

## **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A RELAÇÃO ENTRE A VIOLAÇÃO DO DIREITO À ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA HUMANIZADA E O PATRIARCADO**

Débora Fernandes Pessoa Madeira<sup>1</sup>

Marina Luiza Silva Queiroz<sup>2</sup>

Roselaine Lopes Toledo<sup>3</sup>

**Resumo:** A presente pesquisa tem como tema a violência obstétrica e trata da relação entre a violação do direito à assistência obstétrica humanizada e o patriarcado. Este tema é extremamente relevante, uma vez que apesar de atingir grande parte das mulheres brasileiras, essa violência é invisível. Essa pesquisa tem, como objetivo geral, a análise da violência obstétrica sob o enfoque das teorias feministas, principalmente sob o olhar das teorias feministas do direito, discutindo-se essa violência como uma forma de cerceamento da liberdade da mulher para com seu corpo e suas decisões acerca do ato de parir. A respeito da metodologia, a presente pesquisa qualitativa se deu pelo método da análise de conteúdo qualitativo. Enquanto problemas de pesquisa, tem-se: o questionamento de quais atitudes devem ser consideradas violência obstétrica; a

indagação se essa violência é uma forma de cercear a mulher do direito pessoal de parir; e a relação entre a violência obstétrica praticada contra a mulher e o patriarcado. Concluiu-se que a violência obstétrica está atrelada a diversas causas e, dentre elas, o patriarcado.

**Palavras chave:** Violência obstétrica; Assistência humanizada do parto; Patriarcado.

**Abstract:** The present research focuses on obstetric violence and deals with the relationship between the violation of the right to humane obstetric care and patriarchy. This issue is extremely relevant, since despite reaching a large part of Brazilian women, this violence is invisible. This research has, as a general objective, the analysis of obstetric violence under the

<sup>1</sup> UFV

<sup>2</sup> Graduada pela Universidade Federal de Viçosa, advogada em Viçosa - MG.

<sup>3</sup> Graduada em Direito pela Univiçosa; Mestre em Economia Doméstica pela Universidade Federal de Viçosa, doutoranda em Economia Doméstica pela Universidade Federal de Viçosa, professora de Direito na Unipac - Capus Ubá

focus of feminist theories, especially under the view of feminist theories of law, discussing this violence as a way of curtailing women's freedom towards their body and their decisions about giving birth. About the methodology, the present research of gave through the method of content analysis, through the qualitative method. While research problems, one has: the questioning about which attitudes should be considered obstetric violence; the inquiry into this violence is a way of curtailing the woman's personal right to give birth; and the relationship between obstetric violence against women and patriarchy. It was concluded that obstetric violence is linked to several causes, including patriarchy.

**Keywords:** Obstetric violence; Humanized childbirth care; Patriarchy.

## 1. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher, com o passar dos anos, ganhou espaço nas discussões jurídicas e, aos poucos, as mulheres conquistaram proteções específicas para os casos de violência doméstica no Brasil. Entretanto, essa violência possui diversas faces e algumas

ainda são pouco conhecidas, como é o caso da violência obstétrica.

Embora ainda sejam escassos os estudos que abordam este tema, se comparados com a literatura científica acerca da violência contra a mulher de uma forma geral, os autores e autoras que se propuseram a abordar a questão apontam alguns importantes fatores que levam à violência obstétrica e, dentre eles, encontra-se com grande veemência o machismo advindo da sociedade patriarcal.

A partir disso, esse estudo não se propõe a simplesmente discutir os danos civis causados pela violência obstétrica, mas sim trabalhar o problema em sua base, tratando de um dos fatores que levam à prática dessa violência: o machismo velado, enraizado na sociedade patriarcal brasileira.

O meio jurídico possui grande importância na problematização da assistência obstétrica, uma vez que tem estreita ligação com a violência de gênero nas instituições de saúde, especialmente no ciclo gravídico puerperal. (Diniz, 2001: p. 48).

De modo geral, existe um grande tabu em torno da violência contra a mulher e por causa disso o assunto, por muitas vezes, deixa de ser debatido. Entretanto, a violência obstétrica possui ainda um enorme agravante: bem como será

demonstrado ao longo da pesquisa, em muitos casos a mulher não toma conhecimento da violência sofrida, por ser induzida a acreditar que tal agressão é algo necessário, parte do procedimento ideal.

Visto isso, se faz explícita a necessidade de se trabalhar o tema, colocando em voga esta violência que é recorrente, porém invisível. É de suma importância tratar dessa grave situação que, como será demonstrado oportunamente, ocorre há tantos anos e ainda assim apresenta tão pouco conteúdo debatido.

A presente pesquisa apresenta como marco teórico a assistência ideal ao parto, trabalhada por Carmen Simone Grilo Diniz (2001) em sua tese de doutorado, onde abarca a violência obstétrica, a crise no modelo de assistência, a humanização do parto e os direitos humanos femininos.

Enquanto problemas de pesquisa, tem-se duas principais, que se colocam em perguntas a serem respondidas, sendo elas: Considerando as teorias feministas que abordam a perda de autodeterminação da mulher em relação ao seu próprio corpo, a história e o desenvolvimento do parto: até que ponto as intervenções médicas na obstetrícia se configuram como violência?; Qual a relação existente entre a violência obstétrica praticada contra a mulher e o patriarcado?

O objetivo geral da pesquisa em epígrafe se encontra na análise da violência obstétrica sob o enfoque das teorias feministas, principalmente sob o olhar das teorias feministas do direito, discutindo-se essa violência como uma forma de cerceamento da liberdade da mulher para com seu corpo e suas decisões acerca do ato de parir.

Acerca da metodologia, a pesquisa foi feita por meio do método da análise de conteúdo, proposto por Júlia Ximenes, que compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações, o que permite um amplo campo de aplicação, como discursos políticos, manuais escolares, entrevistas, entre outros. Ainda neste mesmo trabalho, Ximenes explicita:

O que aqui propomos é utilizar a técnica na análise das decisões judiciais, isto porque o domínio de análise de conteúdo é justamente o material e o conjunto de técnicas que permitam a explicação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão desse conteúdo (Ximenes, 2011).

Esta pesquisa se deu no formato qualitativo, por meio da revisão de literaturas. Tal pesquisa utilizou as bases SCIELO (Scientific Electronic Library Online), Google Scholar, considerado o

maior refinador no campo de pesquisas acadêmicas, Globallex. Para efetuar a pesquisa nos mencionados portais online, foram utilizados os seguintes descritores de pesquisa: violência obstétrica, patriarcado, feminismo e medicalização do parto.

Além da pesquisa online, também foram utilizados o acervo literário da Biblioteca Central da Universidade Federal de Viçosa, Sistema de Bibliotecas UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais, Biblioteca PUC – Pontifícia Universidade Católica - Minas, e afins, além de outras obras esparsas descobertas em sede de pesquisa.

Por fim, dada a importância temática apresentada, a presente pesquisa pretende, independentemente dos resultados encontrados, fomentar a discussão a respeito da violência obstétrica no âmbito jurídico brasileiro.

## 2. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência contra a mulher afigura-se por meio das mais variadas formas, e uma delas tem sido muito recorrente e pouco identificada: a violência obstétrica. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde – OMS - afirmou que a violência é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis, sendo a violência

obstétrica uma das muitas formas de violência contra a mulher. (Zanardo, et al., 2017: p. 4)

O cenário dessa violência nas instituições de saúde, durante a gravidez e no momento do parto, é alarmante e carente de atenção estatal. Abusos e maus-tratos são práticas corriqueiras que além de trespassar os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, se portam enquanto verdadeiras ameaças ao direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. (OMS – Organização Mundial da Saúde, 2014: p. 1)

O termo “violência obstétrica” é extremamente novo, tendo sido conceituado pela primeira vez pela lei venezuelana “La ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” (Venezuela, 2007), no ano de 2007. A referida lei apresenta, em seu artigo 15, o seguinte conceito:

Artículo 15. Se consideran formas de violencia de género en contra de las mujeres, las siguientes: (...) 13. Violencia 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.<sup>4</sup>

Por meio do editorial do *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, no ano de 2010, o presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio, introduziu o termo “violência obstétrica” no meio acadêmico, possibilitando que tal expressão ganhasse notoriedade e importância cada vez maiores no seio dos movimentos sociais, principalmente nos que se dedicam às causas de enfrentamento da violência contra a mulher. (Pulhez, 2013: p.1).

Ademais, Carmen Diniz e outras autoras pontuam:

Outros descritores também são usados para o mesmo fenômeno, como: violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto e aborto, desrespeito e abuso, crueldade no parto,

assistência desumana/ desumanizada, violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto, abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto, entre outros (Diniz et al., 2015, p. 3).

A expressão “violência obstétrica” abarca violências praticadas contra a gestante, não apenas estritamente no momento do parto, de forma a gerar uma ofensa aos direitos da mesma, por meio de condutas agressivas e ofensivas. (Diniz et al., 2015: p. 3).

Em sintonia com tal entendimento, Beatriz Muniz e Ruth Barbosa afirmam que:

Configura-se como violência, a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia. (Muniz e Barbosa, 2012: p. 1).

Visto isso, é possível depreender que a violência obstétrica pode ocorrer durante o parto - ou até mesmo no momento pré ou pós parto<sup>5</sup> - e que se configura quando os funcionários das instituições de

<sup>4</sup>Tradução livre pelas autoras: “Se consideram formas de violência de gênero contra as mulheres, as seguintes: (...) 13. Violência obstétrica: Se entende por violência obstétrica a apropriação do corpo e os processos reprodutivos das mulheres por funcionário da saúde, que se expressa em um tratamento desumano, em um abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo perda

da autonomia e a capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres.

<sup>5</sup> Por diversas vezes no texto, as pesquisadoras deste trabalho se referem à violência obstétrica sofrida durante o parto. Entenda-se porém, que a toda vez que se fizer essa referência, pretende-se abarcar também os momentos do pré-parto e do pós-parto.

saúde agridem as parturientes, seja por meio de atitudes ou palavras, fazendo com que a assistência institucional se torne promotora de dor e sofrimento. Essa agressão normalmente se instrumentaliza por meio de desrespeito e grosserias com a parturiente, do uso desnecessário e não consensual de procedimentos médicos ou ainda pela negação de procedimentos necessários.

### **2.1. Atos caracterizadores da violência obstétrica**

A OMS emitiu uma declaração, no ano de 2014, acerca da violência obstétrica, por meio da qual buscou trazer à tona esse tema tanto na área da saúde pública quanto na de direitos humanos. Convocou maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização acerca da violência obstétrica. Para tanto, trouxe um rol exemplificativo das principais manifestações de violência obstétrica que vêm ocorrendo ao redor de todo o mundo. Mencionou, nesse contexto, a falta de confidencialidade, a realização impositiva de procedimentos, sem coleta prévia de consentimento, violações severas

de privacidade, a não indicação de analgésicos, dentre outras causas (OMS, 2014).

Acerca do mesmo tema, porém mais recentemente, a Dra. Princess Nothemba Simelela, Diretora Geral Adjunta da OMS para Família, Mulheres, Crianças e Adolescentes, declarou que um atendimento adequado de mulheres envolve excelência tanto na prestação de serviços de saúde quanto na experiência humana da mulher. Nesse sentido:

Critical components of a woman-centred approach include: avoiding unnecessary medical interventions, encouraging women to move around freely during early labour, allowing them to choose their birth position and have a companion of their choice by their side. It also means ensuring privacy and confidentiality and providing adequate information about pain relief<sup>6</sup>. (Simenela, 2018)

Isso posto, é possível perceber que é vítima de violência obstétrica a mulher que: sofre humilhações e desrespeitos verbais durante o atendimento; não tem a sua autonomia corporal respeitada; é impedida de emitir opiniões acerca dos

<sup>6</sup> Em uma tradução livre das autoras: “Os componentes críticos de uma abordagem que tem como foco a mulher são: evitar intervenções médicas desnecessárias, incentivar as mulheres a circular livremente durante o trabalho de parto precoce,

permitindo que elas escolham sua posição de nascimento e tenham um acompanhante de sua escolha ao seu lado. Também significa garantir privacidade e confidencialidade e fornecer informações adequadas sobre o alívio da dor”.

procedimentos realizados; tem negada a presença de um acompanhante à sua escolha; é submetida à intervenções desnecessárias e não autorizadas; entre outras situações.

Todas as abordagens contidas nesse capítulo se consubstanciam, sendo partes de uma crítica às inúmeras faces dessa atrocidade: à falta de gentileza e de respeito; à assistência que faz com que as mulheres tenham que estar em posição de completa imobilidade, ficando passivas e submissas; ao fato de os momentos do parto, pré-parto e pós-parto serem centrados na conveniência de profissionais e instituições e não das mulheres. (Diniz, 2001: p. 24).

Muitas são as recomendações acerca do acompanhamento adequado ao parto, de forma a não violar os direitos femininos. Temos, nesse sentido:

The new WHO guideline includes 56 evidence-based recommendations on

what care is needed throughout labour and immediately after for the woman and her baby. These include having a companion of choice during labour and childbirth; ensuring respectful care and good communication between women and health providers; maintaining privacy and confidentiality; and allowing women to make decisions about their pain management, labour and birth positions and natural urge to push, among others.<sup>7</sup> (WHO, 2018)

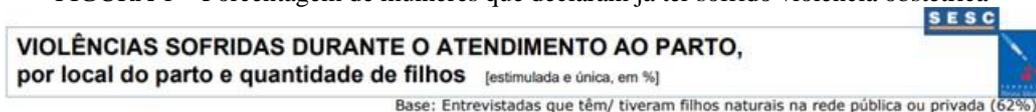
Acerca dessas manifestações de violência, dados coletados em uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, em parceria com o SESC – Serviço Social do Comércio -, que demonstram que uma em cada quatro mulheres parturientes brasileiras sofreu violência no parto. A esse respeito, segue a tabela emitida por essa pesquisa:

---

<sup>7</sup> Tradução livre pelas autoras: “A nova diretriz da OMS inclui 56 recomendações fundadas em evidências sobre quais cuidados são necessários durante o parto e após o parto a mulher e seu bebê. Isso inclui ter um companheiro de sua escolha durante o trabalho de parto e pós-parto; garantir

cuidado respeitoso e boa comunicação entre mulheres e profissionais de saúde; manutenção da privacidade e confidencialidade; e permitir que as mulheres tomem decisões sobre o manejo da dor, as posições de parto e nascimento e o desejo natural de pressionar, entre outros”.

FIGURA 1 – Porcentagem de mulheres que declaram já ter sofrido violência obstétrica



	TOTAL	LOCAL DO PARTO			QUANTIDADE DE FILHOS				
		Só na rede pública	Só na rede privada	Em ambas	1	2	3	4 ou 5	6 ou mais
<i>Peso</i>	100%	74%	17%	8%	25%	28%	21%	17%	9%
<b>Sofreu alguma violência no atendimento ao parto</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>17</b>	<b>31</b>	<b>27</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>29</b>	<b>26</b>
<b>Não sofreu violência no atendimento ao parto</b>	<b>75</b>	<b>73</b>	<b>83</b>	<b>69</b>	<b>73</b>	<b>78</b>	<b>75</b>	<b>71</b>	<b>74</b>

(Fundação Perseu Abramo, 2010)

Entretanto, esses números nem sempre traduzem a mais pura realidade, afinal, a violência obstétrica carrega consigo a invisibilidade, uma vez que em muitos casos as mulheres não se dão conta da agressão que sofrem, já que são levadas a acreditar que aquelas são práticas corretas e necessárias ao bom nascimento da criança. Corriqueiramente lhe são retirados os direitos fundamentais à saúde, à dignidade, à honra, à segurança, à autonomia e à liberdade, sem sequer se darem conta de que estão sofrendo algum tipo de violência. (Almeida, 2017: p. 14).

Apesar de as questões acerca da violência obstétrica estarem gradativamente ganhando voz enquanto um fenômeno alarmante e carente de soluções eficazes, segundo a supracitada Declaração da OMS, por hora, não existe um consenso em relação à forma de definir tais problemas, e

a consequência disso vem em consonância com o que fora exposto: a invisibilidade demasiada de uma violência arrebatadora, mas pouco discutida. (OMS, 2014, p. 2).

A violência obstétrica é um fenômeno extremamente presente no cenário da saúde brasileira, atingindo 25% das mulheres parturientes. Apesar disso, ainda é um tema marcado pela invisibilidade, visto que se encontra velado pela cultura de que o parto deve, necessariamente, gerar dor à parturiente.

## 2.2. Assistência obstétrica adequada

A violência obstétrica demonstra, de forma clara, que a assistência institucional conferida à parturiente brasileira em muitas vezes não é adequada. Visando essa questão, o doutorado de Carmen Diniz, utilizado como marco teórico da presente

pesquisa, aborda a assistência adequada ao parto e aponta o parto humanizado como uma possível solução à essa violência.

O termo obstetrícia se originou da palavra “obstetrix”, derivada do verbo “obstare”, que significa “estar ao lado” (Clínica Bedmed, 2018), portanto, entende-se que o médico obstetra é o especialista que cuida e acompanha a gestação, parto e puerpério. Logo, fica explícito que sua função não é tomar o parto para si, mas sim assistir a parturiente, dando o auxílio necessário.

Em uma reportagem de 2018, da WHO, Ian Askem mencionou a respeito do papel do médico no atendimento da mulher gestante que é importante que esta participe da tomada de decisão sobre seu parto, mesmo quando a intervenção médica for necessária, pois isso viabiliza uma positiva experiência. (WHO, 2018)

Aqui não se pretende expressar que a gravidez e parto deveriam deixar de contar com a assistência dos avanços médicos e tecnológicos, mas sim que isso deveria acontecer por meio de uma assistência adequada. A assistência tem por objetivo obter uma mãe e uma criança saudáveis, com o mínimo possível de intervenção. A Dra. Princess Nothemba Simelela menciona por óbvio, pretende-se que a mulher tenha um parto seguro, com as melhores técnicas

e tecnologias, mas que a medicalização do parto está retirando da mulher a capacidade de parir e isso implica em uma negativa experiência de parto (Simenela, 2018). Deve haver, portanto, uma razão válida para interferir sobre o processo natural. (apud Diniz, 2001: p. 4).

Ainda segundo Carmen Diniz, “Com base nessa concepção de assistência, qualquer intervenção sobre a fisiologia só deve ser feita quando se prova mais segura e/ou efetiva que a não intervenção” (Diniz, 2001: p. 4). Nesse sentido:

A arguição da segurança e da efetividade se estendeu sobre a assistência pré-natal, onde se constatou que, em grande medida, a extensão e o conteúdo da atenção pré-natal, incluindo o número de consultas e os exames solicitados, são ritualísticos ao invés de baseados na evidência. Esta constatação impõe a necessidade de identificar os elementos da assistência que são de fato provados como efetivos na prevenção ou no alívio de efeitos adversos na mãe e na criança. (apud Diniz, 2001: p. 4).

Existem ainda algumas divergências acerca do que seria o parto normal no meio hospitalar. Alguns manifestam no sentido de ser um parto vaginal dirigido, feito pelo médico, com intervenções rotineiras,

enquanto outros acreditam ser um parto vaginal feito pela mulher e assistido pelo médico, com intervenções caso necessário.

Nos últimos anos, tem havido uma distinção cada vez mais enfática sobre o que se considera “parto normal”. Em geral, o que consideramos como parto normal é o chamado parto vaginal dirigido, ou seja, aquele que de rotina é conduzido com a mulher imobilizada ou semi-imobilizada, privada de alimentos e líquidos por via oral, usando de drogas para a indução ou aceleração do parto, com a mulher imobilizada e em posição de litotomia no período expulsivo, com eventual uso de fórceps, e com o uso de rotina episiotomia e episiorrafia.

[...]

Para alguns autores (Gaskin, 2000; Davis-Floyd, 1997; Wagner, 2000), com os quais nos identificamos, por parto normal devemos entender o parto que ocorre conforme a fisiologia, sem intervenções desnecessárias nem seqüelas destas intervenções. Um parto vaginal orientado por uma abordagem médico-cirúrgica e pelo modelo tecnocrático<sup>5</sup> acima descrito, que inclua um conjunto de intervenções desnecessárias que vão deixar seqüelas físicas e um maior desgaste emocional da mulher com sua experiência, deveria se chamar de “parto típico”<sup>6</sup>, até por sua variabilidade geográfica, pois como vimos, este “normal” varia de acordo

com o país ou o serviço. (Diniz, 2001: p. 8).

Entretanto, apesar das divergências a respeito da nomenclatura dada a cada procedimento, a assistência ideal é aquela que permite à mulher ocupar seu lugar de parturiente e que garante à mesma o tratamento médico-científico adequado, caso necessário.

Como possível e eficaz solução para o problema da perda da autonomia da mulher no momento do parto, Carmen Diniz sugere que durante o pre-natal deve ser elaborado um plano de parto individual, onde a mulher possa expressar suas vontades acerca dos procedimentos a serem realizados em seu corpo, para que ela possa participar de forma ativa das decisões a serem tomadas. (Diniz, 2001: p. 6).

As recomendações que se orientam por este novo paradigma, ao mesmo tempo baseado na evidencia empírica e nas novas tendências nas relações entre profissionais e pacientes, postulam a centralidade do direito à informação e à decisão informada nas ações de saúde. Isto implica uma mudança importante na concepção de relação médico-paciente, pois supõe que a decisão deva ser compartilhada entre os envolvidos, ao invés de decidida de forma unilateral pelo profissional e pela instituição que presta a assistência. A parturiente não

seria mais um objeto calado e imobilizado sobre o qual se fazem procedimentos extrativos do feto, mas um sujeito com direito a voz e a movimento, de quem se espera um papel ativo, reconhecendo que será ela a parir, e da equipe se espera que ofereça o apoio quando e se necessário. (Diniz, 2001: p.7).

Acerca da assistência ideal ao parto, dentre os direitos que devem ser garantidos e efetivados às mulheres no momento de dar à luz, Carmen Diniz destaca os três que entende como principais: o direito à equidade e o acesso ao leito obstétrico; o direito à segurança, à integridade corporal e ao usufruto da sexualidade; o direito a estar livre de sofrimento desnecessário. (Diniz, 2001: p. 161 – 204).

Neste contexto em que receber assistência é sinônimo de sofrer, como pensar o direito a estar livre de sofrimento e ainda receber a assistência adequada? Se considerarmos que pelo menos parte desse sofrimento é evitável, portanto prevenível, poderemos imaginar uma “prevenção dos procedimentos desnecessários” também como prevenção do sofrimento desnecessário. (Diniz, 2001: p. 200).

Entretanto, sabe-se que as mulheres são corriqueiramente ceifadas desses direitos, ao passo que se vêm submetidas às

mais diversas formas de violência obstétrica, como exposto. Nesse sentido, a assistência digna faz-se crucial à obtenção de um parto seguro e livre de violações aos direitos humanos das mulheres.

A OMS, com o intuito de indicar aos países o caminho a ser seguido para erradicar – ou pelo menos amenizar – a violência obstétrica, por meio da declaração supracitada, divulgou uma lista de medidas que devem ser tomadas, para que a assistência à parturiente seja realizada de forma mais adequada e respeitosa:

1. Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e maus-tratos.
2. Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência.
3. Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto.
4. Produzir dados relativos a práticas respeitosas e desrespeitosas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais.
5. Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e

as práticas abusivas. (OMS, 2014: p. 2 – 3).

Além disso, a humanização do parto tem sido bastante difundida nos últimos anos, com um crescente aumento de trabalhos acadêmicos e projetos que vem sendo testados em diversas partes do mundo. Importa ressaltar que a palavra humanização tem diversas acepções e que aqui a humanização está referida como a legitimidade de participação da parturiente como consumidora nas decisões sobre sua saúde. Sobre isso:

Humanização como referida à legitimidade da participação da parturiente como consumidora nas decisões sobre sua saúde, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente – ênfase na importância do diálogo com a paciente, inclusão do pai no parto, presença de doulas, alguma negociação nos procedimentos de rotina, da necessidade da gentileza e da “boa educação” na relação entre instituições e seus consumidores. Diferentemente de uma noção referida a direitos sociais, aqui está presente a idéia liberal (no melhor sentido da tradição liberal de direitos do consumidor de escolher). “Alta tecnologia, profissionais capacitados e atendimento humanizado”

[...]

94

Ele (diretor do hospital) salienta também a eficiência e o aspecto humanístico das técnicas de acompanhamento do parto na Maternidade Santa Efigênia<sup>24</sup>, fruto de anos de aperfeiçoamento e investimentos que privilegiam o parto normal. A segurança dos procedimentos baseia-se nas recomendações da OMS e a família decide sobre sua participação ou não, assim como sobre a possibilidade de abolir rotinas como a tricotomia, enteroclisma, episiotomia, amniotomia e clameamento precoce do cordão. (Diniz, 2001: p. 93).

O parto humanizado se traduz em um modelo que preza pela não intervenção (que só deverá ocorrer caso necessário) e pelo protagonismo da parturiente, mediante respeito aos direitos humanos das mulheres. Para que essa autonomia feminina seja possível, a humanização do parto busca garantir que durante o pré-natal a mulher receba um atendimento cuidadoso do médico obstetra, que deve se esforçar para sanar todas as dúvidas da parturiente, demonstrar os benefícios do nascimento sem intervenção e salientar que, caso necessário, a ciência e a tecnologia estarão igualmente disponíveis para procedimentos benéficos ao momento, afinal, esse modelo de parto preza pela postura ativa da mulher nas decisões acerca dos procedimentos a

serem realizados durante o parto, e para que isso aconteça de forma salutar, a mulher precisa receber informações adequadas sobre tudo o que envolve o parir. A humanização do parto se concentra não apenas em cuidados fisiológicos com a parturiente e a criança, mas também em práticas que visam o bem estar psicológico da mãe e do bebê.

### **3 O EXERCÍCIO DE AUTONOMIA PELA MULHER NAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS**

Ao longo dos anos, a história da mulher foi marcada por uma imposição de poder do masculino sobre o feminino, e os resultados dessa configuração social continuam a ser percebidos nos dias de hoje. Como demonstrado, muitos ainda carregam consigo a crença social de que a mulher não deve ter autonomia sob seu próprio corpo e, como um dos reflexos disso, temos a retirada da autonomia da mulher no momento do parto, por meio da violência obstétrica.

Neste ponto, se faz de suma importância destacar o que vem a ser o feminismo. Historicamente associado à mulheres que não se adequavam ao meio social, por serem feias ou mal-amadas, e ainda nos dias atuais visto por muitas

pessoas como algo obsoleto, o feminismo é um movimento social que milita em prol da equidade entre mulheres e homens, colocando-se em favor dos direitos femininos, o que demonstra a necessidade de aproximação do mesmo com o meio jurídico. (Serafim, 2010: p. 3).

Mas as conexões entre o feminismo e o direito não cessam nessa proximidade teleológica: as contribuições feministas foram cruciais para dar visibilidade ao machismo que permeia o direito, não apenas num instante isolado de abuso de lei ou de poder jurisdicional, mas que o perpassa por inteiro já que reflete a sociedade em que surge e geralmente contribui para manter o status quo. (Serafim, 2010: p. 3).

Além disso, o movimento feminista se faz enquanto um discurso múltiplo e de variadas tendências, embora com bases comuns. O feminismo, nos dizeres de FRAISSE, JONES, LOURO e SCOTT (apud Narvaz e Koller, 2006: p. 648), é uma filosofia que reconhece que homens e mulheres têm experiências diferentes e reivindica que pessoas diferentes sejam tratadas não como iguais, mas como equivalentes.

As feministas denunciam que a experiência masculina tem sido privilegiada ao longo da história, ao passo que a

feminina, negligenciada e desvalorizada. Além disso, elas demonstram que o poder foi, e ainda é, predominantemente masculino, e que nos primórdios o objetivo dos homens era a dominação das mulheres, principalmente de seus corpos. (apud Narvaz e Koller, 2006: p. 648).

A autora Jimena Furlani (2010) aponta que o feminismo possibilitou a crítica aos modelos de dominação e subordinação da mulher, uma vez que escancarou as desigualdades entre homens e mulheres na realidade social.

O feminismo possibilitou a crítica aos modelos de dominação e subordinação da mulher; demonstrou as desigualdades sociais entre homens e mulheres no acesso ao direito à educação, ao voto, ao patrimônio familiar, à justiça, ao trabalho, a bens materiais, etc.; questionou as representações acerca do “ser mulher” e do “ser feminino”; estudou o patriarcado, o machismo e a heteronormatividade e vem demonstrando o caráter de construção social e cultural dessas representações numa sociedade misógina e sexista. (apud Furlani, 2010: p. 53).

Ademais, a discussão de gênero se encontra muito presente no seio dos movimentos feministas. O termo gênero representa uma construção social que parte

das diferenças sexuais presentes nos corpos, tratando também da representação do masculino e feminino, recusando o essencialismo biológico.

Na sua utilização mais recente, o termo “gênero” parece ter feito sua aparição inicial entre as feministas americanas, que queriam enfatizar o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. A palavra indicava uma rejeição do determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”. O termo “gênero” enfatizava igualmente o aspecto relacional das definições normativas da feminilidade. Aquelas que estavam preocupadas pelo fato de que a produção de estudos sobre mulheres se centrava nas mulheres de maneira demasiado estreita e separada utilizaram o termo “gênero” para introduzir uma noção relacional em nosso vocabulário analítico. Segundo esta visão, as mulheres e os homens eram definidos em termos recíprocos e não se poderia compreender qualquer um dos sexos por meio de um estudo inteiramente separado. (Scott, 1990: p. 72).

Ainda acerca da representação das questões biológicas para as ideias de gênero, Scott afirma:

Além disso, o termo “gênero” também é utilizado para designar as relações

sociais entre os sexos. Seu uso rejeita explicitamente explicações biológicas, como aquelas que encontram um denominador comum, para diversas formas de subordinação feminina, nos fatos de que as mulheres têm a capacidade para dar à luz e de que os homens têm uma força muscular superior. (Scott, 1990: p. 75).

Esse termo se encontra submetido às oscilações de esfera social, apresentando grande relação com a com as experiências de cada sociedade, de forma a sofrer influência das leis, religiões, políticas, etc.

O estudo das relações de gênero surge da proliferação dos chamados “estudos das mulheres”, que se iniciam nos anos 80 e são aprofundados pelo feminismo no interior das ciências sociais. Dessa busca se expande, também entre o movimento feminista de saúde, o conceito de gênero como categoria que, no social, corresponde ao sexo anatômico e fisiológico das ciências biológicas (De Barbieri; 1991). O gênero é o sexo socialmente construído. Ou, como define Rubin (1986), o conjunto de disposições pelo qual uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana e no qual se satisfazem essas necessidades humanas transformadas. (Diniz, 2001: p. 51).

Essa construção de gênero sempre carregou consigo a percepção social da diferença que liga a razão ao masculino e a sensibilidade ao feminino. Entretanto, nos últimos anos essa ideia vem perdendo força em virtude de significativas mudanças nas posições sociais das mulheres, que estão, gradualmente, conseguindo aumentar sua inserção no mercado de trabalho e no meio político. Dessa forma, é possível perceber importantes avanços femininos no rompimento com os estigmas e estereótipos socialmente atribuídos aos gêneros, apesar de ainda haver muito a alcançar. (Campos, 2011: p. 2).

Os conceitos de gênero se fazem presentes na construção de toda a vida social, de forma a basear a distribuição do poder, que sempre foi e continua sendo feita de forma desigual. Por fim, as diferenças de gênero tornaram-se norte para a construção do próprio poder.

Estabelecidos como um conjunto objetivo de referências, os conceitos de gênero estruturam a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social. Na medida em que essas referências estabelecem distribuições de poder (um controle ou um acesso diferencial aos recursos materiais e simbólicos), o gênero torna-se implicado na concepção e na construção do próprio poder. (Scott, 1990: p. 88).

Neste ponto, importa destacar que a ideia de gênero é extremamente abrangente, posto que tal termo se propõe a discussões que nem sempre se relacionam diretamente com o feminismo, como as questões acerca dos homossexuais.

A noção de gênero e a sua introdução como objeto de análise feminista permitiu a percepção de que os sistemas conceituais das ciências e das disciplinas acadêmicas se encontram extremamente marcados pelas questões de gênero, o que faz com que a neutralidade científica não passe de mera pretensão, sendo notória a força e a presença da masculinidade e feminilidade na ciência. (Campos, 2011: p. 3 - 4).

Vale elucidar também que por vezes o termo gênero foi utilizado com o intuito de conferir um tom mais imparcial para os estudos feministas, visando melhor aceitação no meio acadêmico. Para tanto, em muitos textos o termo “mulher” foi substituído pelo termo “gênero”, por parecer mais neutro. Além disso, esse termo sugere que qualquer informação sobre as mulheres implica em informações sobre os homens, vez que o estudo de um encontra-se ligado ao estudo do outro. (Scott, 1990: p. 75).

98  
“Gênero” parece se ajustar à terminologia científica das ciências sociais, dissociando-se, assim, da política (supostamente ruidosa) do feminismo. Nessa utilização, o termo “gênero” não implica necessariamente uma tomada de posição sobre a desigualdade ou o poder, nem tampouco designa a parte lesada (e até hoje invisível). Enquanto o termo “história das mulheres” proclama sua posição política ao afirmar (contrariamente às práticas habituais) que as mulheres são sujeitos históricos válidos, o termo “gênero” inclui as mulheres, sem lhes nomear, e parece, assim, não constituir uma forte ameaça. Esse uso do termo “gênero” constitui um dos aspectos daquilo que se poderia chamar de busca de legitimidade acadêmica para os estudos feministas, nos anos 80. (Scott, 1990: p. 75).

Devido aos esforços dos movimentos feministas, o conceito de gênero conseguiu ir além do âmbito acadêmico, tendo ganhado espaço legítimo e consolidado no campo dos direitos humanos e na formulação de projetos de políticas públicas em diferentes espaços. Como será demonstrado em momento oportuno, as lutas feministas evidenciaram e evidenciam a existência de um favorecimento do homem sobre a mulher nos mais diversos meios sociais, tornando

evidente que a construção de todo o espaço social se deu com fulcro na diferença de gênero e por conseguinte deu espaço aos atos de violência contra a mulher.

É sabido que tais movimentos ainda têm um grande caminho a percorrer, entretanto, significativos avanços podem ser claramente percebidos, inclusive mediante a observação dos esforços governamentais para que os direitos humanos das mulheres sejam garantidos.

### **3.1. Corrente feminista do direito e seus preceitos**

As teorias feministas do direito analisam o fenômeno jurídico a partir da premissa de que as suas normas têm sido utilizadas como instrumento de manutenção das desigualdades entre homens e mulheres. Nesse sentido:

No âmago dessa abordagem, encontra-se a desconfiança de que o direito instauraria e manteria, com maiores ou menores sutilezas, um sistema de dominação que subjugaria e inferiorizaria as mulheres e os grupos com sexualidade dissidente em relação aos padrões tradicionais (Rabenhorst, 2010: p. 115)

Tais teorias têm o intuito de demonstrar que a criação histórica das

normas jurídicas não se deu de forma pura, tendo sido fortemente influenciada pelas questões de gênero. Dessa forma, à medida que as normas foram se positivando, refletiram a cultura patriarcal que se encontrava enraizada na sociedade brasileira. Assim, uma vez que as mulheres se encontram em um contexto de subordinação em relação aos homens e à sociedade, o direito acaba realimentando essa dominação.

As teorias feministas do direito recusam uma visão castradora do fenômeno jurídico e oferecem ainda formas de entender como e por que o direito (em todas as acepções do termo, tais como a ciência jurídica, o direito positivo, o direito subjetivo ou o direito “vivo”) assumiu as formas que possui hoje, examinando como as relações de gênero patriarcais influenciaram a produção desse direito e como homens e mulheres são diferentemente afetados por ele. (Serafim, 2010: p. 4).

A teoria feminista do direito não é uma teoria explicativa ou uma meta-narrativa feminista sobre o direito, mas sim um pensamento crítico acerca das epistemologias jurídicas e os fundamentos filosóficos que serviram de base para o pensamento jurídico ocidental na modernidade e cujos reflexos ainda são

sentidos nos dias atuais. (Campos, 2011: p. 2).

Importa ressaltar que as teorias feministas do direito possuem grande pluralidade, uma vez que contam com diversas correntes que a subdividem, como uma consequência da diversidade existente entre as mulheres e entre os estudos acerca do tema.

As teorias em questão não possuem muito espaço no meio acadêmico brasileiro, sofrem bastante preconceito e raramente são abordadas nas escolas de Direito. Entretanto, em outras partes do mundo elas são amplamente debatidas e estudadas. Isso explicita o quanto sociedade ainda encontra-se carente de crescimento nesse sentido e evidencia o motivo de as leis brasileiras, mesmo nos dias atuais, darem tão pouco respaldo às mulheres e legitimarem as diferenças baseadas em gênero.

Em outros países, a teoria feminista do direito é bastante estudada: Chamallas chega a apontar a teoria feminista do direito como um lugar comum nos currículos dos cursos de Direito. Porém, no Brasil ainda é uma disciplina que enfrenta fortes preconceitos, sendo pouco conhecida

e ainda menos ensinada. (Serafim, 2010: p. 5).

Por muito tempo o direito foi encarado enquanto um fenômeno neutro e objetivo, uma vez que se guiava pelo jusnaturalismo. De forma bastante simplificada, é possível dizer que essa corrente afirmava que a neutralidade e a objetividade do fenômeno jurídico derivavam da natureza quase metafísica dos direitos considerados naturais. Temos ainda a corrente juspositivista, que positivou o direito e, dessa forma, refletiu em normas toda a afirmação do machismo presente na sociedade. (Serafim, 2010: p. 2).

Entretanto, uma vez que se acredita que o direito possui tal neutralidade, conclui-se que ele não era influenciado por questões externas, inclusive as sexistas<sup>8</sup>, pois que ele não se deixava contaminar por questões culturais.

Com o passar do tempo, os debates teórico-filosóficos acerca do fenômeno jurídico atingiram novos patamares, dando espaço ao desenvolvimento de teorias contemporâneas carregadas de análises críticas, e dentre elas surgiu a teoria feminista do direito.

---

<sup>8</sup> Nessa pesquisa, entende-se por sexismo avaliações negativas e atos discriminatórios dirigidos às

mulheres, em função de sua condição de gênero. (apud Ferreira, 2004: p. 2).

Essas teorias possuem como principais objetivos permear a produção doutrinária e jurisprudencial com a perspectiva feminista, permitindo assim que conceitos basilares para a ciência do direito como o de justiça, equidade, bem público e ordem possam assumir novas significâncias. As teorias feministas do direito recusam uma visão castradora do fenômeno jurídico e oferecem ainda formas de entender como e por que o direito (em todas as acepções do termo, tais como a ciência jurídica, o direito positivo, o direito subjetivo ou o direito “vivo”) assumiu as formas que possui hoje, examinando como as relações de gênero patriarcais influenciaram a produção desse direito e como homens e mulheres são diferentemente afetados por ele. (Serafim, 2010: p. 4).

Tais teorias tem o intuito de demonstrar o quanto as leis, institutos jurídicos, doutrinas e jurisprudências são negativamente influenciadas pela discriminação baseada no sexo, nas diferenças de gênero.

As teorias feministas em particular buscam se distanciar das ideias de neutralidade e objetividade, cara às elaborações jusfilosóficas anteriores, explicitando a apropriação feita das conquistas feministas nas áreas epistemológicas, utilizando-as como base para a análise jurídica e buscando

não apenas desenvolver um discurso sobre o direito, mas também viabilizar abertamente na realidade prática alterações na situação de opressão feminina. (Serafim, 2010: p. 2).

Ademais, as teorias feministas do direito buscam sempre associar a teoria com a prática, com o intuito de fomentar a aplicação das descobertas teóricas a assuntos específicos de extrema relevância na vida das mulheres que foram deixados de fora por análises convencionais. (Serafim, 2010: p. 5).

### **3.2. Autonomia da mulher em relação ao próprio corpo**

O escopo de tratar da saúde reprodutiva da mulher enquanto um tema relevante e merecedor de atenção tem origem não muito distante. As primeiras leis sobre a reprodução humana sofreram fortes influências da religião e da moralidade conservadora, o que lhes conferiu um caráter fortemente restritivo e reprovador.

Hoje em dia é crescente o número de movimentos em prol de maiores direitos reprodutivos às mulheres, bem como maior proteção. Como visto anteriormente, a violência obstétrica é extremamente presente nos hospitais brasileiros e carece de atenção, afinal, como exposto, o fato de

partos ocorrerem em hospitais não significa que as mulheres recebem uma assistência de qualidade.

Analisando a realidade dos direitos reprodutivos por meio de um arcabouço teórico crítico feminista, conclui-se que as construções sociais machistas ainda se fazem extremamente presentes nas sociedades contemporâneas, ameaçando mulheres, seus direitos e capacidades reprodutivas. Dessa maneira, persiste a crença social de intervenção sobre os direitos reprodutivos das mulheres, de forma que a sociedade sente-se no direito de cercear a mulher da tomada de decisões acerca de seu corpo, atingindo-a com procedimentos não autorizados, de forma a violar sua autonomia, direitos pessoais e corporais.

N maior parte das vezes, mulheres e bebês passam de modo seguro pela experiência do parto, sem complicações. Ocorre que “studies show a substantial proportion of healthy pregnant women undergo at least one clinical intervention during labour and birth” (WHO, 2018)

Devido ao sexismo, a sociedade continua a tratar o parto como um momento destinado ao sofrimento feminino e a medicalização tem sido utilizada de forma equívoca. Apesar de os avanços nessa ceara aparentemente buscarem uma reprodução

segura e menos dolorosa, a realidade é que as intervenções médicas são feitas à reveria, procedimentos que deviam ocorrer apenas caso necessário tornaram-se rotineiros e as mães foram ceifadas do direito de parir, tendo ficado submissas à um sistema onde o parto é feito pelos profissionais e elas são obrigadas a ocupar uma postura passiva, quase apática, em relação àquele momento que devia ser protagonizado por ela.

Quando parcelas da sociedade foram gradualmente percebendo as atrocidades que vinham sendo cometidas contra as parturientes, começaram a surgir grupos que buscavam apoiar-las. Isso pode ser observado na década de 60, principalmente nos países mais desenvolvidos, onde grupos (quase sempre grupos de autoajuda) começaram a traduzir textos médicos para uma linguagem acessível, desenvolvendo a crítica aos saberes e às práticas de saúde, criando centros de informação e serviços alternativos de atenção à saúde. (Diniz, 2001: p. 51).

Dentro desse contexto social esses grupos começaram a alavancar debates acerca da violência obstétrica e, em 1978 o movimento internacional de saúde fundou a Rede Mundial de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos, que por meio de encontros e campanhas pôde ver-se difundida pelo mundo. Posteriormente, em 1984, surgiu a

Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americana e do Caribe, envolvendo centenas de grupos na região. (Diniz, 2001: p. 51 - 52).

No Brasil o tema apareceu de forma um pouco mais tardia. Em 1984 houve um encontro nacional do movimento de mulheres pela saúde, que procedeu pela criação de uma plataforma nacional de ação, intitulada como Carta de Itapecerica, que orienta as ações relativas ao Programa de Atenção Integral à Saúde das Mulheres – PAISM -, do Ministério da Saúde, que contou com uma forte presença dos movimentos feministas (Diniz, 2001: p. 52).

Entretanto, a presente pesquisa demonstra claramente que os avanços existem, porém ainda são insuficientes, uma vez que a violência obstétrica ainda é uma dura realidade.

É de suma importância destacar que, como já demonstrado, a violência obstétrica se faz enquanto forma de infringir o direito à integridade corporal da mulher, o que justifica a necessidade de uma revisão no método de parto adotado pelos hospitais. Procedimentos invasivos, desnecessários e arriscados tornaram-se rotineiros, uma vez que o senso comum entende o parto doloroso como correto, procedimentos violentos são absorvidos como um mal necessário.

Como anteriormente exposto, a violência obstétrica é uma forma clara de violação de direitos que foram garantidos à todos os seres humanos e, dessa forma, se configura enquanto um atentado contra os direitos das mulheres. Em seu doutorado, Carmen Diniz abarca a questão:

Se pensarmos em termos do direito humano de estar livre de tratamentos cruéis, humilhantes e degradantes, podemos tomar muitos exemplos na assistência ao parto típico, em especial em contextos em que os direitos dos pacientes, em geral, e das mulheres, em particular, são pouco reconhecidos ou respeitados. (Diniz, 2001: p. 185).

Ademais, Carmen Diniz nos mostra também que:

O direito à segurança e à integridade corporal está inscrito nos instrumentos de direitos humanos, entre os direitos relacionados à vida, à liberdade e à segurança da pessoa; os direitos relacionados ao cuidado com a saúde e aos benefícios do progresso da ciência incluindo o direito à informação e educação em saúde, e os direitos relacionados à equidade e à não-discriminação. (Diniz, 2001: p. 184).

O parto tornou-se para as mulheres parturientes, significado de dor, muitas

mulheres já chegam amedrontadas, tristes e ansiosas no hospital, o que transforma aquele que deveria ser o nascimento não só de um novo bebê, mas de uma nova mãe, um novo pai, novos avós, em sofrimento e angústia.

Como nas falas do movimento de saúde da Zona Leste e de sua comissão de saúde das mulheres, que participam ativamente da comissão de doulas. “É uma coisa absurda, as mulheres já vão com tanto medo quando chega a hora de dar à luz que não tem prazer nenhum [...] Nós mulheres, quando chega no hospital, a gente costuma fazer uma comparação muito triste, que a gente se sente como carne no açougue [...] Tiram tudo da gente, a roupa, a sacolinha com as coisas, os óculos, a dentadura quem usa [...] A gente fica só com a alma da gente. Isto é muito triste, é um sofrimento terrível” Fermina Lopes da Silva, Seminário Nascimento e Parto, 1996 (Diniz, 2001: p. 187).

A visão de que o médico é o responsável pelo parto por si só já é capaz de levar as pessoas ao entendimento incorreto dos procedimentos. Bem como dito acima, a função do obstetra é de acompanhamento, ou seja, o parto é, ou pelo menos deveria ser, realizado pela parturiente, e acompanhado pelos profissionais da saúde, que tem o papel de

estar ao lado, e não de fazer para ou por alguém, portanto as intervenções médicas mais bruscas devem ocorrer apenas nos casos onde houver necessidade. Afirmar o contrário se equipara a dizer que o corpo feminino não é capaz de parir.

A ideia de que o parto deve ser realizado pelos profissionais da saúde encontra-se tão enraizada na crença social que muitas vezes as mulheres sofrem procedimentos desnecessários e são levadas a crer que tiveram acesso ao melhor tratamento, uma vez que sofreram diversas intervenções. Ou seja, a distorção é tamanha que culturalmente há o entendimento de que as melhores assistências são as que proporcionam mais intervenções.

Como visto, a violência obstétrica possui diversas faces e pode se manifestar de inúmeras formas. Comumente os médicos negam a dor sentida pela mulher, na busca de fazê-la acreditar que trata-se de uma situação normal.

Porém a dor, inclusive seu componente prevenível, é considerada como uma etapa natural a atravessar; se a mulher sente dor, o profissional pode entender que precisa intensificar a dor para ela parir mais rápido. A demanda por alívio da dor é compreendida muitas vezes como uma demanda para apressar o parto, sobretudo por meio da aceleração do parto com ocitócitos ou com a

manobra de Kristeller, ainda que isso vá provocar mais dor e mais riscos. (Diniz, 2001: p. 202).

Em seu Doutorado, Carmen Diniz apresenta a entrevista de um médico, a respeito de sua formação. Segundo ele, aprendeu a negar a expressão de dor pela paciente. Segue um trecho de sua fala:

Na residência eu aprendi assim: a gente, quando faz a episiorrafia, pega na transição cutâneo-mucosa (parte da vulva cortada entre a pele e a entrada da vagina) da paciente e ela grita de dor, porque ali dói mesmo, aí você diz pra ela que você está só pegando, é que dói mesmo. Aí, quando você sutura, como dói muito e ela vai reclamar muito, você diz “Mãe, eu estou só pegando, não estou costurando nada”. Quando termina a sutura, aí você diz que acabou, uns ainda têm a cara de pau de dizer: “Viu? Nem doeu”. (apud Diniz, 2001: p. 185).

A negação da dor sentida pela mulher no momento do parto aparece também em outros estudos, como demonstrado:

Vemos também que a negação das sensações físicas da mulher no parto é uma das marcas do já referido parto tecnocrático, como mostrado no clássico estudo de Brigitte Jordan sobre o conhecimento autorizado em obstetrícia, que mostra como o que a

105

mulher descreve da evolução do seu parto, como a vontade de fazer força ou a dor da contração, pode ser totalmente negado, para que a evolução do parto possa se adequar, possa caber, no modelo adotado pelo serviço (apud Diniz, 2001: p. 187).

Ainda nessa ceara, por diversas vezes as clemências da mulher são combatidas com o argumento de que ela possui culpa sexual, como forma de ceifar a mulher de sua autonomia naquele momento, como se a dor sentida fosse consequência de seu erro.

No modelo típico de assistência, as expressões de sofrimento da mulher e seus pedidos de ajuda e alívio da dor são muitas vezes desmoralizadas pela acusação de sua culpa sexual na gravidez. Essas acusações sexuais na assistência ao parto, comuns a muitas culturas ao redor do mundo (Petchesky e Judd, 1998), parecem ter como finalidade colocar a mulher num lugar de defensiva moral, sem autoridade para pedir clemência pela sua pena, e manter o profissional com total controle da situação. (Diniz, 2001: p. 201).

Ademais, a realização de procedimentos sem o consentimento da mulher é uma prática corriqueira nos hospitais brasileiros, o que possui gravidade imensurável e alarmante, uma vez que,

como visto, muitas vezes os procedimentos realizados são totalmente desnecessários e causam extrema dor.

Significa dizer que por vezes o comportamento de rotina é invadir o corpo das mulheres (que quase sempre estão indefesas devido à situação) e realizar práticas não autorizadas, colocando-as em posição totalmente passiva e indo de encontro ao direito que elas possuem em decidir acerca do próprio corpo.

Em sua extensa revisão sobre os procedimentos de rotina no parto tecnocrático, Enkin e cols. mostraram como a abordagem médico-cirúrgica do parto, superestimando os riscos inerentes ao processo, freqüentemente implica a “substituição do risco potencial de resultados adversos pelo risco certo de tratamentos e intervenções duvidosas” (1995:39)<sup>7</sup>. Assim, cria-se o chamado efeito cascata, quando os médicos submetem as mulheres a intervenções “que podem levar a complicações, gerando intervenções subseqüentes e a mais complicações, que terminam em uma intervenção final, em geral uma cesárea, que não teria ocorrido se a cascata não tivesse se iniciado” (apud Diniz, 2001: p. 9).

Como a episiotomia<sup>9</sup> deveria ser uma prática realizada em situações específicas e, se utilizada apenas quando necessária, pode trazer grandes benefícios ao bom parto. Entretanto, ela tornou-se uma prática de rotina, sendo feita na grande maioria dos partos vaginais nos hospitais brasileiros.

Se considerarmos que a episiotomia tem indicação de ser usada, de acordo com as evidências científicas, em cerca de 10 a 15% dos casos e é praticada em perto de 100% dos partos típicos, podemos imaginar o desperdício daquilo que é quantificável, como litros de sangue, dias de incapacidade, prejuízos na amamentação, material cirúrgico ou simplesmente dinheiro público, nas milhões de episiotomias inúteis realizadas anualmente. Além disso, temos o imponderável sofrimento físico e emocional das mulheres. (Diniz, 2001: p. 186).

Na ceara da episiotomia, além do uso irresponsável e desmedido, há uma outra questão alarmante: por muitas vezes ela é utilizada enquanto uma forma de garantir que o tônus vaginal permaneça preservado. Entretanto, importa destacar que não se trata de algo cientificamente

---

<sup>9</sup> A presente pesquisa entende episiotomia, em consonância com o entendimento de Fabrízia Pessoa Serafim, enquanto sendo “uma manobra cirúrgica realizada durante o parto vaginal que corta músculos

do períneo para alargar o canal de parto, sendo recomendada apenas em casos específicos” (Serafim, 2010: p. 2).

comprovado, mas sim do que o procedimento representa.

A sociedade brasileira possui o entendimento de que a mulher deve ser virginal, valorizando aquelas que tem a vagina “pouco utilizada”. Dessa forma, o mito do “afrouxamento vaginal”, seja por questões sexuais ou reprodutivas, acaba se tornando uma forma de valorar a mulher perante a sociedade.

Queremos aqui problematizar um pouco mais a episiotomia como procedimento. Como vimos, esta é indicada para prevenir o suposto afrouxamento vaginal provocado pela passagem do feto pelos genitais no parto normal. Sabemos também que essa indicação não tem base na evidência, mas sim na noção, profundamente arraigada na cultura sexual e reprodutiva brasileira, do mito deste “afrouxamento vaginal” decorrente do uso da vagina, sexual ou reprodutivo. Essa representação da vagina “usada”, “laceada”, “frouxa”, é motivo de intensa desvalorização das mulheres e se sustenta tanto na cultura técnica, médica, dos grandes autores brasileiros, como vimos, quanto na cultura popular. (Diniz, 2001: p. 191).

A mulher sempre carregou o fardo social de ser um instrumento de prazer para

o homem. Dessa forma, são valorizadas aquelas “capazes de dar prazer sexual aos homens”.

Quem tem o poder na ordem da sexualidade (os homens, os adultos, os pais, os médicos) e quem é privado de poder (as mulheres, os adolescentes, as crianças, os doentes...). (Foucault, 1977: p. 94).<sup>10</sup>

Essa cultura machista se encontra enraizada na sociedade brasileira e vem com o intuito de justificar a prática de episiotomia desnecessária, chegando ao absurdo de o “ponto do marido” ser uma prática corriqueira, como meio de evitar que o homem perca o interesse sexual na vagina da parturiente.

Então ele dizia pra mim que todas as mulheres tinham que fazer isso, que mulher depois que ela tem filho...ela fica assim muito aberta...não presta mais. Ele queria então botar por trás (...) Eu pra ele eu não era mais mulher” (Diniz, 2001: p. 192).

Carmen Diniz abarca o tema, demonstrando que a preocupação com a perda do tônus vaginal após o parto é um reflexo de uma sociedade machista, que acompanha a mulher por toda a vida, principalmente em sua experiência sexual.

<sup>10</sup> Importa ressaltar que esta pesquisa não pretende se aprofundar na história da sexualidade, mas

apresenta o trecho em epígrafe, escrito por Foucault, como base para a afirmação que o antecede.

Essa depreciação social acontece de forma abrupta no momento em que a mulher inicia sua vida sexual, uma vez que após perder a virgindade começa a ser vista como “frouxa”.

Portanto, torna-se explícito que a prática da episiotomia enquanto meio de retornar a mulher à sua condição virginal é um reflexo da sociedade patriarcal que a rodeia, que a leva a crer que sua função social é dar prazer ao homem e que ela perderá seu valor, caso tenha uma “vagina alargada pelo parto”.

A desvalorização sexual da vagina, e por decorrência da mulher, ou vice-versa, depois do parto, tem muitas analogias com a sua desvalorização depois do início da vida sexual. Depois do chamado defloramento, a mulher ficaria desvirginada, aberta, frouxa. Por esse motivo, o apelo da episiotomia para “devolver a mulher à sua condição virginal”, como proposto por DeLee e outros autores, encontraria tanto eco na cultura brasileira (Diniz, 1997). A necessidade masculina de um orifício devidamente continente e estimulante para a penetração seria então resolvida por esse procedimento médico, preservando o estatuto da vagina como órgão receptor do pênis, em oposição a alternativas como o coito anal. (Diniz, 2001: p. 192).

108

Entretanto, apesar da crença popular em sentido oposto, a episiotomia é um procedimento que pode levar à uma complicação na vida sexual da mulher, uma vez que muitas vezes causa dores nas mulheres, no momento da penetração. Dessa forma, fica explícito que a episiotomia e o “ponto do marido” enquanto formas de manter a boa vida sexual da mulher, não passam de um machismo velado, que impõe uma exigência da cultura sexual à mulher, sem se importar se isso lhe traz benefícios ou malefícios. Uma vez considerada benéfica ao homem, não é relevante se causará dor à mulher, já que eles possuem diferentes graus de importância na sociedade patriarcal.

Vimos também que a episiotomia, de acordo com a evidência científica, é associada não a uma vida sexual melhor, mas a uma substituição do tecido esponjoso da vulva por fibrose, a um aumento da dor à penetração (dispareunia), uma retomada mais lenta à vida sexual pós-parto, além das frequentes deformidades vulvares – isso quando não há complicações (Enkin, 2000).

[...]

O que queremos sugerir aqui é que a episiotomia e seu ponto do marido, assim como a cesárea e sua “prevenção do parto”, no caso

brasileiro, podem funcionar, no imaginário de provedores, parturientes e seus parceiros, como promotores de uma vagina medicamente sancionada, simbolicamente condizente com essas exigências da cultura sexual, seja pela prevenção, seja pelo tratamento. Nas palavras de Davis-Floyd (1992:129), os profissionais, “como representantes da sociedade, podem desconstruir a vagina (e por extensão, suas representações), e então reconstruí-la de acordo com nossas crenças culturais e sistema de valores”. Ou ainda, construir um via extravaginal, preventiva do parto, livre das representações disfuncionais e poluidoras envolvidas no parto vaginal. (DINIZ, 2001: p. 193).

Dessa forma, entende-se que a violência obstétrica se faz, além de tudo, como um meio de ceifar a mulher de seus direitos sobre o próprio corpo. Uma vez que encontra-se em situação de total submissão à equipe médica no momento de dar à luz, a mulher que enfrenta essa violência perde totalmente sua autonomia no tocante às decisões acerca do próprio corpo.

#### **4. ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PATRIARCADO**

Para proceder a análise da relação da

109

violência obstétrica com o patriarcado, primeiramente esse capítulo se propõe a explicar no que consiste a ideia de patriarcado para os movimentos feministas e, em seguida, demonstrar de que forma o sistema patriarcal tem refletido na sociedade.

Por fim, a violência obstétrica será trabalhada transversalmente ao conceito de patriarcado, de maneira a relacionar os dois conceitos e demonstrar de que forma o machismo influencia na perpetuação dessa violência.

#### **4.1 Caracterização do patriarcado nos estudos feministas**

O termo patriarcado é amplamente trabalhado em meio às teorias feministas, podendo ser utilizado para fazer referência à um sistema social que impõe o masculino sobre o feminino, de forma a colocar os papéis sociais masculinos enquanto superiores. O termo se liga à ideia de poder, ao passo que culturalmente a sociedade confere mais poderes aos homens que às mulheres.

Weber entende o patriarcado como referência a uma das muitas formas de organização ou dominação social, sendo que essa dominação vem a constituir um tipo de poder que tem como característica a

possibilidade de impor a própria vontade à um terceiro.

Por ‘dominação’ compreenderemos então, aqui, uma situação de fato, em que uma vontade manifesta (mandado) do ‘dominador’ ou dos ‘dominadores’ quer influenciar as ações de outras pessoas (do ‘dominado’ ou dos ‘dominados’) e de fato as influencia de tal modo que estas ações, num grau socialmente relevante, se realizam como se os dominados tivessem feito do próprio conteúdo do mandado a máxima de suas ações (obediência). (Weber, 1991: p. 190).

Este autor acredita que a estrutura patriarcalista de dominação advém de muitos anos, e na época escravocrata era formada pelos vínculos formados entre o senhor, os demais membros da família e os servos, de forma que o homem era o chefe daquela comunidade doméstica. A partir dessa ideia, Weber chega à um conceito de patriarcado:

[...]chama-se patriarcalismo a situação na qual, dentro de uma associação, na maioria das vezes fundamentalmente econômica e familiar, a dominação é exercida (normalmente) por uma só pessoa, de acordo com determinadas regras hereditárias fixas. (apud Machado, 2000: p. 3).

Após realizar um estudo acerca deste conceito formulado por Weber, Lia Zanotta Machado (2000) afirma que essa autoridade doméstica fundada no patriarcado implica em uma divisão sexual vista por Weber como “normal”, o que, para ela, é a base da crença na legitimidade da situação patriarcal. (Machado, 2000: p. 3). Para essa autora, o patriarcado se caracteriza pela discrepância social entre os patriarcas e os demais membros de seu grupo doméstico.

O controle sobre as mulheres é semelhante ao exercido sobre os animais, quando os direitos do senhor se estendem sobre todos os filhos tidos, dependendo exclusivamente de seu reconhecimento para que possam ser por ele sustentados. A relação de dependência parece ser atribuída pelo autor à natureza, quando enumera a superior força física e inteligência dos homens, em comparação com as características das mulheres. Entretanto, de fato, o padrão de dominação se deriva do controle social que o pai exerce sobre a reprodução. (Aguiar, 1997: p. 172.)

Ademais, segundo Neuma Aguiar, Weber aponta que o patriarcado traz consigo a ideia de propriedade, sendo correto afirmar que o chefe de família exercia posse sobre todos os demais componentes da sua sociedade doméstica,

podendo inclusive dispor-se deles a qualquer tempo.

O direito de *patriapotestas* na Roma antiga compreendia, ainda, o poder de vida do patriarca sobre seus dependentes, e mais: o direito de impor castigos corporais; o de dar uma mulher ao filho e de casar a filha; o de divorciar os filhos; o de transferi-los e vendê-los para outras famílias. Tal poder despótico foi paulatinamente sendo substituído, observa Maine (1970, pp. 108-165), por regras contratuais, embora sem observar as relações arbitrárias que permaneceram no contrato sexual (Pateman, 1988). (Aguilar, 1997: p. 174).

Para Lia Machado, o termo “patriarcado” remete, de maneira geral, à um sentido fixo, uma estrutura fixa que aponta de forma imediata para o exercício e a presença da dominação masculina. Patriarcado se refere a uma forma, entre outras, de organização social ou de dominação social.

A estrutura patriarcal se baseia fundamentalmente na exploração do homem sobre a mulher, levando ao estímulo da sexualidade masculina, de forma a reforçá-la, enquanto a mulher vê reprimida a sua sexualidade. (Pinheiro, 2008: p. 1).

É certo, na sociedade atual, que ainda é regida por forte concepção patriarcal no que tange às questões de relações

111  
de gênero, vê-se claramente as crenças de dominação homem-mulher, do patriarcado, referindo-se ao plano individual, além de serem praticadas e reforçadas pelas instituições do Estado, como as políticas sociais e públicas, os sistemas de saúde pública, a economia e a própria sociedade. (Pinheiro, 2008: p. 4).

Isso posto, entende-se o patriarcado sendo um sistema social totalmente hierarquizado, marcado pela relação de poder do homem sobre a mulher, de forma a colocar a mesma em situação de submissão e inferioridade. Em contraposição à esse sistema, como exposto anteriormente, o feminismo luta contra o patriarcado e o sexismo, buscando o empoderamento feminino e a colocação da mulher no mesmo nível social que o homem.

#### **4.2 A violência patriarcal como dano à mulher e à sociedade**

A perpetuação do sistema patriarcal é vista de forma muito clara em diversos contextos sociais atuais e por vezes os esforços feministas contra esse sistema são desmerecidos ao passo que a violência contra a mulher é velada. Como nos mostram Gschwenter e Tavares (2017), no artigo “Feminismo pra que?”, muitos

acreditam que a violência contra a mulher é na verdade “mimimi”, expressão atual que pode ser entendida enquanto sinônimo de “frescura”. Entretanto, a realidade é que o patriarcado encontra-se enraizado na sociedade de tal maneira, que a mulher é a todo tempo colocada em posição de submissão e, quando se insurge devido à violência sofrida, é calada, menosprezada e atingida por expressões como esta, que visam desqualificar a luta feminina.

A violência contra a mulher, apesar de naturalizada por tantos anos pelo modelo patriarcal, gerou um dano imensurável não somente às mulheres, mas à sociedade como um todo. Prova disso é a ainda inexpressiva ocupação feminina em setores de prestígio social, como é o caso do meio político e cargos de chefia em grandes organizações. O pressuposto de que é permitido ao homem controlar, subjugar e oprimir mulheres continua presente na sociedade e gera, dia após dia, consequências drásticas.

Uma dessas consequências é a retirada de autonomia das mulheres no momento do parto. Como visto, práticas absurdas são perpetuadas e tidas como normais, ao passo que a dor e sofrimento no parir é vista como um mal necessário. O fato de a mulher ver ceifado o seu direito de voz em relação ao parto evidencia a crença

social de que ela não possui capacidade de tomar boas decisões nem mesmo acerca de seu próprio corpo.

Isto demonstra a importância dos movimentos feministas, que lutam pelo empoderamento das mulheres, com o intuito de que um dia elas possam ter a certeza de que terão suas escolhas respeitadas, livres de opressões e quaisquer outros tipos de violência. Resta evidente que muito ainda precisa ser feito, entretanto, como demonstrou-se ao longo deste trabalho, muitos avanços foram alcançados, o que confere um ar de esperança e força para que estes movimentos continuem a trilhar seus caminhos.

#### **4.3 Relação entre o patriarcado e a violência obstétrica**

A aplicação do Direito possui suma importância na problematização da assistência obstétrica, uma vez que permite trabalhar com a complexa violência sofrida pela mulher no seio das instituições de saúde, principalmente no ciclo gravídico-puerperal.

Além disso, importa ressaltar que a violência obstétrica perpassa também a esfera domiciliar, uma vez que, ao contrário do que muitos acreditam, a violência doméstica contra mulheres é comumente

intensificada quando elas se encontram grávidas, sendo essa uma das faces menos conhecidas e mais trágicas da violência contra a mulher (Diniz, 2001: p. 48).

Uma vez que a violência contra a mulher começou a ser mais evidenciada e debatida, a discussão acerca das consequências dela para a mãe e para o feto foram gradativamente ganhando espaço. O debate que se iniciou no seio doméstico hoje começa a abarcar também a violência contra a mulheres nas próprias instituições de saúde, bem como suas consequências e possíveis formas de combate.

Para tratar da questão, é de suma importância ressaltar que a violência contra as mulheres no âmbito das instituições de saúde é uma forma de reproduzir a hierarquia do masculino sobre o feminino e ressaltar os papéis de opressores e oprimidos. Ceifar a mulher de sua capacidade natural de dar à luz e colocá-la em posição de completa passividade são a maior expressão desse ponto de vista. Nesse cenário, o médico passa a ser o responsável pelo parto, bem como a perda da autonomia da mulher em relação a quais procedimentos podem ser realizados em seu corpo sem a comprovada necessidade.

Uma primeira contribuição dessa reflexão seria a crítica à compreensão naturalizada da reprodução e da sexualidade, tratadas como dimensões

113  
biológicas da esfera privada da vida dos indivíduos, como se nessa cena não se inscrevessem relações de poder, hierarquia, violência. Enquanto processo e produto dessa construção e desconstrução dos gêneros, essa assistência ao parto e suas rotinas instauram e explicitam relações sociais e políticas; trata-se de uma interação assimétrica e hierárquica entre desiguais. (Diniz, 2001: p. 54).

Em meio à esse contexto extremamente complexo, o movimento de mulheres luta em prol de uma assistência capaz de auxiliar partos sem violência. O machismo enraizado na cultura brasileira (bem como na de diversos outros países) acaba por velar a prática da violência obstétrica, uma vez que as violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres passam a ser feitas de praxe, incorporadas como algo totalmente normal. Dessa forma, como exposto anteriormente, a violência é tão presente que acaba sendo tida como natural e passando despercebida.

É nesse contexto complexo e contraditório que se desenvolve a crítica do movimento de mulheres, inclusive aquele dentro da academia e de instituições formuladoras de políticas, às práticas de assistência ao parto. Uma das vertentes dessa crítica mostra que os estereótipos de gênero, presentes na formação dos profissionais de saúde e na

organização dos serviços, fazem com que as freqüentes violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres sejam incorporadas como fazendo parte da rotina “normal” da assistência; dessa forma, as situações de violência sequer causam estranhamento (Pittman, 1995). Esse aspecto é certamente refletido no descaso frente ao direito das mulheres à sua integridade corporal, à sua privacidade, a estar livre de humilhações e maus tratos, inscritos de forma como essas práticas se organizam (CLADEM, 1998, Diniz, 1999). (Diniz, 2001: p. 58).

Além disso, dentro do movimento de mulheres existe um crescente reconhecimento de que apesar de muitas vezes a maternidade ser uma escolha consciente, as mulheres grávidas são submetidas à um controle social derivado da violência obstétrica.

Esta violência faz com que mulheres percam o caráter pessoal e singular de suas necessidades e sejam tratadas como “embalagens de fetos”, que deve ser submetida a diversos tipos de intervenções institucionais, mesmo que muitos desses procedimentos sejam claramente desnecessários, arriscados, invasivos e violentos.

Submeter a mulher à um papel passivo no parto, sem que para isso haja

114  
necessidade cientificamente comprovada, é partir de preconceitos sexistas para reproduzir a ideia de que a maternidade deve ser geradora de sofrimentos para as mulheres, que por sua vez são incapazes de dar à luz sem intervenções medicalizadas.

Nesse sentido, as condutas desnecessárias e arriscadas são consideradas violações do direito da mulher à sua integridade corporal; a imposição autoritária e não-informada desses procedimentos atenta contra o direito à condição de pessoa, e a crise de acesso, com a peregrinação das mulheres por leitos, viola o direito das mulheres à equidade e à assistência (Diniz, 1999). (Diniz, 2001: p. 61).

A patologização do parto e a consideração do feminino como normalmente defeituoso e dependente da tutela médico-cirúrgica não são derivados de uma orientação técnico-científica. Elas são técnicas advindas de um conjunto complexo de determinações socialmente construídas e chegam, no caso brasileiro, à uma distorção tamanha, que sugere a existência de um modelo de prevenção do parto, de forma a reafirmar insistentemente a imperfeição genital feminina. (Diniz, 2001: p. 55).

Nessa direção, no Brasil desde a década de 80, grupos de mulheres e de profissionais se organizam em torno do tema da assistência ao parto e

criticam “as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento” (REHUNA,1993). Consideram que, no parto vaginal, “a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor” (REHUNA,1993). (Diniz, 2001: p. 59).

Resta claro portanto que o parto é uma função sexual normal ao corpo das mulheres, ou seja, na grande maioria das vezes o ato de parir não depende de uma intervenção.

Uma terceira contribuição é a busca das dimensões relativas à sexualidade e ao prazer sexual na discussão sobre a reprodução. Chama a atenção a estreiteza da relação entre essas duas dimensões, ainda que com sentidos muito distintos entre si. A sexualidade é uma presença constante, mais visível

ou menos visível, mais positiva ou mais negativa, em todos os detalhes e contextos visitados neste trabalho. Tem sido assim nas diversas configurações históricas da assistência, assim como no desenvolvimento técnico dos procedimentos que reafirmam o parto como patogenicamente despedaçador das entranhas femininas, exigindo a prevenção e o tratamento do prejuízo genital-sexual decorrente. Essa dimensão sexual parece ser um eixo estruturante das técnicas, talvez tão ou mais importante que as dimensões que hoje consideramos propriamente “reprodutivas” (Diniz, 1997). (Diniz, 2001: p. 56).

O movimento feminista afirma a autoridade das mulheres para dizerem suas próprias necessidades. No âmbito das questões obstétricas, busca uma reformulação do modelo de assistência, no intuito de possibilitar que as mulheres possam dar à luz livres de maus-tratos, sendo possível que manifestem suas opiniões e tenham voz acerca dos procedimentos a serem realizados em seus corpos.

O movimento feminista que reemerge, como descrevemos, afirma a autoridade das mulheres na definição de suas necessidades, opõe-se às condutas médicas feitas “para o seu

próprio bem” e parte para o desenvolvimento de uma formulação nova da assistência, mais recentemente orientada pelo horizonte da construção dos direitos reprodutivos e sexuais, reivindicando para as mulheres os direitos humanos à condição de pessoa, à integridade corporal e à equidade (Correa e Petchesky, 1994). Esses direitos, para além de serem ou não constituídos legalmente, são compreendidos sobretudo como reivindicações de justiça, afirmações de que os arranjos sociais de gênero são injustos e inadmissíveis e que, portanto, devem ser transformados. (Diniz, 2001: p. 61).

Apesar de ainda estarmos longe do ideal, alguns avanços já podem ser observados, como nos mostra Carmen Diniz.

O reconhecimento dos direitos humanos na assistência ao parto, independentemente do uso do termo “humanização”, tem sido feito em vários importantes documentos internacionais, entre os quais o citado documento da OMS “Safe Motherhood”, de 1998, no capítulo ‘Maternidade Segura: Uma Questão de Direitos Humanos e de Justiça Social’ (“Safe Motherhood: a Matter of Human Rights and Social Justice”): “A proteção e a promoção dos direitos humanos das mulheres pode ajudar a assegurar que todas as

116  
mulheres tenham o direito a: “tomar decisões sobre sua própria saúde, livre de coerção e violência, com base na mais completa informação; e “ter acesso a serviços e informação de qualidade, antes, durante e depois da gravidez e do parto.”. (Diniz, 2001: p. 62).

#### Perante o Tribunal Internacional de Direitos Reprodutivos como Direitos Humanos, Carmen Cruz deu seu testemunho:

Durante a lenta recuperação, diante de tanto maltrato [uma sucessão de procedimentos invasivos e perigosos, que resultaram em morte do bebê, perda do útero e infecção hospitalar generalizada], a única coisa que quero é morrer. Da minha vagina continua escorrendo pus, minha filha está morta e, além de tudo, agora sou estéril. Minha família, para consolar-me, me diz que não sou nem a primeira nem serei a última que passa por isso, que já vou me esquecer deste pesadelo, que me conforme. E é ali, no meio da dor física e moral, da raiva e da impotência, que me pergunto: e as que agora são meninas e um dia decidirão ser mães, vai acontecer a elas o mesmo que me aconteceu? Até quando vamos esperar para denunciar, falar, exigir? (Bunch et alli, 2000:117). (Diniz, 2001: p. 63).

Visto o exposto, é possível perceber que a assistência não deve ser moldada com fulcro em uma falsa patologia, mas sim em uma organização que venha a facilitar o parto saudável, fisiológico e que possa contar com os avanços científicos para intervir quando for necessário. Deve-se combater todos os tipos de violência sofridos pela mulher no momento de parir, buscando erradicar as dores causadas pela assistência de má qualidade.

Nessa perspectiva, ao invés de se organizar a assistência com base na prevenção ou no tratamento da patologia (o parto), propõe-se organizar os serviços na perspectiva da promoção e da facilitação de um parto saudável, fisiológico e da prevenção de possíveis intervenções e agravos no parto, inclusive aqueles resultantes da assistência, como a dor iatrogênica e a lesão genital da episiotomia desnecessária, entre outros. Pode-se imaginar, nessa direção, “programas de promoção do parto sem intervenções” e de “prevenção dos agravos iatrogênicos”. (Diniz, 2001: p. 221).

A sociedade precisa combater o machismo patriarcal e começar a enxergar a mulher e sua função no momento do parto com outro olhar. É essencial trabalhar um modelo de assistência em que a mulher

117  
tenha autonomia nas escolhas que dizem respeito ao seu próprio corpo, que ela possa ocupar uma posição ativa no momento do parto, que só haja intervenção quando realmente necessário e que ela tenha o direito efetivo a um parto sem violência.

As propostas de humanização do parto vêm oferecer uma alternativa positiva de imagem da parturiente, a daquela que enfrenta com sucesso, coragem, saúde e dignidade o parto vaginal. Nesse novo imaginário, ao invés de se submeter a procedimentos dolorosos e obsoletos, decide sobre os procedimentos, tem uma participação central e ativa no processo, enfrenta a dor com coragem e auto-confiança, pare a criança com os recursos do seu próprio corpo e emerge da experiência como poderosa, auto-suficiente e sem nenhum corte, sutura ou efeito colateral de drogas. Ela emerge do Éden com sua vagina poderosa, ilesa. Essa imagem é diferente daquela mulher vítima de sua biologia, a mater dolorosa cortada e remendada do modelo de parto vaginal típico, tecnocrático. (Diniz, 2001: p. 223).

Resta demonstrada a necessidade de reformulação da assistência à mulher parturiente, vez que o sistema atual reflete o patriarcado enraizado socialmente, que causa sofrimento e ceifa a mulher de suas escolhas e do protagonismo no ato de parir.

## CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo realizar a análise da Violência Obstétrica sob o enfoque das teorias feministas, principalmente da teoria feminista do direito, com o intuito de entender a relação entre essa violência e o sistema patriarcal.

Depreendeu-se que a institucionalização e por conseguinte a medicalização do parto pode ser extremamente salutar para a sociedade, uma vez que os avanços científicos e tecnológicos são capazes de proporcionar um parto cada vez mais seguro tanto para a mãe quanto para o neném. Entretanto, a assistência não vem ocorrendo de forma ideal.

Compreendeu-se também que a violência obstétrica decorrente de intervenções médicas se configura a partir do momento que elas são realizadas de forma não consentida, retirando o direito da mulher sobre o próprio corpo, se tornando um instrumento para ceifar a mulher do protagonismo no parto, cerceando-a de um direito pessoal de parir da forma que melhor lhe convier.

O significado de obstetrícia enquanto acompanhamento da mulher tem

118

dado lugar à ideia de que o médico obstetra deve ser o protagonista do parto, retirando a autonomia da mulher em relação ao próprio corpo e ceifando-a de seu direito escolha. Isso acontece devido à patologização do corpo feminino, que se perfaz enquanto crença de que o corpo da mulher é imperfeito e necessariamente precisa de intervenções para que possa parir.

Mediante a explanação acerca do sistema patriarcal e sua influência sobre a sociedade antiga e atual, é possível concluir que o patriarcado é uma das causas da violência obstétrica, vez que a sociedade carrega consigo a crença de que a mulher deve estar sempre submissa, em meio à uma relação hierárquica que garante todo o poder ao homem e a coloca na situação de passividade e opressão de suas vontades.

Essa conclusão advém da percepção de que a violência obstétrica é uma clara manifestação desse sistema patriarcal, ao passo que as mulheres são desacreditadas, colocadas como incapazes de realizar as funções mais importantes, inclusive a de parir. Ceifar a parturiente de seu direito de escolha acerca dos melhores procedimentos a serem realizados no parto significa dizer que ela não é suficientemente boa para tomar decisões importantes. Ademais, a prática de procedimentos sem autorização e contra a vontade da mulher é submeter seu

corpo a outras pessoas, expressão evidente do patriarcado, bem como os tratamentos degradantes e desumanos que são conferidos às parturientes é o reflexo da hierarquização de poderes, que coloca a mulher em condição de passividade forçada.

Urge destacar que, a partir da presente pesquisa, depreendeu-se que o patriarcado não é a única causa da violência obstétrica, que conta também com outras motivações, como por exemplo a financeira, uma das geradoras da indústria do parto.

Constatou-se também que a violência obstétrica nem sempre advém da livre escolha do profissional, uma vez que por viver imerso na cultura patriarcal ele a todo momento apreende, mesmo que de forma inconsciente, que a mulher deve ser subjugada. Com isso, pretende-se destacar que o machismo atinge a sociedade como um todo, não apenas as mulheres, fato que explica a violência obstétrica não partir apenas de médicos homens.

Portanto, para que o enfrentamento dessa violência seja efetivo, é necessário que a formação da equipe médica aconteça de forma mais adequada, menos manchada pelo patriarcado. É preciso que esses profissionais entendam, desde o início de seus estudos, que a função do obstetra não é

a de assumir a posição de parturiente, mas sim de acompanhá-la e auxiliá-la no que for necessário, para que quando estiverem no dia a dia das instituições, não aceitem a ideia de que a mulher deve ser subjugada.

Bem como a formação dos profissionais da área da saúde é marcada pelo patriarcado, as teorias feministas do direito demonstram que as normas jurídicas tem sido instrumentos de manutenção das desigualdades entre os gêneros, refletindo um patriarcado velado, o ordenamento pátrio não confere a proteção necessária à mulher parturiente.

Destarte, conclui-se que apesar das lutas e conquistas femininas no âmbito da violência obstétrica, ainda falta muito a percorrer, visto que essa violência é uma evidente consequência do patriarcado, reiterado dia após dia. Tem-se como solução do problema a assistência ideal e para sua concretização o parto humanizado aparece, cada vez mais, como melhor caminho. Outrossim, para que a instauração da assistência ideal seja possível é necessário que a esfera jurídica se mobilize nesse sentido, oferecendo um eficiente amparo legal às mulheres vítimas de violência obstétrica, bem como é essencial também que haja apoio governamental, traduzido em políticas intervencionistas a esse respeito.

Esse trabalho não soluciona a todas as questões que envolvem a presente temática, todavia na convicção de que a pesquisa pode contribuir para maior visibilidade do tema é que se espera que os conceitos aqui desenvolvidos e os debates propostos possibilitem uma reflexão acerca da necessidade de remodelamento da assistência obstétrica humanizada com vistas à promoção da dignidade feminina.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, Janaína Marques de (2010). “Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero”. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. USP: São Paulo.

Aguiar, Neuma (1997). “Gênero e Ciências Humanas: desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres”. Rio de Janeiro. Editora Record, Rosa dos Tempos, p. 1 – 186. Consultado em 02.10.2018, em [http://www.faed.udesc.br/arquivos/id\\_submenu/1416/aguiar\\_neuma\\_genero\\_e\\_ciencias\\_humanas.pdf](http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1416/aguiar_neuma_genero_e_ciencias_humanas.pdf).

Almeida, Vitória Lauriano (2017). “A violência obstétrica à luz do ordenamento jurídico brasileiro”. Monografia. Universidade Federal de Viçosa. Viçosa.

120  
Consultado em 07.07.2018, em:  
<<http://calibre.dpd.ufv.br/browse/search?query=vitoria+lauriano>>.

Clínica Bedmed.” Quais são as diferenças entre ginecologia e obstetrícia?” Página consultada em 15.10.2018, em:  
<<https://bedmed.com.br/quais-sao-as-diferencas-entre-ginecologia-e-obstetricia/>>.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Norma consultada em 15.04.2020 em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>.

Campos, Carmen Hein (2011). “Razão e Sensibilidade: teoria feminista do direito e Lei Maria da Penha”, Lei Maria da Penha Comentada em uma Perspectiva Jurídico-Feminista. Rio de Janeiro: Lumen Juris, v. 01: p. 1 - 12.

Diniz, Simone Grilo; Salgado, Heloisa de Oliveira; Andrezza, Halana Faria de Aguiar; Carvalho, Paula Galdino Cardin de; Carvalho, Priscila Cavalcanti Albuquerque; Aguiar, Cláudia de Azevedo; Niy, Denise Yoshie (2015). “Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção”, Journal of Human Growth and Development, 25 (3): 377-376.

- Diniz, Carmen Simone Grilo (2001). “Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto”. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina de São Paulo. USP: São Paulo.
- Foucault, Michel (1977). “História da Sexualidade I: A Vontade de Saber”. Rio de Janeiro, Edições Graal.
- Fundação Perseu Abramo. ”Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”, Pública, 2010. Versão eletrônica consultada em 27.08.2018 em: <[https://apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/www.fpa\\_org\\_br\\_sites\\_default\\_files\\_pesquisaintegra.pdf](https://apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/www.fpa_org_br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf)>.
- Furlani, Jimena (2010). “Gêneros e sexualidades – problematizando a educação e processos de produção de conhecimentos”, Instrumento: R. Est. Pesq. Educ. Juiz de Fora, v. 12, n. 1, jan/jun.
- Gschwenter, Anna Carolina Ferreira; Tavares, Olívia Pereira (2017). “Feminismo, pra quê?: uma análise da atividade promovida pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa em gênero e sexualidade (NEPGS) do IFRS, campus Canoas”, IV Congresso Nacional de Educação. Página consultada em: [https://editorarealize.com.br/revistas/conedu/trabalhos/TRABALHO\\_EV073\\_MD1\\_SA7\\_ID10193\\_16102017213350.pdf](https://editorarealize.com.br/revistas/conedu/trabalhos/TRABALHO_EV073_MD1_SA7_ID10193_16102017213350.pdf).
- Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Consultada em 25.07.2018, em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Atos2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Atos2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>.
- Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Código de Defesa do Consumidor. Brasília, 12 set. 1990. Publicação retificada em 10 jan. 2007. Consultada em 04.10.2018, em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8078.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm)>.
- Machado, Lia Zanotta (2000). “Perspectivas em confronto: relações de gênero ou patriarcado contemporâneo?”, Série Antropológica, n.284, Brasília: p. 2-19.
- Muniz, Beatriz Maia de Vasconcelos; Barbosa, Ruth Machado (2012). “Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência?”, Memórias Convención Internacional de Salud Pública, Cuba. Havana. 2012. Consultada em 19.10.2018 em: <<http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/view/744/332>>.
- Narvaz, Marthe Giudice; Koller, Sílvia Helena (2006). “Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa,

- clínica e política”, *Psicologia em Estudo*, v. 11, n. 3, p. 647 – 654, set/dez., Maringá.
- Narvaz, Marthe Giudice; Koller, Sílvia Helena (2006). “Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa”, *Psicologia e Sociedade*, 18 (1), p. 49-55, jan/abr.
- “O renascimento do parto” (2013). Direção de Érica de Paula e Eduardo Chauvet. Rio de Janeiro: Master Brasil Filmes. 1 DVD (90 min.), son., color.
- Organização Mundial de Saúde (2014). “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”. Consultado em 24.10.2018 em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf;jsessionid=8ECB25CEF3B845CD7488CCA\\_A9BABE187?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=8ECB25CEF3B845CD7488CCA_A9BABE187?sequence=3).
- Pinheiro, Leonardo José Cavalcanti (2008). “O Patriarcado presente na Contemporaneidade: Contextos de Violência”, *Fazendo Gênero* 8 – Corpo, Violência e Poder, de 25 a 28 de agosto de 2008. Anais consultados em 20.07.2018 em: [http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST66/Leonardo\\_Jose\\_Cavalcanti\\_Pinheiro\\_66.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST66/Leonardo_Jose_Cavalcanti_Pinheiro_66.pdf).
- Projeto de Lei nº 1130 de 2017. Página consultada em 20.10.2018 em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=499016>.
- Projeto de Lei nº 7633 de 2014. Página consultada em 03.10.2018 em: <https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>.
- Projeto de Lei nº 8219 de 2017. Página consultada em 05.10.2018 em: <https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2147144>.
- Projeto de lei nº 7867 de 2017. Página consultada em 10.10.2018 em: <https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>.
- Pulhez, Mariana Marques (2013). “A violência obstétrica' e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos”, *Seminário Internacional Fazendo Gênero*, 10, Florianópolis.
- Rabenhorst, Eduardo Ramalho (2010). “Feminismo e Direito”, *Revista do núcleo de estudos e pesquisas em gênero e direito, UFPB*, Vol. 1, n. 1, jan./jun.: p. 109-128.
- Resolução do Conselho Federal de Medicina, nº 1931, de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90. Normativa consultada em 12.08.2018 em:

- <[http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/cem\\_e\\_cpep.pdf](http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/cem_e_cpep.pdf)>.  
Resolução do Conselho Federal de Medicina, nº 2144, de 17 de março de 2016. Normativa consultada em 25.08.2018 em: <[http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/cem\\_e\\_cpep.pdf](http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/cem_e_cpep.pdf)>.
- Resolução Normativa nº 398, de 05 de fevereiro de 2016. Agência Nacional de Saúde. Normativa consultada em 23.08.2018 em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>>.
- Scott, Joan W (1990). “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”, Educação e Realidade, vol. 16, n.2, Porto Alegre, jul./dez.
- Serafim, Fabrícia Pessoa (2010). “Teoria feminista do direito aplicada: discussão sobre a prática indiscriminada da episiotomia no Brasil”, Revista do núcleo de estudos e pesquisas em gênero e direito, v. 1, n. 2.
- Simenela, Princess Nothemba (2018). “A “good birth” goes beyond having a healthy baby”. WHO, 15 de fevereiro de 2018. Página consultada em 01.05.2020 em: <https://www.who.int/mediacentre/commentaries/2018/having-a-healthy-baby/en/>.
- “Ley Organica Sobre El Derecho de Las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia”. Venezuela, 2007. Legislação consultada em 30.06.2018 em: <<http://www.notilogia.com/2014/10/ley-organica-sobre-el-derecho-de-la-mujeres-auna-vida-libre-de-violencia.html>>.
- Webber, Max. “Economia e Sociedade”. Vol 1. Brasília: Editora UNB. 1991.
- WHO. World Health Organization. “Individualized, supportive care key to positive childbirth experience” (2018). Página consultada em 01.05.2020, em: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/positive-childbirth-experience/en/>.
- Ximenses, Julia Maurmann (2011). “Levantamento de dados na pesquisa em direito — a técnica da análise de conteúdo”, Anais do XX Congresso Nacional do CONPEDI, Florianópolis, Fundação Boiteux, v. 1: p. 7608-7622.
- Zanardo, Gabriela Lemos de Pinho; Uribe, Magaly Calderón; Nadal, Ana Hertzog Ramos De; Habigzang, Luísa Fernanda (2017). “Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa”, Psicol. Soc.[online], vol.29. Consultada a versão eletrônica em 02.10.2018 em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>.