Lisboa: Edições 70, 1995.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 11.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

_____. **Escritos de educação**. 9.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

_____. **Homo Academicus**. California: Standford University Press, 1988.

BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean Claude. **A reprodução**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

BUGLIONE, Samantha. O aborto voluntário e seu eterno desconforto: um debate sobre o alcance das democracias laicas. In: FERRAZ, Carolina Valença *et al* (Coord.) **Manual dos direitos da mulher**. São Paulo: Saraiva, 2013.

BUSANELLO, Josefina *et al*. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico. **Rev Bras Enferm**. Brasília 2011 set-out; 64(5): 824-32.

BRASIL. **Decreto nº 828, de 29 de Setembro de 1851**. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23 out. 2015.

_____. **Decreto 847 de 11 de outubro de 1890**. Código Penal. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23 out. 2015.

_____. **Lei de 3 de Outubro de 1832**. Disponível em: <www2.camara.leg.br>. Acesso em: 23 out. 2015.

_____. **Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Disponível em: <www2.camara.leg.br>. Acesso em: 17 jan. 2016.

_____. **Código de Defesa do Consumidor.** Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 17 jan. 2016.

_____. **Decreto nº 1.387, de 28 de Abril de 1854.** Disponível em: <www2.camara.leg.br>. Acesso em: 23 out. 2015.

_____. **Decreto nº 7.247 de 19 de abril de 1879.** Disponível em: <www2.camara.leg.br>. Acesso em: 23 out. 2015.

_____. **Decreto nº 11.530 de 18 de Março de 1915.** Disponível em: <www2.camara.leg.br>. Acesso em: 23 out. 2015.

_____. **Lei 11.108 de 07 de abril de 2005.** Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23 out. 2015.

_____. **Carta Régia de 5 de novembro de 1808.** Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23 out. 2015.

_____. **Decreto de 05 de novembro de 1808.** Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2.418 de 02 de dezembro de 2005.** Disponível em: <www.bvsms.saude.gov.br/>. Acesso em: 23 de out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução 36 de 25 de julho de 2013.** Disponível em: <www.bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 23 de out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher** - Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Brasília. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 17 jan. 2016.

_____. **Projeto de lei 7633 de 2014.** Disponível em: <www.camara.gov.br>. Acesso em: 23 de out. 2015.

_____. Agência Nacional de Saúde. **Resolução 338**. Disponível em:<<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 23 de out. 2015.

_____. Agência Nacional de Saúde. **Resolução 368**. Disponível em:<<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 23 de out. 2015.

_____. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

_____. **Código Civil Brasileiro**. Lei 10.406/2002. Vade mecum. Saraiva. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

BENTO, Paulo Alexandre de Souza São; SANTOS, Rosangela da Silva. A realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. Escola Anna Nery: **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, n.3, vol.10, p. 552-9, mar, 2006.

CARVALHO, Cláudio Viveiros de. **A situação das Santas Casas de Misericórdia**. Consultoria Legislativa. Câmara dos Deputados. Disponível em: <www2.camara.leg.br>. Acesso em: 12 set. 2005.

CALAINHO, Daniela Buono. Jesuítas e medicina no Brasil colonial. **Revista do Departamento de História da UFF**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 19, p. 61-75, 2005.

CALDEIRA, Tereza Pires do Rio. Cidade de muros: crime, segregação e cidadania em São Paulo. 34.ed. São Paulo: Edusp. 2000.

CARVALHO, Cynthia Coelho; SOUZA, Alex Sandro Rolland; MORAES FILHO, Olímpio Barbosa. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Revista Femina**, vol.38, n.5, p. 265-270, maio 2010.

CLEARLY-GOLDMAN, Jane; ROBINSON, Julian. The Role of Episiotomy in Current Obstetric Practice. **Seminars in Perinatology**, v. 27, n 1, p.3-12, fev. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA **Código de Ética Médica**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br>. Acessado em 20/06/2010.

CORREA, Sonia. “Saúde reprodutiva”, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, K.; COSTA, SH. (Orgs.) **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

COELHO, Edmundo Campos. **As Profissões Imperiais: Medicina, Engenharia e Advocacia no Rio de Janeiro. 1822-1930**. Rio de Janeiro, Record, 1999.

CONRAD, Peter. **The medicalization of society**: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

_____. Medicalization and Social Control. **Annual Review of Sociology**, vol. 19, p.209-232, 1992.

CONVENÇÃO sobre a Eliminação de todas as formas de violência contra a mulher. Disponível em:<www.oas.org>. Acesso em: 21 set. 2015.

COSTA, Tânia *et al* Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface. Comunic, Saúde, Educ**, v.10, n.20, p.363-80, jul/dez 2006

CUNHA, Alfredo de Almeida. **Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto**. FEMINA, v. 38, n.11, p.599-606, nov. 2010.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The rituals of American hospital birth. In: McCurdy D, editor. **Conformity and conflict**: readings in cultural anthropology. New York: Harper Collins, p. 323-40. 1994.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Campanha pela abolição da episiotomia de rotina**. Fique amiga dela. 2004. Disponível em: www.mulheres.org.br. Acesso em 18 set. 2015.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.10, n.3, p.627-637, jul./set. 2005

DINIZ, Carmen Simone Grilo. CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**. 2006;l(1):80-91.

DINIZ, Marli. **Os donos do poder**: profissões e monopólios profissionais. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

EDLER, Flávio Coelho. **A escola tropicalista Baiana**: um mito de origem da medicina tropical no Brasil. História, Ciência e Saúde – Manguinhos. Rio de Janeiro, v.9, n.2, pp. 357-385, maio/ago. 2002.

_____. A Natureza Contra o Hábito: A ciência médica no Império. **Acervo**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 153-166, jan./jun. 2009.

FEBRASGO. **Comissão de Direitos Humanos debate violência obstétrica no país**. 2015. Disponível em:< www.febrasgo.org.br>. Acesso em 20 out. 2015.

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

_____. **Microfísica do poder**. 4.ed. São Paulo: Edições Graal, 1984.

FREIDSON, Eliot. **Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge**. New York: Harper & Row, 1970.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços público e privado**. Acesso em:< ovo.fpabramo.org.br>. Acesso em 20 out. 2015.

GAUDENZI, Paulo; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.21-34, 2012.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Editora UNESP, 1991.

_____. **Sociologia**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GOLDENBERG, Mirian. O corpo como capital: gênero, casamento, e envelhecimento na cultura brasileira. **REDIGE**.v.1. n.1. 2010.

GONÇALVES, Tamara Amoroso. A proteção à liberdade feminina como expressão da tutela da dignidade humana: os direitos sexuais da mulher na contemporaneidade. In: FERRAZ, Carolina Valença *et al* (Coord.) **Manual dos direitos da mulher**. São Paulo: Saraiva, 2013.

HARTMANN, Katherine *et al*. Outcomes of Routine Episiotomy A Systematic Review. **Jama**, v.293, n.17, may 2005.

HOPKINS, Kristine. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarian? **Soc. Sci. Med.** (51(5), p.725-740, sept, 2000.

HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo-SP. 2007.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JOSEF, Henrique. Erro médico: “Pré-conceito”? **Einstein**. 2004; 2(3):229

KITZINGER, Sheila. **Birth and Sex**: the power and the passion. Pinter and Martin: London, 2012.

LARSON, Magali. **The rise of professionalism**: a sociological analysis. Berkeley: University of California Press.1977.

LEÃO, Míriam Rêgo de Castro; BASTOS, Marisa, Antonini Ribeiro. Doulas apoiando mulheres durante o parto: experiência do hospital Sofia Feldman. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2001 maio; 9(3):90-4

LOYOLA, Maria Andréa. Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002.

LUZ, Madel Therezinha. **As Instituições Médicas no Brasil**.2.ed. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2014.

MACHADO, Maria Helena. **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MATTAR, Laura Davis. Os direitos reprodutivos das mulheres. In: FERRAZ, Carolina Valença *et al* (Coord.) **Manual dos direitos da mulher**. São Paulo: Saraiva, 2013.

MARCH OF DIMES. WHO. **Born Too Soon**: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. Geneva, 2012.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **A medicina da mulher**: a visão do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX. 2000. 311fl. Doutorado (Filosofia e Ciências Humanas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

MASTROMAURO, Giovana Carla. Alguns aspectos da saúde pública e do urbanismo higienista em São Paulo no final do século XIX. **Cad. hist. ciênc.**, São Paulo ,vol.6 no.2 jul./dez. 2010.

MONTAGNER, Miguel Ângelo. Pierre Bourdieu e a saúde: uma sociologia em Actes de la Recherche en Sciences Sociales. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(7):1588-1598, jul, 2008.

OULD, Fielding. **A treatise of midwifery**. In three parts. Dublin: O. Nelson & C. Connor, 1742.

PADILHA, KG. Considerações sobre as ocorrências iatrogênicas na assistência à saúde: dificuldades inerentes ao estudo do tema. **Rev Esc Enferm USP**. 2001; 35(3): 287- 90.

PARSONS, Talcott. *The sick role and the role of the physician reconsidered*. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. **Health and Society**, v.53, n.3, p. 257-278, 1975.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica** - parirás com dor: dossiê da violência obstétrica. 2012. Disponível em:<www.senado.gov.br>. Acesso em: 22 out. 2015.

PEREIRA NETO, André Faria. A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.600-615, out./dez. 1995.

_____, André de Faria. **Ser Médico no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PINTO, Cleusa Maia de Souza; BASILE, Anatalia, Lopes Oliveira; SILVA, Sandra Ferreira; HOGA, Luiza Akiko Komura. A acompanhante no parto: atividades desenvolvidas e avaliação da experiência. **Rev. Min. Enf.**, 7(1):41-47, Jan./jul., 2003

POTTER, Joseph *et al*. **Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil**: prospective study. *PMJ*; 020:1155, 2001.

PROGIANTI, Jane Márcia; PORFÍRIO, Aline Bastos. Participação das enfermeiras no processo de implantação de práticas obstétricas humanizadas na maternidade Alexander Fleming (1988-2004). **Esc Anna Nery**. 16 (3):443-450, jul-set. 2012.

REDE DO PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012.

REHUNA. **Carta de Campinas**. Campinas: 1993.

REPÚBLICA ARGENTINA. **Ley 26.485**. Ley de proteccion integral a las mujeres. Disponível em: <<http://www.infoleg.gov.ar>> Acesso em: 17 jan. 2016.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DA VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Disponível em: <http://venezuela.unfpa.org>>. Acesso em: 17 jan. 2016.

ROBINSON. Julian. **Approach to episiotomy**. UpToDate Inc.Sept. 2010. Disponível em: <<http://www.uptodate.com>> Acesso em:23 out. 2015.

ROHDEN, Fabíola. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 101-125, junho de 2002

RODRIGUES, Maria de Lurdes. **Sociologia das profissões**. 2.ed. Oeiras, Portugal: Celta, 2002.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Emílio; ou, Da educação**. 3.ed.edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

SABINO Cesar, LUZ, Madel. O ambulatório no discurso dos médicos residentes: reprodução e dinâmica do campo médico. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1357-1375, 2010.

SALGADO, Heloísa de Carvalho. **A experiência da cesárea indesejada: perspectiva das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento**. 2012. 157 fl. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2012.

SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. Pobreza e filantropia: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro (1900-1920). **Est. Hist.**, Rio de Janeiro, v. 27, n.53, p. 71-91, jan./jun.2014.

SANTOS, Jaqueline de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keilko Kakuda. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Esc Anna Nery Rev Enferm**.12 (4): 645-50. Dez. 2008.

SANTOS, André Filipe Pereira Reid dos. Principais abordagens sociológicas para a análise das profissões. **BIB**, São Paulo, n. 71, p. 25-43, 2011.

SANTOS FILHO, Lycurgo. **Pequena história da medicina brasileira**. São Paulo: Editora São Paulo. 1966.

SOUZA, Alex Sandro Rolland, AMORIM, Melania Maria Ramos, PORTO, Aana Feitosa. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **FEMINA**, v. 38, n. 10, set. 2010

STARR, P. **The social transformation of American Medicine**. New York: Basic Books, 1982.

TAVARES, Felipe de Medeiros. Reflexões acerca da Iatrogenia e Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 31 (2): 180-185, 2007.

TITA *et al*. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. **The New England Journal of Medicine**, 2009; 360:11-120. Disponível

em: www.nejm.org. Acesso em: 18 de set. 2015.

Tomasso *et al.* **Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria?**. Rev Obstet e Gynecol Venezuela.2002; 62(02):115-21.

TORNQUIST, Susana Carmen. **Parto e Poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. 412fl. Doutorado (Antropologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

VASCONCELLOS, Maria Drosila. Bourdieu: A herança sociológica. **Educação & Sociedade**, ano XXIII, n. 78, abr.2002.

VECCHIATTI, Paulo Roberto Iotti. A mulher e o direito ao próprio corpo. In: FERRAZ, Carolina Valença *et al* (Coord.) **Manual dos direitos da mulher**. São Paulo: Saraiva, 2013.

VILLAR, José *et al.* Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**. 12;368(9535):580. August. 2006.

VISWANATHAN, M. *et al* **The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review**. Summary, Evidence Report/Technology Assessment No. 112. (Prepared by the RTI-UNC Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0016.) AHRQ Publication, No. 05-E009-1, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, May 2005.

WEBER, Max. **Economy and Society**: an outline of interpretive sociology.

WHO. Declaration of Fortaleza: appropriate technology for delivery. **Lancet**, 2: 436-437, 1985.

ZADOROZNYJ, Maria. Social Class, Social selves and social control in child birth. **Sociology of health and Illness**, v.21, n.3, p.267-289, 1999.

ZOLA, Irving Kenneth . Medicine as an institution of social control. **Sociol. Rev.**, v.4, p.487-504, 1972.

ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia**. 2.ed. Barueri, São Paulo: Malone, 2012.

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome:

Idade:

Sexo:

- 1) O senhor (a) utiliza o procedimento da episiotomia no seu cotidiano profissional?
- 2) Qual a percepção do senhor (a) em relação a esse procedimento?
- 3) Qual a percepção do senhor (a) em relação ao número de cesarianas da instituição?
- 4) O senhor (a) conhece o projeto de lei 7633/2014, que trata da violência obstétrica?
- 5) Qual a percepção do senhor (a) em relação à violência obstétrica?
- 6) Qual a opinião do senhor em relação à presença de acompanhantes nas salas de parto?
- 7) Qual a percepção do senhor (a) em relação ao ensino da obstetrícia nas faculdades de medicina? As faculdades ensinam a realizar partos normais?

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Eu, _____, declaro que concordo em participar da pesquisa “Violência obstétrica e as profissões médicas: expertise, monopólio, autoridade e medicalização”, realizada pelo pesquisador e responsável pela coleta de dados Márcio André de Sousa Káo Yien, Mestrando em Direitos e Garantias Fundamentais pela Faculdade de Direito de Vitória – FDV, sob a orientação do Prof. Dr. André Filipe Pereira Reid dos Santos, da Faculdade de Direito de Vitória – FDV.

Declaro, ainda, que fui informado(a), de maneira clara e detalhada, que:

- a minha identidade será mantida em sigilo, assegurando-se a confidencialidade e a privacidade;
- esta pesquisa objetiva a compreensão do campo médico no tocante à forma que os profissionais realizam o atendimento e tratamento às pacientes em estado de gestação, pré-parto, parto e puerpério;
- a participação nesta pesquisa é voluntária, e tenho liberdade para interromper minha participação nesta pesquisa a qualquer momento;
- a pesquisa será realizada por meio de entrevistas individuais semi-estruturadas junto à associação durante o período de 3 (semanas) semanas, com frequência de 3 (três) vezes por semana no lapso temporal de 6 (seis) horas diárias;
- esta pesquisa atende a todas as exigências da Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos;
- poderei solicitar novos esclarecimentos e informações sobre esta pesquisa em qualquer momento, a partir do contato com o pesquisador Márcio André de Sousa Káo Yien (27) 99960-0085, ou pelo e-mail marciokaoyien@gmail.com, e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Direito de Vitória (www.fdv.br), pelos telefones (27) 3041-3669, ou pelo e-mail comitedeetica@fdv.br.

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome:

Documento de Identificação nº:

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do participante

Assinatura do participante

Vitória/ES, _____ de _____ de 20____.