



UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE DIREITO E RELAÇÕES INTERNACIONAIS
CURSO DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Bianca Vitória Garrido Araújo

Formas contemporâneas de apropriação dos corpos femininos:
Violência Obstétrica no Brasil

Dourados – MS

Maio de 2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE DIREITO E RELAÇÕES INTERNACIONAIS
CURSO DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Bianca Vitória Garrido Araújo

Orientador: Prof. Matheus de Carvalho Hernandez

Formas contemporâneas de apropriação dos corpos femininos:
Violência Obstétrica no Brasil

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora da Universidade Federal da Grande Dourados, como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Relações Internacionais, sob a orientação do Prof. Matheus de Carvalho Hernandez.

Dourados – MS

Maio de 2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

A663f Araujo, Bianca Vitoria Garrido
Formas contemporâneas de apropriação dos corpos femininos: Violência Obstétrica no Brasil [recurso eletrônico] / Bianca Vitoria Garrido Araujo. -- 2023.
Arquivo em formato pdf.

Orientador: Matheus de Carvalho Hernandez.
TCC (Graduação em Relações Internacionais)-Universidade Federal da Grande Dourados, 2023.
Disponível no Repositório Institucional da UFGD em:
<https://portal.ufgd.edu.br/setor/biblioteca/repositorio>

1. Violência Obstétrica. 2. Feminismo. 3. Capitalismo. 4. Patriarcado. 5. Corpo. I. Hernandez, Matheus De Carvalho. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

©Direitos reservados. Permitido a reprodução parcial desde que citada a fonte.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE DIREITO E RELAÇÕES INTERNACIONAIS



ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Em 05 maio de 2023, compareceu para defesa pública do Trabalho de Conclusão de Curso, requisito obrigatório para a obtenção do título de Bacharel em Relações Internacionais, a aluna **Bianca Vitória Garrido Araújo** tendo como título “**Formas contemporâneas de apropriação dos corpos femininos: violência obstétrica no Brasil**”.

Constituíram a Banca Examinadora os professores **Dr. Matheus de Carvalho Hernandez** (orientador), **Dra. Déborah Silva do Monte** (examinadora), **Ma. Tchella Fernandes Maso** (examinadora) e **Ma. Gabriela Aparecida de Oliveira** (examinadora).

Após a apresentação e as observações dos membros da banca avaliadora, o trabalho foi considerado **APROVADO**.

Por nada mais terem a declarar, assinam a presente Ata.

Observações: _____

Assinaturas:

Documento assinado digitalmente
gov.br MATHEUS DE CARVALHO HERNANDEZ
Data: 10/05/2023 11:41:39-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Matheus de Carvalho Hernandez

Orientador

Documento assinado digitalmente
gov.br DEBORAH SILVA DO MONTE
Data: 09/05/2023 12:29:57-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Documento assinado digitalmente
gov.br TCHELLA FERNANDES MASO
Data: 10/05/2023 15:45:04-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Documento assinado digitalmente
gov.br GABRIELA APARECIDA DE OLIVEIRA
Data: 10/05/2023 09:57:55-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Déborah Silva do Monte

Examinadora

Ma. Tchella Fernandes Maso

Examinadora

Ma. Gabriela Aparecida de Oliveira

Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que nunca me abandonou.

Agradeço à minha família, principalmente meus pais, Sidnei e Cirlene, que, apesar das nossas diferenças, sempre estiveram comigo. Seguraram a barra das dificuldades financeiras com muito esforço e sacrifício para que eu pudesse continuar na faculdade e realizar meu sonho.

Agradeço às minhas amigas, Duda, Bruna e Juliana, que foram ouvidos de desabafo e lugares de consolo e motivação.

Agradeço à minha psicóloga, Laryssa, que vem me acompanhando nos últimos dois anos e vivido comigo minhas aflições quanto à vida ao TCC.

Agradeço ao professor Matheus e à professora Déborah, que foram não só fonte de inspiração, mas fundamentais no processo da escrita e da perseverança.

O TCC foi a coisa mais difícil que tive que fazer na graduação. O medo me paralisou. O processo da graduação foi uma gestação. A pesquisa e a escrita foram dolorosas e longas, um verdadeiro trabalho de parto, com um expulsivo à jato. A palavra Obstetrícia deriva de *obstare*, que significa *estar ao lado*. Agradeço à professora Tchella, que foi a obstetra que assistiu ao parto, com muita paciência.

A leitora e o leitor entenderão mais à frente.

RESUMO

Este trabalho tem como objeto de pesquisa a Violência Obstétrica e suas contradições, um tipo de violência que perpassa as vivências de inúmeras mulheres ao redor do mundo, independente da raça, classe ou país de origem. O objetivo é traçar uma relação da VO com o controle e violência exercidos sobre os corpos femininos, no contexto do desenvolvimento do capitalismo e do patriarcado. A partir uma perspectiva feminista do capitalismo e sua construção e de reflexões sobre violência e corpo, este trabalho utilizará relatos extraídos - principalmente das redes sociais, mas também da mídia tradicional - para demonstrar a relação entre Feminismos, Relações Internacionais e Violência Obstétrica.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Feminismo. Capitalismo. Patriarcado. Corpo.

ABSTRACT

This paper has as object of research the Obstetric Violence and its contradictions, a type of violence that permeates the experiences of countless women around the world, regardless of race, class or country of origin. The objective is to trace a relationship between Obstetric Violence and the control and violence exercised over female bodies, in the context of the development of capitalism and patriarchy. From a feminist perspective of capitalism and its construction and reflections on violence and the body, this paper will use reports extracted - mainly from social networks, but also from traditional media - to demonstrate the relationship between Feminisms, International Relations and Obstetric Violence.

Keywords: Obstetric Violence. Feminism. Capitalism. Patriarchy. Body.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Parto como cooperação feminina	24
Figura 2 - Masculinização da prática médica	25
Figura 3 - Slide contendo gráfico da obstetra Melania Amorim sobre os resultados de 13 anos sem realizar episiotomia	34
Figura 4 - Períneo íntegro (sem laceração) pós-parto normal	35
Figura 5 - Excerto de trabalho acadêmico com relato de caso e imagens de laceração grau IV de mulher que foi submetida a episiotomia	35
Figura 6 - Manobra de Kristeller	36
Figura 7 - Relato da obstetra Melania Amorim sobre episiotomias feitas manualmente em post no seu perfil do Instagram	56
Figura 8 - Relato de Episiotomia desnecessária para treinamento de estudantes	57
Figura 9 - Relato de ensino de episiotomia em sala de aula	58
Figura 10 - Relato de Violências Obstétricas na faculdade	58
Figura 11 - Relato da Inglaterra (1)	59
Figura 12 - Relato de Portugal (1)	59
Figura 13 - Relato da Bélgica	59
Figura 14 - Relato da Alemanha	59
Figura 15 - Relato de Portugal (2)	60
Figura 16 - Relato da Turquia	60
Figura 17 - Relato da Bulgária	60
Figura 18 - Relato da Irlanda	60
Figura 19 - Relato da Inglaterra (2)	60
Figura 20 - Relato da Austrália	60
Figura 21 - Relato da França, Portugal e Inglaterra	61
Figura 22 - Relato da Inglaterra (3)	61
Figura 23 - Relato da Inglaterra (4)	61

SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. Primeiro capítulo: O corpo da mulher no capitalismo	13
2.1. Feminismo nas Relações Internacionais	13
2.2. Conceitos: Gênero e Mulher	15
2.3. Conceito: Corpo	17
2.4. Capitalismo e corpo das mulheres	19
2.5. Guerra e corpo das mulheres	26
3. Segundo capítulo: Violência Obstétrica, conceito e contextualização	31
3.1. Conceitos: vias de nascimento e doula	31
3.2. Violência Obstétrica: conceito e contextos	32
3.3. História da Obstetrícia	40
3.4. Situando Violência Obstétrica	43
3.5. Panorama internacional	44
3.6. Panorama América Latina	46
3.7. Panorama Brasil	48
3.8. Percepções	50
4. Terceiro capítulo: Análise de casos	52
4.1. Episiotomia	52
4.2. Violência Obstétrica: institucional e internacional	57
4.3. Casos brasileiros recentes: Renato Kalil e Giovanni Bezerra	62
5. Conclusão	64
REFERÊNCIAS	67

1 - Introdução

Este trabalho tem a intenção de entender o panorama da Violência Obstétrica (VO) no Brasil, a partir de uma perspectiva das teorias feministas das Relações Internacionais (RI), traçando paralelos com situações semelhantes ao redor do mundo. Não só procurar entender, procuro trazer mais perguntas e reflexões sobre o tema, analisando as contradições que serão expostas nas próximas páginas. Violência Obstétrica é toda ação de violência verbal, física, moral ou psicológica contra a mulher no contexto do atendimento obstétrico, ou seja, nos serviços de pré-natal, parto, pós-parto e abortamento. Seu conceito elaborado e exemplos de práticas consideradas VO serão abordados à frente, no segundo capítulo.

É importante destacar o contexto em que este trabalho surge, no quesito da intenção da estudante que o escreve. A fonte de desejo de saber mais sobre o tema e trazê-lo para a discussão da academia de Relações Internacionais, vem de um sentimento de perplexidade e inconformidade dessa situação que atinge as mulheres, como muito provavelmente foi o que motivou as pesquisadoras e teóricas feministas em outras épocas. Acompanhando o tema da gestação, nascimento e puerpério nas redes sociais desde 2016, por meio de perfis de médicas Ginecologistas e Obstetras, Parteiras, Obstetizas, Enfermeiras Obstetras, Doulas, Consultoras em Amamentação, foi possível perceber que os casos de Violência Obstétrica (VO) não são isolados. Não estão única e exclusivamente relacionados com a raça, a nacionalidade ou a classe da parturiente, ou ainda com seu grau de esclarecimento acerca do tema para saber como reagir mediante à possibilidade de VO. O tema é transpassado por muitas variáveis e questões, como: raça, classe, gênero, sistema público de saúde no Brasil, o sistema de ensino da medicina tradicional, políticas públicas, neoliberalismo, maternidade compulsória, solidão materna, saúde como mercadoria, entre outras, algumas dessas questões serão abordadas aqui.

A VO ocorre com brancas, negras, pobres, ricas, brasileiras ou europeias, mulheres com ou sem deficiência, pessoas trans - ninguém está a salvo. Obviamente, a realidade de cada recorte traz consigo suas nuances e interseccionalidades. A realidade, no Brasil e em muitos lugares do mundo, é que é necessário realmente lutar, com unhas e dentes, para ser respeitada no momento do nascimento de seu bebê. As perguntas que não calam são: por que isso ainda ocorre no mundo todo? Por que mulheres seguem tendo sua saúde negligenciada? Pois as VO não apenas são violências traumáticas ao psicológico, mas também à saúde da gestante e do feto.

Por que não se fala sobre o tema? Como tudo isso se relaciona? E mais, como isso está relacionado ao estudo das relações internacionais e, porque não, da formação do capitalismo?

O maior objetivo deste trabalho, então, além de trazer o tema para ser debatido pela comunidade acadêmica (pois deveria ser um problema de todos), é traçar uma relação da VO com o controle e violência exercidos sobre os corpos femininos, no âmbito do desenvolvimento do capitalismo e do patriarcado. Mais especificamente, procuro entender e demonstrar que a retirada das mulheres do controle do processo fisiológico do nascimento - por meio da violação da autonomia, violência, objetificação e desumanização da mulher - a construção da Ginecologia e Obstetrícia em bases misóginas, e outros aspectos como a restrição ao direito ao aborto e maternidade compulsória, estão relacionados com o capitalismo e o patriarcado.

Pergunto: a Violência Obstétrica é uma ferramenta/forma/sintoma de controle sobre os corpos das mulheres? Qual a relação entre essa violência e a manutenção da ordem patriarcal-capitalista? Pretendo demonstrar que este fenômeno é estrutural ao capitalismo e ao patriarcado, de maneira que ocorre tanto nos países do Norte global, quanto do Sul; tanto com mulheres privilegiadas por raça ou cor, por exemplo, quanto com mulheres expostas a vulnerabilidades.

Isto posto, o primeiro capítulo irá trazer um apanhado das teorias feministas, seguido por refletir brevemente os conceitos que serão úteis à análise. No segundo capítulo, irei abordar a Violência Obstétrica de fato, trazendo um panorama breve dos dados e casos internacionais e nacionais. E por último, será feita uma análise de casos coletados na internet (reportagens e blog) e em redes sociais (principalmente Instagram), relatados em perfis de profissionais que trabalham na área da ginecologia e obstetrícia humanizadas.

As principais referências teóricas para este trabalho foram Silvia Federici em *Calibã e a Bruxa* (2017) e Rita Laura Segato em *Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres* (2014). O blog da obstetra Melania Amorim (CRM PB 5454), *Estuda, Melania, estuda!* foi fonte de diversos artigos científicos, posicionamentos e relatos; esta obstetra em questão trabalha com a humanização do parto há mais de 20 anos, é professora e pesquisadora da ginecologia e obstetrícia, e inclusive é autora de algumas das referências deste trabalho. O Instagram da obstetra Anna Beatriz Herief (CRM 5290177-9), que se posiciona de maneira resoluta e é referência na

assistência humanizada ao parto, foi fonte de relatos de Violência Obstétrica e de estudantes de medicina.

A pesquisa deste trabalho é qualitativa e de caráter exploratório, de maneira que algumas literaturas feministas que trabalham com o controle dos corpos das mulheres serão relacionados com a VO. Os relatos analisados no terceiro capítulo foram selecionados da internet, e principalmente de canais de comunicação de obstetras vinculadas a movimentos pela humanização dos nascimentos, com objetivo de vincular essa literatura, que trata de um processo histórico longo e complexo, com os fenômenos contemporâneos da VO. A opção de blogs e perfis de Instagram almeja visibilizar o conhecimento produzido pelas ativistas que denunciam a violência contra os corpos parturientes, legitimando suas vozes e o papel das comunicações informais, os quais, na atualidade, são utilizados com frequência pelas vítimas para formar redes de apoio e espaços de empoderamento e de informação.

2 - Primeiro capítulo: O corpo da mulher no capitalismo

Este capítulo possui caráter teórico, ou seja, irei abordar as teorias feministas de RI e trarei alguns conceitos úteis ao trabalho. Também apresentarei a descrição do processo histórico do desenvolvimento do capitalismo e sua relação com a exploração das mulheres, bem como a perspectiva da exploração e controle do corpo, principalmente por meio da violência.

2.1 - Feminismo nas Relações Internacionais

As Relações Internacionais surgem como uma ciência essencialmente masculinizante, uma vez que aborda questões intimamente ligadas aos homens e temas supostamente públicos, como Estado e guerra. Em meados dos anos 1980, questões feministas começam a surgir e a serem apontadas por estudiosas das RI (WEBER, 2005). As pesquisas feministas na área passam por fases de estudo, como descritas por Maso e Galhera (2019): de início foi trabalhado uma associação entre conhecimento e poder; posteriormente, análises empíricas a partir do gênero; e por último o caráter masculino e patriarcal das RI, uma vez que conceitos de poder, Estado soberano, anarquia internacional e guerra, perpassam masculinidades.

Os feminismos nas Relações Internacionais apresentam várias vertentes que se relacionam com o objeto de estudo aqui apresentado. O Feminismo Crítico, por exemplo, influenciado por Robert Cox, "(...) interpreta as desigualdades de gênero a partir do efeito combinado entre condições materiais, ideias e instituições, que atua nos níveis das relações de produção, do complexo Estado/Sociedade Civil e das ordens mundiais historicamente definidas." (MASO; GALHERA, 2019, p. 637). As desigualdades de gênero, atuando ao longo da história, estão intrínsecas ao desenvolvimento do capitalismo. As mulheres, gerando mão de obra e herdeiros, criando as crianças, cuidando, limpando, foram a base para a construção do próprio sistema pelos homens. É preciso e necessário a exploração do trabalho não remunerado feminino (neste caso, o doméstico) e da maternidade como um sonho e um destino para manter as mulheres vinculadas ao trabalho doméstico e reprodutivo, não importando se isso afeta a saúde das mulheres ou de suas crias. A delegação desses trabalhos às mulheres e invisibilização dos mesmos, a designação da mulher ao privado e alguns outros aspectos históricos nesse sentido, serão descritos e abordados em breve.

Já o Feminismo Construtivista trabalha com o conceito da realidade como socialmente construída, interpretando o patriarcado como um “sistema de valores e práticas que aprofunda as desigualdades de gênero” (MASO; GALHERA, 2019, p. 637). Isto é, a realidade é construída em conjunto na sociedade, pelas instituições, pelas pessoas, pelos pressupostos científicos difundidos em um sistema que, apontado pelas feministas, gera e aprofunda as desigualdades de gênero. Dessa forma, procuraremos entender, de maneira resumida, a construção do cenário atual de VO no Brasil e no mundo.

O Feminismo Pós-Estruturalista trabalha com a relação entre conhecimento e autoridade e irá explorar “as relações de poder legitimadas por construções linguísticas binárias” (MASO; GALHERA, 2019, p. 637). Neste sentido, é necessário explicitar que a VO ocorre já dentro de um sistema (de saúde) que está muitas vezes em contexto de binaridade de poder médico-paciente, em que o médico possui poder sobre o paciente, por deter o conhecimento da medicina, e o paciente, por estar, muitas vezes, em uma situação de vulnerabilidade. Se acrescentarmos a perspectiva de gênero, as pacientes mulheres estarão em maior vulnerabilidade, principalmente se considerarmos o contexto de uma necessidade médica que envolve sua sexualidade, as questões ginecológicas e obstétricas. A questão de poder sobre os corpos também é uma das que serão discutidas à frente.

O Feminismo Pós-Colonial, por sua vez, compreende e estuda a realidade inserindo novas categorias que se interseccionam como cultura, classe, raça e localização geográfica, o que traz novas perspectivas para além da mulher ocidental, ou seja, há diversas maneiras de agência política e de subordinação das mulheres. Este aspecto é necessariamente relevante para a análise, pois dialoga com os aspectos expostos acima, uma vez que precisamos considerar as diferenças entre as mulheres dentro do patriarcado quanto à classe e raça, além de como o poder sobre os corpos no atendimento obstétrico de um ponto de vista interseccional.

De uma maneira geral,

os feminismos contemporâneos estão em movimento: problematizam a construção da diferença sexual, a representação e a reiteração binária dos corpos, a produção da assimetria dos sujeitos, dos poderes e das desigualdades sociais. Assim, ao evidenciarem as experiências e ao formularem a crítica quanto ao processo de diferenciação dos sexos nas diferentes formações histórico-sociais, os feminismos atuam e buscam desconstruir as identidades e representações do feminino e do masculino, mostrando que o discurso fundado no biológico ou na natureza dos sexos é um mecanismo do poder do patriarcado em operação, marcado de historicidade. (CARNEIRO, 2019, p.254)

Estas diferentes maneiras de interpretar a realidade com pontos de vista feministas demonstram que há diferentes recortes a serem considerados, bem como fenômenos, que muitas vezes foram deixados de lado, e muitas vezes ainda o são, como a VO. É preciso, portanto, refletir que não há neutralidade nas ciências humanas, pois as teorias partem de corpos com história, raça, sexo, classes, culturas, localizações diferentes, o que gera perspectivas diferentes. Do ponto de vista feminista, para o campo das RI, “há que se propor formulações teórico-políticas não restritas ao universo masculino e patriarcal, portador da exclusão. (...) O senso comum de que mulheres e crianças não fazem parte da política internacional é ainda um estereótipo a ser superado.” (MASO; GALHERA, 2019, p. 638).

Ainda no sentido de apreender algumas teorias que serão úteis a este trabalho, é necessário trazer resumidamente alguns conceitos: gênero, mulher e corpo. São conceitos que estão presentes nas teorias feministas, sendo objetos de estudo e importantes para a análise na medida em que a Violência Obstétrica é um tipo de violência de gênero, que perpassa os corpos das mulheres. A partir destes conceitos, farei um breve estudo da condição histórica da mulher no desenvolvimento do capitalismo e da violência como forma de controle dos corpos.

2.2 - Conceitos: Gênero e Mulher

Os dois primeiros conceitos que irei abordar, mulher e gênero, estão interligados e seus significados e interpretações se atravessam e se influenciaram ao longo de toda a construção do pensamento feminista. É essencial compreender que são conceitos cujos debates carregam tensões e diferentes narrativas, bem como formas de interpretá-los. Parte dessa discussão é trazida no texto de Piscitelli (2001) de maneira resumida, observando principalmente a construção do conceito de gênero e como o mesmo mudou ao longo das décadas tanto da perspectiva teórica, quanto prática, sendo inclusive abandonado por algumas feministas.

Isto posto, gostaria de enfatizar que devido à proposta do trabalho, que não é se aprofundar na temática filosófica da construção e remodelação dos conceitos e das identidades de gênero, utilizarei majoritariamente os conceitos como as feministas faziam-no até cerca dos anos 1970 - incluindo algumas contribuições que foram feitas após esse período - isto é, valendo-se do sistema sexo/gênero. Partindo da perspectiva de que (arrisco dizer) quase a totalidade das pessoas gestantes, e, portanto, passíveis de sofrer Violência Obstétrica, são do sexo feminino. E digo “quase

a totalidade”, pois não se pode esquecer das pessoas intersexuais, porém não tenho conhecimento das possibilidades de gestação para estas pessoas, do ponto de vista médico. Além disso, os casos que observei em redes sociais durante esses anos acompanhando o tema, não traziam, pelo menos explicitamente, gestações de pessoas intersexuais.

O sistema analítico sexo-gênero, então, simplificadaamente expõe que: o patriarcado, com base no sexo de nascimento da pessoa, impõe um sistema de gênero, construído socialmente e variável em cada cultura, sobre os corpos (MASO, 2023, p.7, no **prelo**). Este vai pautar os comportamentos e os papéis sociais que a pessoa deverá cumprir, estabelecendo uma hierarquização social (GOELLNER, 2019, p. 143), e nesta balança o sexo feminino sai em desvantagem e é vítima de diversas opressões. Ou seja, trata-se da estratégia de determinar biologicamente comportamentos como “menina veste rosa e menino veste azul”¹ e todas as demais normativas, muito além de roupas, todas estruturais, que acompanham a divisão entre os gêneros feminino e masculino e que compõem as relações de poder, já conhecidas de muitos.

Importante ressaltar que gênero, entretanto, não pode ser tratado apenas como um aspecto cultural, mas também como uma “especificação das relações de classe”, como aponta Federici (2017) em *Calibã e a Bruxa*, pois “na sociedade capitalista a ‘feminilidade’ foi construída como uma função-trabalho que oculta a produção da força de trabalho sob o disfarce de um destino biológico, a história das mulheres é a história das classes” (FEDERICI, 2017, p.31). Sendo assim, gênero está intrinsecamente vinculado à história de classes, ao capitalismo, à Divisão Sexual do Trabalho (DST), à construção da “feminilidade” e à invisibilização do trabalho designado às mulheres, isto é, doméstico e reprodutivo. A partir dessas reflexões, esta dissertação irá trabalhar mulher(es) como um grupo social que foi marginalizado pelo patriarcado por meio da criação do sistema sexo/gênero, sendo definido como a população feminina.

Esta construção de conceitos leva à necessidade de trabalharmos com mais um conceito: o corpo.

¹ Frase dita pela ex-Ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos do Brasil, Damare Alves em 02/01/2019 no dia de sua cerimônia de posse de cargo (MULHER, 2019).

2.3 - Conceito: Corpo

Não se pode entender a temática da violência, ainda mais a da Violência Obstétrica, sem antes passarmos pela temática dos corpos, pois a violência, a autonomia e o controle atravessam os corpos, em termos materiais. Beauvoir, nesse sentido, irá afirmar que

o corpo feminino, identificado em sua situação com o seu sexo, submete-a ao macho como realização das finalidades relativas ao prazer e à reprodução (SSI, 25-57); mas é igualmente esse corpo, historicamente submetido pelas condições materiais da espécie na pura biologia, que furta-a à superação de sua condição débil. (DALMÁS, Giovana; MÉNDEZ, Natália Pietra, 2019, p. 71)

O corpo é tema de debate nas ciências sociais, e para o Feminismo e as RI não seria diferente, principalmente levando em conta as ações do patriarcado contra os corpos das mulheres. Sobre a importância do corpo nas análises:

Mais do que um conjunto de músculos, ossos, vísceras, reflexos e sensações, o corpo é também o seu entorno, ou seja, a roupa e os acessórios que o adornam, as intervenções que nele se operam, a imagem que dele se produz, as máquinas que nele se acoplam, os sentidos que nele se incorporam, os silêncios que por ele falam e a educação de seus gestos. (GOELLNER, 2019, p. 141)

Ou seja, o corpo ganha importância nas análises pois é local de construção de identidades, resultado de processos pedagógicos e de formas de controle. (GOELLNER, 2019, p.142). Nesse sentido, enquanto Foucault se debruça a entender como o poder se desdobra sobre o corpo (FEDERICI, 2017), avançando brevemente sobre o corpo das mulheres, Federici pretende ir além e analisar a fonte desse poder, de maneira que demonstra em seu livro como o “corpo se tornou elemento central e esfera de atividade definitiva para a constituição da feminilidade”, e evidencia que

(...) corpo é para as mulheres o que a fábrica é para os homens trabalhadores assalariados: o principal terreno de sua exploração e resistência, na mesma medida em que o corpo feminino foi apropriado pelo Estado e pelos homens, forçado a funcionar como um meio para a reprodução e a acumulação de trabalho. (FEDERICI, 2017, p.34)

Sendo assim, o corpo também pode ser entendido como agente de resistência, e tendo em vista que é alvo do “processo de configuração de práticas sociais”, chamado gênero, para o campo feminista, e conseqüentemente para este trabalho, é um “espaço de luta política” (MASO, 2023, no **prelo**), principalmente no que tange a seus aspectos reprodutivos, e até do trabalho, em um contexto de crítica ao capitalismo, caso pensemos na invisibilidade dos trabalhos exercidos pelas mulheres, seja reprodutivo, doméstico, ou de cuidado. Ou seja, o corpo também está sujeito a

dispositivos de poder, apesar de possuir agência. Além disso, os corpos conectam teoria e prática (no sentido de expor pontos de vista e construir conhecimento), sendo impossível separar corpo e mente, de forma que, também, “a descrição e análise do corpo está diretamente relacionada com as possibilidades de existência, de ser e de agência das coisas e pessoas.” (MASO, 2023, p. 5, no **prelo**). “O corpo é, portanto, agente e sujeito de uma experiência que é tanto pessoal como coletiva: uma fonte e um difusor de significados, constituinte de subjetividades (Maluf, 2001).” (MASO, 2023, p. 9, no **prelo**).

Os corpos também são agentes de cultura, sendo produtos e produtores da mesma, mas mais que isso, os corpos são envoltos de afetos e emoções, carregam consigo sexualidades - que são uma questão de ordem privada, mas também pública, que será demonstrado no decorrer do trabalho - e muitas vezes são e podem ser lidos enquanto territórios políticos, onde habitamos e onde exercemos nossas construções, desconstruções, vivências pessoais, onde carregamos história, e não apenas nossa história.

Seguindo esse raciocínio é primordial trazer que

O conceito de corpo-território é uma construção das últimas duas décadas dos movimentos das mulheres indígenas, de muitas etnias e sociedades, na América Latina. Estas pessoas e coletivos se reúnem sob o lema: “ni las mujeres ni la tierra somos territorios de conquista” (Cruz Hernández 2016, p.2). Nessa perspectiva, o “corpo-terra” como primeiro anunciou Lorena Cabnal (Cabnal, 2010) é um espaço no mundo, um lugar de enunciação, que reconhece sua existência e percebe-a desde sua historicidade e trama coletiva. (MASO, 2023, p. 14, no **prelo**)

Este conceito, de corpo como território, também será trazido ao longo desta dissertação, tanto em Federici (2017) na análise das transformações para as mulheres na transição para o capitalismo, quanto nas reflexões de Segato (2014) acerca da violência contra as mulheres. Finalizo este tópico enfatizando a importância que o “corpo” tem para as teorias feministas, e para este trabalho, uma vez que a Violência Obstétrica atua sobre os corpos femininos:

Tratar o corpo com centralidade no enredo é um meio de politizar a dimensão corporal, pessoal, afetiva e sensorial da vida, conferindo aos aspectos tidos como cotidianos ou banais uma interface estruturante e estrutural que condiciona experiências, mas também as reinventa. (MASO, 2023, p. 16, no **prelo**)

Isto posto, para compreendermos o contexto e entendermos a VO, seguirei para uma análise das transformações históricas dentro do capitalismo do papel das

mulheres e seus corpos, e posteriormente reflexões sobre as violências que atuam nestes corpos.

2.4 - Capitalismo e corpo das mulheres

Este tópico pretende trazer um apanhado de algumas das evidências - as quais serão úteis para aprimorar o entendimento da Violência Obstétrica - que Federici traz em seu livro *Calibã e a Bruxa* (2017). Uma análise que a autora define como “a ‘transição’ do feudalismo para o capitalismo a partir do ponto de vista das mulheres, do corpo e da acumulação primitiva.” (FEDERICI, 2017, p.25). Ela destaca que o surgimento do capitalismo se dá por meio de explorações (dos nativos, dos escravizados, das mulheres) e por meio de violências (caça às bruxas, prisões, violência física, escravização), ou seja, a violência é a alavanca do capitalismo. Este consiste numa imensa acumulação de força de trabalho por uma minoria, seja trabalho morto (bens roubados) ou trabalho vivo (exploração do trabalho alheio).

Federici avalia que o ponto de vista de Marx centra-se no proletariado assalariado masculino e na produção de mercadorias, de forma que é necessário trazer a questão da mudança na posição social das mulheres no surgimento do capitalismo e na produção da força de trabalho. Isto será feito apontando os fenômenos da acumulação primitiva que Marx não abordou: uma nova Divisão Sexual do Trabalho, uma nova ordem patriarcal, que exclui as mulheres do trabalho assalariado, e uma mecanização do corpo, neste caso o feminino, em que as mulheres são vistas como máquinas de produção de novos trabalhadores. Podemos dizer no âmbito deste trabalho, que essa mecanização e objetificação do corpo feminino colocou a mulher como “fábrica”, não de produtos, mas de mão obra e herdeiros, de filhos. Enquanto os homens serão explorados nas fábricas, as mulheres serão exploradas em seus próprios corpos. Posso dizer que essa objetificação se traduz até os dias de hoje como parâmetro para a assistência no sistema de saúde ginecológico e obstétrico, como será apresentado nos próximos capítulos.

Marx acreditava que o capitalismo seria uma etapa para a libertação humana, de incremento da capacidade produtiva do trabalho, trazendo consigo o fim da escassez, em que a violência amadureceria, retrocedendo. Federici, por sua vez, aponta que cada nova fase do capitalismo, pelo contrário, retorna consigo violências, necessárias para sua manutenção, de forma que, no contexto histórico de seu surgimento, serão trazidos à tona para discussão a expulsão dos camponeses da

terra, as guerras, saques e colonização e a degradação social e econômica das mulheres. Resumidamente, “num sistema em que a vida está subordinada à produção de lucro, a acumulação de força de trabalho só pode ser alcançada com o máximo de violência para que (...) a própria violência se transforme na força mais produtiva” (FEDERICI, 2017, p.35).

A autora defende alguns pontos importantes para este trabalho: I. O capitalismo e seus processos demandam “a transformação do corpo em uma máquina de trabalho e a sujeição das mulheres para a reprodução da força de trabalho” (FEDERICI, 2017, p.119), II. A acumulação primitiva não apenas concentrou trabalhadores e capital, mas também foi uma “acumulação de diferenças e divisões dentro da classe trabalhadora” construindo hierarquias de gênero, raça e idade, garantindo a dominação de classe, III. A acumulação capitalista não é libertadora ou marcadora de um progresso histórico, mas “implantou no corpo do proletariado divisões profundas que servem para intensificar e para ocultar a exploração” (FEDERICI, 2017, p.119).

Observou-se, então, um fenômeno de privatização da terra (cercamentos) na transição do feudalismo para o capitalismo, o que levou a um empobrecimento da classe trabalhadora e aumento da desigualdade social, em um contexto de também transição de uma economia de subsistência para uma economia monetária, sendo que: a terra passou a “funcionar como meio de acumulação e exploração, e não mais como meio de subsistência” (FEDERICI, 2017, p.146). O camponês, agora expulso da terra, precisará trabalhar em troca de um salário para sobreviver. Instalou-se, portanto, uma nova ordem patriarcal: o “patriarcado do salário”.

Determinados trabalhos passaram a ser considerados “trabalhos de mulheres”, havendo o início de diferenças salariais e uma nova Divisão Sexual do Trabalho, o que produziu uma nova classe de mulheres proletárias, porém sem acesso pleno aos salários, levando à uma pobreza crônica, dependência econômica, invisibilidade e desvalorização do trabalho da classe feminina. Todo este processo de empobrecimento da população, mais agudo na população feminina, levou a um intenso conflito social de revolta contra a fome, de forma que este foi o terreno para o surgimento de iniciativas estatais de disciplinamento dos corpos, atacando as formas de sociabilidade (festas, divertimentos, reuniões) e sexualidade coletivas (controle da reprodução da força de trabalho), isto é, um ataque às coletividades.

Em meio ao projeto de coerção do coletivo e incentivo à individualização, temos um processo de privatização e transformação do público em privado, o que ocorreu

inclusive na religião por meio dos protestantes (burgueses) - para além da valorização da relação direta da divindade com o indivíduo, valorizou-se o casamento, a sexualidade (dentro do casamento) e até as mulheres, por sua capacidade reprodutiva. Enquanto a “vagabundagem” era uma “opção” aos homens trabalhadores para não se submeterem aos salários, mesmo com sua criminalização, às mulheres foi negada até essa condição, devido à violência masculina, à mobilidade reduzida pela gravidez e filhos e à impossibilidade de se juntarem ao exército (a não ser para funções de cuidado ou serviço, inclusive sexual), o que confinou as mulheres ao trabalho reprodutivo e doméstico, cuja importância econômica foi invisibilizada. Importante ressaltar, porém, que, para as mulheres proletárias, este trabalho - reprodutivo e doméstico - estava ligado à necessidade de mão de obra, porém para as mulheres burguesas este trabalho estava relacionado à necessidade de herdeiros do homem burguês para garantir a transferência de propriedade, que agora é privada. Ou seja, “foi dada uma nova importância à família enquanto instituição-chave que assegurava a transmissão da propriedade e a reprodução da força de trabalho” (FEDERICI, 2017, p.173).

Na prática, o contexto de 1620-1630 é de queda na população devido à baixa natalidade, uma vez que as pessoas não queriam ter filhos nessas condições, e, alta mortalidade, por meio das guerras (em disputas por territórios), fome, doenças, entre outras. Dado esse processo de queda na população, iniciou-se um ataque a qualquer forma de método contraceptivo, bem como uma intensificação da “caça às bruxas”, cujo alvo foram mulheres que ousassem divergir do papel reprodutivo, como mulheres solitárias, que exerciam sua sexualidade, parteiras ou curandeiras (conhecimento básico médico). O Estado “demonizou qualquer forma de controle de natalidade e de sexualidade não-procriativa, ao mesmo tempo que acusava as mulheres de sacrificar crianças para o demônio” (FEDERICI, 2017, p.174). Ou seja, a crise populacional nos séculos XVI e XVII tornou a reprodução e o crescimento populacional assuntos de Estado.

A “caça às bruxas” em si “destruiu todo um universo de práticas femininas, de relações coletivas e de sistemas de conhecimento que haviam sido a base do poder das mulheres na Europa pré-capitalista” (FEDERICI, 2017, p.205), de forma que podemos dizer que

(...) ao negar às mulheres o controle sobre seus corpos, o Estado privou-as da condição fundamental de sua integridade física e psicológica, degradando a maternidade à condição de trabalho forçado, além de confinar as mulheres

à atividade reprodutiva de um modo desconhecido por sociedades anteriores.
(FEDERICI, 2017, p.205)

Esta própria maternidade forçada agora faz parte das funções das mulheres na nova Divisão Sexual do Trabalho, uma nova divisão que confina as mulheres ao ambiente privado, de trabalho doméstico, reprodutivo e não remunerado, que as exclui do público, inclusive expulsando as mulheres de postos tradicionalmente femininos, como fabricação de cerveja e parteiras, reduzindo as mulheres a não-trabalhadoras. Ou seja, o controle dos corpos e da reprodução para a geração de mão de obra e herdeiros se dava pela imposição da maternidade, tanto pela segregação social e econômica, quanto pela perda de controle do processo de gestar e parir. Este último, enfático, como essa análise é atual, e tendo em vista a Violência Obstétrica como exemplo.

Essa expulsão das mulheres do trabalho público e organizado (inclusive da prostituição via criminalização) e das relações econômicas, o controle da reprodução (maternidade forçada) e a caça às bruxas, além de uma nova função na DST, no novo contrato sexual, de trabalhadoras não assalariadas do lar, cooperam para a aparição da figura da mulher do lar, mãe e dona de casa, “termos que ocultavam sua condição de trabalhadoras e davam aos homens acesso a seus corpos, a seu trabalho e aos corpos e ao trabalho de seus filhos” (FEDERICI, 2017, p. 191).

Toda essa desvalorização do trabalho feminino foi possível devido a um intenso processo de degradação social das mulheres ao longo dos séculos XVI e XVII, que incluiu desde mudanças em leis a reflexões intelectuais, bem como na percepção coletiva das mulheres e nas representações culturais (livros, pinturas, peças de teatro), o que significou não apenas a desvalorização social e econômica já citada, mas também uma infantilização legal, um aspecto que inclusive aparece nas práticas de Violência Obstétrica, não de maneira legal, mas de tratamento.

Nos períodos dos reinados de Elizabeth I e Jaime I (1558 a 1625), por exemplo, havia um debate na literatura tanto erudita quanto popular do papel da mulher, em que Federici observa duas tendências: maximização das diferenças entre homens e mulheres e o estabelecimento da mulher como ser inferior ao homem, que devia estar sob o controle masculino, surgindo por exemplo representações do suposto descontrole e insubordinação feminina e os castigos para colocar as mulheres em seu devido lugar, de subordinação (como “A Megera Domada” de Shakespeare, por exemplo).

Uma reflexão complementar, porém, não menos importante, é que Federici constata que enquanto no período da caça às bruxas havia uma noção de mulher como selvagem e insubordinada, já ao final do século XVII e começo do século XVIII um novo modelo de feminilidade estava posto - uma mulher passiva e subordinada, inferior, ideal para exercer o trabalho doméstico e reprodutivo sem maiores questionamentos:

Até mesmo sua irracionalidade poderia ser valorizada (...) elogiou o poder do 'instinto materno' feminino, (...) um mecanismo providencial que assegurava que as mulheres continuassem se reproduzindo, apesar das desvantagens do parto e da criação dos filhos. (FEDERICI, 2017, p. 205)

A autora conclui que a nova Divisão Sexual do Trabalho nada mais é que uma relação de poder em que se diferenciou não só as tarefas, mas as experiências, vidas e as relações com o capital:

A diferença de poder entre mulheres e homens e o ocultamento do trabalho não remunerado das mulheres por trás do disfarce da inferioridade natural permitiram ao capitalismo ampliar imensamente 'a parte não remunerada do dia de trabalho' e usar o salário (masculino) para acumular o trabalho feminino. (FEDERICI, 2017, p.232)

Um aspecto curioso que observei no livro de Federici é que quanto às imagens das épocas que a autora traz para ilustrar os contextos, podemos observar a mudança na percepção do parto que todos estes eventos produziram em cada época que a autora trouxe. Sendo uma primeira ilustração, de cerca de 1500, do parto como evento de cooperação feminina (Figura 1), e uma segunda ilustração, agora de cerca de 1650, que demonstra a masculinização da prática médica com uma curandeira sendo afastada (Figura 2). Ou seja, uma ilustração do período aproximado do início da transição do feudalismo para o capitalismo e conseqüentemente o início das mudanças para as mulheres na Divisão Sexual do Trabalho, e uma outra ilustração de cerca de 150 anos depois, demonstrando a mudança de práticas médicas.

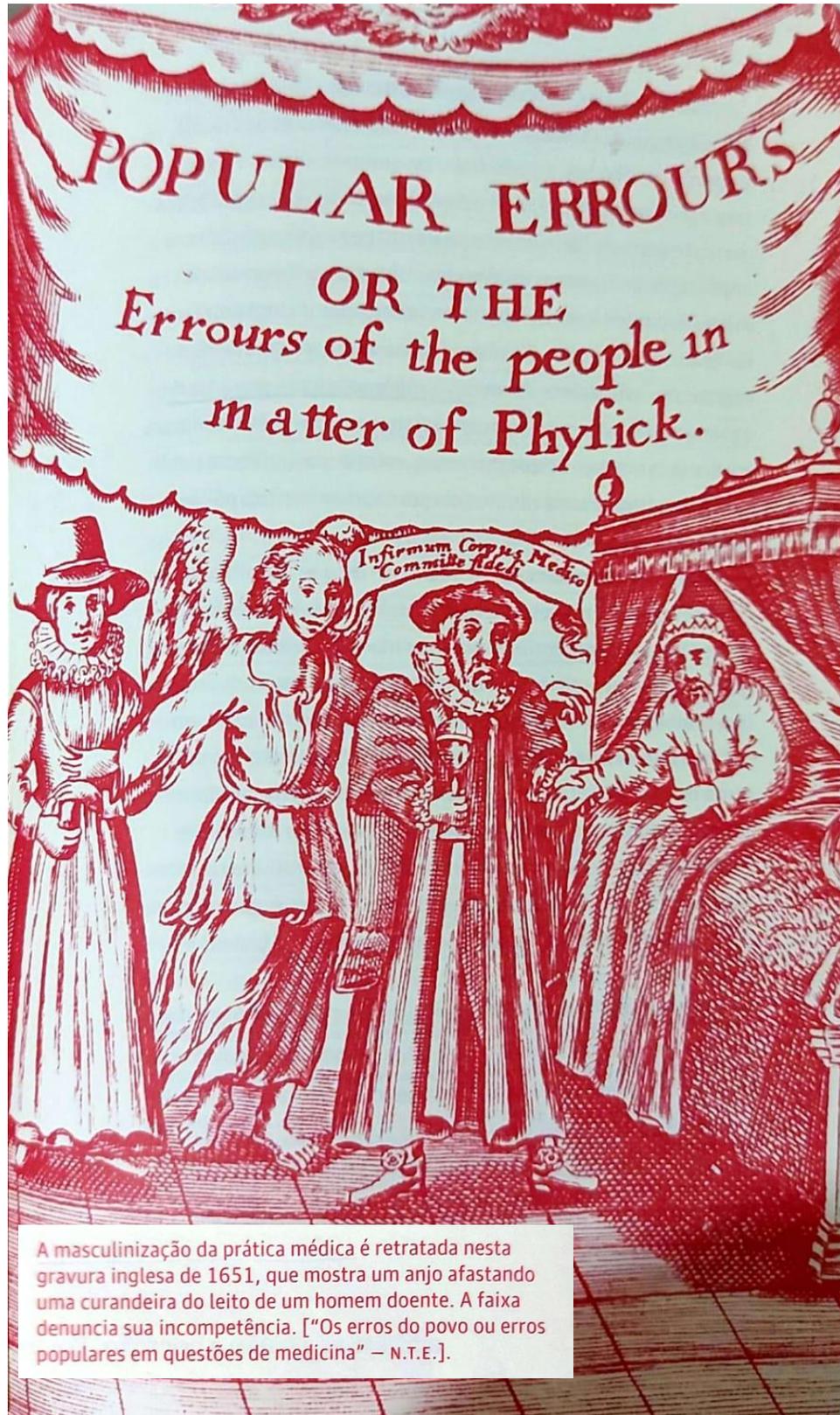
Figura 1 - Parto como cooperação feminina



Albrecht Dürer, *O nascimento da Virgem*, estimado em 1504.
O parto era um dos principais eventos na vida de uma mulher e uma ocasião em que a cooperação feminina triunfava.

Fonte: FEDERICI. Calibã e a Bruxa, 2017, p.172.

Figura 2 - Masculinização da prática médica



Fonte: FEDERICI. Calibã e a Bruxa, 2017, p.175.

Percebe-se com Federici, então, que o capitalismo, principalmente no tocante às mulheres, atua de maneiras violentas e com altos níveis de violência contra seus corpos. Tendo isso em vista, posso partir para uma análise um pouco mais detalhada sobre a violência, ou ainda a guerra, contra os corpos das mulheres a partir de Rita Laura Segato (2014) no próximo tópico.

2.5 - Guerra e corpo das mulheres

Segato irá trazer em seu livro *Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres* (2014) uma análise sobre a violência contra a mulher no contexto da informalização da guerra e conflitos ao redor do mundo, porém alguns dos conceitos dessa obra são úteis à análise no sentido de guerra aos corpos femininos. Antes, porém, gostaria de enfatizar à leitora e ao leitor que as análises de Segato partem de um contexto específico, quanto à classe e raça, e do estudo de conflitos informais. Apesar disso, muitas de suas ideias, que trarei aqui, são úteis como chaves interpretativas na medida em que é possível traçar similaridades na maneira como as violências atuam nos corpos das mulheres, seja nesse contexto específico de guerras informais, seja no contexto da Violência Obstétrica: são formas de controle violentas dos corpos femininos. Posto isto, posso prosseguir.

A autora destaca inicialmente que desde as guerras tribais até as convencionais até a metade do século XX, os corpos das mulheres sempre foram lidos como território e parte da conquista e anexação por parte de tropas inimigas, porém hoje podemos observar além: sua destruição com excesso de crueldade, exploração e tortura das mulheres, sendo a agressão sexual uma arma de guerra importante que carrega consigo o significado de destruição moral de seu inimigo, com uma função propriamente expressiva.

Neste sentido, acho interessante trazer um trecho de Federici (2017):

Cada fase da globalização capitalista, incluindo a atual, vem acompanhada de um retorno aos aspectos mais violentos da acumulação primitiva, o que mostra que a contínua expulsão dos camponeses da terra, a guerra e o saque em escala global e a degradação das mulheres são condições necessárias para a existência do capitalismo em qualquer época. (p. 27)

Este aumento da violência que Segato cita se dá em uma conjuntura de mudança de três contextos: 1. informalização dos conflitos e guerras não convencionais; 2. mudança no paradigma territorial e de territorialidade, 3. mudança na cultura política. Quanto ao primeiro contexto, é possível compreendê-lo como o

surgimento de agentes para-estatais atuantes nos conflitos, cuja ação e presença irão até se confundir e se misturar com as do Estado, e que irão produzir uma violência que irá se refletir em formas sexualizadas de agressão majoritariamente contra as mulheres, que trazem consigo justamente a função expressiva de destruição moral, já citada anteriormente. Além disso, esta violência serve para garantir o controle de territórios e corpos, e dos corpos como territórios; neste caso, os corpos femininos, como demonstrado por Federici no processo de transformação simbólica das mulheres como territórios no contexto da expulsão dos camponeses das terras.

Esta concepção de violência como ferramenta de controle via destruição moral com função expressiva, sobre corpos femininos lidos como territórios, é a mais importante deste tópico para este trabalho, pois é a maneira como a Violência Obstétrica se manifesta, isto é, para além do próprio caráter físico da violência praticada nos corpos das mulheres, como agressões, cerceamentos e mutilações, a VO é símbolo de controle dos corpos e destrói a autoestima e integridade da mulher, impactando o psicológico da vítima.

Intimamente ligado a esta primeira mudança de contexto, está a segunda mudança de contextos, a do paradigma territorial. A autora traz Foucault para evidenciar a mudança de um “governo do território no feudalismo” para, a partir do século séc XVIII, um “governo da população”. Aqui também é válido lembrar Federici, citada acima, pois essa mudança alterou profundamente o conceito de propriedade, de forma que a contiguidade cognitiva entre corpo de mulheres e territórios produz uma transformação nas concepções de gênero e sexualidade, como constata Segato, com técnicas de disciplinamento e exibição exemplar de castigo.

Assim, o poder é posto como biopoder, exercido através da biopolítica, isto é, o governo das pessoas como seres biológicos através da gestão de seus corpos. Ainda nesse sentido, Segato aponta também que a população não mais é controlada dentro de um território fixo e nacionalmente definido, mas sim como um “rebanho” humano móvel, e podemos a partir desse conceito compreender melhor, ou até iniciar reflexões acerca do caráter transnacional da Violência Obstétrica.

A autora, então, destaca:

Por efeito do paradigma do biopoder, a rede de corpos torna-se o território, e a territorialidade torna-se uma territorialidade de um rebanho em expansão. O território, em outras palavras, é dado pelos corpos. (SEGATO, 2014, p.33, tradução minha)

É importante apontar agora que, como citado acima, a violência, e o controle dos corpos e populações como territórios, é exercida por agentes estatais e não-estatais, estes últimos podendo ser empresariais-corporativos, político-identitários, religiosos, bélico-mafiosos. Dessa forma, as ações dos agentes estatais e não estatais, o biopoder (foco das gestões nos corpos) e a técnica pastoral (conduzindo e produzindo rebanhos para produção e controle de subjetividades) produzem um novo paradigma de territorialidade, trazendo impacto “na posição e no papel do corpo das mulheres, porque ser este, ancestralmente, cognitivamente relacionado com a ideia de território” (SEGATO, 2014, p.34, tradução minha).

Os corpos femininos e feminilizados (isto é, crianças e jovens) passam a ser alvo e objeto de marcação de antagonismo. Os corpos são definidos como um espaço de batalha: “os corpos e seu ambiente espacial imediato constituem tanto o campo de batalha de poderes conflitantes quanto o cenário onde os sinais de sua anexação são pendurados e exibidos” (SEGATO, 2014, p.38, tradução minha).

O terceiro contexto é o de mudança na cultura política. Para as análises da autora este contexto importa na medida em que o campo político é o campo do conflito de interesses e da expressão dos antagonismos, de forma que ela observa que, concernente à violência contra as mulheres nestes conflitos informalizados, a *espetacularização* das diferenças é mais importante que seu conteúdo, uma vez que os conflitos são um fim em si mesmos para lucro da indústria bélica. Para este trabalho, é interessante destacar que Segato evidencia a relação competitiva pelo poder, no sentido de controle jurisdicional sobre recursos e pessoas, de forma que este poder “tem no controle dos corpos o suporte onde ele pode ser simbolizado e exercer sua pedagogia ” (SEGATO, 2014, p.42, tradução minha). Todas estas mudanças contextuais, a informalização da guerra, a mudança no paradigma territorial e a mudança na cultura política configuram uma esfera política bélica.

A autora ainda traz algumas análises da violência de gênero e sexual em que é importante destacar a seguinte ideia que reforça o caráter de demonstração de poder das violências sobre os corpos, neste caso, de mulheres:

Toda violência tem uma dimensão instrumental e outra expressiva. Na violência sexual, predomina a violência expressiva. A violação, toda violação, não é uma anomalia de um sujeito solitário, é **uma mensagem de poder e apropriação pronunciada na sociedade.** (SEGATO, 2014, p.56, tradução minha, **grifo meu**)

É importante destacar que essa violência praticada, neste caso no contexto bélico, exige um treinamento militar que garanta que a mesma seja exercida, pois faz parte da estratégia; de forma que ocorrem “processos de dessensibilização extrema e ilimitada, de desmantelamento deliberado e sistemático de toda a empatia humana, e (...) da exibição da crueldade como única garantia de controle territorial” (SEGATO, 2014, p.56, tradução minha). Interessa esta análise na medida em que se pensa no contexto da formação médica no Brasil e no mundo, de forma que a violência obstétrica é tão institucionalizada, que faz parte da formação do estudante, com diversos relatos confirmando, o que será trazido nos próximos capítulos.

Outro ponto interessante da análise de Segato é não trabalhar o prazer ou o ódio como motivos da agressão sexual, uma vez que, para ela, “crime de ódio” é uma explicação monocausal que alude para o íntimo e emocional como causa única da violência. Ou seja, é uma justificativa reducionista, pois não considera a complexidade do contexto que envolve a dimensão psico-social do patriarcado e os interesses empresariais e políticos, e também coloca os casos como causa de emoção privada, colocando as violências na esfera do privado e da intimidade. Este argumento serve para este trabalho, pois podemos apenas trocar os interesses empresariais e políticos, que a autora traz como de negócios fora da lei e o pacto destes com a elite política, para os interesses do setor privado da saúde, por exemplo.

Ainda nesse sentido, da violência lida como um aspecto relacionado à intimidade, isto está profundamente ligado e alimenta o já estabelecido imaginário coletivo que perpassa o gênero. Segato destaca:

Esse imaginário estabelece a relação hierárquica que chamamos de 'gênero' como uma estrutura binária e desigual pela qual a posição masculina se apodera da plataforma de enunciação de verdades de interesse universal denominada 'esfera pública' e se coloca na posição de sujeito paradigmático do humano pleno e abrangente, num gesto que expulsa a posição feminina para a qualidade de margem, resto, particularidade, matéria de intimidade. (SEGATO, 2014, p.61, tradução minha)

Seguindo este raciocínio a autora conclui, e trago também este aspecto para o trabalho, que existe um tipo de violência de gênero que ocorre em cenários absolutamente impessoais, que é o caso da Violência Obstétrica. Sendo assim, estes estereótipos do imaginário coletivo, que estabelecem que a sexualidade e o sexual são de ordem privada - em oposição à lei, na esfera pública de interesse universal e geral - “contribuem para que os crimes contra as mulheres continuem a não ser percebidos pela opinião pública como ocorrências plenas da esfera pública por direito

próprio" (SEGATO, 2014, p.70, tradução minha). Dessa forma, quando uma situação de violência deste tipo ocorre "despolitizam a agressão, reduzem-na ao campo das relações estatais desiguais próprias do padrão de gênero e distanciam-na da possibilidade de uma justiça plenamente pública" (SEGATO, 2014, p.71, tradução minha), o que leva a sempre haver resistência para considerar estes delitos como de interesse geral da sociedade, apesar do movimento feminista e de diversas leis a respeito.

Sendo assim, dados os contextos do surgimento do capitalismo, e seu impacto nas mulheres e seus corpos, e as leituras de violência sobre os corpos femininos, parto para o objeto de pesquisa do trabalho, a Violência Obstétrica, propriamente dito, e suas nuances.

3 - Segundo capítulo: Violência Obstétrica, conceito e contextualização

Neste capítulo vamos abordar a Violência Obstétrica (VO), alguns exemplos, bem como um breve panorama deste fenômeno na América Latina, e especificamente no Brasil. Para isto, será necessário iniciar o capítulo com algumas definições importantes que estão relacionadas à VO: as diferentes vias de nascimento (parto natural, parto normal, cesárea), doula, parto humanizado e a própria Violência Obstétrica, que será definida em um tópico específico. Posteriormente, os panoramas internacionais, latino-americano e brasileiro serão trazidos com dados da VO nos países.

3.1 - Conceitos: vias de nascimento e doula

Em entrevista à Revista IHU On-Line (WOLFART, 2012a), do Instituto Humanistas UNISINOS, publicada em 2012, a ginecologista e obstetra Melania Amorim elucida alguns desses conceitos, a partir da qual farei um breve apanhado. As vias de nascimento podem se dar pela vagina ou pela extração cirúrgica. Entre as vias vaginais, classifica-se parto natural e parto normal. O parto natural, de acordo com a médica, é o parto que ocorre sem qualquer intervenção, ou seja, sem uso de analgesia farmacológica, instrumentos para abreviação do parto (fórceps e vácuo) ou ocitocina. O parto normal é o parto vaginal em que alguma dessas intervenções são necessárias. A cesárea ou cesariana é a extração cirúrgica do bebê, seja por indicação médica devido a algum aspecto da gestação, ou ainda porque foi a via de nascimento escolhida pela gestante (cesárea eletiva).

No contexto do parto, não poderia deixar de citar neste trabalho a definição e a importância das doulas, acompanhantes do parto, que não são profissionais da saúde, mas são especializadas e treinadas para acompanhar a gestante provendo suporte emocional contínuo durante todo o processo de trabalho de parto, nascimento e pós-parto. Em uma revisão sistemática (HODNETT ED. et al., 2013) de 21 estudos envolvendo 15.288 mulheres, constatou-se que mulheres que recebem suporte contínuo tiveram mais chances de parto vaginal espontâneo, menos necessidade de receber analgesia intraparto, cesárea ou parto instrumental, e ainda bebês com Apgar² melhor no 5º minuto.

² A escala de Apgar foi proposta em 1953 pela médica Virgínia Apgar, inicialmente sendo uma rápida análise clínica do recém-nascido. Após mudanças, a escala tornou-se um padrão de avaliação do bebê, sendo a soma de cinco sinais, determinados nos primeiros um e cinco minutos de vida da criança. É

3.2 - Violência Obstétrica: conceito e contextos

O conceito de Violência Obstétrica é rodeado de disputas e não há um consenso. Mas afinal, como podemos definir a Violência Obstétrica? Optei pela definição dada por Katz et al. (2020):

Violência obstétrica é toda ação ou omissão direcionada à mulher durante o pré-natal, parto ou puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, praticada sem o seu consentimento explícito ou em desrespeito à sua autonomia. Nessa perspectiva, consiste na apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde (médicos e não médicos), através de tratamento desumanizado, maus-tratos, abuso da medicalização sem o consentimento explícito da mulher e a patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, tendo impacto negativo em sua qualidade de vida. (p.628)

São práticas consideradas Violência Obstétrica, descritas pela obstetra Ana Cristina Duarte (DUARTE, 2013), em post do blog da obstetra Melania Amorim, e adaptadas para este texto - para algumas, específicas e marcantes, acrescentarei alguns dados e fotos:

- I. Impedir presença de acompanhante de escolha da mulher em todos os procedimentos de trabalho de parto, parto e pós-parto. Inclusive, no Brasil, isso é regulamentado pela Lei Federal nº 11.108/2005 (BRASIL, 2005).
- II. Tratamento agressivo, zombeteiro, inferiorizante e/ou infantilizante, como comandos e nomes infantilizados e no diminutivo, de maneira que a mulher se sinta mal pelo tratamento recebido ou ainda colocada em posição de incapaz.
- III. Procedimentos dolorosos desnecessários ou humilhantes, como raspagem de pelos, posição ginecológica com portas abertas, lavagem intestinal.
- IV. Impedir comunicação com o “externo”, removendo celular, telefonemas, ir até a sala de espera, entre outros.
- V. Assédio moral e repreensões de qualquer atitude ou decisão que a gestante e o acompanhante tenham tomado, quando isto for contra as próprias crenças, fé ou valores morais de alguém da equipe profissional, como: ter muitos filhos, ser gestante jovem ou de mais idade, ter tido ou tentado o parto em casa ou

uma avaliação feita na sala de parto e a pontuação é anotada na Caderneta da Criança. Os sinais são avaliados e, para cada um, é aplicada uma nota que varia de zero, nota que indica a ausência do sinal, e dois, nota que indica a plena existência desse sinal. Os sinais avaliados são: força muscular, frequência de batimentos do coração, reflexo, respiração e cor. A somatória desses sinais gera uma nota que varia de 0 a 10 (Observatório da Saúde da Criança e do Adolescente, 2020).

desassistido ou “atrasado” a ida ao hospital, ter efetuado ou tentado aborto, não ter seguido ou ter seguido inadequadamente o pré-natal.

VI. Zombar ou reprimir características ou atos físicos e comportamentos (muitas vezes naturais do parto), como sobrepeso, pelos, estrias, evacuação, gritar, chorar, ter medo e/ou vergonha.

VII. Procedimentos sem prévia explicação da indicação, benefícios, riscos e, principalmente, consentimento (existem, inclusive, muitos casos de episiotomia feita sem consentimento e, algumas vezes, até mesmo sem anestesia).

VIII. Submeter a mulher a vários exames de toque vaginal sucessivos, inclusive por mais de um profissional, sem consentimento, mesmo em situações de treinamento de estudantes. A recomendação da OMS é de que o exame de toque, para conferir a dilatação, progressão do parto, posição e altura do bebê na pelve seja feito de 4h em 4h para gestações de baixo risco (OMS, 2018, p.69).

IX. Utilizar hormônios (ocitocina) para acelerar e intensificar o trabalho de parto que está evoluindo sem problemas.

X. Efetuar corte no períneo e vagina (episiotomia) sem necessidade.

Para esta prática em específico, antes de continuar a apresentação das práticas definidas como VO, detenho-me em uma explicação mais detalhada sobre a episiotomia, haja vista sua recorrência. Discute-se a necessidade em 5 a 10% dos partos, enquanto essa é ainda uma prática de rotina nos hospitais. Muitas obstetras do movimento de humanização do parto, como as obstetras Melania Amorim, Anna Beatriz Herief e Bianka Manhães (CRM PB 5246) relatam em suas redes sociais, que já não utilizam o procedimento há anos e inclusive militam no sentido de demonstrar que não há evidências de benefício do procedimento, sendo completamente desnecessário.

Em um post de seu Blog (AMORIM, 2015), estudando a episiotomia, a obstetra Melania Amorim apresenta gráficos de análise apresentados em vídeo de mais de 450 partos vaginais assistidos por ela e/ou sua equipe sem episiotomia, contando com mais de 13 anos sem realizar episiotomia, e nenhum caso de laceração de grau III ou IV.

Em outro post, “Estudando Episiotomia” (AMORIM, 2012a), baseado em um artigo publicado em 2008 por Melania Amorim e Leila Katz, há diversas referências e detalhes sobre a história do surgimento dessa prática e a foto de um períneo íntegro (sem laceração) pós-parto normal. Para demonstração de comparação, foi encontrado

um trabalho (SANTOS et al, 2021) com dois relatos de casos em que no primeiro a mulher foi submetida a episiotomia, o que resultou numa laceração de grau IV, isto é, com comunicação total entre vagina e reto. Acrescento que, apesar deste estudo trazer um segundo caso de um trauma perineal em que (alega-se) uma episiotomia poderia ter supostamente contido os danos. Em partos naturais assistidos com base nas evidências científicas dispostas nas pesquisas mais atuais e nas recomendações da OMS, por exemplo, sem intervenções desnecessárias, puxos dirigidos (mandar fazer força) e com liberdade de movimentação e escolha de posição da mulher, os riscos de lacerações mais graves (grau III e IV) são menores. Abaixo seguem o gráfico apresentado pela obstetra Melania Amorim, a foto do períneo íntegro pós-parto normal e trecho do estudo com relato de caso e foto da episiotomia.

Figura 3 – Slide contendo gráfico da obstetra Melania Amorim sobre os resultados de 13 anos sem realizar episiotomia



Fonte: AMORIM, 2015.

Figura 4 - Períneo íntegro (sem laceração) pós-parto normal



Fonte: AMORIM, 2012a.

Figura 5 - Excerto de trabalho acadêmico com relato de caso e imagens de laceração grau IV de mulher que foi submetida a episiotomia



Laceração Perineal Grau III/IV em parto vaginal: Episiotomia seria uma violência obstétrica ou protetora do aparelho esfinteriano anal?

SANTOS, M A; KOBATA, M H P; ARRAIS, R C C; SAAD, S S; CAETANO JUNIOR, E M; TREPTOW, I L G



INTRODUÇÃO: Episiotomia é um procedimento cirúrgico que amplia a abertura vaginal por uma incisão no períneo no final do período expulsivo, para o desprendimento fetal. Objetiva proteger o períneo contra lesões, porém, não há evidência científica suficiente sobre sua efetividade. Além disso, episiotomia mediana é fator de risco para lacerações de III/IV grau, portanto, se indicada, recomenda-se episiotomia lateral, evitando-se o aparelho esfinteriano anal. A questão atual na literatura é quais são os limites entre a episiotomia necessária e quando se torna uma violência à mulher? Assim, durante a realização do parto, fatores que podem prejudicar a gestante e causar consequências para sua qualidade de vida posterior, são considerados violência obstétrica e a episiotomia tornou-se seletiva e não mais rotineira. No entanto, seria a episiotomia, em primíparas, uma violência obstétrica ou a falta dela poderia causar um dano maior? Apresentamos a seguir o relato de dois casos com laceração perineal grave.

Caso 1: Paciente de 25 anos, hígida, primípara, submetida a parto normal de RN a termo, com uso de fórceps e episiotomia mediana, observando-se após o parto uma rotura de IV grau, com comunicação total entre vagina e reto, com extensão de 9 cm dentro do reto, rotura do septo retovaginal, musculatura perineal, esfíncteres interno e externo do ânus e canal anal (Fig.1). Realizada pela Coloproctologia a reconstrução da vagina, musculatura do septo retovaginal e períneo, do esfíncter externo em "jaquetão" e do interno e rafia da parede retal e canal anal (Fig. 2). Boa evolução, com alta no 5º PO, com controle esfinteriano preservado.



Figura 1 – Laceração perineal Grau IV



Figura 2 – Reconstrução de períneo

Fonte: SANTOS et al, 2021.

XI. Efetuar ponto na sutura de lacerações ou da episiotomia com intenção de estreitar a entrada da vagina, deixando-a mais estreita para aumentar o prazer do

cônjuge, chamado “ponto do marido”, que traz diversas complicações, dor e desconforto vaginal, afetando a vida sexual.

XII. Subir na barriga para pressionar o fundo do útero e “facilitar” a expulsão do feto, a chamada Manobra de Kristeller.

Em uma revisão de literatura (CARVALHO, 2014), explica-se:

A manobra de Kristeller foi explicada pela primeira vez em 1867, consiste na aplicação de uma força externa com as mãos geralmente de um obstetra ou parteira no fundo do útero, aplicando uma pressão concomitantemente com as contrações uterinas, com objetivo de empurrar a apresentação fetal no canal de parto quando os esforços maternos se revelam insuficientes. (p.68)

Este mesmo estudo identificou que a manobra de Kristeller não encurta o segundo período de trabalho de parto, o que seria seu objetivo, mas leva ao aumento de taxas de episiotomia e lacerações perineais severas para a gestante, podendo aumentar a dispareunia (dor nas relações sexuais) e dor perineal no período pós-parto, além de risco de cefalohematomas, fraturas do crânio e da clavícula no bebê.

Figura 6 - Manobra de Kristeller



Fonte: DUARTE, 2013.

XIII. Submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos desnecessários feitos exclusivamente para treinar estudantes e residentes e também permitir a entrada de pessoas alheias ao atendimento do parto para assistir o parto sem o consentimento da mulher e seu acompanhante. Há relatos de mulheres que foram submetidas a diversos exames de toque de uma vez por vários estudantes, que não foram consultadas sobre a presença de grupos de estudantes no momento do parto, e também de mulheres submetidas a episiotomias sem qualquer suposta indicação, apenas para que os estudantes pudessem executar e aprender o procedimento.

XIV. Induzir a mulher a acreditar na necessidade de uma cesariana desnecessária sem explicar os riscos da cirurgia e/ou inventar motivos de indicação para a cirurgia.

Algumas das indicações reais de cesariana são: frequência cardíaca fetal não tranquilizadora, má posição fetal (bebê transverso ou equine não capacitada para bebê pélvico), desproporção cefalopélvica (com indicação de cesariana intraparto, pois é o único momento em que esta condição pode ser identificada), prolapso de cordão umbilical (cordão sair antes do bebê), placenta prévia centro-total ou parcial (placenta tampando a saída do colo do útero impedindo a passagem do bebê) (AMORIM et al, 2010; SOUZA et al, 2010a).

Não são indicações de cesariana: diabetes ou pré-eclâmpsia *per se*, circular de cordão (conhecido como “cordão enrolado no pescoço”), gestação prolongada (após 40 semanas) (SOUZA et al, 2010b). Quando a cirurgia cesariana é escolhida como via de parto sem considerar se seus benefícios irão superar seus riscos, ou seja, sem real indicação, há aumento de riscos tanto para a gestante quanto para o feto. Diversos estudos apontam que o recomendado é uma taxa de cesarianas de 15% - 20%, isto é, esta é a taxa em que os nascimentos necessitariam da cesariana como via de parto como indicação clínica real (AMORIM, 2012b).

Um estudo de 2010 (SOUZA JP et al, 2010) analisou 286.565 nascimentos em 24 países entre 2004 e 2008 com o objetivo de investigar a relação entre cesárea sem indicação médica e desfechos maternos graves; concluiu-se que há maiores riscos de morte, admissão em UTI, transfusões de sangue e histerectomia. Um segundo estudo de 2007 (HANSEN AK et al, 2007), que analisou diversos outros estudos sobre o assunto, verificou que em todos os estudos incluídos na análise descobriu-se que o nascimento por cesariana eletiva aumentou o risco de várias morbidades respiratórias no recém-nascido, sendo que o risco geral de morbidade respiratória pareceu aumentar cerca de 2 a 3 vezes.

XV. Procedimentos desnecessários com o bebê na primeira hora de vida, como aspiração das vias aéreas de rotina, injeções e medições, impedindo o contato pele a pele e a amamentação na chamada “Golden Hour”, e a separação do binômio mãe-bebê sem indicação clínica (emergência que exige cuidado imediato à mulher ou ao bebê), inclusive na cesárea.

Os benefícios da amamentação na primeira hora de vida, bem como do contato pele a pele imediato ao pós-parto, estão comprovados cientificamente, sendo trazidos

inclusive, em documento do Ministério da Saúde brasileiro “Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças” (BRASIL, 2013):

O contato pele-a-pele é benéfico para todos os recém-nascidos, devido a seus efeitos positivos na amamentação, na regulação da temperatura do recém-nascido e no apego mãe-filho, todos componentes essenciais para a sobrevivência neonatal. (p.18)

XVI. Acrescento ainda, para além das práticas trazidas pela obstetra em questão e descritas com frequência como VO pelos movimentos de humanização do parto, o impedimento da livre movimentação durante o trabalho de parto, bem como a escolha de posição e/ou local para parir, principalmente obrigando a mulher a parir em posição horizontalizada ou ginecológica, a litotomia, na cama hospitalar.

Em posição horizontal, considerando a anatomia, a parturiente precisa fazer força e empurrar o bebê contra a gravidade, exigindo maior esforço, e, deitada sobre a pelve, pode não haver espaço para rearranjo dos músculos e ossos para a passagem do bebê, estreitando-a. Além disso, o corpo sinaliza qual melhor posição para a descida do bebê pela pelve, de maneira que a própria mulher, muitas vezes, naturalmente se coloca na posição necessária para seu parto especificamente.

Em revisão sistemática "Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia" (GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012), incluindo 22 ensaios clínicos randomizados e 7280 mulheres, sugeriu-se inúmeros benefícios da posição vertical, com recomendação de garantir às mulheres o direito de escolher que posições desejam assumir para o nascimento de seus bebês, de acordo com a obstetra Melania Amorim em post de seu blog “Estudando evidências em tempo de jornalistas idiotas” (AMORIM, 2012c).

Dadas as práticas consideradas Violência Obstétrica, prossigo para uma breve contextualização do termo. Surgido na América Latina e Espanha nos anos 2000, é um termo que ainda enfrenta bastante resistência em ser utilizado, principalmente pela classe médica, e até mesmo pela OMS, embora esta reconheça como um problema de saúde de violação aos direitos das mulheres (Katz et al, 2020, p.628).

A classe médica discorda do uso do termo “violência”, mesmo que esse termo seja utilizado justamente devido ao contexto de hierarquias e exercício do poder entre profissional da saúde e paciente. A própria OMS define violência como “qualquer ação que tenha uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra o outro ou contra um grupo, que resulte ou possa resultar em qualquer

dano psicológico, deficiência, lesão ou morte.” (Katz et al, 2020, p. 629). Alguns profissionais também discordam do termo “obstétrica”, de forma que os conselhos de classe temem que o termo seja associado a uma violência cometida pelo médico obstetra, quando na verdade o termo se refere a qualquer violência praticada por qualquer profissional da saúde, não apenas médicos, no contexto de assistência de situações obstétricas, isto é, envolvendo gestação, parto e pós-parto.

Observo, porém, que há diversos médicos e médicas que lutam no sentido contrário, de utilizar o termo para combater a VO. A obstetra Ana Cristina Duarte, por exemplo, no mesmo post no blog utilizado acima (DUARTE, 2013), caracteriza a VO como um tipo específico de violência que é cercada de diversos agravantes, como I. o alvo da violência ser um binômio vulnerável, mãe-bebê, além do acompanhante algumas vezes, II. ser praticada pelo grupo detentor de poder em seu próprio ambiente ou “campo de batalha” (hospital, consultório, sala de parto), III. ausência de testemunha, seja pela proibição de acompanhante ou desconhecimento de práticas de VO pela gestante e seu acompanhante, até pelo silêncio da equipe, IV. falta de reconhecimento da VO pela sociedade, que não questiona as condutas e interpreta que o profissional da saúde estava apenas fazendo seu trabalho e que provavelmente foi a mulher que não colaborou, V. quase certeza de impunidade, seja pela falta de denúncias, devido ao trauma da gestante ou desconhecimento, seja pela burocracias dentro dos conselhos profissionais.

Esse padrão - de desconhecimento do processo fisiológico do parto e do que é VO, somado ao contexto de poder da equipe sobre a gestante, ao silêncio da equipe e/ou ausência de denúncia, bem como à dificuldade em obter visibilidade e suporte da sociedade, como ocorre em outras violências contra a mulher - está quase sempre presente nos casos de VO. O terceiro capítulo irá trazer exemplos disso mais detalhadamente com as análises de casos.

A humanização do parto, nesse sentido, ocorre pela valorização da autonomia e do protagonismo da mulher no momento do nascimento e vai além: o movimento da humanização do parto também milita pelo respeito à fisiologia do parto e às evidências, de maneira que muitas vezes é possível observar, por exemplo, posicionamentos do movimento em desfavor à cesariana eletiva sem indicação médica, pois desconsidera a maturidade do feto para o nascimento, os riscos de uma cirurgia desnecessária e, ainda, os benefícios do parto vaginal, que se perdem. A problemática se agrava quando consideramos cenários em que o médico inventa

motivos para convencer a gestante a aceitar uma cesárea, com narrativas de terror quanto à segurança e saúde do bebê.

3.3 - História da Obstetrícia

Ainda contextualizando o termo, é importante entender brevemente também o desenvolvimento da obstetrícia e como o patriarcado se refletiu na medicina e nessa especialidade, que cuida de mulheres. A partir de um estudo da história da obstetrícia feita por Santos (2002) para contextualização da humanização da assistência ao parto, podemos observar alguns dados históricos trazidos pelo autor que são interessantes para este trabalho e que serão trazidos a seguir.

A medicina começou enquanto profissão ligada às universidades na Europa, em torno dos séculos XII e XIII. Altamente ligadas à Igreja e à elite, seu acesso era vetado às parteiras, mulheres e geralmente das classes mais baixas. Em 1452, na Alemanha, surgiu a primeira lei na Europa regulamentando a profissão de parteira, como uma profissão semelhante à de qualquer outro artesão. Desconfiada dos privilégios dessas mulheres de estarem presentes nos lares e seus conhecimentos de ervas medicinais, e dados os contextos que pudemos observar no capítulo anterior de transformações sociais e econômicas nas considerações de Federici, a profissão das parteiras passou a estar sob o controle da Igreja. Quando uma criança morria no parto, a parteira era acusada de bruxaria e de ter sacrificado a criança ao diabo.

Em 1573, em Frankfurt, a Igreja estabeleceu que parteiras deveriam assistir aulas, serem instruídas a realizarem o batismo, tomar confissões, e denunciar casos de aborto, crianças oriundas de relações fora do casamento e uso de métodos contraceptivos. Estima-se que entre 1450 e 1600, 6000 pessoas foram mortas sob a acusação de feitiçaria, sendo 80% mulheres e, destas, 50% parteiras (SANTOS, 2002, p.52).

Aproximadamente até 1550 na Europa, o parto era assistido exclusivamente pelas parteiras, em um ambiente feminino, do qual o homem era excluído. A presença do homem era mal vista tanto pelos receios morais e o desconforto que as parturientes sentiam ao se expor para homens, quanto pelo desconhecimento dos homens dos processos; além disso, quando um homem era requisitado, podia significar que algo estava dando errado. Dessa maneira, a obstetrícia enquanto ciência surge em um meio acadêmico ocupado por homens, que desconheciam o processo fisiológico do parto e tinham pouco conhecimento da anatomia feminina e da função da placenta.

Em meados dos séculos XVI, os barbeiros-cirurgiões começaram a surgir no cenário obstétrico que antes era ocupado pelas parteiras, de forma que havia uma rivalidade e oposição entre cirurgiões e parteiras. Os cirurgiões começaram a ganhar espaço em situações complicadas, em que a extração cirúrgica do feto surgia como opção para salvar a vida da parturiente e do bebê. O processo fisiológico do parto ganhou uma atmosfera de patologia, o que interessava para que os serviços dos cirurgiões fossem requisitados.

No final do século XVII, surgiu a ideia do parto na posição horizontal, para um suposto conforto da mulher, mas principalmente facilitação para o médico. O mesmo médico que difundiu essa ideia, afirmava que a gestação era um “tumor da barriga”. (SANTOS, 2002, p.56). Interessante observar também que, na mesma época, o rei Luís XIV passou a requisitar que os partos de seus filhos fossem realizados em posição horizontal, a posição litotômica, porque queria ver melhor seus filhos nascerem. (SANTOS, 2002, p.57).

Na Inglaterra do século XVIII, houve o surgimento de uma nova profissão, o chamado “homem-parteira”. Ao final do século esse profissional já havia tomado seu lugar para assistir o parto, principalmente nos centros urbanos e classes sociais mais altas, e as parteiras passaram a perder seu lugar de prestígio e respeito por parte da população. Entretanto, os rituais envolvidos no parto, e principalmente no puerpério quanto à rede de apoio e suporte emocional, continuaram sendo protagonizados por mulheres, surgindo uma “nova dicotomia: o corpo nas mãos do homem, o espírito na companhia da mulher” (SANTOS, 2002, p.64). Apesar disso, nas classes mais pobres e na área rural, os partos eram assistidos por parteiras.

No século XIX, nos EUA, entretanto surgiram as primeiras maternidades nas cidades maiores, e passaram a ser opção para mulheres pobres que não tinham dinheiro para pagar por uma assistência domiciliar. Nessa época, os médicos já tinham melhor aceitação, o que contribuiu para a reputação das maternidades, sendo, aos poucos, vistas como mais seguras, havendo uma hospitalização do parto. “O nascimento passou de um evento familiar e natural para um procedimento médico. As mulheres transformaram-se em pacientes.” (SANTOS, 2002, p.66). Este processo é acompanhado dos fenômenos da urbanização, aumento da divisão do trabalho e da especialização, um novo ritmo de vida ditado pela indústria, o que acarretou em um processo de racionalização e valorização do tempo. As famílias passaram a estar mais distantes entre si e as tradicionais redes de apoio se dissolveram. Santos (2002) traz:

Cada um destes aspectos influenciou a evolução do sistema de saúde e em particular do modelo de atenção ao parto durante o final do século XIX e início do XX. O crescente aumento na divisão do trabalho afetou a organização dos profissionais de saúde, enquanto o afastamento da produção doméstica pode ser entendido como um dos fatores que influenciaram o desenvolvimento de diferentes locais para o atendimento médico. Mudanças na estrutura familiar e a emergência de uma nova classe média com um poder de compra maior refletiram na crescente demanda pelos serviços médicos. (p.68)

Nesse contexto, as escolas de medicina particulares se multiplicaram. Para angariar pacientes, as parteiras passaram a ser cada vez mais difamadas; e apesar de haver indicações de maior segurança devido a uma menor taxa de mortalidade materno-fetal, há registros do uso insistente do termo “ignorante” para se referir às parteiras (SANTOS, 2002, p. 70). A classe médica se incomodava pela competição direta e a ausência de uma especialização profissional das parteiras. Havia também uma necessidade de centralização e controle do próprio espaço de trabalho motivada pelo desejo da formação de uma nova classe elitizada; a institucionalização do parto importava na medida em que aumentava o prestígio e poder da classe médica.

A conveniência do atendimento ao parto nas maternidades devido aos diversos novos procedimentos e ferramentas dados como necessários é importante de se levar em conta, o profissional não tinha interesse em carregar todos os instrumentos consigo para a casa da paciente, além do tempo despendido nos partos domiciliares. Além disso, reclamava-se da cooptação pelas parteiras do “*clinical material*” nas maternidades, ou seja, mulheres para serem assistidas pelos estudantes, transformadas em objeto de ensino em troca do acesso gratuito às maternidades. Este termo (“*clinical material*”) era como um autor, Williams, sempre se referia a suas pacientes (SANTOS, 2002, p.70).

Dado o recorte das pacientes que recorriam às maternidades - isto é, mulheres pobres e muitas vezes solteiras, portanto melhor manipuláveis e com menor poder de denúncia e acesso a direitos - as maternidades transformaram-se em laboratórios para novas técnicas e algumas intervenções passaram a ser rotineiras e algumas transformadas em protocolo ainda na primeira metade do século XX: clorofórmio, fórceps, episiotomia, roupas confiscadas, raspagem de cabelos ou lavagem dos cabelos com querosene, éter e amônia, lavagem dos mamilos e umbigo com éter, raspagem dos pelos pubianos (das mulheres pobres, mulheres ricas tinham os pelos apenas aparados - as pobres eram mais “contaminadas”), enemas, laxantes, banhos, duchas vaginas com mercúrio, rompimento artificial da bolsa amniótica, remoção manual da placenta e morfina de hora em hora, além do uso de escopolamina, que

provoca amnésia anterógrada, modificando as memórias do parto. Os enemas se repetiam de 12h em 12h, as duchas vaginais eram feitas durante e após o parto com soro fisiológico misturado a uísque ou mercúrio. Muitas dessas práticas presumiam que a paciente, principalmente as mais pobres, era corresponsável por infecções e a chamada febre puerperal.

Dessa maneira, devido aos diversos procedimentos incluídos na assistência ao parto, bem como as rotinas de limpeza nas maternidades devido à condição hospitalar de presença de contaminações e bactérias mais resistentes, criou-se um imaginário entre a sociedade de que a gravidez e o parto eram processos patológicos que necessitavam diversas intervenções para garantir sua segurança. “Em torno de 1920 a sociedade americana já demonstrava uma mudança na forma de pensar o parto. O parto eutócico e sem necessidade de intervenções era tão raro que poderia ser considerado como virtualmente inexistente.” (SANTOS, 2002, p.74).

Wolff e Moura (2004) trazem que, no Brasil, a obstetrícia chega com a criação das Escolas de Medicina e Cirurgia nos Estados da Bahia e do Rio de Janeiro, em 1808. Apesar disso, o parto permaneceu sendo assistido por parteiras durante todo o século XIX. No século XX, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, o parto passou a ser hospitalar.

O ato de dar à luz, antes uma experiência profundamente subjetiva e de uma vivência no ambiente domiciliar para a mulher e sua família, transformou-se em experiências no âmbito hospitalar, em momento privilegiado para o treinamento de acadêmicos e residentes de medicina e obstetizes. (WOLFF; MOURA, 2004, p.281)

3.4 - Situando Violência Obstétrica

Tendo em vista essas contextualizações podemos definir Violência Obstétrica como uma violência de gênero, sexual e institucional. De gênero, pois está relacionada à construção da estrutura de gênero, que delega à mulher um papel social subserviente e infantilizado, principalmente quanto ao trabalho doméstico e reprodutivo, dentro da Divisão Sexual do Trabalho. O corpo da mulher e seus processos fisiológicos passam a ser encarados de forma utilitarista e ao tratá-los existe uma atmosfera de violência e misoginia, como se quisessem dizer algo que traduzo com minhas palavras: “não perca meu tempo, cumpra sua função e cumpra em silêncio, não me importa suas dores e sentimentos”.

Sexual, pois é uma violência que ocorre na intimidade de alguns dos aspectos da sexualidade, a gestação e o parto. Apesar da moralidade acerca da sexualidade feminina e sua repressão, o momento do parto muitas vezes é violado, inclusive desconsiderando muitas vezes a exposição do corpo da mulher e a violação de sua privacidade, do consentimento e da dignidade.

E por último institucional, pois muitas vezes é ensinada nos cursos de graduação, ou seja, na formação do profissional de saúde, e também ocorre em um local onde existe hierarquia de poder na relação médico-paciente, perpassa protocolos e burocracias, não é pessoal, é institucionalizado. Nesse sentido, cito Segato (2014):

Se toda a violência de gênero é estrutural, e ceifa em números próximos do genocídio sistemático e numa multiplicidade de cenários, é essencial, para efeitos de estratégias de combate à vitimização das mulheres, ou seja, poder investigar e dismantelar os agentes perpetradores do dano, entendendo que existe um tipo de violência de gênero que se gera e transita por cenários absolutamente impessoais. (SEGATO, 2014, p.64-65, tradução minha)

3.5 - Panorama internacional

Brevemente nas próximas páginas deste capítulo, apresento alguns dados internacionais, da América Latina e do Brasil. Nas pesquisas não encontrei qualquer tratado internacional que discuta sobre a Violência Obstétrica. A OMS tem suas diretrizes e recomendações para o nascimento (2018) e existem, por exemplo, iniciativas como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável que tratam sobre a atuação dos países contra as violências contra as mulheres, diminuição da mortalidade materna e infantil e acesso à saúde sexual e reprodutiva (ODS 3 e 5). É possível encontrar também matérias e publicações da OMS com relação ao assunto, mas não é utilizado o termo Violência Obstétrica, mas termos como “desrespeito e abuso durante o parto” (OMS, 2014) ou “maus tratos durante o parto” (OMS 2022a; OMS 2022b).

A seguir, trarei alguns dados sobre alguns países. Um estudo financiado pela OMS realizado entre 2016 e 2018 (BOHREN et al, 2019) em quatro países - Gana, Guiné, Mianmar e Nigéria - observou 2016 nascimentos e realizou 2672 entrevistas. Em 838 nascimentos (41,6%) e em 945 entrevistas (35,4%) identificou-se que as mulheres sofreram violência física ou verbal, ou discriminação. Muitas mulheres receberam episiotomia ou cesariana sem consentimento: episiotomia em 75,1% dos

partos observados e 56,1% dos partos relatados nas entrevistas, cesariana em 13,4% dos nascimentos observados e 10,8% nos relatos das entrevistas (BOHREN et al, 2019, p. 1755). 133 das 2672 mulheres tiveram seus bebês retidos no estabelecimento de saúde, porque não tinham condição de pagar pelos procedimentos realizados. Mulheres mais jovens e sem estudo foram mais suscetíveis a violências verbais se comparado com mulheres mais velhas, o que demonstra como muitas vezes as práticas de VO se apropriam de maneira mais incisiva das vulnerabilidades, conforme elas aumentam.

Em um estudo de revisão de literatura de 2020 (PERROTTE V; CHAUDHARY A; GOODMAN A., 2020) foram analisadas 22 publicações relacionadas a violência no nascimento e experiências obstétricas traumáticas: sete da América Latina (sendo cinco do México), cinco da África, três dos Estados Unidos, duas da Europa e duas da Ásia, as outras três publicações restantes eram revisões de literatura ou artigos filosóficos sem foco relevante de país ou região. O estudo encontrou os seguintes dados: um estudo mexicano de 2015 com 24.064 mulheres identificou que 23,6% das mulheres com idades entre 15 e 49 anos que deram à luz nos últimos cinco anos haviam experienciado alguma forma de violência obstétrica, 17,1% experienciaram procedimentos sem consentimento, 11,2% sofreram violência em forma de gritos, 7% foram ofendidas, 17,1% foram obrigadas a parir em posição desconfortável, 9,9% tiveram suas perguntas ignoradas e 10,3% tiveram atendimento tardio (PERROTTE V; CHAUDHARY A; GOODMAN A., 2020, p. 1549).

Uma pesquisa nos Estados Unidos com 2138 mulheres documentou que 17,3% das mulheres grávidas entre 2010 e 2016 sofreram algum tipo de VO. As mulheres com menos estudo, gravidez de risco e maiores riscos sociais receberam atendimento mais discriminatório: 21,5% das mulheres com menos estudo comparado com 15% de mulheres com mais estudo; 27,9% das mulheres com gravidez de maior risco frente a 14,5% das mulheres com gravidez de risco habitual; e 30,1% entre as mulheres com maior risco social comparado com 16,1% entre as de menor risco social (PERROTTE V; CHAUDHARY A; GOODMAN A., 2020, p. 1549). Observou-se também as diferenças raciais no atendimento, com diferentes taxas entre os grupos, sendo que sofreram VO: 22,5% das mulheres negras, 25% das hispânicas, 32,8% das indígenas, 21,1% das asiáticas, comparados com 14,1% entre as brancas.

Ainda usando os dados apresentados por PERROTTE et al (2020), na África foram reportados mais casos de falta de privacidade, sendo prevalente em 58,2% dos

casos no Malawi, onde também 93,7% das mulheres não foram consultadas sobre a posição mais confortável para parir. Na Guiné, entre 644 partos os procedimentos não consentidos foram 49,5% de exames vaginais e 73,1% de episiotomia. No Irã, entre 800 mulheres, 37% mulheres relataram seus partos como traumáticos, 97,8% receberam episiotomia, 88,7% foram impedidas de escolher a posição para parir e 59,9% foram impedidas de se movimentar durante o trabalho de parto.

Quanto à Europa, 20% dos nascimentos envolveram episiotomia e 82% tiveram epidural, mesmo contra o desejo da mulher. Na França, 50% das episiotomias foram feitas sem consentimento e, na Itália, 21% das mulheres sofreram violência verbal ou física durante a gravidez.

Essa breve compilação sinaliza que a VO não é um problema restrito às periferias ou populações mais vulneráveis, mas atravessa as relações sociais e de gênero em muitas partes do planeta. Isto reforça nossa hipótese de que esta violência é estrutural e está vinculada a um sistema de exploração e dominação com incidência global, como é o caso do capitalismo.

3.6 - Panorama América Latina

Como citado anteriormente, o termo Violência Obstétrica surgiu na América Latina, mais especificamente na Venezuela com uma lei sancionada em 2006 para tratar do tema. Argentina e México também possuem legislações sobre o tema (ABREU GB et al, 2021), há marcos legais similares no Panamá e Bolívia (FLORES; HURTADO, 2022) e também no Equador e Uruguai. Existem projetos de lei na Colômbia, Costa Rica, Chile e Peru (SESIA, 2020). Enquanto a OMS recomenda como aceitável uma taxa de cesariana entre 10 a 15%, um estudo realizado em 21 países e encomendado pela instituição (VOGEL JP et al, 2015) verificou um aumento nas taxas em todos os países estudados, exceto pelo Japão; na pesquisa realizada pela OMS em diversos países entre 2010 e 2011, verificou-se as seguintes taxas para os seguintes países: México - 47,5%, Peru - 41,5%, Brasil - 47%, Equador - 45,5% (VOGEL JP et al, 2015, p. e265)

Um estudo realizado na Venezuela com 425 mulheres em 2011 (TERÁN et al, 2013) apontou que 66,8% passaram por procedimentos sem consentimento, 49,4% foi alvo de algum tratamento desumanizante (sendo 57% mulheres entre 15 e 19 anos) e apenas 20,5% não percebeu qualquer violência. Entre os procedimentos sem consentimento foi relatado com mais frequência múltiplos toques vaginais e

administração de medicamentos para acelerar o parto, 37,2% e 31,3% respectivamente. 21,6% foram criticadas por gritar ou chorar durante o trabalho de parto, 24,9% foram obrigadas a parir deitadas, 20% receberam episiotomia, 15,8% foram vítimas da Manobra de Kristeller e 14,1% passaram por revisão uterina sem anestesia. Nos partos das mulheres com maior nível educacional foi percebido menos procedimentos sem consentimento, o autor sugere que frente a uma paciente mais instruída, o profissional de saúde se sente mais inclinado a explicar os procedimentos, ao contrário do que ocorre com mulheres de menor nível educacional, evidenciando um caráter paternalista em que o profissional decide pela paciente sem considerar seus desejos. O estudo foi realizado em 2013, ou seja, 7 anos após a Ley Orgánica para el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia e, apesar disso, apenas 27% das mulheres conheciam o termo Violência Obstétrica e apenas 19% sabia onde realizar a denúncia.

Um segundo estudo, qualitativo, se deu no México com 57 mulheres que deram à luz entre 2015 e 2016 (FLORES et al, 2019). As mulheres retrataram como incômoda e até mesmo degradante a experiência de diversos toques seguidos, bem como falta de informação sobre o procedimento. Também se identificou episiotomia de maneira agressiva, seja pela falta de aviso de que o procedimento seria feito ou explicação dos motivos para o procedimento. A imposição de métodos contraceptivos, principalmente para mulheres indígenas, ou a negação de acesso aos métodos, também foram citadas. Outros relatos incluem o fato de terem sido fotografadas ou gravadas por profissionais de saúde - violando o direito à privacidade - separação do bebê, restrição da ingestão de comida durante o trabalho de parto (com relato de até 17h sem comer), manobra de Kristeller e administração de ocitocina. A categoria que recebeu maior quantidade de relatos foi o de abuso ou violência verbal, desqualificando a dor da mulher e ordenando que se calassem ou parassem de reclamar. Em uma pesquisa nacional sobre diversos tipos de violência realizada entre 2011 e 2016 pelo Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016) verificou-se entre 8.743.987 nascimentos a prevalência de maus tratos em 33,4%, sendo 11,2% de violência verbal, 9,9% de ignorar perguntas sobre o parto e o bebê, e 10,3% de demora no atendimento com alegações de que a mulher estava gritando ou reclamando muito. Nos partos domiciliares, com parteira ou curandeira, foi identificado uma prevalência de maus tratos de 4,5%.

No Chile, o Observatório da Violência Obstétrica realizou uma pesquisa, obtendo 11.054 respostas utilizadas para análise dos nascimentos entre 2008 e 2017. A ruptura artificial de membranas ocorreu em 44% nos hospitais públicos e 39,9% em clínicas privadas; Manobra de Kristeller em 27,3% e 31,5%; episiotomia em 44% e 41,1%. A taxa de cesáreas aumentou comparando os períodos 1970-2008 e 2009-2013, indo de 26,5% para 39,7%, e se manteve em 39,8% no terceiro período de 2014-2017. Nas clínicas privadas as taxas foram de 53,5%, 56,7% e 50,8% nos três períodos respectivamente. Para o período 2014-2017, o parto em posição litotômica foi predominante, alcançando cerca de 80% tanto em hospitais quanto clínicas, e a crítica ou repreensão de expressões de dor e emoções foi de 43,4% nos hospitais. Foi observado a mesma tendência dos estudos citados anteriormente de queda das ocorrências conforme aumenta-se o nível educacional da mulher.

3.7 - Panorama Brasil

No Brasil, não existe nenhuma Lei Federal que trate do tema da Violência Obstétrica especificamente, apesar de haver alguns projetos de lei a respeito e alguns Estados e Municípios que promulgaram algumas leis a respeito: Tocantins (Lei n. 3.385/18), Santa Catarina (Lei n. 17.097/17), Rio Branco (Lei n. 2.324/19), Paraná (Lei n. 20.127/20), Sobral (Lei n.1.550/16), Pernambuco (Lei n. 16.499/18), João Pessoa (Lei n. 13.448/17), Minas Gerais (Lei n. 23.175/18), Mato Grosso do Sul (Lei n.5.217/18), Rondônia (Lei 4.173/217), Goiás (Lei n. 19.790/17), Amazonas (Lei n. 4.848/19) (PIRES, 2020).

Há, também, grande resistência ao uso do termo Violência Obstétrica por parte da classe médica e, de vez em quando, observa-se tentativas institucionais de confrontar a questão a exemplo da movimentação do governo brasileiro via Ministério da Saúde, durante a presidência de Jair Bolsonaro, numa tentativa de extinguir o termo, o que foi negado pelo Conselho Nacional de Saúde em 2019. O despacho pedia que a expressão “Violência Obstétrica” fosse evitada e abolida em documentos de políticas públicas. Em uma nota enviada ao jornal brasileiro G1 (DOMINGUES, 2019), o Ministério da Saúde, inclusive, apresentou um parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM). Segue trecho da nota:

As orientações sobre o uso do termo 'violência obstétrica' foram publicadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em outubro de 2018, pelo parecer CFM 32/2018. A entidade é responsável pela regulamentação da atividade médica no país. Acompanhando a instrução e atendendo ao apelo de

entidades médicas, o Ministério da Saúde publicou despacho no qual orienta que o termo “violência obstétrica” não deve ser usado de maneira indiscriminada, principalmente se associado a procedimentos técnicos indispensáveis para resolução urgente de situações críticas à vida do binômio mãe-bebê relacionados ao momento do parto (DOMINGUES, 2019).

Essa postura do Ministério da Saúde, com altas probabilidades de ter sido influenciada pela classe médica por meio do CFM, evidencia o desconforto da classe com o termo, seu uso e as consequências de seu uso, e o trecho da nota acima “principalmente se associado a procedimentos técnicos indispensáveis para resolução urgente de situações críticas” pode indicar uma necessidade e/ou vontade de se manter condutas reconhecidas como VO baseadas na justificativa de uma indispensabilidade clínica, apesar dessas condutas irem de encontro com as evidências científicas atualizadas. Não é raro encontrar relatos de profissionais da humanização do parto que denotam a institucionalização de diversas práticas violentas nos próprios cursos de graduação, como relatou a obstetra Anna Beatriz Herief, formada em 2010 pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio), em entrevista à Colabora (OLIVEIRA, 2019). Segue trecho da reportagem:

“Eu venho de uma residência extremamente tradicional. Quanta episiotomia eu abri? Quantas mães eu silencieei? Quantas mulheres gritaram, eu falei que era exagero e que precisavam fechar a boca para fazer força embaixo? Quantas mulheres eu já operei sem necessidade?”, desabafa. (...) “O médico não se forma para cuidar. O médico é formado para intervir: achar o problema, diagnosticar, solicitar exames e acabar com o problema”. Em todo o mundo, a obstetra explica que a graduação é semelhante. Menos humana, mais intervencionista. Ela acrescenta que se formou desta forma como todos os médicos e praticou Violência Obstétrica porque assim era ensinado e exemplificado no dia a dia da residência (OLIVEIRA, 2019).

Entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, foi realizada a pesquisa de abrangência nacional “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento” (LEAL et al, 2014a), coordenada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-Fiocruz). Uma segunda versão já está em andamento, para atualizações. Nesta primeira pesquisa, foram acompanhadas 23.894 mulheres e seus bebês, em 266 hospitais de 191 municípios brasileiros. A pesquisa, de acordo com seu próprio site (Nascer no Brasil), surgiu da necessidade de estudar-se as repercussões de procedimentos dentro do modelo medicalizado de atenção ao parto, principalmente no contexto do excesso de intervenções que aumentam a taxa de prematuros, principalmente a cesárea desnecessária. O objetivo era

conhecer melhor a atenção ao pré-natal, ao parto, ao nascimento e ao puerpério no Brasil, bem como estimar prevalência da prematuridade e a incidência de complicações clínicas imediatas ao parto e após o parto, tanto em mães quanto em recém-nascidos. (Nascer no Brasil)

No estudo foi observado uma taxa de 52% de nascimentos via cesariana - em 1970 essa taxa era de 14,5% - sendo que quase 70% das mulheres desejavam um parto vaginal no início da gravidez. O estudo também encontrou uma proporção de 11,3% de nascimentos prematuros (antes das 37 semanas) e 35% de nascimentos com 37 ou 38 semanas, apontando uma “epidemia” causada pelas cesarianas agendadas, principalmente no setor privado (LEAL et al, 2014b, p.4).

Apenas 18,7%, 25,2% e 26,7% das mulheres tiveram presença contínua de acompanhante, comeram durante o trabalho de parto e tiveram acesso a procedimentos não-farmacológicos para alívio da dor, respectivamente. Receberam ocitocina 36,4% das mulheres; litotomia, 91,7%; Manobra de Kristeller, 36,1%; episiotomia, 53,5%. A mortalidade materna caiu de 143 para 61 por 100 mil nascidos vivos, no período entre 1990 a 2011, porém ainda era de 3 a 4 vezes maior do que o encontrado em países desenvolvidos no início da década de 2010 (LEAL et al, 2014b, p.5).

Especialmente quanto às cesarianas, gostaria de acrescentar que o estudo identificou que as taxas no setor privado chegaram a 88%, taxas que, de acordo com o próprio estudo, não têm justificativa clínica para serem tão altas, sendo que estima-se que por ano, todos os anos, quase um milhão de mulheres são submetidas a cesarianas sem indicação no país. Para a parteira mexicana, Naolí Vinaver, em entrevista à Revista IHU On-Line (WOLFART, 2012b), publicada em 2012, “a maneira como as mulheres estão parindo seus filhos atualmente reflete um tipo de sociedade consumista e capitalista em que a visão da pressa e a rapidez prevalecem sobre a qualidade da vida como experiência primordial”. E acrescento esta fala, pois as altas taxas de cesarianas no setor privado são relacionadas pelos movimentos de humanização do parto ao mau pagamento dos planos de saúde aos médicos que assistem parto normal, que pode durar muitas horas, o que os leva a “acelerar” o processo e realizar a cirurgia. A impaciência com o processo e a complexidade dos conhecimentos necessários para assistir um parto sem intervir desnecessariamente também podem interferir, como veremos nas denúncias de estudantes no capítulo 3.

3.8 - Percepções

A partir das informações e dados trazidos, percebe-se que a Violência Obstétrica é um fenômeno extremamente complexo, apesar de não parecer. À

primeira vista, quando surge algum caso, pode parecer apenas uma falta de ética, erro médico ou desvio de caráter do profissional de saúde. Porém, identifiquei que a Violência Obstétrica parte do pressuposto da desumanização da mulher enquanto ser humano, pois desconsidera seu consentimento, desejos, dores, sua anatomia, fisiologia e até mesmo os benefícios ou riscos de determinada prática, que deveriam ser o norte de uma conduta minimamente racionalizada. Com isso, quero dizer que, mesmo que o profissional de saúde não tivesse qualquer sentimento de empatia pela paciente, ainda assim, o mínimo esperado seria ele basear-se nas evidências de benefícios e/ou riscos das práticas obstétricas enquanto profissional da saúde decente. O surgimento da obstetrícia e seu desenvolvimento está perpassado por contextos históricos e econômicos de exclusão das mulheres. As taxas de ocorrência de cada prática de VO são relevantes, senão muitas vezes estarrecedoras, em boa parte do planeta.

4 - Terceiro capítulo: Análise de casos

O objetivo deste capítulo é trazer, para além de análises históricas, teorias para leitura de mundo, dados e estatísticas, a realidade da Violência Obstétrica (VO) que fica marcada no corpo e na mente das mulheres que passam por isso. A partir de relatos encontrados na internet, nas redes sociais e na mídia tradicional, é possível acessar a dinâmica da VO, sua crueldade, o silenciamento e o impacto na vida das vítimas.

Desta forma, serão apresentados relatos de forma a aproximar as pessoas que lêem este trabalho das vivências das pessoas afetadas pela VO, de forma a corroborar com as informações trazidas anteriormente. As ocorrências de VO a tristeza, a dor e a raiva de ler alguns casos trazem a esta autora - motivaram em grande parte a pesquisa e escrita deste tema, mas também são um exemplo da materialidade da luta feminista: as marcas que uma sociedade patriarcal faz em nossos corpos e mentes.

Maso (2023, no **prelo**) traz um trecho de uma entrevista que conduziu que trata acerca disso:

Mas, como relatou uma das entrevistadas para minha pesquisa doutoral, conhecida como Lilith, uma pastora metodista, a identidade feminista não emerge apenas do contato com livros ou intelectuais: “É antes da teoria, é antes da Judith Butler, é antes do Segundo Sexo da Simone de Beauvoir, é quando você toma consciência de que há uma desigualdade de gênero, que existe uma opressão vinda do masculino, seja pelo assédio sexual que eu sofri na igreja, assédio de homens mais velhos quando eu era adolescente [...] é dessas coisas que te marcam pra você aprender a ser feminista não por que você leu a Judith Butler, mas por que **você sentiu no seu corpo a opressão, você sentiu no seu corpo a desigualdade, você sentiu no teu corpo todas as violências inerentes a esse sistema patriarcal, aí você começa a reagir**” [...] (MASO, 2023, p.12, grifo meu, no **prelo**).

4.1 – Episiotomia

Os primeiros relatos a serem trazidos são relatos de episiotomia retirados do Blog *Estuda, Melania, estuda!* da obstetra Melania Amorim do post *Estudando Episiotomia: a Voz das Mulheres* (AMORIM, 2012d). Seguem os relatos:

A episio? Ahhh, ela? Bem, ela virou minha companheira de vida... Converso com ela todos os dias, quando ela repuxa e eu sinto uma sutil dor, que é uma mensagem dela para mim, dizendo assim: estou aqui, sou resultado da falta de respeito com vc, sou consequência da abstração total de sua dignidade como mulher, como mãe, como ser humano. (Ana Paula Gomes)

Lembro de sentir muita dor, muito incômodo, a sensação de estar literalmente rasgada. A dor era tamanha que nem me animei a ficar com meu bebê no colo, mesmo que a enfermeira tenha timidamente oferecido. Ah, e ainda teve a piadinha: enquanto suturava, o médico chamou meu marido pra checar tudo e estava orgulhoso em me deixar "toda novinha outra vez, bem apertadinha",

falou até que daria um ponto a mais de presente para o meu marido (...).
(Nicole Passos)

Minha primeira filha nasceu de uma cesariana desnecessária indicada em véspera de feriado. Meu filho nasceu dois anos depois, de parto normal hospitalar. Meu expulsivo foi rápido, em vinte minutos ele estava coroando, sem qualquer desaceleração durante ou após as contrações. O médico então fez uma episiotomia médio lateral e ele nasceu, 3.400g, Apgar 9 e 10, líquido claro. Depois disso foram cerca de 30 minutos de sutura. Como eu tinha recebido analgesia combinada, ou duplo bloqueio, durante 2 dias eu tenho certeza que nada senti na região do períneo. Quando fui para casa meu tormento começou. A dor era indescritível. Primeiro pedi para o meu marido olhar a região porque eu tinha a sensação que estava tudo inflamado. Ele não via nada, apenas os pontos externos. Dizia que estava normal. No quinto dia marquei uma consulta com outra médica, pois o meu estava fora da cidade. Eu mal conseguia sentar, tinha que usar a criatividade para amamentar sem sentir aquela dor insuportável. Quando cheguei ao seu consultório disse para ela olhar lá embaixo porque eu tinha certeza que devia estar infectado, infeccionado, inflamado e abrindo. Ela olhou, tocou e disse que estava com a cicatrização perfeita e para eu confiar, ela mesma tinha passado por quatro episiotomias e a sensação era essa mesma. A parte mais difícil da cicatrização passou em dez dias. Quando voltei a vida sexual meu tormento começou novamente. Eu não conseguia ter uma relação completa, porque a penetração era extremamente dolorosa. Eu sentia como se houvesse um anel na entrada da vagina constrito, fechado, fibrosado. Depois de 4 meses do parto, lá fui eu para outro médico. Eu queria que ele abrisse, tirasse a fibrose, fizesse qualquer coisa. Ele disse que não tinha nada, eu sentia a pressão do exame, doía muito e ele dizia que não tinha nada ali. Voltei para casa conformada e resolvi encarar a dificuldade e a dor na relação sexual. Depois de dois meses com penetrações "forçadas" por mim, a dor começou a melhorar, até passar completamente. No total foram seis meses de seqüela. Hoje vejo a cicatriz, mas não sinto mais dor no local. E até hoje não entendi por que essa episiotomia foi feita e porque não fui consultada. (Ana Cristina Duarte, obstetritz)

Sofri uma episiotomia terrível no primeiro parto. Por muito tempo acreditei na palavra da obstetra, de que foi "de alívio", pois eu estava lacerando. Lacerei na frente, em direção à uretra, e ela me fez episio na parte de trás. A episiotomia em si não foi tão grande, mas pensa em pontos em ambos os lados, onde os da laceração romperam depois de 4 dias, e os da episiotomia infeccionaram... Foi terrível. Sei que lacerei porque não sentia os puxos do expulsivo e me puseram pra fazer força, direcionando os puxos, e sobrecarregando meu corpo e períneo, e eu pedindo forças a Deus porque não estava dando conta, estava exaurida de força já... Tenho vontade de chorar dizendo isso, porque nunca comentei muito sobre o que sinto sobre ela com ninguém e meus olhos enchem de lágrima e meu peito aperta enquanto escrevo isso. Durante cerca de 11 meses eu senti como se fosse rasgar o local da cicatriz durante as relações, que precisavam de grande ajuda de lubrificantes, e mesmo com preliminares, dava uma sensação estranha, de invasão, mesmo por parte do meu marido. Me senti invadida, como se tivesse sido estuprada mesmo, pois tive meu órgão dilacerado e reconstruído mecanicamente. A aparência da vulva mudou, a pele da frente, que lacerou, ficou aberta, pela minha impressão visual e também porque ficou hipersensibilizada, e às vezes do atrito na musculatura durante a relação, sinto dor, fica inchada, inflamada. (T.M.)

Eu teria um parto domiciliar. Fiz massagem no períneo para evitar lacerações. Estava devidamente preparada. Mas como a pequena resolveu nascer antes do tempo (35 semanas. Na verdade, acho que ela nasceu na hora dela mesmo, ela estava pronta, horas!) tive que parir no hospital. A minha parteira

estive o tempo todo do meu lado, mas como estava dentro do hospital não tinha voz ativa. Plantonista “fez o parto”. Não chamei o obstetra que me acompanhava pois ele iria cortar também se fizesse o parto. Já tinha deixado isso bem claro para mim nas consultas. Mesmo gritando, urrando, berrando “não corta, não precisa, por favor, eu assumo, deixa rasgar”. Ela cortou. Disse que “só sabia fazer cortando”. Eu chorei, minha parteira chorou. Perdi. Me sinto mutilada, invadida. É como ser abusada. É a mesma coisa. Dá pra ver, dá pra sentir. Dá pra lembrar a cada “namoro” com o marido. (Pamela Moreli Benoni)

Durante o parto eu disse que preferia não fazer a episiotomia, ela disse: "a médica sou eu, se concentre na força". E zap, cortou, disse que tava me deixando do jeito que eu era pra meu marido não processá-la. Todos riram. Depois que o bebê nasceu, eu senti TODOS os pontos! Eu avisava que estava sentindo muita dor, apesar do alívio e alegria enormes por ter trazido meu bebê ao mundo! Depois de costurada, passei a noite sentindo dor, muita dor, sem tomar remédio (sou extremamente alérgica). No outro dia, não conseguia defecar, fiquei com medo de fazer força e os pontos se abrirem. Passei uns 4 dias sem conseguir defecar, morrendo de dor, os pontos inflamaram, um rompeu... Eu urrava de dor! Reclamava muito para minha mãe, dizendo que já poderia estar completamente recuperada se não fosse esse maldito corte! (Luciana Maia)

E o pior a hora da episiotomia ela veio com a tesoura para cortar e eu disse não precisa, aí ela respondeu brava precisa sim e cortou numa vez sem anestesia, senti tudo, a sutura foi horrível, doeu muito, não tive nem o gosto de pegar meu bebê nos braços após o parto, mas também elas não me puseram ele no meus braços. Me senti a pior das pessoas até hoje quando recordo me da uma coisa ruim me sinto uma dor na alma, é muito ruim. (Márcia Cristina Carro)

De madrugada minha bolsa rompeu (rotura alta, líquido claro). Fui para a maternidade às 02:00 da manhã, fui atendida pelo plantonista mal humorado que desconfiou da minha palavra, disse que minha bolsa não tinha rompido e que eu só tinha 2 cm... Mandou me fazerem lavagem intestinal, me colocou no soro com ocitocina e me manteve deitada no quarto... As cinco horas minha GO chegou, me examinou e constatou 7 cm. Mais tarde, depois de aumentar a ocitocina pois eu ainda não sentia dor, me ofereceu anestesia. Na troca de plantão eu passei mais de uma hora deitada sozinha no bloco aguardando, sentindo muuuita dor em uma maca estreita. Às 9:00 eu estava com dilatação total, em litotomia e perninhas nos estribos. Começaram os puxos induzidos, kristeller, episio imensa e fórceps. Artur estava em OS e nasceu às 9:41 da manhã, muito mal (apgar 4 e 8), não chorou ao nascer e recebeu oxigênio ainda na sala de parto. Eu não pude pegá-lo no colo e muito menos amamentar... Teve acidose, ficou uma semana internado, icterícia muito alta, paralisia facial temporária por ter tido um nervo pinçado pelo fórceps mal usado. Mas depois mamou exclusivo por seis meses e é lindo e perfeito! Pesou 3530g e 50 cm, com 40 semanas exatas de gestação. (Daphne Paiva Bergo)

Minha primeira experiência como mãe foi terrível, no dia 08/10/2000 tive minha primeira filha no HRC, foi a pior experiência da minha vida que me deixaram marcas que jamais esquecerei, fiquei internada sem água, sem poder me comunicar com a família, sem usar o banheiro, sem comer, pasmem: POR 72 HORAS, fui agredida verbalmente, de mole, de chorona, de fresca, enfim tive um parto normal com uma episio enorme, seguida de uma hemorragia, pois não foi dado o tempo de expelir a placenta, ela foi ARRANCADA de dentro de mim, me colocaram um tampão (pedaço de gaze) na vagina, elevaram minhas pernas e me jogaram em um quarto dito de recuperação, por mais 4 horas... TERRÍVEL! (Ivoneide Bandeira)

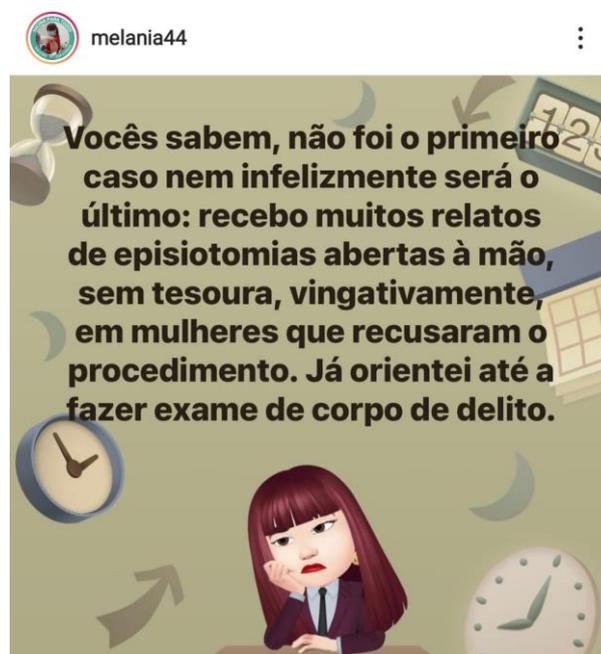
No meu primeiro parto, na hora em que meu filho estava nascendo, no momento exato do círculo de fogo, a médica plantonista deu um grito! Mandou eu parar de fazer de força para ela dar a anestesia local. FOI A PIOR DO MUNDO !!! Ela ainda emendou dizendo que se eu me mexesse ela iria colocar a agulha na cabeça do filho. Foi horrível, chorei demais !!!! Infelizmente há 8 anos eu não sabia tudo...e na verdade ainda não sei...No segundo parto, para não sofrer isso de novo porque o meu NÃO, não significa nada, optei por analgesia... mas, foi horrível do msm jeito pq os pontos caíram com 5 dias e fiquei com aquele buraco lá embaixo...senti muuuuuiita dor!!! Depois de 2 episios, tive um parto natural e uma pequena laceração do lado oposto ao das episios!!! EPISIO NUNCA MAIS!!!! (Flávia Alves)

Estes relatos foram selecionados, pois mencionam mais de uma VO ocorrendo, trazem os sentimentos das mulheres durante os procedimentos ou após os mesmos, e algumas vezes os relatos das dores e desconfortos no pós-parto. Em apenas 11 relatos encontramos a descrição de violência verbal, seja com gritos ou piadas, “ponto do marido”, cesárea sem indicação clínica, desmerecimento dos relatos de dor e/ou incômodo durante ou após os procedimentos, puxo dirigido, episiotomia sem anestesia, afastamento do bebê da mãe, lavagem intestinal, administração de ocitocina de rotina, impedimento de livre movimentação, posição litotômica forçada, Manobra de Kristeller, uso rotineiro de fórceps, bebê com complicações após o parto, impedimento de ingestão de comida e água, impedimento de comunicação com familiares, ameaça à integridade do bebê e vários relatos de dificuldade no pós-parto de evacuação, relações sexuais, infecções e dor.

Quanto à ameaça que foi feita ao bebê para coagir a mãe (“Ela ainda emendou dizendo que se eu me mexesse ela iria colocar a agulha na cabeça do filho.”), e também quanto aos relatos de separação do binômio ou o impedimento da amamentação na primeira hora de vida, podemos retomar Segato (2014) ao tratar da violência tendo como alvo não apenas os corpos femininos, mas também os corpos feminilizados, isto é, as crianças e jovens, corpos vulneráveis, que passam a ser objeto de marcação do antagonismo, territórios a serem violados e marcados. Isto não foi tema do trabalho, mas é a chamada violência neonatal, que normalmente acompanha a Violência Obstétrica, também passa por muitas vezes ter atitude violenta e executar procedimentos para os quais não há evidência científica comprovada de benefício ou para os quais existe evidência científica de riscos, como é a ausência do contato pele a pele imediato e a amamentação na primeira hora de vida, já mencionados anteriormente.

Há relatos inclusive de clemência para impedir as violências, que são desconsiderados. A indicação de que muitos destes procedimentos são feitos desconsiderando a negação veemente por parte da mulher, as indicações de que a paciente estava sentindo muita dor, e algumas vezes até mesmo a ausência de anestesia para efetuar o corte na vulva, podem ser entendidas como um desprezo da mulher como ser humano com direito à integridade física e mental, e uma ausência de motivo clínico para a episiotomia, mas uma necessidade de realizar o corte a todo custo, seja para punir a mulher pelos gritos de dor, negações, trabalho de parto longo e “difícil” ou pela própria condição de mulher - a misoginia - pois a não ser em uma situação de absoluta emergência (o que não é o caso da episiotomia de acordo com as evidências) a realização de procedimentos semi-cirúrgicos sem anestesia é raríssima. A obstetra Melania Amorim, por exemplo, já publicou em seu Instagram que recebe casos de episiotomia feitas manualmente:

Figura 7 - Relato da obstetra Melania Amorim sobre episiotomias feitas manualmente em post no seu perfil do Instagram



Fonte: Instagram.

Assim como em situações de abuso sexual, há impacto psicológico negativo que perdura por um tempo após a violência. Podemos observar como o trauma da VO se aproxima do abuso sexual nos trechos dos relatos acima: “(...) sou [episiotomia]

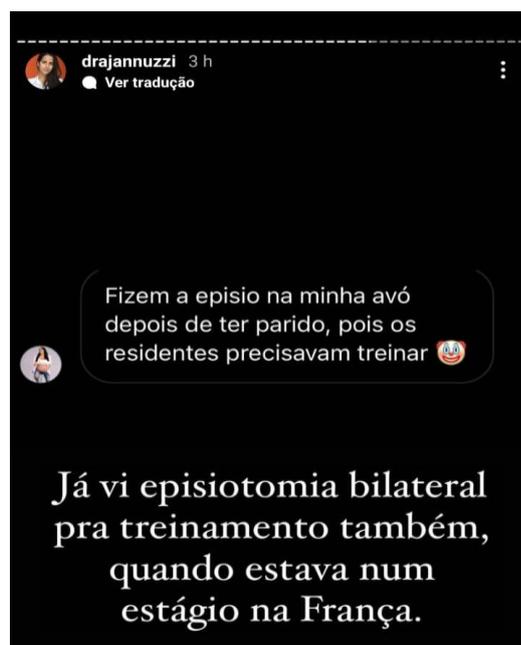
resultado da falta de respeito com vc, sou consequência da abstração total de sua dignidade como mulher, como mãe, como ser humano.”; “Me senti invadida, como se tivesse sido estuprada mesmo, pois tive meu órgão dilacerado e reconstruído mecanicamente.”; “Me sinto mutilada, invadida. É como ser abusada. É a mesma coisa. Dá pra ver, dá pra sentir. Dá pra lembrar a cada “namoro” com o marido.”; “Me senti a pior das pessoas até hoje quando recordo me de uma coisa ruim me sinto uma dor na alma, é muito ruim.”; “No segundo parto, para não sofrer isso de novo porque o meu NÃO, não significa nada, optei por analgesia...” (AMORIM, 2012d).

Outro ponto interessante de destaque é que em um dos relatos, a mulher descreve que a médica disse que só sabia atender o parto realizando a episiotomia: “Ela cortou. Disse que ‘só sabia fazer cortando’”. Isso é uma demonstração que a formação obstétrica no Brasil, de maneira geral, não forma profissionais que sabem atender o parto respeitando a fisiologia, as evidências e o corpo da mulher.

4.2 - Violência Obstétrica: institucional e internacional

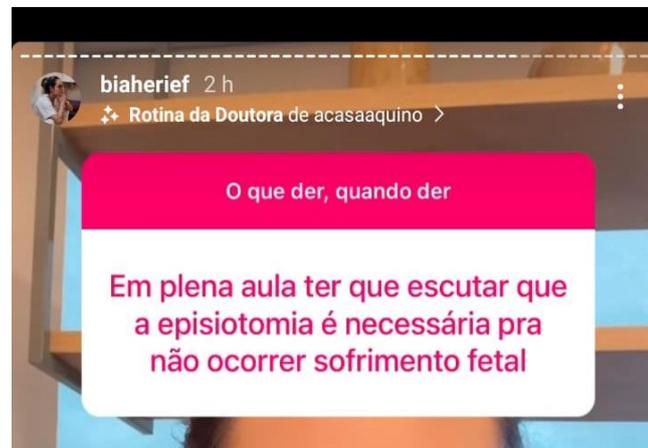
Neste sentido, podemos então observar que a Violência Obstétrica é institucionalizada. Trago abaixo mais relatos, extraídos por meio de *print screen* dos stories do Instagram nos perfis da obstetra Anna Beatriz Herief e da médica Anna Bárbara Jannuzzi Lagoeiro.

Figura 8 – Relato de Episiotomia desnecessária para treinamento de estudantes



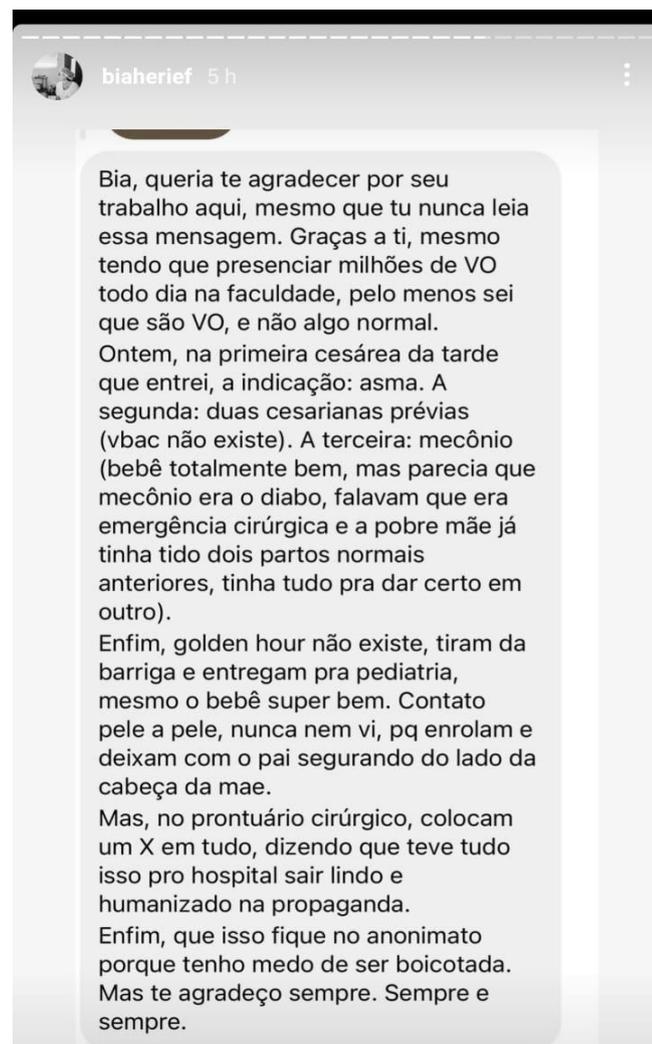
Fonte: Instagram.

Figura 9 – Relato de ensino de episiotomia em sala de aula



Fonte: Instagram.

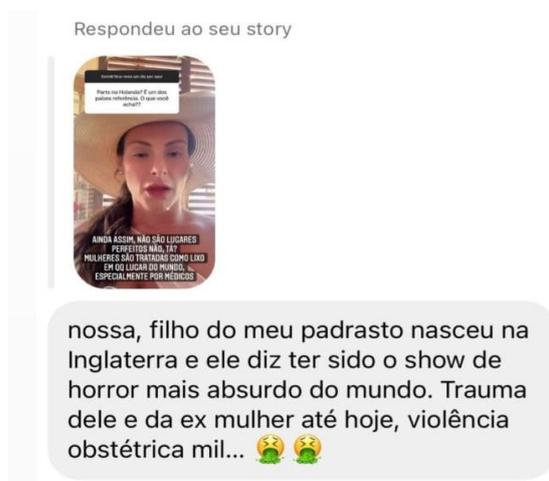
Figura 10 – Relato de Violências Obstétricas na faculdade



Fonte: Instagram.

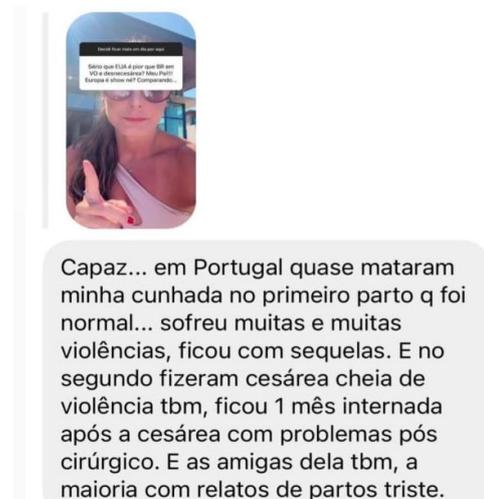
Uma característica da Violência Obstétrica, assim como das outras violências contra a mulher, é sua ocorrência e institucionalização em nível mundial, mesmo em países com indicadores melhores de qualidade de vida, desenvolvimento econômico e de assistência ao parto. Este, também, foi um dos motivos para a pesquisa do tema enquanto estudante de Relações Internacionais. Abaixo, trago alguns relatos, também extraídos por meio de *print screen* dos stories do Instagram da obstetra Anna Beatriz Herief, de VO em vários países, a maioria países do Norte global.

Figura 11 – Relato da Inglaterra (1)



Fonte: Instagram.

Figura 12 – Relato de Portugal (1)



Fonte: Instagram.

Figura 13 – Relato da Bélgica



Fonte: Instagram.

Figura 14 – Relato da Alemanha



Fonte: Instagram.

Figura 15 - Relato de Portugal (2)



Em Portugal a ordem dos médicos nega a existência de violência obstétrica. A taxa de episiotomia é de 73%. Eu fui cortada, coagida a ficar deitada e a aceitar raquidiana. Nunca estive em perigo nem a bebê em sofrimento, parto durou 9h, início foi espontâneo. Temos muito que conquistar aqui.

Fonte: Instagram.

Figura 16 - Relato da Turquia



Aqui na Turquia, infelizmente é horrível a assistência. Taxa de cesárea altíssima 😞

Fonte: Instagram.

Figura 17 – Relato da Bulgária



Minha amiga é da Bulgária e disse que o sistema é extremamente cesarista. Inventam um monte de desculpas e ainda separam o bebê da mãe.

Fonte: Instagram.

Figura 18 – Relato da Irlanda

Respondeu ao seu story



Irlanda, péssimo! Fazem normal mas com tanta violência que nem sei o que ha de ser de mim

Fonte: Instagram

Figura 19 – Relato da Inglaterra (2)

respondeu ao seu story



Uma amiga pariu em Londres. Rolou episio, pq já estava há três horas no expulsivo 😞

Fonte: Instagram.

Figura 20 – Relato da Austrália

Respondeu ao seu story



Aqui na Austrália partos são com midwives e mesmo assim rola episio em 100% deles (no meu conhecimento de mães que pariram aqui, incluindo eu mesma). 😞

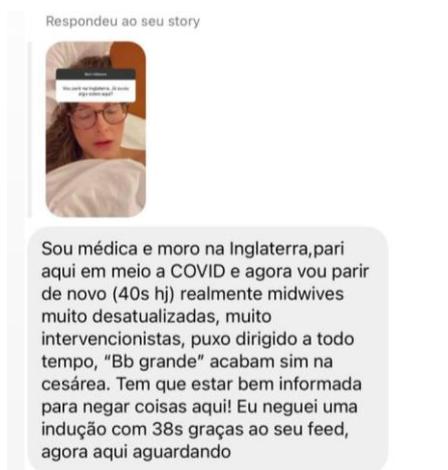
Fonte: Instagram

Figura 21 – Relato de França, Portugal e Inglaterra



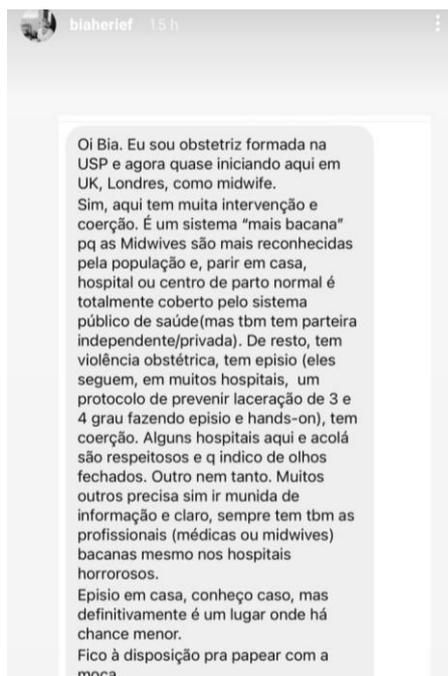
Fonte: Instagram.

Figura 22 – Relato na Inglaterra (3)



Fonte: Instagram.

Figura 23 – Relato na Inglaterra (4)



Fonte: Instagram.

Como podemos observar, os relatos de VO acima vêm de diversos países, principalmente na Europa. Os relatos trazem principalmente episiotomia e cesárea desnecessária, mas outras violências também, e a violência ocorre mesmo quando o atendimento é feito por parteiras (*midwives*).

4.3 - Casos brasileiros recentes: Renato Kalil e Giovanni Bezerra

E apesar de o tema da luta contra a Violência Obstétrica ter avançado muito no Brasil nos últimos anos, com diversas páginas no Instagram falando sobre por exemplo, temos casos muito recentes que aconteceram no país e que, inclusive, foram alvo de reportagens da mídia tradicional, principalmente pela mobilização e divulgação de movimentos da humanização do parto. Dois casos que repercutiram sobremaneira foram o caso da influencer digital Shantal Verdelho, que sofreu diversas VOs pelo obstetra Renato Kalil, e do estupro de paciente durante cesariana cometido pelo anestesista Giovanni Quintella Bezerra, para os quais farei breve análise.

No caso da influenciadora digital, as informações foram coletadas de duas reportagens do G1 (RODRIGUES, 2021. GloboNews; G1, 2022). O caso da influenciadora ocorreu no parto de sua segunda filha em setembro de 2021 e foi divulgado após um áudio que ela enviou em grupo de amigas ter sido vazado. Shantal relata que só percebeu que sofreu tanta violência ao assistir o vídeo do parto, o que é comum de ocorrer em muitas situações e é semelhante ao que ocorre em situações de abuso sexual. As reportagens com seu relato trazem que no parto houve expulsivo em posição ginecológica (litotomia), tentativa de abrir a vagina manualmente, tentativa de puxar a bebê sem esperar as contrações, puxo dirigido, Manobra de Kristeller, gritos, xingamentos e palavrões, inclusive alegando que Shantal não estava fazendo força, e comentários acerca da genitália dela para o marido quanto ao “estrago” que o parto provocou. Um trecho da reportagem:

"Quando a gente assistia ao vídeo do parto, ele me xinga o trabalho de parto inteiro. Ele fala 'Porra, faz força. Filha da mãe, ela não faz força direito. Viadinha. Que ódio. Não se mexe, porra'... depois que revi tudo, foi horrível", comenta a influencer no áudio vazado. "Ele chamou meu marido e falou: 'Olha aqui, toda arrebetada. Vou ter que dar um monte de pontos na perereca dela'. Ele falava de um jeito como 'olha aí, onde você faz sexo, tá tudo fodido'. Ele não tinha que fazer isso. Ele nem sabe se eu tenho tamanha intimidade com meu marido", contou (RODRIGUES, 2021).

Além disso, o médico divulgou o sexo da bebê em suas redes sociais antes dos pais, o que era informação restrita e desejo dos pais que não fosse divulgado. O

médico, Renato Kalil, obstetra há 36 anos e que alega já ter “efetuado” mais de 10 mil partos, nega as acusações e afirma que o parto ocorreu sem qualquer intercorrência.

No caso do estupro praticado em cesárea por Giovanni Quintella Bezerra em 11/07/2022, as informações também foram coletadas de duas reportagens do G1 (VIEIRA; FREIRE; LEITÃO, 2022. MENDONÇA, 2022). O anestesista já atuou em pelo menos 10 hospitais públicos e privados. O caso foi divulgado, pois mulheres da equipe do hospital, técnicas de enfermagem, passaram a suspeitar dele devido à quantidade de sedativo que ele aplicava e pelas movimentações atrás do lençol que separava ele e a cabeça da paciente do restante da equipe, o que as motivou a gravar com um celular escondido o ato do estupro, em que ele colocava o pênis na boca da vítima sedada. Uma das funcionárias relatou que a quantidade de sedativo era tamanha que as mulheres nem conseguiam segurar os bebês após a cesárea. Além da vítima que aparece no vídeo, mais cinco mulheres denunciaram o médico, que foi preso. Em um dos outros casos, o marido relata que teve de deixar a sala de parto e não ficou com a mulher até o final do procedimento, sendo que ela foi sedada após ele sair.

Estes dois casos foram selecionados devido à proporção de divulgação que tiveram da mídia tradicional e também pela demonstração da multiplicidade das violências que ocorrem e podem ocorrer com as mulheres no atendimento obstétrico, bem como das classes sociais e raças das mulheres atingidas. O primeiro caso foi um parto normal com equipe particular contratada, Shantal é branca, de influência, e de classe social mais elevada. O segundo, foi uma cesariana em hospital público, a privacidade e identidade da mulher, não-branca, foi respeitada.

A diversidade de todos os relatos trazidos acima, seja de classe, raça e país demonstram a crueldade, misoginia e desatualização que pode atingir qualquer mulher no ciclo gravídico-puerperal. A Violência Obstétrica é uma violência de gênero, sexual e institucional que precisa ser denunciada. Seus vínculos com o campo das Relações Internacionais são notórios. O processo histórico de medicalização do parto e desprestígio das parteiras, como discutido no capítulo dois, se vincula à constituição capitalista de controle dos corpos femininos, como apresentado no capítulo um. Por isso, ao ler os depoimentos divulgados em canais na internet - às vezes os únicos meios que as vítimas se sentem seguras para denunciar - é preciso levar em consideração o processo histórico e político de constituição das relações de poder patriarcais e como atuam na contemporaneidade.

5 - Conclusão

Como trouxe Federici (2017), o processo do surgimento do capitalismo foi extremamente violento e grande responsável pela exclusão das mulheres. A nova Divisão Sexual do Trabalho expulsou as mulheres do trabalho assalariado e da vida pública, relegando-as aos trabalhos domésticos e reprodutivos. Importava que as mulheres continuassem engravidando e parindo. É neste contexto que a obstetrícia surgiu, desenvolvendo-se em bases misóginas (SANTOS, 2002). As parteiras foram expulsas do cenário obstétrico, acusadas de bruxaria e mortas. A reprodução e o crescimento populacional passaram a ser assuntos de Estado, lidos, portanto, a partir de lentes capitalistas e masculinas, estas últimas sendo reforçadas pelas próprias características da obstetrícia, advindas do mesmo contexto.

As mulheres, nesta linha da história - o surgimento do capitalismo - foram excluídas, exploradas, degradadas, infantilizadas e perderam o controle dos processos de gerar e parir. As diferenças entre homens e mulheres foram maximizadas, e o lugar da mulher foi definido como inferior e subordinado ao homem. Os corpos das mulheres, os novos territórios, foram apropriados violentamente, mesmo que estivessem cumprindo sua nova função designada: o fornecimento de mão de obra e herdeiros (FEDERICI, 2017).

Nesse sentido, a Violência Obstétrica, então, pode ser lida como uma nova ferramenta de demonstração de poder sobre o corpo e de maneira impessoal, como evidencia Segato (2014), isto é, institucionalizada. Trava-se uma verdadeira guerra para parir, o corpo da mulher é território, campo de batalha, inimigo e palco das práticas violentas espetacularizadas, de grande impacto para quem a sofre, presença e toma conhecimento. O objetivo estratégico é exercer o controle, simbolizar e exercer sua “pedagogia” e para isso os estudantes dos cursos de saúde, em grande maioria, passam pelos processos de dessensibilização que Segato (2014) cita, pois a exibição de crueldade é a única garantia de controle territorial (SEGATO, 2014, p.56).

O ambiente hospitalar, suas burocracias e hierarquias não são gentis com as mulheres. Os relatos e as estatísticas demonstram níveis altíssimos dessas práticas por todo o planeta, independente do continente, etnia, índice de desenvolvimento econômico ou raça. Obviamente, os recortes e interseccionalidades influenciam em diferentes resultados, o que poderia ser tema de outra pesquisa.

A Violência Obstétrica pode parecer contraditória, pois é difícil racionalizar em como um momento como o nascimento, que é tão importante para a família,

principalmente para a mulher, e que deveria ser respeitoso, se transformou em um fenômeno carregado das mais diversas violências, crueldades, e até mutilações. Temos pouco mais de 8 milhões de pessoas atualmente no mundo; destas, quantas nasceram sob circunstâncias de violência? É uma resposta que nunca teremos.

No início do trabalho, eu trouxe as perguntas: a Violência Obstétrica é uma ferramenta/forma/sintoma de controle sobre os corpos das mulheres? Qual a relação entre essa violência e a manutenção da ordem patriarcal-capitalista? A partir das informações trazidas nas páginas anteriores posso dizer que, sim, a Violência Obstétrica é uma ferramenta/forma/sintoma de controle sobre os corpos das mulheres. Ferramenta, na medida em que é utilizada para reforçar o controle dos corpos e do processo reprodutivo. Forma, na medida em que pode ser considerada um tipo de violência de gênero e uma das formas com a qual o patriarcado reafirma a desigualdade de gênero. E sintoma, na medida em que pode ser lida como manifestação que nos auxilia a verificar o método do patriarcado e identificá-lo.

A relação entre a Violência Obstétrica e a manutenção da ordem patriarcal-capitalista reside na observação de que esse sistema foi construído a partir de e baseia-se na exploração e controle dos corpos, isto é, para que funcione, depende que os corpos gerem lucro e sejam disciplinados, e para tanto utiliza-se de métodos violentos. Quanto aos corpos das mulheres, este processo não pode ser dissociado da capacidade reprodutiva do sexo feminino, e desta maneira, identificamos a Violência Obstétrica como estrutural ao patriarcado e ao capitalismo.

Gostaria de enfatizar que alguns aspectos que envolvem a VO não foram trazidos, ou pelo menos discorridos com maior profundidade, devido às questões de limitações de pesquisa para um Trabalho de Conclusão de Curso, como a “epidemia” de cesáreas no Brasil e sua relação com o sistema privado de saúde brasileiro, dados mais extensos sobre recortes de raça e classe e o acúmulo dessas vulnerabilidades de maneira que as chances de Violência Obstétrica aumentam, a história da Obstetrícia envolvendo a exploração dos corpos de mulheres negras como cobaias de novas técnicas e aprendizados sobre anatomia, com relatos de que muitas vezes eram realizados sem anestesia, e a história da cesárea realizada por povos africanos anterior à medicina europeia e ocidental, com altas taxas de sucesso. Estes aspectos são possíveis objetos de pesquisas futuras.

Tendo em vista as reflexões e dados trazidos, algumas considerações podem ser feitas quanto ao que se pode fazer para alterar o cenário da Violência Obstétrica.

São necessárias leis que tratem a respeito da criminalização desta prática e canais adequados para denúncia, bem como um papel ativo por parte dos Estados na criação de protocolos atualizados pelos seus Ministérios de Saúde, bem como a fiscalização das condutas.

É importante, também, uma conscientização da população sobre o problema, quais são as práticas consideradas VO, quais os riscos e benefícios de cada conduta, como se precaver munindo-se de informações, como denunciar etc. Lutar para ter seus direitos garantidos e impedir as violências não deveria ser necessário, mas sempre foi para as mulheres, de forma que até fazer valer o direito de parir, ou ainda de ter seus filhos de maneira respeitosa, é uma guerra.

A mudança e atualização do ensino dos cursos de saúde é primordial. As faculdades, onde os estudantes deveriam estar recebendo instruções baseadas em evidências para exercerem suas profissões, são parte das engrenagens do mecanismo da Violência Obstétrica, pois muitas das práticas são ensinadas e relativizadas em sala de aula. Diversas condutas atualizadas para lidar com casos complexos, como distócia de ombro, induções de parto seguras e eficientes e parto pélvico, são negligenciadas e muitas vezes o profissional encontra-se limitado para lidar com o dia a dia das emergências obstétricas. O profissional de saúde que opta por um caminho diferente acaba tendo que ir buscar as evidências e *guidelines* de conduta por conta própria.

Porém, para além de tudo isso, não podemos desconsiderar que o Estado, as pessoas e a ciência estão vinculados e localizados em um sistema capitalista e patriarcal. O patriarcado deve ser abolido e o capitalismo superado.

"Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer."

Michel Odent, obstetra francês.

REFERÊNCIAS

ABREU GB et al. Violência Obstétrica e Assistência Perinatal na América Latina: Uma Revisão Integrativa. **Revista de Psicologia da IMED**, vol. 13, n.1. p. 212-229. Passo, jan-jun 2021. DOI: [10.18256/2175-5027.2021.v13i1.3903](https://doi.org/10.18256/2175-5027.2021.v13i1.3903).

AMORIM, Melania MR; SOUZA, Alex SR; PORTO, Ana MF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **FEMINA**, vol. 38, n. 8. ago 2010. p. 415-422.

AMORIM, Melania MR. Estudando Episiotomia. In: Blog **Estuda, Melania, estuda!** 7 ago 2012a. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com/2012/08/estudando-episiotomia.html?view=sidebar>>. Acesso em: 14 abr 2023.

AMORIM, Melania MR. Estudando a cesárea desnecessária: resultados do Global Survey (OMS). In: Blog **Estuda, Melania, estuda!** 14 nov 2012b. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com/2012/11/estudando-cesarea-desnecessaria.html?view=sidebar>>. Acesso em: 14 abr 2023.

AMORIM, Melania MR. Estudando evidências em tempo de jornalistas idiotas. In: Blog **Estuda, Melania, estuda!** 24 out 2012c. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com/2012/10/estudando-evidencias-em-tempo-de.html>>. Acesso em: 14 abr 2023.

AMORIM, Melania MR. Estudando Episiotomia: a Voz das Mulheres. In: Blog **Estuda, Melania, estuda!** 08 ago 2012d. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com/2012/08/estudando-episiotomia-voz-das-mulheres.html?view=sidebar>>. Acesso em: 18 abr 2023.

AMORIM, Melania MR. Série Vídeos. Número 1: episiotomia, lacerações perineais e estratégias de proteção perineal. In: Blog **Estuda, Melania, estuda!** 24 jul 2015. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com/2015/07/serie-videos-numero-1-episiotomia.html?view=sidebar>>. Acesso em: 14 abr 2023.

BOHREN et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. **Lancet**, vol. 394, Issue 10210. p. 1750-1763. 9 nov 2019. DOI: [10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0).

BRASIL. Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília (DF), 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 14 abr 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. 1 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. 50p.

CARNEIRO, Maria Elizabeth R. Feminismo-Feminismos. In: COLLING, Ana Maria; TEDESCHI, Losandro Antonio (Org.). **Dicionário crítico de gênero**. 2 ed. Dourados: Ed. Universidade Federal da Grande Dourados, 2019. p. 251-255.

CARVALHO, Laëtícia CV. Os efeitos da manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto. Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marinha Carneiro. Porto, 2014.

Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 024, de 16 de maio de 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco024.pdf>. Acesso em: 16 abr 2023.

DALMÁS, Giovana; MÉNDEZ, Natália Pietra. Beauvoir, Simone. In: COLLING, Ana Maria; TEDESCHI, Losandro Antonio (Org.). **Dicionário crítico de gênero**. 2 ed. Dourados: Ed. Universidade Federal da Grande Dourados, 2019. p. 68-74.

DOMINGUES, Filipe. G1. Ministério diz que termo 'violência obstétrica' é 'inadequado' e deixará de ser usado pelo governo. 07 mai 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml>>. Acesso em: 16 abr 2023.

DUARTE, Ana Cristina. Guest Post: Violência Obstétrica by Ana Cristina Duarte. In: Blog **Estuda, Melania, estuda!** 15 fev 2013. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com/2013/02/guest-post-violencia-obstetrica-by-ana.html?view=sidebar>>. Acesso em: 14 abr 2023.

FEDERICI, Silvia. Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva. 1 ed. São Paulo: Elefante, 2017. 464 p.

FLORES, Karen SF; HURTADO, Verónica CR. Violencia obstétrica en el servicio de salud en México. Tesis para obtener el Título Profesional en Política y Gestión Social. Asesora: Anna María Fernández Poncela. Ciudad de México, 2022.

FLORES, Rangel YY et al. Construcción social de la violencia obstétrica en mujeres Tének y Náhuatl de México. **Rev Esc Enferm USP**. 2019;53:e03464. 2019. DOI: [10.1590/S1980-220X2018028603464](https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018028603464).

GloboNews; G1. Shantal diz que percebeu violência obstétrica em vídeo do parto e que foi desacreditada por pessoas próximas. 14 jan 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/01/14/shantal-diz-que-percebeu-violencia-obstetrica-em-video-do-parto-e-que-foi-desacreditada-por-pessoas-proximas.ghtml>>. Acesso em: 18 abr 2023.

GOELLNER, Silvana Vilodre. Corpo. In: COLLING, Ana Maria; TEDESCHI, Losandro Antonio (Org.). **Dicionário crítico de gênero**. 2 ed. Dourados: Ed. Universidade Federal da Grande Dourados, 2019. p. 141-144.

GUPTA JK; HOFMEYR GJ; SHEHMAR M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2012, Issue 5. Art. No.: CD 002006. John Wiley & Sons, Ltd., 2012. DOI: [10.1002/14651858.CD002006.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub3).

HANSEL AK et al. Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. **Acta Obstetrica et Gynecologica**, 86, Issue 4. p. 389-394. 2007. DOI: [10.1080/00016340601159256](https://doi.org/10.1080/00016340601159256)

HODNETT ED et al. Continuous support for women during childbirth (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 7. Art. No.: CD 003766. John Wiley & Sons, Ltd., 2013. DOI: [10.1002/14651858.CD003766.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5).

INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. México: INEGI, 2016. Disponível em: <[Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares \(ENDIREH\) 2016 \(inegi.org.mx\)](https://inegi.org.mx)>. Acesso em 16 abr 2023.

KATZ, Leila et al. Quem tem medo da violência obstétrica? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 20 (2). p.627-631. abr-jun, 2020. DOI: [10.1590/1806-93042020000200017](https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017).

LEAL, Maria do Carmo (Org.) et al. Nascer no Brasil. 26 artigos. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 30, Supl. 1. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. 2014a. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/j/csp/i/2014.v30suppl1/>>. Acesso em: 16 abr 2023.

LEAL, Maria do Carmo (Org.) et al. Nascer no Brasil. Sumário Executivo Temático de Pesquisa. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. 2014b. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/12/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf>. Acesso em: 16 abr 2023.

MASO, Tchella Fernandes. Política dos afetos: corpos (in)disciplinados em perspectiva feminista. In: MONTE, Déborah Silva do. et al (Org.). **Direitos e Fronteiras planetárias: feminismos emergentes**. Editora Appris. 2023. No prelo.

MASO, Tchella Fernandes; GALHERA, Katiúscia. Relações Internacionais e Gênero. In: COLLING, Ana Maria; TEDESCHI, Losandro Antonio (Org.). **Dicionário crítico de gênero**. 2 ed. Dourados: Ed. Universidade Federal da Grande Dourados, 2019. p. 634-638.

MENDONÇA, Alba Valéria. G1. 'Ele ficava falando baixinho no meu ouvido', diz paciente de médico preso por estupro. 12 jul 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2022/07/12/depoimentos-do-caso-do-medico-presos-por-estupro-estao-previstos-para-esta-terca.ghtml>>. Acesso em: 18 abr 2023.

MULHER. "Menino veste azul e menina veste rosa": frase dita por ministra gera onda de reações. 2019. Disponível em: <<https://www.mulher.com.br/atualidades/noticias/menino-veste-azul-e-menina-veste-rosa-frase-dita-por-ministra-gera-onda-de-reacoes>>. Acesso em: 04 abr 2023.

Observatório da Saúde da Criança e do Adolescente. Escala de Apgar. 2020. Disponível em: <<https://www.medicina.ufmg.br/observaped/escala-de-apgar/>>. Acesso em: 10 abr 2023.

Nascer no Brasil. Inquérito nacional sobre parto e nascimento (2011 a 2012). Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil>. Acesso em: 16 abr 2023.

OLIVEIRA, Giovana. Colabora. 'Pratiquei muita violência obstétrica porque assim era ensinado'. 19 dez 2019. Disponível em: <<https://projetocolabora.com.br/ods3/pratiquei-muita-violencia-obstetrica-porque-assim-era-ensinado/>>. Acesso em: 16 abr 2023.

OMS. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. 14 set 2014. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>>. Acesso em: 15 abr 2023.

OMS. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018.

OMS. Mistreatment in childbirth, a human rights and healthcare problem, new study warns. 23 mar 2022a. Disponível em: <<https://news.un.org/en/story/2022/03/1114512>>. Acesso em: 15 abr 2023.

OMS. Learning from women's experiences during childbirth to improve quality of care. 23 mar 2022b. Disponível em: <<https://www.who.int/news/item/23-03-2022-learning-from-women-s-experiences-during-childbirth-to-improve-quality-of-care>>. Acesso em: 15 abr 2023.

PERROTTE V; CHAUDHARY A; GOODMAN A. "At Least Your Baby Is Healthy" Obstetric Violence or Disrespect and Abuse in Childbirth Occurrence Worldwide: A Literature Review. **Open Journal of Obstetrics and Gynecology**, vol. 10, n. 11. p. 1544-1562. 16 nov 2020. DOI: [10.4236/ojog.2020.10110139](https://doi.org/10.4236/ojog.2020.10110139).

PIRES, Lilian Esther Ribeiro. A proteção e amparo à mulher em casos de violência obstétrica: uma análise histórica e jurídica no âmbito internacional e interno. Conteúdo Jurídico, Brasília (DF): 18 ago 2020. Disponível em: <<https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/55069/a-proteo-e-amparo-mulher-em-casos-de-violncia-obsttrica-uma-anlise-historica-e-jurdica-no-mbito-internacional-e-interno>>. Acesso em: 16 abr 2023.

PISCITELLI, Adriana. Re-criando a (categoria) mulher? Campinas, 2001.

RODRIGUES, Rodrigo. G1. 'Olha aqui, toda arrebetada': influencer Shantal diz que foi vítima de violência obstétrica de médico durante parto em SP. 12 dez 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/12/12/olha-aqui->

[toda-arrebentada-influencer-shantal-diz-que-foi-vitima-de-violencia-obstetrica-de-medico-durante-parto-em-sp.ghtml](#)>. Acesso em: 18 abr 2023.

SANTOS et al. Laceração Perineal Grau III/IV em parto vaginal: Episiotomia seria uma violência obstétrica ou protetora do aparelho esfíncteriano anal? Trabalho apresentado no 69º Congresso Brasileiro e 27º Congresso Latinoamericano de Coloproctologia. São Paulo, 2021. Disponível em: <<https://sistemaparaevento.com.br/evento/coloproctologia2021/trabalhosaprovados/naintegra/16851>>. Acesso em: 15 abr 2023.

SANTOS, Marcos Leite dos. Humanização da assistência ao parto e nascimento. Um modelo teórico. Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Lourdes de Souza. Florianópolis, 2002.

SEGATO, Rita Laura. Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres. 1 ed. Puebla: Pez en el árbol, 2014. 120 p.

SESIA, Paola. Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. In: QUATTROCCHI, Patrizia; MAGNONE, Natalia (Org.). **Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias**. 1 ed. Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2020.

SOUZA, Alex SR; AMORIM, Melania MR; PORTO, Ana MF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. **FEMINA**, vol. 38, n. 9, p. 460-468. set 2010a.

SOUZA, Alex SR; AMORIM, Melania MR; PORTO, Ana MF. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **FEMINA**, vol. 38, n. 10, p. 506-468. set 2010b.

SOUZA JP et al. Cesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global

Survey on Maternal and Perinatal Health. **Bio Med Central Medicine** 8, 71. 2010. DOI: [10.1186/1741-7015-8-71](https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-71).

TERÁN, Pablo et al. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. **Rev Obstet Ginecol Venez** 73 (3). p. 171-180. 2013.

VIEIRA, Danilo; FREIRE, Felipe; LEITÃO, Leslie. G1. O que se sabe sobre o caso do anestesista preso por estupro de uma grávida durante o parto dela. 11 jul 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2022/07/11/o-que-se-sabe-sobre-o-caso-do-anestesista-preso-por-estupro-de-uma-gravida-durante-o-parto-dela.ghtml>>. Acesso em: 18 abr 2023.

VOGEL JP et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. **Lancet**, vol. 3, Issue 5. p. e260-270. mai 2015. DOI: [10.1016/ S2214-109X\(15\)70094-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70094-X).

WEBER, Cynthia. Gender: is gender a variable? (Fatal Attraction) In: **International Relations Theory**. Second edition. Oxon: Routledge, 2005. p. 81-101.

WOLFART, Graziela. A retomada do protagonismo feminino no parto. **IHU On-Line: Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, ano XII, n. 396. p.11-13. 02 jul 2012a.

WOLFART, Graziela. “Nós, mulheres, estamos desenhadas para engravidar e parir sem nenhuma dificuldade”. **IHU On-Line: Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, ano XII, n. 396. p.9-10. 02 jul 2012b.

WOLFF, Leila Regina; MOURA, Maria AV. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, 8 (2). p. 279-285. ago 2004.