

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais

Corina Teresa Costa Rosa Santos

**GRAVIDEZ E PARTO À LUZ DOS CONCEITOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E
DE GÊNERO: relatos das experiências de mulheres que pariram em Salvador/BA**

Belo Horizonte

2025

Corina Teresa Costa Rosa Santos

**GRAVIDEZ E PARTO À LUZ DOS CONCEITOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E
DE GÊNERO: relatos das experiências de mulheres que pariram em Salvador/BA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Ciências Sociais.

Área de concentração: Metrôpoles, Trabalho e Desigualdades.

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra Sampaio Chacham

Belo Horizonte

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

S237g Santos, Corina Teresa Costa Rosa
Gravidez e parto à luz dos conceitos de violência obstétrica e de gênero: relatos das experiências de mulheres que pariram em Salvador/BA / Corina Teresa Costa Rosa Santos. Belo Horizonte, 2025.
177 f. : il.

Orientadora: Alessandra Sampaio Chacham
Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais

1. Violência obstétrica. 2. Violência contra as mulheres. 3. Classes sociais. 4. Medicalização. 5. Feministas. 6. Mulheres - Entrevistas. 7. Análise de conteúdo (Comunicação). I. Chacham, Alessandra Sampaio. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 396

Corina Teresa Costa Rosa Santos

**GRAVIDEZ E PARTO À LUZ DOS CONCEITOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E
DE GÊNERO: relatos das experiências de mulheres que pariram em Salvador/BA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Ciências Sociais.

Área de concentração: Metrôpoles, Trabalho e Desigualdades.

Profa. Dra. Alessandra Chacham - PUC Minas (Orientadora)

Profa. Dra. Juliana Gonzaga Jayme - PUC Minas (Banca Examinadora)

Profa. Dra. Maria Carolina Tomás - PUC Minas (Banca Examinadora)

Profa. Dra. Laís Barbosa Patrocínio - UEMG (Banca Examinadora)

Profa. Dra. Teresa Cristina Ferreira de Oliveira - UCSAL (Banca Examinadora)

Profa. Dra. Sandra Valogueiro Alvez - UFPE (Suplente)

Belo Horizonte, 27 de fevereiro de 2025

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, que me guiou em todos os momentos desta jornada.

Aos meus afetos que já partiram deste plano, mas que foram e são partes cruciais da minha existência.

Aos meus filhos Matheus Rosas e Raíssa Cruz, pelo apoio e amor que recebi, sempre, em todas as dificuldades que enfrentamos para a realização do meu doutoramento.

À família Malheiros, especialmente à minha sobrinha querida, Fernanda, e seu marido Roberto, que me receberam em sua casa em Belo Horizonte com muito afeto. Ao Rafael, que foi tão acolhedor, auxiliando-me com dados oficiais para a pesquisa; à Georgiana, cuidando com afinco da minha saúde. Ao Wilson e à Solange; pelo carinho; à Raquel e ao Sidney, pela amizade.

À Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, que ofereceram outra perspectiva para enxergar o mundo e reverter tantas certezas.

Agradeço aos colegas de turma, funcionários e professores da PUC-MG. Gratidão a todos os professores do Programa, os quais me proporcionaram leituras que contribuíram para o desenvolvimento e a conclusão desta tese. Agradeço ao professor Luís Saporì, que expandiu minha mente até onde não mais sonhava em chegar; rodei o mundo com suas disciplinas.

À minha orientadora, Alessandra Sampaio Chacham, que me ajudou, acolheu, manteve escuta ativa, orientou, conduziu com incentivos e com sensibilidade, agradeço profundamente por tudo.

Às professoras que aceitaram participar da banca de qualificação e que contribuíram sobremaneira para o direcionamento desta tese.

Às minhas amigas (não nomearei uma por uma pelos ciúmes) de uma vida, que me ouviram, choraram e riram diante de tantas crises por que passei durante o processo.

Às mulheres que participaram da pesquisa como informantes, partilhando suas experiências em depoimentos que contribuíram definitivamente para a realização desta tese.

À Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), por permitir a minha qualificação.

Aos meus colegas professores do curso de Direito da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), por me ajudarem na liberação para fazer o doutorado.

Aos colegas que Departamento de Ciências Sociais Aplicadas (DCIS) da UEFS, pela liberação para buscar minha qualificação.

Ao Dr. Luiz Shipper, médico que cuidou de minha saúde, com zelo e acolhimento.

Por último, e não menos importante – ao contrário, a ela devo a possibilidade de viver sem dor, pois, com sua dedicação e competência, me conduziu aos melhores médicos –, à Michely Seixas, minha fisioterapeuta, muitíssimo obrigada!

RESUMO

Esta pesquisa buscou analisar as razões pelas quais mulheres e a sociedade não reconhecem como violência obstétrica – e, conseqüentemente, como violência de gênero – procedimentos realizados durante a gravidez e o parto, causando dor, danos físicos e psicológicos. O estudo exploratório e transversal, com abordagem qualitativa, foi dividido em três etapas. Na primeira, aplicou-se questionário semiestruturado a quarenta mulheres de Salvador (25 a 64 anos), de diferentes classes sociais e escolaridades, por escolha de participantes *snowball*, para identificar percepções sobre práticas obstétricas ao longo de décadas. Na segunda fase, após análise dos questionários, foram selecionadas 21 mulheres para as entrevistas por saturação de dados, destacando relatos convergentes. Por fim, na terceira etapa, realizaram-se duas rodas de conversa com participantes estratificadas por idade e classe social. Os resultados indicam que a violência obstétrica ocorre em todas as classes sociais e em instituições públicas e privadas, não obstante seja mais intensa em grupos economicamente vulneráveis, aproximando-se, em alguns casos, de métodos de tortura. A escolaridade mostrou-se determinante na percepção da violência: mulheres com ensino média e superior (quinze das 21 entrevistadas) reconheceram tais atos como abusivos, enquanto as de baixa escolaridade (seis) os naturalizaram, atribuindo legitimidade aos profissionais. Além disso, dezoito participantes associaram a violência obstétrica à violência de gênero, criticando a falta de reconhecimento legal específico pelo Estado, em contraste com avanços como a Lei Maria da Penha. Conclui-se que a invisibilidade dessas práticas está ligada a estruturas de poder médico e desigualdades sociais, reforçando a necessidade de políticas públicas que reconheçam a violência obstétrica como violação de direitos humanos e de gênero.

Palavras-chave: gênero; violência obstétrica; violência de gênero; classes sociais; medicalização; movimentos feministas.

ABSTRACT

This research aimed to analyze the reasons why women and society do not recognize as obstetric violence – and, consequently, as gender-based violence – procedures performed during pregnancy and childbirth that cause pain, physical harm, and psychological trauma. The exploratory, cross-sectional study, with a qualitative approach, was divided into three stages. In the first, a semi-structured questionnaire was administered to 40 women from Salvador (aged 25 to 64), from diverse social classes and educational backgrounds, using snowball sampling, to identify perceptions of obstetric practices over the decades. In the second phase, after analyzing the questionnaires, 21 interviews were selected through data saturation, emphasizing convergent narratives. Finally, the third stage involved two conversation circles with participants stratified by age and social class. The results indicate that obstetric violence occurs across all social classes and in both public and private institutions but is more severe among economically vulnerable groups, resembling, in some cases, methods of torture. Educational attainment proved critical in recognizing violence: women with higher education (15 out of 21 interviewees) identified such acts as abusive, while those with low educational attainment (6) normalized them, attributing legitimacy to healthcare providers. Additionally, 18 participants linked obstetric violence to gender-based violence, criticizing the lack of specific legal recognition by the state, contrasting with advancements such as the Maria da Penha Law (which addresses domestic violence). The study concludes that the invisibility of these practices is tied to medical power structures and social inequalities, underscoring the need for public policies that recognize obstetric violence as a violation of human and gender rights.

Keywords: gender; obstetric violence; gender violence; social classes; medicalization; feminist movements.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dados das informantes	32
Quadro 2 - Critérios combinados de violência obstétrica e de gênero	46
Quadro 3 – Análise das falas das rodas de conversa	146

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Método <i>Snowball</i>	28
--	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
CEJIL	Centro para a Justiça e o Direito Internacional
CF	Constituição Federal de 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFEMEA	Centro Feminista de Estudos e Assessoria
CIDH/OEA	Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos
CPD	Comissão de População e Desenvolvimento
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CJF	Conselho da Justiça Federal
CLADEM	Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher
CNCM	Conselho Nacional da Condição da Mulher
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COSEMS/BA	Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Mortalidade Materna
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
DAM	Desrespeito à Autonomia da Mulher
DAS	Desigualdade na Assistência à Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DDM	Desqualificação e Desvalorização da Mulher
HM	Hospital da Mulher
JEC	Juizado Especial Cível
JECRIM	Juizado Especial Criminal
ML	Movimento Libertário
MS	Ministério da Saúde do Brasil
NM	Normatização da Maternidade
NUWSS	National Union of Women's Suffrage Societies
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental

ONU	Organização das Nações Unidas
PAH	Programa de Acreditação Hospitalar
PCCQAH	Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PMGGES	Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
SESAB	Secretaria de Estado da Saúde da Bahia
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TABWIN	Tabulador de Dados de Uso Geral
TDOCF	Tratamento Desumanizante e Objetificação do Corpo Feminino
TRS	Teoria das Representações Sociais
VO	Violência Obstétrica
VG	Violência de Gênero
VS	Violências que Causam Danos Emocionais e Físicos que Afetam a Sexualidade da Mulher

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	CAPÍTULO 1: ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	24
2.1	Categorias para identificar os atos de violência obstétrica e violência de gênero nas falas das mulheres	45
3	CAPÍTULO 2: PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA E O DIREITO DE PERSONALIDADE RESGUARDAM O CIDADÃO CONTRA A VIOLÊNCIA	49
3.1	Princípios da Dignidade Humana	49
3.2	O Direito da Personalidade concede o direito ao ser humano do domínio de seu corpo, sua imagem, seu nome e sua intimidade	56
3.3	Disposições sobre o próprio corpo em vida no Código Civil de 2002	57
3.4	Direito à imagem e privacidade (intimidade)	58
3.5	Violências e seus significados	59
3.6	Violências contra a mulher	62
4	CAPÍTULO 3: HISTÓRIA DOS MOVIMENTOS DAS MULHERES NA LUTA POR DIREITOS IGUAIS E A QUESTÃO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO	66
4.1	Breve panorama da luta por direitos das mulheres na Europa, Estados Unidos e Brasil	66
4.2	Gênero como categoria de análise teórica para determinar a violência obstétrica	73
4.3	Sistema social (o patriarcado), feminismo e violência de gênero	82
4.4	A maternidade e suas consequências nas culturas ao longo da história	85
4.5	Maternidade como construção social	87
5	CAPÍTULO 4: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E MEDICALIZAÇÃO	89
5.1	Violência obstétrica	90
5.2	Leis e normas sobre o direito reprodutivo no mundo e no Brasil	94
5.3	Violência no parto, contra o corpo da mulher	98
5.4	Medicalização.....	100

6	CAPÍTULO 5: ANÁLISE DOS RELATOS COM BASE NAS EXPERIÊNCIAS DE MULHERES À LUZ DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DE GÊNERO	108
6.1	Categorias que identificam atos de violência obstétrica e violência de gênero	110
6.2	Desigualdade na Assistência à Saúde (DAS)	111
6.2.1	<i>Relatos de experiências de mulheres que sofreram racismo e violência obstétrica</i>	113
6.3	Desrespeito à Autonomia da Mulher (DAM)	116
6.4	Desqualificação e Desvalorização da Mulher (DDM)	121
6.4.1	<i>Relatos das experiências e confirmação do critério</i>	122
6.5	Tratamento Desumanizante e Objetificação do Corpo Feminino (TDOCF)	124
6.5.1	<i>A questão da medicalização</i>	124
6.5.2	<i>Biopoder e controle do corpo feminino</i>	125
6.5.3	<i>Conexão com a violência obstétrica</i>	125
6.5.3.1	<i>Contexto brasileiro</i>	126
6.6	Balizando a medicalização	127
6.7	Normatização da Maternidade (NM)	129
6.8	Violências que causam danos emocionais e físicos que afetam a sexualidade da mulher (VS)	132
6.8.1	<i>Dominação do corpo feminino e suas consequências</i>	133
6.8.2	<i>Relatos que corroboram os critérios escolhidos para as análises</i>	135
6.8.3	Os relatos	136
6.9	Resultado da análise das falas das informantes	146
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
	REFERÊNCIAS	157
	GLOSSÁRIO	167
	ANEXO A - CARTA DE UMA INFORMANTE	169
	ANEXO B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO	171
	ANEXO C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA SOBRE GRAVIDEZ E PARTO	173
	ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO E CONFIDENCIALIDADE DAS INFORMANTES	175

1 INTRODUÇÃO

O tema da presente tese é a violência obstétrica na perspectiva da violência de gênero, na gravidez e no parto. Seu objetivo é analisar as percepções das mulheres que pariram entre a década de 1980 até 2023, a fim de identificar se elas conhecem e compreendem os atos considerados de violência obstétrica no período de suas gravidezes e partos, e se tais ações acontecem por estarem sob a perspectiva, possivelmente, de violência de gênero.

A temática versa sobre os procedimentos empregados no acompanhamento de gravidez e na realização do parto no Brasil. Eles passaram a ser realizados predominantemente por médicos e são caracterizados com indícios de violência nos corpos das mulheres. Tais práticas, inseridas em um modelo tecnocrático de atenção ao parto, revelam sinais de violência obstétrica exercida sobre os corpos das mulheres, caracterizada pela medicalização excessiva, pela hierarquização das relações de poder e pela deslegitimação dos saberes femininos (Diniz, 2009).

Para o desenvolvimento do objetivo geral, que foi determinado como compreender e analisar as percepções das mulheres vítimas de violência obstétrica, o percurso investigativo foi delineado a partir dos seguintes objetivos específicos: a) reflexão sobre os conceitos constitucionais da dignidade da pessoa humana, direito à personalidade e o conceito de violência; b) apresentação dos movimentos por direitos igualitários das mulheres no mundo, demonstrando que em cada sociedade os processos ativistas aconteceram em momentos históricos diferentes; c) reflexão sobre o processo de medicalização no Brasil e as ações de violência obstétrica, conceito já reconhecido como tal pelo Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde.

Três hipóteses foram levantadas no processo da pesquisa e na elaboração da tese: a) a violência contra as mulheres no momento do parto, denominada como obstétrica, continua sendo praticada diariamente; por não ser associada e reconhecida como violência de gênero, nem pelas instituições médicas, e nem pelas instituições públicas, também não é reconhecida como crime contra a mulher; b) as técnicas dos profissionais de saúde, apesar de serem consideradas violentas para a realizações de partos (violência obstétrica) pelo Ministério da Saúde, continuam sendo realizadas, naturalizando a violência, como consequência da medicalização do parto, e a perpetuando; c) as percepções das mulheres indicarão que algumas delas reconhecem como violentos os atos cometidos na hora do parto, mas que não sabem que não são necessários; outras sabem que são violentos e que se trata de violência obstétrica, mas se sentem imobilizadas, incapazes de reivindicar outro tratamento, por não sentirem suas dores reconhecidas, como sempre na história da mulher nas sociedades ocidentais.

Vários fatores contribuíram para a transição dos partos domiciliares, assistidos por parteiras, para o domínio da ciência médica. Segundo Foucault (2005), um desses fatores foi a mortalidade materna e infantil durante o parto e o pós-parto. Embora as causas dessa mortalidade tenham sido transformadas ao longo do tempo, essa época estava principalmente relacionada à falta de higiene, às condições precárias do local e ao desconhecimento de técnicas que poderiam prevenir óbitos maternos.

Com essa mudança, o parto deixou de ser um evento privado, limitado ao ambiente doméstico, e passou a ser um procedimento hospitalar sob a responsabilidade de médicos. Esse processo, no qual a prática do parto foi progressivamente incorporada ao saber médico e às técnicas aprendidas nas escolas de medicina, é denominado pela ciência como medicalização.

De acordo com Zola (1972, p. 23), a medicalização é o processo pelo qual “a medicina passa a desempenhar um papel de controle social, posição que até então era desempenhada pela religião e pela lei”. Foucault (2006), na década de 1970, escreveu que o processo iniciado no final do século XVII, “a partir do nascimento da Medicina Moderna e da Higiene, surge [como] uma nova configuração de saberes e poderes, na qual o indivíduo e a sociedade passaram a sofrer, cada vez mais, a intervenção da medicina” (Zola, 1972, p. 33).

Para Illich (1975), a medicalização da vida retirou do paciente a capacidade de gerir sua própria saúde, uma vez que a medicina nos induz e convence que a nossa saúde e a vida só podem ser cuidadas e salvas por meio do conhecimento médico, exclusivamente.

Não é diferente o processo de intervenção direta no período de gravidez. A pressão coletiva, ou melhor, da sociedade, é imensa, no sentido em que as técnicas aplicadas no corpo feminino na realização do parto são para cuidar e salvar as vidas de mãe e filho. São os fatos a que a contemporaneidade nos submete enquanto humanos.

Ao longo do século XX, algumas técnicas foram sendo contestadas pela própria ciência, como cesáreas desnecessárias, corte do períneo, o ponto do “marido” e outras. Com a recorrência de relatos de mulheres que perderam a sensibilidade na região genital; a ocorrência frequente de sequelas graves nas crianças em função desses procedimentos; de maus-tratos psicológicos e físicos (como, por exemplo, ficarem 24 horas com fome e sede); de toques desnecessários etc. – tais fatos passaram a ser registrados e denunciados, resultando na construção do conceito de violência obstétrica. Atualmente, já existem algumas leis estaduais esparsas que reconhecem os procedimentos ali normatizados como crime.

A medicalização, a industrialização e o capitalismo são processos históricos que aconteceram no mesmo período da história (Harvey, 2013). Ao se interseccionarem, criaram vários ambientes nos quais surgiram vários tipos de embates, dentre os quais aquele entre as

práticas da cura de conhecimento leigo com a ciência médica. Em outro cenário, ao mesmo tempo, o embate social sobre a discussão dos direitos das mulheres e a cidadania, que passaram a ser temas centrais nas lutas do movimento feminista e pela igualdade de gênero. Portanto, embora naquela época o conceito de violência obstétrica nem fosse cogitado, a violência contra a mulher sempre esteve presente na sociedade. A luta daquele momento era sobre o direito mais básico na existência republicana: o direito ao voto, de ser cidadã.

A plena cidadania é gozar de todos os direitos já garantidos. Esta é a base para a igualdade de gênero: o direito de votar e participar da política são fundamentais para garantir o mais básico numa sociedade democrática e republicana (Marshall, 2021); para que as mulheres possam conseguir e garantir: salários iguais; o direito de controlar o próprio corpo e fazer escolhas sobre a saúde reprodutiva; a proteção contra a violência, incluindo a violência doméstica e a violência sexual, para a sua segurança; a educação e o empoderamento. Enfim, para exercerem seus direitos, viverem com independência, sem subordinação ao poder masculino.

Cidadania é o exercício dos direitos humanos, que se revela por meio dos direitos à liberdade; à igualdade; ao exercício do voto e ser votada; à saúde universal; à educação; à moradia; à segurança etc. Para alcançar a cidadania, a via principal é a participação política, pela qual as mulheres podem concretizar seus direitos (Sarti, 2004).

Representação política é fundamental para que as mulheres possam exercer seus direitos, ter acesso a recursos, incluindo a educação, a saúde e a empregabilidade; enfim, a todos os direitos elencados no Contrato Social maior de uma sociedade, ou seja, na Constituição Federal (CF) brasileira de 1988. A proteção contra a discriminação é fundamental para que a igualdade de gênero seja uma realidade.

Lerner (2019) destaca que foi no século XX que mulheres na Europa e nos Estados Unidos criaram movimentos para reivindicar direitos, identificando-se como mulheres que lutavam por igualdade em relação aos homens nas sociedades em que viviam. Esses movimentos abordavam questões como o direito ao voto, à remuneração igualitária, à liberdade sexual e à escolha individual de gênero – direitos que não eram formais ou legalmente reconhecidos para as mulheres e que, em algumas sociedades, estavam apenas começando a ser reivindicados, enquanto em outras sequer eram cogitados.

Os movimentos femininos surgiram para alcançar a igualdade de tratamento entre homens e mulheres nas sociedades, especialmente em áreas como o direito de escolha, o voto, a vida, a educação, a saúde e o trabalho. Essas questões estão inseridas na história da formação das sociedades, desde as comunidades tribais até a contemporaneidade, e são reconhecidas a

partir de duas vertentes principais: "da história do feminismo, ou seja, da ação do movimento feminista, e da produção teórica feminista nas áreas da História, Ciências Sociais, Crítica Literária e Psicanálise" (Pinto, 2010, p. 45).

As mulheres buscavam e continuam a buscar seus direitos, incluindo o exercício da maternidade com suporte psicológico, emocional e financeiro. A maternidade é um fator fundamental na forma como as sociedades se organizaram e convivem em relação ao gênero feminino, influenciando a maneira como a mulher foi historicamente tratada. Mesmo que em algumas fases da história as mulheres tenham ocupado lugares de prestígio, comparadas a deusas, rainhas e princesas, na maioria das primeiras formações sociais, eram escravas, servas e não tinham nenhum tipo de controle sobre suas vidas, seus corpos e seus filhos (Federici, 2017).

De acordo com Badinter (1985), o conceito de maternidade e seus processos se revelam de forma única em cada período histórico, refletindo as noções de certo e errado predominantes na sociedade de cada época. Contudo, independentemente do contexto temporal, a posição da mulher nesse cenário frequentemente era considerada uma preocupação secundária, principalmente a garantia de segurança e a oferta de condições mínimas de cuidado para a saúde da criança e da mãe.

Considerando que estamos debatendo e refletindo sobre a violência durante o parto – conhecida como violência obstétrica –, essa prática é descrita pela negligência de profissionais de saúde durante o atendimento, manifestada por meio de cortes desnecessários, administração de medicamentos para acelerar o processo, entre outras intervenções, sem considerar a vontade e o desejo das mulheres (Ministério da Saúde, 2000).

Ao mesmo tempo, ter-se-á como referência que a violência obstétrica pode ser considerada como uma espécie de violência de gênero. Bandeira (2014) entende que os estudos sobre mulheres e violência, na atualidade, são compreendidos como parte do estudo do gênero. Isso nos conduz a um cenário interdisciplinar, no qual a violência obstétrica não pode ser dissociada da violência de gênero.

Essa forma de violência, a obstétrica, é um caso específico e singular, pois o ato do nascimento ocorre nos corpos de mulheres e de pessoas trans. Ao considerar o corpo e o sujeito como uma unidade indissociável, torna-se claro que o processo do parto envolve dimensões tanto físicas quanto subjetivas. A experiência do nascimento não pode ser fragmentada, pois uma pessoa se encontra integralmente presente, vivenciando simultaneamente as transformações do corpo e as implicações sociais, culturais e de gênero.

Portanto, com base no conceito de violência obstétrica e sob a perspectiva da violência de gênero, buscar-se-á saber como sucederam as ações médicas nos processos de realização dos partos.

Os parâmetros para a nossa discussão sobre atendimento sem violência obstétrica no parto são as diretrizes estabelecidas do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde com a Portaria/GM n. 569, de 1º/06/2000, subsidiado por análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. Esse Programa tem como objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (Ministério da Saúde, 2000).

A humanização é analisada sob dois aspectos fundamentais: o primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido; o segundo se refere à redução de práticas intervencionistas desnecessárias. Portanto, o primeiro aspecto trata sobre a postura acolhedora e ética dos profissionais de saúde e das instituições para criarem um ambiente acolhedor, bem como institucionalizar rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo aspecto relaciona-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, acarretando com frequência maiores riscos para ambos (Ministério da Saúde, 2000).

De acordo com a Lei Federal n. 11.634/2007, toda gestante tem direito ao conhecimento e à vinculação à unidade de saúde onde serão realizados os seus pré-natais e a maternidade na qual será realizado seu parto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em Salvador (BA), também é assegurado esse direito às gestantes do município, pela Lei n. 7.851/2010 (Estado da Bahia, 2010).

No Brasil, a Rede Cegonha é um programa do SUS, concebido em 2011 pelo Ministério da Saúde, que sistematiza e institucionaliza uma estratégia que propõe a melhoria do atendimento a mulheres e crianças, disponibilizando atendimento pré-natal, garantia de realização de todos os exames necessários e vinculação da gestante a uma maternidade de referência para o parto (Ministério da Saúde, 2011). Esse Programa nasceu a partir das experiências de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde (Ministério da Saúde, 2011).

Na Bahia, a Rede Cegonha é realizada de maneira colaborativa e interfederativa, composta pelos seguintes órgãos: a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), o Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (Cosems) e o Ministério da Saúde. Atualmente, a Rede Cegonha passou a ser denominada como Rede de Acolhimento Materno Infantil (Rami) (Secretaria da Saúde da Bahia, 2022).

Para compreender as percepções das mulheres que fizeram parte da pesquisa, a base teórica e o fundamento do eixo central foram fixados nos conceitos de violência obstétrica e a perspectiva da violência de gênero. A análise dos dados obtidos na pesquisa foi realizada a partir da abordagem das representações sociais e da análise de conteúdo.

Para situar cientificamente o conceito de violência de gênero, buscou-se compreender o que significa, na atualidade, a percepção que as sociedades e os cientistas sociais revelam ter sobre gênero. O termo “gênero” foi usado, erroneamente, como substituto do termo “mulheres” no início dos estudos sobre as mulheres – os direitos iguais, o feminismo – para designar as relações sociais entre os sexos biológicos; hoje, indica-se que tais questões podem ser construções sociais, significando que a ideia dos sexos é social (Scott, 1995).

Com o avanço dos estudos sobre sexualidade, o termo gênero passou a ser usado como uma categoria social sobre um corpo sexuado, oferecendo formas, ou melhor, meios para melhor “distinguir” a prática sexual dos papéis atribuídos a mulheres e homens (Scott, 1995). Alguns teóricos consideram como um salto ao futuro para a sociedade as pessoas poderem declarar o gênero com que desejam ser reconhecidas no meio social, independente do gênero com que biologicamente nasceram (Scott, 1995).

Para Badinter (1985), a maternidade, sob a ótica da questão de gênero, ou seja, na dimensão e contexto social, pode acontecer independentemente do sexo, orientação sexual ou identidade de gênero. Como os casos de pessoas transmasculinas, que podem engravidar por terem útero, mesmo se identificando como o gênero masculino. Como ainda as travestis, os gays e pessoas intersexo podem exercer a maternidade. Porém, a regra, ou seja, na maioria, a dimensão corporal da reprodução ocorre exclusivamente no corpo das mulheres. As participantes desta pesquisa são exclusivamente mulheres cisgênero. Esse recorte não foi previamente determinado, mas resultou da técnica de seleção de participantes utilizada — bola de neve (snowball). O recrutamento das participantes teve início a partir dos contatos estabelecidos com mulheres que participaram de um projeto de extensão que coordenei na Universidade, outras de grupos de profissionais da minha área de conhecimento- o direito e, algumas de mulheres que prestei serviços voluntários. Assim, essas mulheres, por sua vez,

indicaram outras participantes com perfis semelhantes, o que resultou em uma rede de entrevistadas composta apenas por mulheres cisgênero.

A partir dessas considerações, as questões que emergiram foram estas: como esses atos que causam dor e sofrimento desnecessários, que são cometidos nos corpos das mulheres, não são considerados como uma violência passível de ser crime? Como os atos de violência se naturalizaram a ponto de a sociedade não considerar as mulheres como vítimas? Por que as mulheres não os reconhecem como violação? Por que o Estado, através do Ministério Público, não intervém para estancar essa prática?

A reflexão sobre esse tema surgiu entre 2016 e 2018, quando concebi e desenvolvi um projeto de extensão na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), onde sou docente. O objetivo era divulgar para as mulheres em situação de vulnerabilidade social e econômica quais atos, no acompanhamento da gravidez e no momento do parto, são considerados violência obstétrica pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil.

O projeto foi desenvolvido e realizado por meio de seminários e rodas de conversa, nos quais foram apresentadas as técnicas e drogas utilizadas corriqueiramente nos partos e consideradas violência obstétrica. A experiência foi reveladora nas comunidades em Feira de Santana (BA) onde apresentamos o projeto. A maioria desconhecia o termo, e os procedimentos que foram aplicados constituem violência obstétrica. Nos depoimentos gravados, as participantes relataram o que sofreram; quem fez, quando e como foi o processo do parto. Elas choravam ao lembrar, mas o que mais doía, segundo as depoentes, era saber que tais atos não eram obrigatórios para o parto ocorrer sem intercorrências.

O projeto só atendeu as mulheres de baixa renda, mas não foi aplicado nenhum outro recorte, como raça e idade, por se tratar de um projeto de extensão cujo objeto foi democratizar o conhecimento sobre a violência obstétrica, sem aprofundar sobre questões que poderiam revelar mais descaso e violência, como, por exemplo, o recorte racial. Ao mesmo tempo, os depoimentos ressaltavam que, em suas experiências de vida, a violência era uma constante, não tinham descanso: era em casa com o companheiro, com a violência doméstica; no trabalho, por descaso e a total invisibilidade; e agora, também, sofriam violência obstétrica, em um lugar que *a priori* estariam protegidas, cuidadas e em paz.

O atendimento obstétrico apresentado às mulheres no Brasil revela-se marcado por uma abordagem bastante asséptica e rígida, refletindo práticas herdadas de técnicas consolidadas no início do século passado. Esse modelo, centrado na padronização e na tecnicidade, desconsidera as dimensões emocionais e individuais do processo de parto, relegando o ser humano para um papel secundário em meio a protocolos inflexíveis. Consequentemente, comportamentos

naturais durante o trabalho de parto – como gritos, lágrimas e pedidos de anestesia – são frequentemente interpretados como inadequados e, por vezes, até reinterpretados. Tal acontecimento evidencia a negligência em consideração à complexidade do sofrimento e das dores vivenciadas pelas parturientes, evidenciando um distanciamento entre a técnica médica e a necessidade de um cuidado verdadeiramente humanizado (Belli, 2013).

Diante dessa realidade, torna-se urgente a reformulação dos paradigmas do atendimento obstétrico, a fim de integrar práticas que valorizem tanto a segurança técnica quanto o acolhimento e a individualidade de cada mulher. A promoção de um ambiente que respeite os desejos, anseios e expressões naturais durante o parto é fundamental para garantir um cuidado mais digno, eficaz e empático, reconectando a técnica médica à essência humana que, em última análise, deve nortear toda assistência à saúde (Chourabi, 2018).

De acordo com Souza (2006), consiste em violência toda prática que transforma a hora do parto numa relação de hierarquia bem definida e sem nenhuma hipótese de mudança, transformando a parturiente em uma coisa, submetida inteiramente aos profissionais de saúde, especialmente os médicos, que decidem quais procedimentos devem ser adotados, destituindo a mulher de qualquer autonomia sobre seu corpo.

A esse cenário, somam-se as questões sociais, que resultam na discriminação no tratamento das parturientes de classe social mais vulnerável, revelando, também, nesta seara, preconceitos tão arraigados na nossa sociedade, como a questão de gênero e sexualidade da mulher. Portanto, a violência contra a mulher é uma constante e permeia quase todas as atividades em que a mulher está inserida, seja no cotidiano ou em ocasiões especiais como o parto. Em que pese os avanços em todas as áreas da humanidade e estarmos na era dos direitos, para Santos (2016), a mortalidade e os sofrimentos das mulheres parecem só aumentar – e pior, dentro de certa “legitimidade e legalidade”, o que pode ser denominado como violência de gênero.

No Brasil, em parte das entidades de cuidados da saúde, sejam elas públicas ou privadas, as maternidades estão localizadas em um andar dentro dos hospitais. As maternidades foram deixando de existir como unidades independentes de saúde. Esse fato pode ter criado dificuldades nos atendimentos às mulheres. Atualmente, existe um movimento de estímulo ao ressurgimento dessas unidades hospitalares. Na Bahia, em Salvador, por exemplo, foi inaugurado em 2017, pela administração da época, um hospital público nomeado Hospital da Mulher (HM), dedicado somente ao atendimento das mulheres, com certificação do SUS. Porém, para a demanda regional, a instituição ainda não é suficiente para atender um estado com as dimensões geográficas da Bahia.

Esta tese está estruturada da seguinte forma: uma introdução, cinco capítulos e as considerações finais. Na introdução, é apresentada a pesquisa e sua fundamentação teórica, o que viabiliza a compreensão dos conceitos. Evidencia-se como a leitura e interpretação das falas das participantes se baseiam nos princípios metodológicos que sustentam a abordagem qualitativa aplicada na tese.

O primeiro capítulo esclarece sobre a natureza qualitativa e exploratória da pesquisa, destacando os referenciais teóricos que fundamentaram a análise dos depoimentos e das falas das mulheres participantes. Também são descritos, nesse capítulo, o percurso metodológico adotado e as estratégias utilizadas para a coleta de dados, como a realização das rodas de conversa, as entrevistas e a aplicação de questionários junto às mulheres envolvidas na pesquisa.

O segundo capítulo aborda o contexto jurídico e legal, destacando um dos pilares fundamentais do ordenamento constitucional brasileiro: o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. Também trata do Direito da Personalidade, que assegura ao indivíduo o pleno controle sobre sua intimidade, tornando sua violação inadmissível sem consentimento, independentemente das circunstâncias. Além disso, o capítulo apresenta o conceito de violência, explorando suas diversas formas e manifestações, com o objetivo de estabelecer o marco teórico para a seguinte premissa: independentemente do contexto em que ocorrem, tais atos são reconhecidos pela sociedade e pelo Estado como formas de violência.

O terceiro capítulo aborda os movimentos de mulheres que lutam pela efetivação dos direitos humanos universais nas sociedades ocidentais. Analisam-se as razões por que são impostas restrições ao exercício desses direitos, destacando fatores como costumes sociais, cultura e religião. Discutem-se, ainda, os elementos comuns que alimentam a desigualdade nas conquistas sociais entre os gêneros, a diferença de tratamento nas questões sociais e a forma como essas disparidades têm contribuído para a perpetuação da violência contra a mulher.

O quarto capítulo reflete sobre os conceitos de medicalização e violência obstétrica, entrelaçados profundamente. A maternidade, no contexto desta tese, é compreendida a partir do momento em que a mulher se torna responsável por acolher uma nova vida – ou seja, durante a gestação e o parto. Nesse processo, as estruturas institucionais de saúde impõem uma série de procedimentos técnicos que, embora legitimados por saberes médicos, já são amplamente questionados por configurarem uma forma específica de violência: a violência obstétrica. A medicalização, por sua vez, refere-se ao processo pelo qual a ciência médica se estabelece como o único caminho legítimo para a promoção da saúde, reservando à medicina – e exclusivamente aos profissionais reconhecidos pelo Estado – o direito de diagnosticar, tratar e intervir nos corpos.

O quinto capítulo constitui o núcleo central desta tese, dedicando-se à descrição e à análise das entrevistas, depoimentos e respostas aos questionários realizados com as mulheres participantes da pesquisa. São apresentadas transcrições das falas, bem como o registro escrito de suas experiências, evidenciando como elas interpretam os procedimentos médicos realizados durante o início de suas trajetórias maternas. A análise busca compreender se essas mulheres identificaram ter sofrido violência obstétrica e, em caso afirmativo, quais foram as repercussões desse processo em suas vidas e nas de seus filhos. Para aquelas que não reconheceram tais práticas como formas de violência, investigou-se como construíram esse entendimento. O capítulo também aponta para a persistência dessa forma de violência em diversos contextos em que sua continuidade está diretamente relacionada ao fato de as vítimas serem mulheres.

2 CAPÍTULO 1: ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Esta pesquisa tem abordagem metodológica qualitativa, uma vez que sua proposta é compreender e avaliar as percepções de grupos de pessoas sobre um tema que poderá invocar vivências, certezas e subjetividades. Para Minayo (2014), a pesquisa qualitativa não segue sequência tão rígida nas etapas: 1º) o pesquisador deve iniciar sua investigação apoiado numa fundamentação teórica geral, numa revisão aprofundada da literatura em torno do tópico em discussão; 2º) a maior parte do trabalho se realizará no processo de desenvolvimento do estudo. A necessidade da teoria surge em face das interrogativas que se apresentarão no decorrer do estudo; 3º) as variáveis deverão ser descritivas e seu número pode ser grande; 4º) com relação à população e amostra: serão escolhidas para que possam representar um número significativo que forneça respaldo ao objeto pesquisado.

Com base em Bardin (1977), o enfoque qualitativo poderá contar com uma liberdade teórico-metodológica para desenvolver seus trabalhos.

[...] Os limites de sua iniciativa particular estarão exclusivamente fixados pelas condições da exigência de um trabalho científico. Assim a pesquisa qualitativa permite traçar um roteiro único, da própria pesquisa, é necessário conhecer, ir a campo, mas como chegar lá? Como abordar as mulheres para que pudessem, realmente, relatarem suas experiências sobre momentos tão íntimos e privados? (Bardin, 1977, p. 56)

A fase para executar essa tarefa tão grande e importante, no meu ponto de vista, não foi a ideal: aconteceu durante a pandemia de Covid-19, entre 2020 e 2021. Para complicar (se assim posso dizer), o doutorado que escolhi foi numa área completamente diferente da minha formação – o Direito – e dos vários anos de exercício na profissão. Assistir às aulas de sociologia e antropologia *on-line*, por conta da obrigatoriedade do isolamento, não foi fácil. Tenho tendência a questionar tudo, talvez por vício da profissão. Além disso, aprender algo novo, sem levar em consideração tantos anos de conhecimento e prática; transformar a forma como se aborda os fatos na área de Direito para a Sociologia e Antropologia foi um exercício pessoal de flexibilidade, desapego ao controle, e principalmente treinar a mente com um olhar novo e inédito.

As aulas do doutorado, obrigatoriamente *on-line*, devido ao período pandêmico, foram iniciadas em abril de 2020, Eu estava matriculada em duas disciplinas, pois achei melhor começar assim. Era uma experiência nova e em áreas de conhecimento diferentes da minha

formação. Infelizmente, fui contaminada pela Covid-19, o que tornou impossível assistir às aulas. Por isso, tranquei o semestre.

Passei pela experiência de estar contaminada sem poder ser hospitalizada, sozinha em casa por causa do isolamento, enfrentando a falta de informações sobre o tratamento, que eram totalmente desconhecidas, cheias de certezas absurdas. Mesmo assim, consegui superar o pico da doença. Em meio àquele cenário, pensei: como a pandemia afetaria os partos? Com o isolamento? Hospitais cheios de pessoas lutando pela vida? Como seriam esses procedimentos? Ocorreria um aumento do índice de violência obstétrica?

Durante o processo de cursar as disciplinas, outros temas foram surgindo na tentativa de compreender a questão da violência obstétrica nas gravidezes e nos partos, como o fato de a violência de gênero ser um fator a ser considerado nesta equação, em que os elementos que a compõem são sempre violência mais violência.

Ao longo de 2020 e 2021 todas as atividades do doutorado foram *on-line*. Em 2022, quando as vacinas já tinham sido ministradas, e sem a necessidade do isolamento, eu ainda não havia completado o número de créditos e precisava cursar mais disciplinas. Solicitei ao Colegiado autorização para fazer tais disciplinas *on-line*, em razão de ter me submetido a uma operação de colocação de prótese no quadril direito em janeiro de 2022. Infelizmente, meu pedido foi negado.

Em abril de 2022, residindo em Belo Horizonte para completar os créditos exigidos no doutorado, já com um projeto em construção com as bases teóricas sólidas, realizei algumas entrevistas individuais com mulheres que frequentaram comigo sessões de fisioterapia no bairro Serra. Naquele momento, percebi que os relatos eram sobre experiências que convergiam para o objetivo da minha pesquisa, em vez de ouvir os depoimentos dos profissionais de saúde e realizar um estudo comparativo. Uma vez que a violência obstétrica é uma realidade conhecida por todos da área de saúde, a questão prioritária era: é necessário ouvir, dar voz a quem sofre violência; sair da seara de observador, das ações dos profissionais, e abrir, ou melhor, escancarar uma oportunidade para demonstrar as consequências desse tipo de violência.

A experiência em Belo Horizonte foi importante porque me deu fundamentos para saber como elaborar os questionários e a forma como as entrevistas deveriam ser conduzidas; onde e como poderiam ser realizadas.

De volta a Salvador, no início de 2023, comecei a buscar contatos com entidades de mães, associações, igrejas e hospitais. Percebi que seria difícil encontrar informações sobre mulheres que pariram no auge do período pandêmico e com Covid-19, fato que serviu de um grande alerta. Nas plataformas do SUS, como TABWIN, havia apenas registros dos partos

cesáreos e normais, sem que estivessem classificados como partos de mulheres com Covid-19. Este fator foi muito importante para a pesquisa: mulheres que pariram com Covid-19.

Mesmo com esse problema, redigi *e-mails* dirigidos aos setores de gestão dos hospitais, solicitando acesso a nomes e contatos de mulheres que pariram naquele período. Alguns responderam ser impossível atender ao meu pedido e disponibilizar os contatos por respeito à privacidade; outros porque não tinham como disponibilizar; e aqueles que nem responderam. Em paralelo, passei os meses de fevereiro e março de 2023 buscando novos contatos. Enviei *e-mails* para mais doze mulheres indicadas por algumas entidades contactadas, anexando o questionário e solicitando entrevistas. A maioria não respondeu: somente metade me respondeu, mesmo assim com o questionário respondido parcialmente.

Ao encontrar essas mulheres, a maioria não havia parido no período da Covid-19, mas se dispuseram a relatar suas experiências. Uma dessas mulheres entrevistada falou que tinha uma experiência na família, uma prima que tinha parido naquele período: “[...] ela estava tão feliz em estar viva. A experiência em si não ficou ‘gravada’. O medo de se contaminar com a Covid-19 foi um sentimento tão mais forte que tudo ficou menor, fato que influenciou de tal modo que não curtiu a experiência de ser mãe como deveria”. Certamente, um alerta importante sobre as dificuldades que eu encontraria para realizar a pesquisa.

Ao mesmo tempo, fui à busca dos dados oficiais sobre partos durante a pandemia de Covid-19. Eu tinha somente a parte quantitativa, no TABWIN, plataforma do SUS onde se registram os números e os tipos de partos, dados importantes, mas que, para efeito da pesquisa, pode-se considerar como dados complementares. Nos hospitais, ao buscar pelos canais oficiais os contatos das mães que pariram no período da Covid-19, as respostas foram sempre negativas sob a alegação de sigilo, privacidade etc. Diante disso, ficou claro que, para prosseguir com a pesquisa tendo como tema a Covid-19 e a violência obstétrica, eu teria que identificar casos ocorridos no período de pico da doença, fato que seria quase impossível, já que não sou da área de saúde, e, em alguns estados, até prisões estavam sendo realizadas pelo descumprimento do isolamento.

Diante dessa realidade, foi necessário redirecionar o tema. O objetivo sempre foi o relato de mulheres sobre suas experiências no período de gravidez e parto, como elas se sentiam, e se a violência praticada era pelo fato de serem mulheres. Assim, no final de março de 2023, comecei a identificar mulheres entre os grupos com que já tinha trabalhado: profissionais da advocacia, professoras universitárias, lideranças comunitárias e pessoas conhecidas. Foram muitos *e-mails*, mensagens através do WhatsApp, recados nas redes sociais, para marcar encontros. Esses contatos ainda cresceram por meio do *snowball*. Ao mesmo tempo, utilizei o

questionário na modalidade semiestruturado, elaborado com perguntas que permitissem às mulheres responderem com liberdade sobre suas experiências.

A socióloga e pesquisadora Maria Cecília de Souza Minayo (2014, p. 67), escrevendo sobre a pesquisa qualitativa, afirma que

A diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região “visível, ecológica, morfológica e concreta”, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.

A pesquisa qualitativa é um campo de estudo interdisciplinar que perpassa pelas experiências de saberes e dizeres, que não tem um paradigma próprio. É uma abordagem com referência sob diferentes formas epistemológicas e teóricas, com numerosos métodos e estratégias de pesquisa. Realizar reuniões em grupos, assim como encontros individuais para entrevistar os sujeitos da pesquisa, coletar dados para análise e descrição, são ações compreendidas como instrumentos a serem aplicados. Trata-se de um modelo de interação humana cujo propósito é obter descrições do mundo vivido da entrevistada, dentro do objetivo proposto pela pesquisa. A ideia é buscar um roteiro que terá como propósito ser orientador, e não em esquemas padronizados, limitadores das expressões das entrevistadas (Poupart, 2008).

Segundo Lakatos e Marconi (2003, p. 56), “A entrevista trata-se, pois, de uma conversação efetuada face a face, de maneira metódica; proporciona ao entrevistado, verbalmente, a informação necessária”. Foram enviados questionários semiestruturados e, a partir das respostas obtidas, elaborou-se o roteiro das futuras entrevistas. Foi criada a metodologia para a realização das rodas de conversa planejadas, com o propósito de estreitar as interações entre as participantes, necessárias para que os relatos fossem espontâneos. Nas respostas dos questionários, observou-se quem estava contendo as palavras, os sentimentos; outras enviaram páginas escritas, até sugerindo entrevista. Nesse momento, percebi que a pesquisa estava criando seu próprio caminho, muito interessante e encorajador.

Os encontros foram acontecendo, individualmente ou em grupos de cinco mulheres no máximo. Reapliquei o questionário e depois fiz as entrevistas com base nele. Nas duas rodas de conversa realizadas, a técnica abordada foi a de observação não participante. Lakatos e Marconi (2003) recomendam que essa técnica seja realizada da seguinte forma: presenciar o fato, mas não participar dele; não se deixar envolver pelas situações; fazer mais o papel de espectador. Isso, porém, não quer dizer que a observação não seja consciente, dirigida, ordenada para um fim determinado. O procedimento tem caráter sistemático.

Ao mesmo tempo foi realizada a análise de conteúdo, com foco na interpretação do sentido das palavras apoiado pela análise linguística, caso se faça necessário. Como é um conjunto de técnicas que se vale da comunicação, é necessário produzir inferências, o que significa embasar com pressupostos teóricos e com situações concretas de seus produtores (Bardin, 1977).

Os contatos com as informantes ocorreram por meio do WhatsApp de grupos de amigos, amigas entre si, de associações de mulheres e líderes comunitários, e pela técnica de *Snowball*. As notícias nos grupos de mulheres foram sendo enviadas por *e-mail* e outros meios de comunicação. Criou-se uma rede que permitiu o envio do questionário com o pedido para que o respondessem, e o convite para as futuras entrevistas. Os questionários, já com as respostas, foram chegando aos poucos no meu *e-mail* e no WhatsApp, como também as repostas positivas com aquelas que se dispuseram a encontrar para que fossem realizadas as entrevistas.

A coleta de informações foi organizada em três etapas: a primeira foi o envio do questionário; a segunda, nas entrevistas tanto na forma individual quanto coletiva; a terceira, por meio de rodas de conversa. Para a realização das rodas de conversa, as mulheres foram agrupadas de acordo com os seguintes critérios: a) por idade, a fim de agrupar mulheres de idades diferentes; abranger contextos de épocas em que se tornaram mães e proporcionar o retrato dos procedimentos médicos de cada época; b) local de residência, por classe social e econômica, tendo em vista conjugar com as representações sociais e interpretação dos atos de que foram vítimas; c) com plano de saúde particular e SUS, por espelharem se os procedimentos nas gravidezes têm os mesmos critérios na realização dos partos tanto nos hospitais privados quanto nos públicos; d) a proximidade.

Com base nesses critérios, as informantes foram organizadas em três grupos denominados Grupo das Tulipas, das Rosas e dos Lírios. Cada mulher escolheu uma cor para se inserir em cada grupo das flores, com o objetivo de preservar sua identidade, de acordo com a solicitação delas próprias.

Para chegar aos critérios estabelecidos, buscou-se atender aos objetivos específicos e à validação ou não das hipóteses. Portanto, ao tabular os dados do conjunto das informantes, os relatos gravados e transcritos, foi observado que as experiências, embora todas fossem traumatizantes, tinham algo diferente na abordagem dos profissionais nos momentos mais críticos – o grau de violência era muito mais incisivo quando as mulheres eram de classes sociais mais baixas.

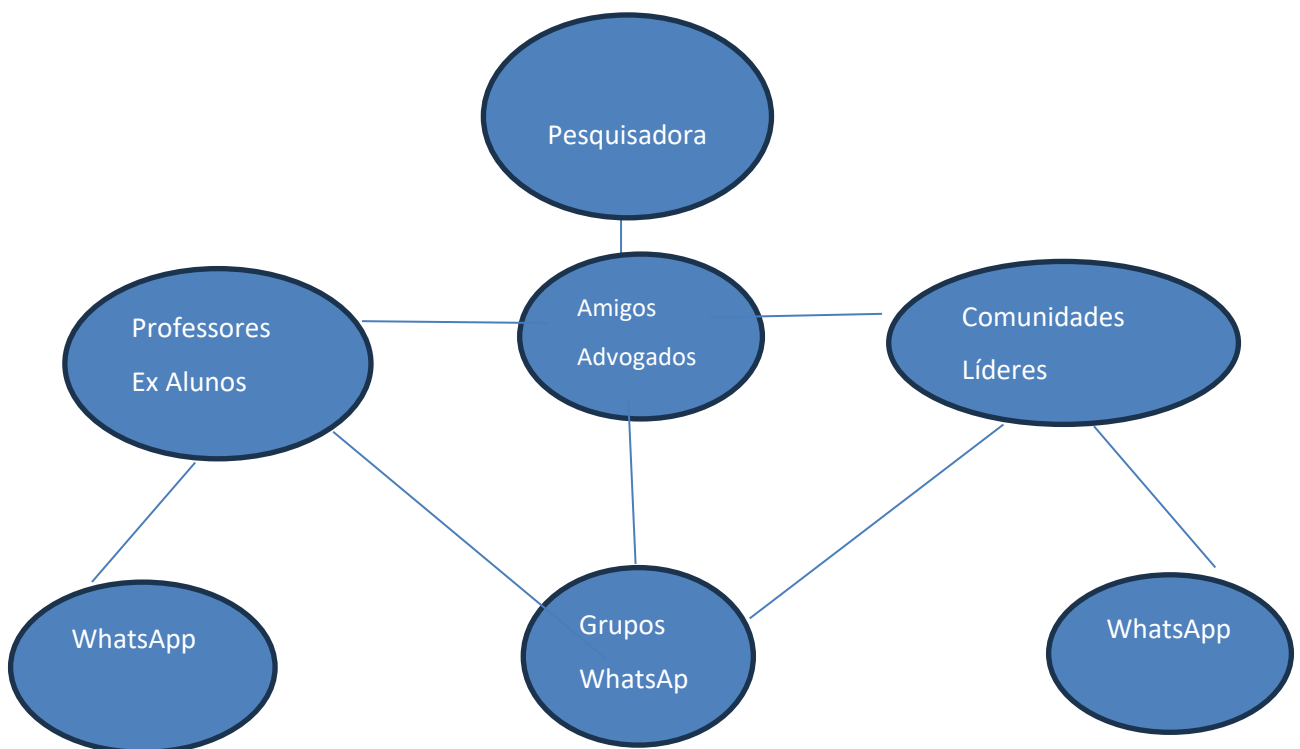
Os dados coletados foram obtidos por meio do método *Snowball*: foi realizada por meio de seleção de participantes com mulheres que pariram entre 1980 e 2023. Foram entrevistadas

quarenta mulheres, com distintos perfis socioeconômico e cultural, tanto quanto etário e em relação ao número de filhos. Algumas fizeram depoimentos sobre três partos; outras só um depoimento do parto do filho mais velho, mais novo ou do meio. Foi deliberado com as informantes que elas teriam plena liberdade de escolha para falarem de suas experiências. Elas não precisariam falar de todos os partos, no caso de mulheres com mais de um filho.

Registrou-se que durante o processo das entrevistas, muitas das experiências que as informantes relataram sobre os procedimentos e atitudes nos partos e gravidezes eram semelhantes, ocorrendo assim uma repetição que nos encaminhou, por saturação, a reduzir o número das informantes para 21 mulheres com suas respectivas entrevistas.

O mapeamento e contato com as mães das comunidades para iniciar o método *Snowball* (Vinuto, 2022) aconteceram, de grupos de mulheres que já conhecia por meio do projeto de extensão que coordenei na Universidade que eram associações de bairro, de líderes comunitárias e as unidades de saúde dos bairros. Quanto às mães residentes em bairros de classe média, foram com as redes sociais e grupos de amigos e de profissionais da minha área de atuação do WhatsApp, e aquelas que entrei em contato por meio de ações voluntárias que fizemos juntas e outras que prestei serviços também voluntários, construindo uma corrente razoável que permitiu encontrar mães dispostas a responderem tanto o questionário quanto a realizar a entrevista.

Figura 1 - Método Snowball



Fonte: Elaboração própria.

As entrevistas foram realizadas, gravadas e analisadas conforme a aplicação das fontes metodológicas bases desta pesquisa – o método das representações sociais e da análise de conteúdo. Essas fontes tiveram como base estruturante a observação, que, segundo Moscovici (2004), tem papel proeminente no estudo das representações sociais. A observação – estimulada pela teoria e armada de métodos analíticos e sutis – nos deu os meios de entender a gênese e a estrutura *in situ*, da análise das representações sociais, que estão descritas e analisadas no Capítulo 4.

Como orienta Souza Filho (2004), para a compreensão dos relatos a base foram as representações sociais, como a linguagem para descreverem a realidade que viveram, como se sentiram nos partos, como interpretavam os seus sentimentos nos procedimentos realizados durante os períodos das gravidezes, as dores e os possíveis traumas.

Foi preciso marcar algumas sessões para a realização das entrevistas, o que, vale salientar, não foi um caminho sem obstáculos: as entrevistadas marcaram e desmarcaram algumas vezes, mesmo com os questionários já respondidos. Mas eu tinha a convicção de que precisava das entrevistas, da interação. Sendo assim, algumas entrevistas foram realizadas em grupos de conversa; a maioria, nos centros comunitários dos bairros, em lugares que deixavam as entrevistas mais confortáveis. Foram momentos intensos. Os relatos eram sempre cheios de emoções que vão da felicidade à tristeza muito rapidamente, seja por conta do evento em si, ou depois do que aconteceu com as vidas das pessoas, pelas consequências de ter um filho ou do que restou das relações.

Foram formados três grupos de mulheres, sendo dois grupos com seis integrantes e um grupo com sete. Ao longo de 2023 e 2024 foram realizadas duas rodas de conversa para cada grupo, totalizando seis rodas. Essa atividade teve duração de tempo diferente: um grupo com mais de duas horas e dois grupos com o tempo maior, quatro horas.

Antes de começarem os relatos, foram feitas duas dinâmicas de grupo que serão explicadas no capítulo 4: a quebra gelo e a construção de histórias sobre os seguintes temas: gravidez, parto, maternidade e a dinâmica da maternidade. A intenção era esclarecer e criar oportunidade para todas se pronunciarem, bem como saber como compreendem tais assuntos. Foi importante porque cada mulher ficou à vontade para que pudesse se expressar. A partir das falas, naturalmente, foi se chegando ao ponto central: os procedimentos aos quais foram submetidas pelos profissionais de saúde em seus partos.

Nas entrevistas individuais, a dinâmica foi diferente: o *tête-à-tête* já precisa de outra forma de abordagem. Inicialmente, conversei com todas pelo aplicativo WhatsApp, explicando com mais detalhes os assuntos a serem abordados; as dúvidas e as incertezas sobre o tema gravidez e parto, e por consequência a maternidade.

Nas entrevistas, a forma de abordagem acompanhou o ritmo que as informantes permitiam, mesmo após as dinâmicas aplicadas com objetivo de “quebrar o gelo”: com algumas, começamos a conversar sobre política, amenidades, filhos etc.; com outras, a conversa foi direto ao assunto sobre a maternidade; para ainda outras, as dificuldades em conseguir um bom emprego na Bahia, com boa remuneração, e a violência na cidade, para depois trilhar no caminho do nosso interesse, a gravidez e o parto; outras mais preferiram entrar diretamente no assunto principal. Portanto, cada contexto foi peculiar, tentando ajustar os desejos a fim de realizar os relatos.

Na maioria das entrevistas, foi muito difícil para esta pesquisadora manter a distância obrigatória, para não induzir um resultado que não correspondesse à realidade que viveram. Os depoimentos foram impactantes, pois as informantes estavam descrevendo dores, alegrias e tristezas que sofreram e sentiram. Mas eu continuava ouvindo. Quando se desviavam do assunto e passavam muito tempo ali, falando, eu fazia com que retornassem ao tema. Duas entrevistadas preferiram escrever sobre suas experiências. Elas me confessaram que ainda não tinham condições de falar sobre os acontecimentos sem que chorassem, era melhor escrever. Foram depoimentos reveladores e com muito sofrimento. Infelizmente, somente uma autorizou colocar a carta como anexo.

Vale ressaltar que, para que não perdessem o fio condutor, procurei antes das entrevistas saber sobre as convicções de cada uma delas, em todas as áreas que se permitiram falar, com o propósito de poder entendê-las. As falas de cada uma foram transcritas; em seguida, as análises foram realizadas com base nas representações sociais, na análise de conteúdo, nos critérios escolhidos para a realização da pesquisa e nas experiências vivenciadas pelas mulheres. As dificuldades que encontrei foram me manter isenta; fazer uma leitura interpretativa, sem juízo de valor; aplicar de forma correta o que recomenda o método de representação social, como também de análise de conteúdo.

As técnicas de pesquisa foram sendo aplicadas conforme a dinâmica de cada grupo: como se organizavam; as propostas que apresentaram para que os relatos acontecessem no modo mais confortável para todas. Assim, diferenciava-se a forma como foram realizadas as entrevistas: em um grupo, com todas presentes no encontro; individualmente, mesmo após terem respondido os questionários anteriormente. No final do encontro, em um círculo, as

informantes relatavam os momentos mais difíceis que tinha sofrido nos partos e durante as gravidezes. Em outro grupo as perguntas foram sendo feitas para o coletivo, que relatavam cada uma na sua vez; no final, elas refletiam sobre as experiências e o que tinham em comum, o que haviam aprendido, as causas de serem vítimas de violência. Já em outro grupo, uma informante não participou diretamente, não pôde estar presente. Ela enviou uma carta relatando a sua experiência, autorizando a leitura para as outras mulheres presentes.

Os recursos metodológicos aplicados foram: rodas de conversa com dinâmicas de grupo; entrevistas; observação não participante; anotação do diário de pesquisa; gravação em vídeo e áudio.

Ao lado dos critérios escolhidos para a análise das experiências, outros dois critérios foram basilares para interseccionar com os demais já mencionados: atos cometidos pelos profissionais na gravidez e no parto considerados como violência obstétrica e a condição de ser mulher como normalizadora dos atos de violência. Os dados das informantes estão organizados em um quadro geral; em outra seção do texto, mais um quadro com as mulheres já identificadas pelos grupos segundo critérios de análise apontados, intercalados com reflexões sobre os relatos das experiências das mulheres, com base nos autores principais referenciados nesta pesquisa.

Para dar conhecimento dos perfis de cada uma das informantes, serão colocados dados como faixa econômica, nível de escolaridade, idade ao parir, estado civil, ocupação ou trabalho, local onde ocorreu o parto, tipo de moradia, entre outros que revelam a individualidade de cada informante que participou da pesquisa com seus relatos sobre a maternidade.

A sistematização do Quadro 1 trata dos dados das mulheres que participaram da pesquisa. O Quadro 2 apresenta a junção das categorias e os autores que embasaram a análise das respectivas categorias.

Quadro 1 - Dados das informantes

Grupo das Tulipas	Idade atual	Idade em que ocorreu o parto	Local do parto/ Hospital público ou privado	Formação	Ocupação/Trabalho	Plano de saúde	Pelo SUS	Renda familiar
Tulipa Vermelha	45 anos	25 anos	Privado	Universitária	Psicóloga	Sim	Não	Renda familiar considerada média
Tulipa Rosa	39 anos	38 anos	Privado	Universitária	Em casa	Sim	Não	Renda familiar considerada alta
Tulipa Branca	40 anos	34 anos	Privado	Universitária	Advogada	Sim	Não	Renda familiar considerada média
Tulipa Lilás	36 anos	25 e 36 anos	Privado	Universitária	Comunicadora	Sim	Não	Renda familiar considerada média

Tulipa Laranja	30 anos	29 anos	Parto domiciliar	Mestrado	Enfermeira	Sim	Não	Renda familiar considerada média
Tulipa Azul	34 anos	25 anos	Parto assistido em hospital particular	Mestrado	Jornalista	Sim	Não	Renda familiar considerada média
Grupo das Rosas	Idade atual	Idade em que ocorreu o parto	Local do parto/Hospital público ou privado ou domiciliar	Formação	Ocupação/Trabalho	Plano de saúde	Pelo SUS	Renda familiar
Rosa Branca	32 anos	22 e 29 anos	Hospital público	Segundo grau completo	Desempregada (na época da entrevista)	Não	Sim	Renda familiar considerada baixa
Rosa Vermelha	50 anos	20 e 42 anos	Hospital Público	Primeiro grau completo	Terceirizada do Estado da Bahia (setor de limpeza)	Não	Sim	Renda familiar considerada baixa
Rosa Rosa	32 anos	20 e 22 anos	Hospital Privado pelo SUS	Universitária	REDA do Estado da Bahia	Não	Sim	Renda familiar considerada baixa
Rosa Pêssego	34 anos	22 e 32 anos	Hospital público pelo SUS	Segundo grau completo	Call Center Empresa de telefonia	Não	Sim	Renda familiar considerada baixa

Rosa Negra	33 anos	25 e 32 anos	Hospital público pelo SUS	Segundo grau completo	Call Center Estado Terceirizada	Não	Sim	Renda familiar considerada baixa
Rosa Azul	31 anos	21 e 25 anos	Hospital público	Universitária	Concursada da Prefeitura de Salvador	Sim	Não	Renda familiar considerada baixa
Rosa Amarela	38 anos	18 e 35 anos	Hospital particular pelo SUS	Segundo grau completo	REDA do estado da Bahia	Não	Sim	Renda familiar considerada baixa
Grupo dos Lírios	Idade atual	Idade em que ocorreu o parto	Local do parto/Hospital público ou privado ou domiciliar	Formação	Ocupação/Trabalho	Plano de saúde	Pelo SUS	Renda familiar
Lírio Branco	63 anos	22 e 28 anos	Hospital /Maternidade Particular	Pós-graduada	Aposentada	Sim	Não	Renda familiar considerada média/alta
Lírio Rosa	64 anos	21, 28 e 32 anos	Hospital/ Maternidade Particular	Pós-graduada	Aposentada	Sim	Não	Renda familiar considerada alta

Lírio Lilás	63 anos	20 e 23 anos	Hospital /Maternidade	Pós-graduada	Aposentada do Estado da Bahia	Sim	Não	Renda familiar considerada média/alta
Lírio Laranja	65 anos	21 e 23 anos	Hospital/ Maternidade	Pós-graduada	Aposentada da União	Sim	Não	Renda familiar considerada média/alta
Lírio Azul	64 anos	25 e 35 anos	Hospital/Maternidade	Pós-graduada	Aposentada da União	Sim	Não	Renda familiar considerada média/alta
Lírio Verde	65 anos	22 e 23 anos	Hospital/ Maternidade	Pós-graduada	Aposentada do Estado da Bahia	Sim	Não	Renda familiar considerada média
Lírio Roxo	63 anos	30 e 36 anos	Hospital/ Maternidade	Pós-graduada	Aposentada do INSS	Sim	Não	Renda familiar considerada média
Lírio Róseo	65 anos	35 anos	Hospital /Maternidade	Pós-graduada	Empresária Atuante	Sim	Não	Renda familiar considerada alta

Fonte: Elaboração própria (2024).

Como pesquisadora, minha postura foi pautada pelo acolhimento e solidariedade. Durante as narrativas, algumas mulheres relataram outras formas de violência, como a doméstica. Nesses momentos, foi importante acalmá-las e, delicadamente, e deixá-las à vontade para retornarem ou não a roda, foi oferecida a oportunidade da escolha para as informantes. Vale anotar que algumas entrevistas foram realizadas mais de uma vez com mulheres que tiveram mais de um parto (Goldenberg, 2000).

A base metodológica científica para as interpretações das falas e comportamentos das mulheres entrevistadas são as representações sociais. Segundo Moscovici (2004), trata-se de um conjunto de conceitos, explicações e afirmações que se originam no cotidiano através de comunicações interindividuais. Elas contribuem para a formação das condutas e a orientação das comunicações sociais, possibilitando o processo de objetivação e ancoragem. Pode ser compreendida como a "teoria do senso comum", designando, numa perspectiva ampliada, uma forma de pensamento social. As representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (Jodelet, 2011).

A roda de conversa é um método de ressonância coletiva que promove o diálogo e o desenvolvimento da autonomia individual e do grupo. Através da criação de um espaço circular de fala e escuta, os participantes são convidados a: *se expressarem e compartilharem* suas ideias, experiências, sentimentos e perspectivas sobre determinado tema; *a escutarem e prestarem* atenção genuína ao que os outros têm a dizer, buscando compreender diferentes pontos de vista; *a refletirem e analisarem* suas próprias falas e as dos demais, buscando conexões e aprendizados; *problematizarem e questionarem* o *status quo* e explorarem diferentes ângulos de um problema; *compartilharem e trocarem* conhecimentos, informações e experiências relevantes para o tema em discussão (Freire, 1974).

Nesse espaço, o que se constrói são conversas, exigindo uma disposição genuína para o diálogo, de modo que todos se sintam confortáveis para compartilhar e ouvir. O que está aqui pode ser ressignificado, revisitado e compreendido de novas formas, tornando o momento significativo para o grupo e promovendo uma escuta atenta. As percepções individuais são moldadas pela interação, permitindo complementar, concordar ou discordar das falas, ampliando a compreensão do tema com profundidade, reflexão e ponderação (Sampaio et al., 2015).

As rodas de conversa permitiram que os debates aflorassem com os assuntos investigados na tese, ou seja, sobre as categorias e as especificidades levantadas sustentassem o diálogo essencial à tese, reafirmando as experiências que moldam os objetivos no contexto

da pesquisa. Esses espaços potencializam o pensamento, evidenciando a subjetividade dos participantes e promovendo a construção coletiva do entendimento e da interpretação pelo pesquisador (Moura; Lima, 2014).

Além de trazer à tona a subjetividade dos sujeitos, as rodas de conversa possibilitaram a discussão das identidades submersas nessa subjetividade, revelando as múltiplas camadas que refletem, significam e ressignificam as experiências vivenciadas pelos participantes. As percepções individuais se moldam através do diálogo com o outro, seja para complementar, questionar ou confirmar nossas ideias. As conversas em grupo aprofundam o entendimento, incentivam a reflexão e promovem a troca de informações (Silva, 2020).

A escolha das participantes da pesquisa foi mulheres que pariram entre 1980 e 2023, foi voltada inteiramente para a busca de confirmação ou não das hipóteses levantadas. Para tanto, era necessário que elas representassem um universo mais amplo quanto aos períodos em que se tornaram mães: não poderia ser em um ano ou dois, e sim em décadas diferentes, para que se revelasse, por meio dos seus relatos, se os procedimentos para o atendimento às mulheres no período da gravidez e parto mudaram. Melhoraram? Existiu violência obstétrica no passado? E atualmente, continuam os mesmos procedimentos? As experiências foram parecidas? Quais sentimentos e o reconhecimento deles pelas mulheres mudaram?

Com o intuito de resguardar a identidade e a privacidade das mulheres, elas foram separadas em três grupos, cada um com o nome de uma flor, e os informantes dentro de cada grupo foram identificados por cores da flor nomeada.

Ao todo, participaram quarenta mulheres que responderam ao questionário, com participação das entrevistas, rodas de conversa. Porém, ao fazer a leitura das entrevistas, verifiquei que havia experiências iguais, ou muito parecidas, sejam nos ambientes hospitalares públicos e privados. Assim, por saturação, reduzimos a seleção das mulheres para vinte e uma participantes.

A organização da disposição das informantes, nesta análise, obedeceu a três critérios gerais: a idade, classe social e escolaridade. Foram contactadas na forma *Snowball* por Goodman (1961); as peculiaridades da técnica ensejam que os contatos sejam próximos nos contextos sociais em que vivem, trabalham ou em outras atividades. Portanto, ao buscar os contatos para realizar as entrevistas individuais, elas foram reticentes, por não conhecerem a pesquisadora, para elucidar esta questão, inicialmente foi remetido o questionário, o qual foi respondido pela maioria das mulheres. Desta forma, ao agradecer as respostas, e explicar por e-mail o objeto da pesquisa, naturalmente foram se organizando entre elas, e os grupos foram sendo formados, pela idade e condição social e econômica. E foram elas que marcaram as datas

e os possíveis locais para a realização das rodas de conversa e da minha observação não participante (Moura; Lima, 2014).

Foram dois encontros com cada grupo. As datas eram escolhidas depois de muita negociação em função das agendas. Os locais foram escolhidos pelo consenso de ser um ponto de convergência para todas. As dinâmicas escolhidas para aplicar foram o quebra-gelo e a construção de histórias. O quebra-gelo tem o objetivo de facilitar a integração entre os participantes, como em cada grupo as mulheres se conheciam, foi realizada com o intuito de quebrar a tensão inicial, consistindo na apresentação de cada uma, descrevendo-se criativamente. A construção de histórias consiste em construir uma história coletiva: a primeira inicia a elaboração de uma narrativa, a segunda completa com uma parte a assim sucessivamente. O objetivo é conseguir criar algo em conjunto (Barreto, 2010).

A dinâmica construindo história - sobre partos e gravidez foi aplicada no final de cada reunião dos grupos. O objetivo da aplicação foi estabelecer os pontos em comum sobre a compreensão dos temas que são os objetos da pesquisa: violência obstétrica como violência gênero.

Em todos os momentos estavam sendo gravadas as falas. Elas não permitiram filmagem. Ao mesmo tempo, eu fazia anotações no diário registrando os acontecimentos, palavras, expressões e minhas impressões sobre as narrativas das experiências vivenciadas.

As falas gravadas nas rodas de conversa e conjuntamente com os questionários aplicados foram analisadas por meio dos seguintes procedimentos: inicialmente, realizei a transcrição integral das entrevistas, reproduzindo as impressões, o texto falado em escrito. Em seguida, procedi à leitura detalhada do material, identificando as unidades de análise – atos considerados de violência obstétrica e como violência de gênero. A partir dessa etapa, iniciou-se o processo interpretativo, com a leitura minuciosa de cada unidade. Em uma releitura cuidadosa, foram identificadas as unidades de significado relacionadas à compreensão do parto, codificadas de acordo com o sentido expresso nas falas. A partir do agrupamento dessas unidades de significado, formaram-se as unidades de sentido. Esse processo possibilitou a compreensão das narrativas das mulheres, interpretadas à luz da hermenêutica de Ricoeur (1999) e dialogando com autores como Bardin (1977), Bourdieu (2011), Durkheim (1970), Moscovici (2012), Foucault (2001, 2005, 2006, 2008), Belli (2013), Scott (1995), Federici (2017, 2019).

As reflexões partiram da análise de conteúdo para cada fala, atitude, modo de agir ou comportamento durante as entrevistas e as rodas de conversa, que foram captadas por vários modos: presencialmente, com anotações realizadas em cada situação e vídeos/fotos (que depois

foram apagados). A análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa qualitativa utilizada para interpretar e sistematizar informações extraídas de diversos materiais, como textos, entrevistas, discursos, documentos e mídias. Seu principal objetivo é identificar padrões, categorias e significados que emergem dos dados, possibilitando uma compreensão mais profunda das características estudadas (Bardin, 1977).

Os tipos de análise de conteúdo aplicados nesta pesquisa foram:

- a) Temática: permite identificar e categorizar temas recorrentes nas falas das participantes, documentos ou materiais analisados. Exemplo: categorias como "dor e sofrimento", "desumanização do parto", "impacto na autoimagem e autoestima", "medo de novas gestações", "alterações no desejo sexual".
- b) Categorical: permite a criação de categorias previamente definidas ou emergentes a partir dos dados. Exemplo: separação dos relatos em categorias como "violência verbal", "violência física", "desrespeito à autonomia", "consequências emocionais", "consequências físicas".

Também foram observadas estas etapas: pré-análise: seleção do material; exploração do material: codificação e categorização dos dados; tratamento e interpretação: análise e inferências sobre os resultados (Bardin, 1977).

Para a interpretação dos relatos e as influências que meios sociais e econômicos proporcionam na compreensão dos acontecimentos durante as experiências de gravidezes e partos, foram concebidas categorias que comprovam ou não as práticas desse tipo de violência – a obstétrica. Como também, categorias sobre as práticas dos partos constituírem violência de gênero, típicas em mulheres, por serem mulheres. As categorias são apresentadas numa matriz combinadas com as referências teóricas que fazem a base do estado de arte desta tese.

Para a realização das rodas de conversa as informantes foram divididas e dispostas em grupos distintos, de acordo com classe social, proximidade e escolaridade. Cada grupo recebeu nomes de flores: *Lírios, Rosas e Tulipas*. Em cada grupo, as mulheres foram identificadas *por cor*, por exemplo: Lírio Branco; Lírio Rosa; no grupo de Rosas: Rosa Branca, Rosa Vermelha; assim também no das Tulipas.

Para realizar a análise das entrevistas, no modo qualitativo, foram consideradas e aplicadas as teorias de Pierre Bourdieu (2007), Michel Foucault (1989), Laura F. Belli (2013), Ivan Illich (1975) e Karl Marx (1978) para compreender como as categorias sociais de raça, gênero, escolaridade e classe socioeconômica influenciam na compreensão sobre seus corpos; o papel que exercem; o que desejam ao serem mães; se em algum dos aspectos de suas vidas

passaram por violência; o que entendem sobre o conceito de violência; se nos seus partos e período das gravidezes reconheceram algum tipo de violência.

Para tanto, foi utilizada a técnica qualitativa de Análise de Conteúdo (AC), em conjunto com a Teoria das Representações Sociais (TRS). Como já citado acima, a condição e o objetivo da pesquisa justificam a escolha de AC porque envolve a organização e interpretação do conteúdo textual com o objetivo de extrair significados e compreender a realidade social subjacente.

A análise de entrevistas fundamentadas na TRS, segundo Moscovici (2009), visa compreender como determinados grupos são construídos e reúnem significados sobre características sociais. Essa abordagem qualitativa permite identificar elementos estruturais e sonoros das representações sociais, oferecendo subsídios para uma análise profunda das narrativas dos participantes. Para tanto, é essencial estabelecer categorias que norteiem como: núcleo central de representações; elementos periféricos; ancoragem; objetivação; dimensões afetivas, cognitivas e práticas; contextos de produção; relações de consenso e dissonância e simbologias e linguagem.

A AC busca identificar temas, padrões e tendências nas falas das entrevistas das mulheres. Contribuindo para a compreensão de suas experiências e perspectivas, destacam-se os tipos; a análise de conteúdo temática e a análise de conteúdo categorial.

Para isso, foram utilizadas técnicas específicas, como a seleção e delimitação do *corpus* de análise; estratégias de coleta de dados; processo de transcrição e codificação, para garantir a precisão e confiabilidade dos resultados, fundamentais para a compreensão das percepções e experiências das entrevistadas. A etapa de seleção e delimitação do *corpus* de análise envolve a definição dos materiais que serão analisados; neste caso, as falas das entrevistas das mulheres (Bardin, 1977).

Nesse processo, foram estabelecidos critérios claros para a escolha das entrevistas a serem incluídas, levando em consideração a relevância e representatividade das falas. Além disso, a delimitação do corpus permitirá uma análise mais aprofundada e específica. O processo de transcrição e codificação das falas das entrevistas das mulheres foi essencial para a organização e sistematização dos dados. Durante a transcrição, as falas foram registradas de forma fiel e detalhada, enquanto a codificação permitiu a categorização e identificação de temas relevantes.

Ambos os processos foram realizados de forma cuidadosa e minuciosa, garantindo a fidedignidade e consistência das análises realizadas. Foi adotada a codificação aberta para a

categorização inicial dos dados, enquanto a codificação axial possibilitou a identificação de conexões e relações entre as categorias.

Por fim, a codificação seletiva permitirá a focalização e o refinamento das categorias mais relevantes e significativas, fornecendo uma compreensão aprofundada das falas das entrevistadas. A categorização foi uma etapa crítica no processo de análise das falas das entrevistadas das mulheres porque envolve agrupar as falas em categorias significativas e representativas, facilitando a organização e a interpretação dos dados.

Já a tematização permitiu a identificação e o desenvolvimento de temas recorrentes e distintos nas falas, auxiliando na compreensão dos principais tópicos e questões abordadas pelas mulheres nas entrevistas. Ambas as técnicas contribuíram para uma análise abrangente e aprofundada das falas das entrevistadas.

A TRS pode ser compreendida como a "teoria do senso comum", designando, numa perspectiva ampliada, uma forma de pensamento social. É um referencial possível para investigações psicossociais que ajuda nas pesquisas na área de saúde a oferecer códigos para os problemas enfrentados por profissionais e seus usuários, ou especialmente por enfatizar a necessidade de contextualizar os fenômenos sobre os quais se debruça. Dessa forma, o conhecimento estudado via representações sociais é sempre uma maneira comprometida e/ou negociada de interpretar a realidade. As representações sociais permitem explicitar a visão das complexas relações entre o biológico e o social, pois, ao expormos as visões de saúde/doença, está se falando, efetivamente, da sociedade e da relação com a realidade social (Moscovici, 2004).

Para Jodelet (2011), a representação social deve ser estudada articulando elementos afetivos, mentais e sociais, e integrando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, as relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal (das ideias) sobre a qual elas vão intervir. Ela sugere que, para abarcar o conjunto de componentes e relações contidos na representação social, vista como saber prático, é preciso responder a três perguntas fundamentais: quem sabe, e a partir de onde sabe? O que e como se sabe? Sobre o que se sabe, e com que efeito?

Essas três perguntas revelam três planos que Jodelet (2011) sistematizou como: 1) as condições de produção e de circulação das representações sociais; 2) os processos e estados das representações sociais; e 3) o estatuto epistemológico delas. Este último tem a ver com a relação da representação e o real.

Para Bourdieu (2001), as representações sociais são influenciadas pelos valores, crenças, ideias e ideologias que existem em uma sociedade. Essas influências se fazem

presentes nas ações, nas religiões, na linguagem que usamos para nos comunicar e no senso comum das relações sociais – é o *habitus* de cada um. É no campo que acontecem todas as ações em que ocorrem as atividades humanas e nos quais ocorrem as lutas pelo poder simbólico.

Quanto à análise de conteúdo, que é uma técnica de análise das comunicações, por ser um modo de se comunicar, relaciona-se com as formas como as falas foram verbalizadas, às quais a pesquisadora se ateve para analisar o conteúdo das expressões. Na leitura do material, busquei classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos. Para tanto, segui este roteiro: exploração prévia do material; leituras flutuantes – o primeiro contato com os documentos da coleta de dados; constituição de um *corpus* – a coleção completa de todas as informações sobre o tema; formulação de hipóteses de conteúdo; explicações e argumentos (Minayo, 2014).

A análise de conteúdo propõe à apreensão de uma realidade visível, mas também uma realidade invisível, que pode se manifestar apenas nas “entrelinhas” do texto, com vários significados. Para isso, o questionário da pesquisa foi do tipo semiestruturado, com perguntas abertas seguindo um roteiro. As entrevistas foram concebidas para considerar o saber que penetra tangencialmente ou lateralmente, o saber concomitante e atemático e ainda o pré-saber não singularmente determinado (Bardin, 1977).

Nesta pesquisa, as representações sociais foram entendidas e aplicadas como os valores sociais e morais em nível micro – a família – e em nível macro, que é o meio social em que a pessoas mais interagem e reagem, enquanto ser mutante em movimento. Exemplificando: para aquelas mulheres que vêm de meio socioeconômico menos abastado, ou seja, os direitos básicos de cidadania não chegam, efetivamente, a elas, a forma de interpretar e sentir um atendimento é muito diferente daquelas que têm, por conta da condição social, acesso a mais direitos que envolvem a cidadania. Pode-se afirmar que a energia e a autoestima são para aquelas com menor poder aquisitivo e social, quase nenhuma, inexistentes para reivindicarem seus direitos; portanto, são tão opostas que o fato em si se evidencia nas primeiras falas sobre o assunto (Bourdieu, 2001).

A seleção das participantes da pesquisa foi escolhida com a preocupação de garantir variedade de experiências em relação aos anos, com mulheres que pariram na década de 1980, e segue até 2023. Portanto, congrega mulheres com idades diferentes, contextos sociais com comportamentos sociais que a moral da época imprimia, e por conseguinte com visões e desejos diversos, tanto sob o ponto de vista das relações sociais, como o acadêmico e científico.

Tal cuidado foi observado e realizado para garantir fidelidade no propósito da pesquisa, qual seja: algumas técnicas médicas aplicadas às mulheres nos partos continuam sendo

realizados de forma igual ao longo de quarenta anos, sendo que algumas já foram identificadas como desnecessárias do ponto de vista da própria ciência. Técnicas que imprimem dor e sofrimentos, além das dores próprias do processo natural do parto, perduram sem nenhuma alteração, apesar dos Programas dos Governos – Humanização do Parto, por exemplo.

Por ter como base as Representações Sociais na interpretação das falas das mulheres desta pesquisa, buscou-se seguir uma linha de raciocínio para compreender as falas levando em consideração; o conjunto de opiniões, crenças, atitudes e informações organizado em torno de um tema, fatos, vivências de um significado central. São as expressões de permanências culturais e de diversidades, construídas a partir de interações sociais. É o “saber prático” que atribui sentido ao mundo (Moscovici, 2012).

As percepções e convicções pessoais são construídas conjuntamente com as vivências, fatos, comportamento das relações sociais. Para compreender o meio social, deve-se buscar essas representações sociais. É uma simbiose (Moscovici, 2012). Assim, sua funcionalidade na vida cotidiana decorre do fato de possuir homologações com o que é socialmente desejável ou esperado.

No entanto, é fundamental considerar que essa conformidade ocorre porque as cognições, os desejos e a consciência individual, que se transformam em discursos pessoais, são influenciados por vínculos sociais relevantes. Isso significa que, ao refletir ou se expressar sobre um determinado objeto, as pessoas tendem a ajustar suas percepções e falar em resposta às reações dos outros com quem se mantém alguma relação social (Jodelet, 2012).

A noção de Representação Social está intrinsecamente ligada à interação entre o psicológico e o social. Em essência, refere-se à maneira como os indivíduos assimilam e interpretam os eventos e as informações fornecidas pelo ambiente físico e social do cotidiano, baseando-se no conhecimento espontâneo do senso comum e do saber popular/pré-teórico (Jodelet, 2012).

Em função disso, ao realizar as entrevistas individualmente, percebi que, de forma natural, as mulheres com quem entrei em contato eram pessoas que se conheciam, formavam grupos de WhatsApp, configurando um cenário que levava a encontros grupais em rodas de conversa, permitindo o enfrentamento da análise com mais profundidade, refletido nas considerações do conceito das representações sociais – as vivências, desejos, sentimentos pessoais em profunda simbiose com as interações e experiências sociais de ontem e hoje entre elas.

Com relação às entrevistas, em que pese as falas serem repletas de fatos vivenciados com intensidade, por cada uma, em certo momento da pesquisa, percebi que era necessário

observar e ouvir aquelas experiências no coletivo, juntas conversando, falando, criando uma dinâmica que revelasse o tempo de convivência delas, nos períodos da vida, antes, durante e depois de serem mães.

Essa decisão se revelou correta porque a riqueza e profusão de experiências com sentimentos parecidos e ao mesmo tempo tão diversos completaram as técnicas que foram base desta pesquisa: as entrevistas, questionários semiestruturados, rodas de conversa, observação participante e não participante e, finalmente, a análise de conteúdo.

A escolha de rodas de conversa para que as mulheres se encontrassem foi feita quando se percebeu que somente as entrevistas e os questionários não proporcionariam um contexto em que as experiências se entrelaçassem em intersecções e pudessem validar as categorias que foram escolhidas para as análises de conteúdo das falas – a temática e categorias.

O fundamento desta pesquisa são os relatos verbais, a verbalidade das experiências. Ao conjugar as experiências com as trocas e o acolhimento das informantes entre si, de forma coletiva, permitiu-se que as experiências fossem materializadas e compreendido que o que aconteceu com todas não foi exclusividade de cada uma (Zanardo et al., 2017).

2.1 Categorias para identificar os atos de violência obstétrica e violência de gênero nas falas das mulheres

Diante da complexidade para a realização da análise das falas, foram sendo construídas categorias que identificassem nos depoimentos atos de violência obstétrica (VO) e de violência de gênero (VG).

Para violência obstétrica, as categorias estabelecidas foram: aplicação de ocitocina para acelerar o parto sem sofrimento da mãe e da criança; manobra Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero); xingamentos, impedir de beber água, toques desnecessários; impedir acompanhante, como o companheiro, marido ou namorado etc.; episiotomia (corte na região do períneo); imposição pelo parto cesárea; aminiotomia (ruptura da membrana que envolve o feto); a posição de litotomia (deitada com a face para cima e joelhos flexionados); falta de informação durante o processo do parto.

Para violência de gênero, foram definidas estas categorias: qualquer conduta que cause danos emocionais e inferiorização da pessoa (como ameaças e humilhações) e que interfiram no seu emocional; qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher (empurrões, xingamentos, empurrar barriga sem necessidade); qualquer conduta que constranja a mulher no seu corpo, como toques na vagina; cometer injúria contra a mulher, o que se

configura como ofensa contra a honra da mulher por ser mulher (Lei n. 11.340/2006 - Maria da Penha).

A Lei n. 11.340 de 2006, nomeada como Maria da Penha, em seu artigo 7, incisos I, II, III, IV e V, normatiza os tipos de violência de gênero considerados como crimes, portanto passíveis de serem punidos. Não é só a agressão física. A contribuição que essa lei deu foi exatamente determinar o que o Estado considera violência de gênero, ou seja, os atos cometidos contra mulheres que causem dor e sofrimento. Portanto, essa lei que embasa os critérios escolhidos para revelar violência de gênero nos procedimentos e técnicas nos partos e acompanhamento de gravidez.

Embora a Lei Maria da Penha não se aplique diretamente à violência obstétrica, os princípios que ela criou servem como base para a identificação e categorização de práticas abusivas durante o cuidado com gestantes, parturientes e puérperas. Os critérios que identificam atos de violência de gênero em procedimentos obstétricos, como tratamentos desrespeitosos, negligência, intervenções desnecessárias e desconsideração pelo consentimento informado, podem ser associados ao entendimento mais amplo de violência.

Para analisar os relatos das mulheres/informantes com os autores que sustentam teoricamente os argumentos propostos desta pesquisa, construímos um grupo para análise a partir da combinação dos critérios escolhidos para reconhecimento dos atos sofridos pelas mulheres como violência obstétrica *versus* violência de gênero:

Desigualdade na Assistência à Saúde (DAS) - mulheres em situação de vulnerabilidade social, étnica ou racial são mais suscetíveis a sofrerem violência obstétrica, evidenciando as desigualdades de gênero, racial e classe social dentro dos serviços de saúde;

Desrespeito à Autonomia da Mulher (DAM) - o tratamento que desconsidera a vontade da mulher, impondo intervenções médicas sem o consentimento ou de forma autoritária. A mulher é tratada como um corpo a ser manipulado sem ser ouvida ou consultada sobre as suas preferências;

Desqualificação e Desvalorização da Mulher (DDM) - atitudes desrespeitosas e humilhantes, como desmerecimento da dor e da experiência da mulher durante o parto, tratamento agressivo ou até xingamentos. Isso reflete uma perspectiva sexista que minimiza a experiência feminina;

Tratamento Desumanizante e Objetificação do Corpo Feminino (TDOCF) - o corpo da mulher é visto como um objeto de intervenção, e não como sujeito de direitos. Intervenções como episiotomia desnecessária, toque vaginal de vários profissionais sem o consentimento das

mulheres, realização de cesarianas sem indicação médica, indicam que os corpos são tratados sem respeito e dignidade;

Normatização da Maternidade (NM) - a pressão social para que as mulheres sigam determinados padrões de comportamento durante o parto e métodos dolorosos sem necessidade apontam para uma forma de controle e imposição de padrões de gênero. Tais ações reforçam a ideia de que a mulher deve se comportar de uma maneira específica durante a maternidade, sem considerar suas necessidades ou desejos;

Violências que causam danos emocionais e físicos que afetam a sexualidade da mulher (VS) - falas ditas durante o parto relacionadas à anatomia da vagina da mulher, dos seios, do físico, mais o corte do períneo que dilacera os nervos que promovem o prazer da penetração causa danos, às vezes, irreparáveis à sexualidade da mulher.

O Quadro 2 apresenta a categorização sistematizada e a combinação entre as categorias violência obstétrica e violência de gênero.

Quadro 2 - Critérios combinados de violência obstétrica e de gênero

Critérios combinados de violência obstétrica e de gênero	Conceitos dos critérios	Conceitos	Autores
Desigualdade na Assistência à Saúde (DAS)	Mulheres em situação de vulnerabilidade social, étnica ou racial são mais suscetíveis a sofrerem violência obstétrica, evidenciando a violência de gênero e as desigualdades raciais e de classe social dentro dos serviços de saúde.	Desigualdade, classe social	Marx, Foucault
Desrespeito à Autonomia da Mulher (DAM)	O tratamento que desconsidera a vontade da mulher, impondo intervenções médicas sem o consentimento ou de forma autoritária. A mulher é tratada como um corpo a ser manipulado, sem ser ouvida ou consultada sobre suas preferências.	<i>Habitus</i> , dominação masculina, objetivação do corpo	Bourdieu, Foucault, Rohden, Federici
Desqualificação e Desvalorização da Mulher (DDM)	Atitudes desrespeitosas e humilhantes, como desmerecimento da dor e da experiência da mulher durante o parto, tratamento agressivo ou até	Medicalização, violência, dominação masculina	Bourdieu, Illich, Chacham, Lerner, Butler,

	xingamentos. Isso reflete uma perspectiva sexista que minimiza a experiência feminina.		Foucault, Federici
Tratamento Desumanizante e Objetificação do Corpo Feminino (TDOCF)	O corpo da mulher é visto como um objeto de intervenção, e não como sujeito de direitos. Intervenções como episiotomia desnecessária, toque vaginal de vários profissionais sem o consentimento das mulheres, realização de cesarianas sem indicação médica, corpos tratados sem respeito e dignidade.	Medicalização, violência obstétrica, violência de gênero	Illich, Resende, Belli, Chacham, Diniz
Normatização da Maternidade (NM)	Pressão social para que mulheres sigam determinados padrões de comportamento durante o parto. Método doloroso sem necessidade aponta para uma forma de controle e imposição de padrões de gênero, reforçando a ideia de que a mulher deve se comportar de uma maneira específica durante a maternidade sem considerar suas necessidades ou desejos.		Badinter, O'Reilly, Bandeira, Federici, Foucault
Violências que causam danos emocionais e físicos que afetam a sexualidade da mulher	Falas ditas durante o parto quanto à anatomia da vagina da mulher, dos seios, do físico, mais o corte do períneo que dilacera os nervos que promovem o prazer da penetração causam danos, às vezes, irreparáveis à sexualidade da mulher.		Foucault, Butler, Lerner, Federici, Diniz, Belli

Fonte: Elaboração própria.

Os dados secundários foram coletados nos *sites* das instituições oficiais que tratam da saúde da mulher – como o Ministério da Saúde do Brasil, o Datasus, o TABWIN, as Secretarias de Saúde do Estado da Bahia e do município de Salvador e Brasília, do portal internacional da Organização Mundial da Saúde (OMS).

3 CAPÍTULO 2: PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA E O DIREITO DE PERSONALIDADE RESGUARDAM O CIDADÃO CONTRA A VIOLÊNCIA

Este capítulo abordará os seguintes conceitos: Princípio da Dignidade Humana; Direitos da Personalidade; violência e violência obstétrica aos auspícios dos Princípios da Dignidade Humana e os Direitos da Personalidade.

O Princípio da Dignidade Humana é considerado o mais importante para a convivência das pessoas em sociedade, porque confere e reconhece que o ser humano é o único que precisa que resguardem sua identidade psicológica, cultural, social e emocional para que sua existência seja plena. Ao capitular as mulheres a atos de violência, e no momento das suas vidas mais vulnerável e intenso, como o surgimento para o mundo exterior de uma vida – o nascimento de uma criança –, a dignidade da pessoa humana é violada inteiramente, rompendo com o conjunto mais sagrado da existência humana (Novelino, 2016).

Os direitos da personalidade constituem um conjunto de prerrogativas essenciais e inalienáveis que garantem a proteção dos aspectos fundamentais da pessoa humana. Esses direitos são reconhecidos pela legislação como indispensáveis para assegurar a dignidade, a liberdade e a integridade do indivíduo, protegendo tanto sua esfera física quanto moral.

O conceito de violência, por ser um tema complexo e multifacetado, se revela através das diversas representações sociais e culturais que o cercam. Existe a dificuldade de se estabelecer uma definição única para o que constitui um ato violento, uma vez que tal definição é profundamente influenciada por valores culturais e contextos históricos. Essa variabilidade implica que a identificação de atos violentos pode diferir significativamente entre culturas e períodos, refletindo a diversidade das experiências humanas (Minayo, 2003).

3.1 Princípios da Dignidade Humana

O Princípio da Dignidade Humana, em consonância com o Direito de Personalidade, salvaguarda o cidadão, nos âmbitos jurídico e moral, contra os vários tipos de violência que foram apresentados e discutidos no capítulo anterior. Nesse sentido, o que denominamos violência em nosso país?

O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, para Silva (2013, p. 56), é “um conceito filosófico e abstrato que determina o valor inerente da espiritualidade, honra e moralidade de todo ser humano”. Sendo assim, ele se concretiza na vida real e cotidiana de jovens, adultos, crianças, adolescentes, idosos tal como existem. Esse princípio se consagra na ideia de que o

ser humano é o fim último e primeiro do contrato social da nossa Nação, o qual a ordem jurídica considera irreduzível, insubsistente e irrepelível e cujos direitos fundamentais enuncia, protegendo das práticas que não se coadunem com o respeito à vida e à dignidade humana, estando submetido às sanções ou considerações ordenadas pela pulsante e vigente proteção (Brasil, 1988; Tartuce, 2017).

Esse princípio entranhou-se no constitucionalismo contemporâneo, daí partindo e fazendo-se valer em todos os ramos do Direito. A partir de sua adoção, estabeleceu-se uma nova forma de pensar e experimentar a relação sociopolítica baseada no sistema jurídico; passou a ser princípio e fim do Direito contemporaneamente produzido e dado à observância nos planos nacional e internacional (Rocha, 2016).

A Constituição Federal (CF) atual consagra a ideia de que o ser humano é o fim último e primeiro do contrato social. Portanto, as práticas que não se coadunem com o respeito à vida e à dignidade humana estarão submetidas a sanções ou considerações ordenadas pela pulsante e vigente proteção. A dignidade propriamente dita não é só um direito, mas sim um valor que é intrínseco a todo ser humano, independentemente de sua idade, sexo, condição social ou quaisquer outros fatores. Sendo assim, não há que se pensar em pessoa com mais dignidade que outra, pois todos a possuem como uma mesma qualidade inerente. Esse valor intrínseco deve ser respeitado pela comunidade que cerca o indivíduo, e o Estado tem papel decisivo em sua defesa, pois ele deve trabalhar para a sua promoção e cuidado, fazendo-o através do resguardo dos direitos e dos deveres que garantam seu pleno exercício.

Como dispõe a Constituição Federal do Brasil em seu artigo 1º, Inciso III: “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: [...] III – a dignidade da pessoa humana” (Brasil, 1988).

A discussão atual do tema versa sobre a questão da centralidade eurocêntrica deste princípio, uma vez que a consagração dos Direitos Humanos ocorreu no fim da Segunda Guerra Mundial. Diante das atrocidades cometidas contra povos e raças pela Alemanha de Hitler, os países que formaram a ONU criaram a Declaração Universal dos Direitos Humanos (Santos, 2009). Tal debate é interessante, mas, aqui no nosso projeto o Estado Nação Brasil é constituído através de uma Constituição – contrato social, promulgada em 1988 e que está em vigor. O Título VIII da Ordem Social, em seu capítulo VII, artigo 226, § 7º, da Constituição Federal, normatiza:

§ 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (Brasil, 1988).

O respeito à dignidade humana tornou-se um comando jurídico. É a perspectiva de proteção integral da pessoa humana o que, inexoravelmente, abrange a personalidade. Desde o preâmbulo e os artigos primeiro e segundo da Constituição Federal, observa Fachin (2018), o Estado ali delineado tem a marca de garantia dos direitos individuais e sociais, cujos principais fundamentos são: a dignidade da pessoa humana e os valores sociais. A dignidade humana é, portanto, um valor fundante que alicerça a ordem jurídica e democrática, alcançando todos os âmbitos dos estamentos jurídicos da nação (Azevedo, 2002).

A ideia de uma dignidade própria ao cidadão vem desde a Grécia. Immanuel Kant (2018, p. 78), filósofo da Idade Moderna, afirmava que “no reino dos fins tudo tem um preço ou uma dignidade” ou “quando uma coisa tem um preço, pode-se pôr em vez dela qualquer outra como equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo preço e, portanto, não permite equivalente, então tem ela dignidade”.

Ao longo do tempo, e de acordo com o progresso e o avanço das conquistas políticas e sociais nas sociedades, a construção científica sobre a dignidade humana foi se revelando algo complexo e sofisticado, uma vez que apresenta diferentes dimensões.

A perspectiva ontológica entende a dignidade como algo inerente a qualquer pessoa, pois está ligada à condição humana. Já a dimensão comunitária ou social leva em consideração a dignidade de cada uma e de todas as pessoas, uma vez que todas são iguais em dignidade e em direitos. Há a dimensão histórico-cultural que interpreta a dignidade como um conceito vago e aberto, em processo permanente de construção e desenvolvimento, na escuta para entender as necessidades sociais, e as dimensões: a negativa e a prestacional significando que a dignidade se manifesta simultaneamente como expressão da autonomia das pessoas.

Logo, o direito de autodeterminação que cada pessoa tem para tomar decisões sobre sua própria existência, bem como a necessidade de que o Estado preste assistência, trata da própria dignidade impondo o dever de prestação e assistência, em razão da capacidade de autodeterminação restringida ao limite do outro. Em tal situação, deve-se observar o tratamento digno (Sarlet, 2015).

Nessa seara, Sarlet (2015, p. 76) defende o seguinte a respeito da dignidade da pessoa humana:

[...] a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano o que faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando nesse sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venha lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.

Nessa perspectiva, podemos interpretar a dignidade humana enquanto um princípio fundamental, valor superior independentemente da conjuntura espaço-temporal, que não é abstrato e ideal. Por ser uma norma elevada acima dos demais princípios e regras, tem sua eficácia e validade derivadas da necessidade própria da sua integração e sua proteção nos sistemas normativos. Ela tem fundamento material, devendo-se desprender de uma concepção meramente abstrata, uma vez que é o centro da personalidade humana. Por isso, precisa de larga proteção normativa. A conexão entre dignidade e personalidade é indissolúvel e forte, a ponto de, na doutrina e decisões dos tribunais, quando trata da proteção da personalidade, referir-se à proteção da dignidade humana (Barroso, 2014).

Ao mesmo tempo em que este princípio esteja fincado (explicitado literalmente) na Constituição Federal de 1988, a violência contra a mulher estampa todos os meios de comunicações diariamente, relatando fatos de violação direta desse princípio. A realidade é que o princípio da dignidade humana só foi abrigado em nossa nação em 1988, ano em que foi promulgada a nossa Constituição, revelando que o tratamento e o reconhecimento nas relações humanas, no tecido social, quanto à violência de gênero não foram reconhecidos como tal, constituindo-se enquanto uma cristalização dos movimentos na sociedade (Bittar, 2015).

O Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu a existência de um núcleo mínimo inerente ao respeito pela dignidade humana, bem como decidiu que a atuação governamental na implementação de políticas públicas há de respeitar a necessidade de preservação em favor dos indivíduos, da integridade e da intangibilidade do núcleo consubstanciado no mínimo existencial.

Por que garantir o mínimo existencial? (Barroso, 2014) Porque, do ponto de vista moral, a compreensão é de que a comunidade política deve garantir o mínimo aos seus membros, pelo menos um padrão minimamente decente. Além de ser a expressão da essência da pessoa humana, o princípio da dignidade deve ser entendido como fundamento da ordem social e política, revelando como uma fonte de direitos. É um verdadeiro supraprincípio, porque orienta e conduz toda a interpretação dos demais princípios, garantias e direitos contidos na Constituição Federal.

A composição do princípio da dignidade da pessoa humana contém três conteúdos essenciais: o valor intrínseco da pessoa humana, a autonomia da vontade e o valor social da pessoa humana. O valor intrínseco representa os planos filosófico e jurídico da dignidade. Para Barroso (2014), “trata-se da afirmação de sua posição especial no mundo, que a distingue dos outros seres vivos e das coisas. Um valor que não tem preço”. Esse valor é objetivo, sendo uma qualidade inerente a todo ser humano, que não pode ser retirado ou perdido e condicionado à vontade de outrem. Além disso, ele existe independente da conduta individual, da razão ou da capacidade mental de seu titular. O valor intrínseco confere o caráter inviolável da dignidade humana e resulta no surgimento de diversos direitos fundamentais, entre os quais o direito à vida, à igualdade, à integridade física e à integridade moral ou psíquica (Fachin, 2018).

O segundo conteúdo ligado à dignidade trata da autonomia da vontade, sendo este seu elemento ético e jurídico. Ela está atrelada à capacidade de autodeterminação, competência de o indivíduo poder decidir livremente sobre seus valores morais e escolhas individuais, como a religião, ideologia, vida afetiva, o trabalho, sem que haja imposições externas inconvenientes afetando sua autonomia. Nesse delineamento, é essencial para a autodeterminação que haja acesso à informação e ao mínimo existencial. A autonomia, sendo parte integrante da dignidade, possui uma dimensão privada e outra pública. A primeira, ligada aos direitos individuais, está expressa na liberdade de escolha individual e no direito à autodeterminação. A segunda dimensão trata da autonomia de caráter público, que se manifesta através da liberdade em participar de processos democráticos, de organização social e debates públicos (Barroso, 2014).

Como terceiro conteúdo, temos o valor social ou valor comunitário da pessoa humana, que representa o indivíduo em relação ao grupo social do qual é membro e com os quais compartilha valores e crenças. Paralelo a isto, é limitado em sua liberdade individual por esses mesmos valores e crenças compartilhados. Assim, o valor social não está ligado à proteção das escolhas individuais, mas à limitação dessas escolhas em prol do grupo social no qual o indivíduo está inserido (Sarlet, 2015).

Analisando a violência obstétrica sob a perspectiva dos conteúdos essenciais da dignidade humana apresentados, pode-se inferir que todos são violados. O valor intrínseco da dignidade da pessoa humana está relacionado a direitos fundamentais como o direito à vida, à igualdade, às integridades física, moral e psíquica, quando do abuso obstétrico. Como exemplo dessa violação direta, podemos apontar as intervenções invasivas durante a assistência ao parto, caracterizadas como violência obstétrica física, que tem potencial de adoecer e até matar; por isso, atingem diretamente os direitos à vida e à integridade física. Nos casos em que ocorrem expressões de violência psicológica, sexual e institucional, os direitos fundamentais às

integridades moral e psíquica e o direito à igualdade são atingidos. Veja o tratamento desigual, muitas vezes valorado por questões econômicas, sexuais, de cor da pele ou educacional das gestantes (Belli, 2013).

O manual de prática obstétrica do Cremesp (2011, p. 8) discorre sobre o princípio da autonomia pontuando que ele

[...] requer que os indivíduos capacitados de deliberarem sobre suas escolhas pessoais devam ser tratados com respeito pela sua capacidade de decisão. As pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida. Quaisquer atos médicos devem ser autorizados pelo paciente. A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo), por intermédio do seu Comitê para Assuntos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher, divulga, desde 1994, em um dos seus marcos de referência ética para os cuidados ginecológicos e obstétricos: o princípio da autonomia enfatiza o importante papel que a mulher deve adotar na tomada de decisões com respeito aos cuidados de sua saúde. Os médicos deverão observar a vulnerabilidade feminina, solicitando expressamente sua escolha e respeitando suas opiniões.

No que concerne à autonomia, ela envolve a capacidade de autodeterminação, de acordo com a qual o indivíduo deve ter o direito de decidir livremente sobre suas escolhas. Para uma autodeterminação plena, devem ser observados dois pressupostos: o primeiro relacionado ao acesso à informação, para que a tomada de decisão seja consciente; o segundo está correlacionado ao acesso do mínimo existencial.

Na ocorrência de violência obstétrica, é retirado o direito à autonomia da mulher. Uma vez que as expressões dessas violações podem perpassar a omissão de informações sobre os procedimentos aos quais as parturientes serão submetidas. Mesmo quando elas negam a permissão para realização dessas intervenções, é possível que, direta ou indiretamente, sejam forçadas a se submeterem a tais ações, resultando na perda da sua capacidade de decisão sobre o próprio corpo e a sexualidade. A exemplo disso, temos a imposição obrigatória da posição litotômica para o parto para conforto do médico, a qual é desaconselhada e incômoda para a mulher; ou a preferência por cesáreas eletivas por parte dos profissionais, sem deixar escolha para a gestante, tornando-se eles próprios os atores principais do evento que deveria ser de protagonismo da mulher, castrando, assim, os direitos reprodutivos e autonomia feminina individual (Belli, 2013).

Relacionando o terceiro conteúdo da dignidade humana, o valor social ou comunitário, ao abuso obstétrico, pode-se dizer que seus meios são encontrados quando esses valores são usados de maneira distorcida para justificar ações que vão de encontro à decisão individual da

mulher. A justificativa é de que são para protegê-la e ajudá-la, mas na realidade estão relacionadas aos interesses de terceiros. Nessa linha estão também a indicação de cesárea eletiva sem que o médico informe todos os riscos que acompanham esse tipo de parto e o uso da ocitocina sintética (o “sorinho”), sem indicação clínica, para acelerar o trabalho de parto ao induzir contrações dolorosas (Belli, 2013).

Assim, a dignidade da pessoa humana se perfaz como base dos direitos humanos e base fundamental do nosso ordenamento jurídico, de maneira que infundiu a concepção dos direitos fundamentais obrigatórios, como o direito à saúde, à vida, a uma integridade física e psíquica, que constam no texto constitucional e aos quais o Estado deve se ater em sua promoção e proteção (Sarlet, 2015).

A violência contra a mulher é um fenômeno sócio-histórico global, secular e complexo, cujas raízes estão fincadas na construção social, econômica e de poder, que definiram papéis do que é “ser homem” e “ser mulher”. O fenômeno ocorre em qualquer classe social, independentemente de idades, culturas, nacionalidades, orientações sexuais, grau de instrução ou cor de pele. De acordo com nossas normas constitucionais, isso viola o princípio da dignidade humana.

3.2 O Direito da Personalidade concede o direito ao ser humano do domínio de seu corpo, sua imagem, seu nome e sua intimidade

Os direitos da personalidade são o conjunto de caracteres e atributos da pessoa humana, referentes ao seu desenvolvimento físico, moral, espiritual e intelectual. Eles estão intimamente atrelados à ideia de direitos existenciais (extrapatrimoniais). Assim, as ações que se caracterizam como violência obstétrica ferem os direitos da personalidade das mulheres que sofrem e sofreram tais procedimentos, ouviram as falas desagradáveis, os xingamentos, e principalmente, submeteram-se a atos que não foram suas escolhas e violam seus corpos e intimidade (Facchin, 2012).

Tratando dos direitos da personalidade, deve-se considerar a personalidade como um bem jurídico, que, por sua vez, se configura em um valor cultural; tem cunho axiológico. Para Tartuce (2015), refere-se a um interesse do homem e, como tal, deve ser garantido pelo Direito. Nesse sentido, o ordenamento jurídico não cria o bem jurídico; ele é um interesse humano vital erigido à condição de bem jurídico pela proteção do Direito.

O reconhecimento da necessidade de tutela dos valores existenciais da pessoa humana marca o direito do final do século XX. A concepção patrimonialista, no sentimento de que o

centro da discussão no direito era o patrimônio, é superada, e o Direito passa a proteger o homem e os valores. O núcleo do direito passa a ser a pessoa humana (Tartuce, 2015).

Dessa forma, os direitos da personalidade são aqueles que resguardam as relações jurídicas em que o objeto do litígio é a personalidade. Nos casos em que há ameaça ou lesões à personalidade, constituem o elemento jurídico de garantia, conferido pelo ordenamento jurídico aos homens e mulheres contra lesões em seus bens mais íntimos, que compreendem a parte intrínseca do ser humano. O Código Civil Brasileiro de 2002, buscando acompanhar as demandas da sociedade quanto ao direito à sua individualidade, normatizou expressamente: o direito ao corpo (artigos 13 a 15); o direito ao nome e ao pseudônimo (artigos 16 a 19); o direito autoral, à imagem, à honra, à boa fama (artigo 20) (Bittar, 1994).

Pode-se afirmar que os direitos da personalidade são vitalícios, inatos, absolutos, irrenunciáveis, impenhoráveis e imprescritíveis. Em que pese essa tipificação, os direitos da personalidade não se restringem aos previstos pelo legislador; não se está diante de um rol taxativo. Direitos da personalidade existem além desse rol meramente exemplificativo e outros estão por emergir, com o desenvolvimento da sociedade, ante a mobilidade que caracteriza a sociedade (Tartuce, 2015).

No ordenamento jurídico, o direito geral da personalidade consta no preâmbulo da Constituição Federal, que anuncia a liberdade, a segurança, o bem-estar social, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos da sociedade, assegurados pelo Estado de Direito. Ademais, a dignidade humana é um princípio fundante da República (artigo 1º), sendo garantida a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (artigo 5º) (Barroso, 2014).

Os direitos da personalidade são absolutos. Contudo, não significa dizer que esses direitos são ilimitados, mas sim que eles possuem oponibilidade *erga omnes*. Os direitos da personalidade representam ambiente fértil à ponderação de interesses (2ª parte do Enunciado n. 274 do Conselho da Justiça Federal - CJF), já que nenhum direito é ilimitado. Tais direitos são também irrenunciáveis (artigo 11 do Código Civil). Em contraponto, salienta-se que se esses direitos fossem efetivamente irrenunciáveis e indisponíveis, ninguém poderia posar nu ou participar de *reality shows*, por exemplo. Por isso, argumenta Tepedino (2008), os direitos da personalidade são relativamente indisponíveis (Enunciados n. 4 e 139 do CJF). Só não se admite que a renúncia seja permanente e geral.

Além disso, os direitos da personalidade são impenhoráveis, característica que se extrai do próprio caráter extrapatrimonial deles. É uma interpretação em consonância com o princípio da dignidade da pessoa humana (Diniz, 2022).

Além da tutela repressiva (art. 12, 2ª parte), o Código Civil prevê a tutela preventiva dos direitos da personalidade (art. 12, 1ª parte), que se constitui em um desdobramento da despatrimonialização do Direito Civil. Em regra, a tutela dos direitos patrimoniais ocorre de forma repressiva. Porém, essa lógica é insuficiente para proteção da dignidade da pessoa humana (Enunciado n. 140 do CJF) (Tartuce, 2015).

Há uma terceira espécie de tutela dos direitos da personalidade: a tutela reintegratória, que busca o retorno ao *status quo ante*. Exemplo: o direito de resposta e a retratação pública. Recentemente, o STJ entendeu que a tutela reintegratória não exclui a ressarcitória, pelo princípio da reparação integral, previsto no artigo 944 do Código Civil (Resp. n. 959.565). A tutela reintegratória não elide completamente os danos extrapatrimoniais, apenas minimizam seus efeitos, visto não ser possível a recomposição dos bens jurídicos sem conteúdo econômico (retorno ao *status quo ante*).

3.3 Disposições sobre o próprio corpo em vida no Código Civil de 2002

A disposição sobre o próprio corpo em vida está prevista no artigo 13 do Código Civil. Os limites para essa disposição são a diminuição permanente da integridade física e o respeito aos bons costumes. Maria Helena Diniz, autora consagrada em Direito Civil, denuncia que é uma posição isolada e superada, pois a jurisprudência amplamente dominante entende a cirurgia de confirmação de gênero como cabível. Isso porque a noção de “bons costumes” varia no tempo e no espaço, não havendo essa violação atualmente.

Quanto à diminuição permanente da integridade física, afirma-se que essa cirurgia não é propriamente mutiladora. Na verdade, ela propicia uma melhor adequação da sexualidade física à sexualidade psíquica. Portanto, ela é um instrumento de promoção da dignidade da pessoa humana (Diniz, 2022).

Além disso, o próprio artigo 13 do Código Civil ressalva os casos de exigência médica, uma das premissas da cirurgia de confirmação de gênero. A esse respeito, há inclusive a Resolução n. 1.682/2002 do Conselho Federal de Medicina, que prevê diversos procedimentos prévios indispensáveis à realização da cirurgia, que buscam constatar a sua finalidade terapêutica. Esse é o entendimento dos Enunciados n. 6 e 276 do CJF. Atualmente, até mesmo o SUS disponibiliza a realização da cirurgia.

Quanto ao corpo da mulher, o direito da personalidade protege integralmente, ao passo que as violações, lesões, hematomas por procedimentos (ainda) não tipificados como crime, em situações que a mulher ou pessoa transgênero desconhecem, ou não compreendem como ato

doloroso, ou até mesmo sabe que aqueles atos infringidos não são as práticas normais, ou técnicas profissionais, como a violência obstétrica, são passíveis de serem objeto de ação cível por violação dos artigos 11 a 13 do Código Civil (Diniz, 2022).

Portanto, estabelece-se pacificamente que os atos de violência obstétrica violam a integridade física da mulher e da mulher transgênero quando os profissionais de saúde ignoram a autonomia corporal da paciente ao realizarem os partos que fogem do planejado e desejado pela mulher, bem como ao efetivarem essa forma de assistência, ferindo, sem base científica, partes do corpo que podem ocasionar lesões irreparáveis.

O Código Civil oferece tutela para a integridade física da pessoa humana nos artigos 13 a 15, em que especificamente o artigo 15 prevê: “ninguém pode ser constrangido a se submeter a tratamento médico ou intervenção cirúrgica se houver risco de vida”. Diante disso, pode-se interpretar que, caso haja risco de vida, a pessoa deve se submeter ao tratamento médico.

Mas, quando o procedimento é feito na forma induzida, de forma corriqueira, sem base científica, muitas vezes contra a vontade da parturiente, mas de acordo com as informações oferecidas pelo profissional de saúde no acompanhamento do seu período gravídico, passa ser procedimento desnecessário, ensejando um tipo de violência obstétrica (Rede Parto do Princípio, 2022).

3.4 Direito à imagem e privacidade (intimidade)

Quaisquer pessoas cisgênero e transgênero têm proteção de seus direitos à personalidade, o que remete ao princípio da dignidade humana, um direito fundamental. Diante disso, pelo artigo 21 do Código Civil, dentre os direitos da personalidade estão aqueles que protegem a intimidade, imagem e privacidade. Nesse contexto, é vedado a qualquer pessoa que vai prestar atendimento a uma mulher grávida oferecer tratamentos desrespeitosos, desumanos, que venham a ferir sua honra. Contudo, a realidade que observamos nos hospitais e maternidades é oposta a isso. Os atendimentos acontecem com as grávidas sendo humilhadas e desrespeitadas. Paralelo a essa forma desumana de tratamento, nos exames para o partear, os profissionais de saúde acessam os órgãos sexuais da mulher de forma aleatória, sem o devido respeito, expondo a intimidade da parturiente.

Tais ações ocorrem sem nenhuma consideração à privacidade, em confronto direto à normatização contida no artigo 21 daquele diploma legal, corroborando a Constituição Federal em seu artigo 5, inciso X, que cita a “intimidade” e “vida privada” (Tartuce, 2015).

Talvez alguns profissionais de saúde, como as técnicas de enfermagem, possam ignorar ou desconhecer que tais atos sejam passíveis de indenização por danos materiais e morais, fato que não se aplica aos médicos e enfermeiras. Podemos constatar isso, em que pese não termos uma legislação federal sobre a violência obstétrica que criminalize na área penal, embora na área civil existam leis que amparam, de forma clara e objetiva, as mulheres. Nesse quesito, o Supremo Tribunal Federal preferiu vários acórdãos sobre a concretude da aplicação do Princípio da Dignidade Humana.

3.5 Violências e seus significados

O conceito de violência pode ser compreendido como um conjunto de condutas humanas comissivas, praticadas por pessoas físicas ou grupos de indivíduos que acarretam a morte de outros seres humanos ou que afetem sua integridade física ou moral (Souza, 1998). A violência é uma ação cometida por um ou mais indivíduos que infringem a outrem o rompimento de quaisquer integridades, sejam física, sexual, moral e emocional, a quem se denomina de vítima. As violências emocionais, sexuais, morais e físicas causam danos de natureza psicológica para a vítima, comprovado cientificamente. Isso ocorre, por exemplo, quando a vítima é submetida a prática de tortura, privada de sua liberdade e submetida ao cárcere, e outros meios de privação de sua liberdade, seja por diversos sujeitos, nas relações interpessoais, matrimonial, namoro, política ou quaisquer outras (Souza Filho, 2004).

A violência é uma das características do ser humano. Sua sobrevivência ao longo de milhares de séculos da nossa existência, comprovadamente, se deu por meio da violência, ou seja, as conquistas sobre terras, lugares, construções, avanços tecnológicos, científicos, são parte do resultado dessa violência. No antigo Egito, as construções das pirâmides; em Roma, as arenas dos gladiadores, a escravidão; a queima das mulheres como bruxas nas fogueiras da Igreja Católica; mesmo no surgimento do Iluminismo a violência se manteve viva.

Alguns tipos humanos foram e são culturalmente tolerados, em certas culturas. Por exemplo, não conseguem visualizar como violência, em outras faz parte de rituais de passagem; em algumas, aceitam para salvaguardar a honra da família e do homem; e tem aquelas que usam como defesa de suas posses. Assim, a cada cultura e povo, os aspectos da violência são tratados de formas diferentes.

A evolução da humanidade, em muitos aspectos, como o tecnológico, farmacêutica, inteligência artificial, espacial, “sofisticou” (se assim podemos chamar) a violência, elevando-a a potência máxima, como a violência cometida contra coletivos de pessoas de forma planejada

(o holocausto ou o terrorismo) e guerras com poderio de armamento inimaginável, entre outras. Esses fatos podem ser vistos a nível global, em tempo real pela internet, diariamente.

Por outro lado, existem atos violentos que acontecem “às escondidas”, nos interiores dos lares, em locais de trabalho, em ambientes em que as vítimas não podem se manifestar, como hospitais e clínicas. Na violência perpetrada nos lares, em mulheres e jovens em situação de vulnerabilidade, as quais, por inúmeros motivos, são forçadas a guardar sigilo, ou muitas vezes nem reconhecem como violência, como as violências doméstica, obstétrica e ginecológica.

Em que pese a violência existir desde o início da humanidade, ela não pode e não deve ser aceita como um acontecimento normal, principalmente naquelas situações nas quais podem ser evitadas, amenizadas e até extirpadas. Para Minayo (2003), isso só acontecerá quando houver o reconhecimento de que tais atos são violência, quando se conseguir ultrapassar as barreiras culturais, as desenvolvidas pelas religiões e dos sistemas sociais. Esperava-se que, ao longo dos tempos, com os mecanismos legais, morais e éticos, ao acontecer os avanços nas condições humanas, nas sociedades, na educação, gestão política, filosófica, moral e cultural, fosse possível prevenir ou punir a violência, mas, na realidade, até agora, não houve, ainda, ação estatal eficaz o suficiente para contê-la.

Para Porto (2021), alguns contextos favorecem o desenvolvimento das manifestações de violência e essa, uma vez colocada em ação, manifesta o seu poder. Tentar definir alguma coisa ou alguém como violento implica compreender as relações que existem entre objetividade e subjetividade da violência, bem como seus contextos sociais, econômicos, culturais e religiosos. Na verdade, um dos elementos mais complexos do conceito de violência é que não há uma definição que se aplique a toda e qualquer sociedade de uma maneira geral.

Podemos compreender que sempre acontece violência quando a outra pessoa, a vítima, seja desconsiderada como sujeito, como ser humano e, em razão disso, tratada como um objeto, inviabilizando a interação social, sendo essa de natureza consensual ou conflituosa. A violência, objetivamente, deve ser definida em termos que ultrapassem as particularidades e que tenham validade universal. Subjetivamente, ela não passa de um ponto de vista relativo, daquele que a descreve ou sofre.

A área da saúde pública no Brasil, em meados da década de 1980, começou a realizar um papel importante no combate à violência quando inicia o movimento de construção de um sistema de saúde único, o chamado movimento sanitário. Foram realizados vários encontros num processo de reflexão sobre a saúde, e ao mesmo tempo levantadas questões como a violência na área da saúde, dentre elas a violência na gravidez e no parto.

Para a prevenção das formas de violência é necessária a conscientização de que certos procedimentos são violentos, mesmo que a intenção e as técnicas tenham o objetivo de preservar a saúde e a vida das pessoas. *A posteriori*, ações efetivas governamentais para a criação de políticas públicas para o atendimento das vítimas e a punição por meio de leis que inibam essas ações que culminam em rompimento da vida, perda de saúde e outras consequências. Para que haja uma compreensão da violência, buscar-se-á o conceito empregado pela OMS, bem como suas várias formas (Minayo, 2003).

Segundo a OMS (2002),

[...] a violência deve ser conceituada como o uso da força física ou do poder. Ainda pode ser entendida como a prática, contra si próprio, ou contra outra pessoa ou mesmo contra um grupo ou comunidade que acarrete ou possa acarretar algum tipo de sofrimento, ou morte, ou, ainda, dano psicológico, ou privação da liberdade e dos direitos da vítima.

Por se tratar de um tema amplo, a violência possui várias modalidades, sendo tipificada pela OMS em três grandes categorias segundo o agressor: a) violência autoinfligida; b) interpessoal; c) coletiva (subdividida em violência social, violência econômica e violência política). A violência é um problema de saúde pública que requer políticas públicas para intervenções diferenciadas e eficientes (OMS, 2002).

Considerada uma questão social, ela não é objeto próprio de nenhum setor específico. Segundo Souza Filho (2004), ela se torna um tema mais ligado à saúde por estar associada à qualidade de vida; pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares, pela concepção ampliada do conceito de saúde. Segundo a OMS, saúde seria o completo bem-estar físico, mental, social e espiritual dos indivíduos.

O referido conceito de violência inclui inúmeras consequências, mesmo que se refira à violência moral, a qual não deixa vestígios; mesmo assim, impõe inúmeros sofrimentos para suas vítimas, além de seus familiares e a sociedade como um todo. As consequências produzidas pela violência moral podem perdurar por muitos anos após o agente ter praticado o primeiro ato abusivo (Medrado; Lyra, 2008).

A questão do dolo na prática de ato violento é conceituado como intenção, ou seja, a consciência e a vontade da prática da conduta. Assim, existem indivíduos que têm dolo de praticar lesão corporal e devem responder por este tipo penal. Ato que, na saúde, também seria um fato de âmbito criminal; a questão é se já é do conhecimento dos profissionais e da sociedade. Por que certos procedimentos para atendimento de mulheres no período de gravidez

e parto, tipicamente conceituados como violência obstétrica, permanecem sendo realizados? Seguem sendo invisíveis aos olhos da Justiça, em que pese já existirem leis esparsas determinando-os como crime?

Portanto, o tema violência é muito complexo, existindo várias espécies, o que será objeto de estudo na próxima seção. Segundo Souza Filho (2004), os fenômenos violentos são variáveis de tempos em tempos e de lugares para lugares. A violência pode ser subdividida em criminal, estrutural, institucional, interpessoal, intrafamiliar, de resistência, de delinquência, autoinfligida, cultural, de gênero, racial e contra a pessoa deficiente.

3.6 Violências contra a mulher

A violência contra a mulher é um problema social e de saúde pública, considerada como uma das principais causas de mortalidade de mulheres existentes na atualidade, atos que são considerados transgressões aos direitos humanos da convenção internacional da ONU. Desnuda-se a profunda cisão que as sociedades ainda possuem quanto ao convívio com os diferentes, principalmente quando vem de uma cultura de dominação de um só gênero – o masculino, em que a premissa para as relações é da inferioridade feminina. Entendida, neste trabalho, como a busca da igualdade ao acesso do exercício aos direitos sociais, civis e coletivos, não se trata de discutir sobre as diferenças na força física, mas sim sobre o reconhecimento que, ao longo dos anos, as sociedades mantêm as restrições às mulheres ao pleno acesso a todos os direitos (Sarti, 2001).

A violência não é algo novo, pois, desde os primórdios da humanidade, a mulher já era vítima das mais variadas formas de violência, desde física, psicológica, sexual e/ou patrimonial. A mulher representava uma *alma inferior, sem luz e que estava na escuridão*, ao contrário da verdade e do conhecimento. Já o homem era considerado um ser superior, racional e de espírito elevado, a quem as mulheres deviam obediência, questão que será devidamente explorada no Capítulo 4.

Na década de 1970, em 1979, as Nações Unidas aprovaram a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres. Foram realizadas várias reuniões com a finalidade de discutir a questão de violência de gênero, com o propósito de que países signatários pudessem criar possíveis políticas públicas que viessem a diminuir a violência em seus respectivos territórios (Santos; Izumino, 2005).

Posteriormente, nos anos 80, o governo finalmente incluiu o tema violência de gênero em pauta. Nesse sentido, em 1985, houve a criação da primeira Delegacia Especializada nesse

assunto – delegacia da mulher. Na década de 1990, houve uma organização mais objetiva de grupos de mulheres, passaram a organizar seminários com o propósito de divulgar, dar conhecimento ao público em geral sobre o tema da violência de gênero. Mas, resultados concretos não aconteceram no sentido, por exemplo, de surgimento de leis que viessem a proteger as mulheres vítimas de quaisquer tipos de violência (Santos; Izumino, 2005).

Em 1996, a OMS classificou a violência de gênero como prioridade de saúde pública. No entanto, apesar de reconhecida, na maior parte das vezes, é aceita ou tolerada pelas sociedades e seus respectivos Estados. Esse fenômeno pode ocorrer, ainda, durante a gestação, sendo chamada de abuso pré-natal. A violência, seja em qualquer de suas espécies, pode afetar negativamente a saúde da mulher, em especial sua saúde reprodutiva, aumentando sua vulnerabilidade, como doravante será demonstrado (OMS, 2023).

A Constituição Federal, em seu artigo 98, inciso I, definiu o que é violência de gênero: “trata-se de agressões à mulher, ações ou omissões que se baseiam no gênero e que causem morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”. A Convenção Internacional do Pará, em seu artigo 1º, conceitua a violência contra a mulher e, em seu artigo 4º, menciona que toda mulher tem direito que sejam respeitadas sua vida, integridade física, mental e moral, liberdade e segurança pessoais e de não ser submetida à tortura, dentre outros direitos. O caso Maria da Penha foi o primeiro em que essa Convenção foi aplicada.

No Brasil, no Judiciário, até a criação da Lei Maria da Penha, não havia varas especializadas para julgamento de casos de violência doméstica contra mulheres. Os casos existentes eram encaminhados para o Juizado Especial Cível (JEC) e o Juizado Especial Criminal (Jecrim), criados pela Lei n. 9.099/1995, cuja competência é o julgamento de crimes de menor potencial ofensivo, ou seja, todas as contravenções penais e os crimes cuja pena máxima combinada seja igual ou inferior a dois anos.

Ainda há mais um conceito de violência contra a mulher, segundo a ONU: “qualquer ato de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária da liberdade, seja em sua vida pública ou privada”.

Em 1983, Maria da Penha, em decorrência de dupla tentativa de feminicídio por parte de seu marido, paraplégica. Somente em 1991, o agressor foi sentenciado e condenado a quinze anos de prisão, mas manteve-se em liberdade. Posteriormente, em 1996, em segundo julgamento, seu marido foi condenado a dez anos e seis meses de prisão, mas a sentença continuou sem cumprimento. Em 1998, o caso alcançou a seara internacional. O Centro para a Justiça e o Direito Internacional (Cejud) e o Comitê Latino-americano e do Caribe para a Defesa

dos Direitos da Mulher (Cladem) denunciaram o caso à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (Cidh/OEA). O Brasil não deu a devida importância, e os criminosos continuavam desfrutando de liberdade. Por causa dessa omissão, o Brasil foi denunciado, mas resultados concretos no sentido de punições novamente não aconteceram.

O que ficou evidenciado foi o padrão do comportamento da sociedade brasileira, que se espelhou nas omissões do Estado. Em 2001, o Brasil foi responsabilizado por sua negligência, omissão e tolerância em relação à violência contra a mulher; em 2002, foi formado um consórcio de organizações civis de mulheres para assessorar na elaboração da lei de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher (Matos; Cortês, 2010).

A Lei n. 4.559/2004 foi aprovada na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. Em 7 de agosto de 2006, foi sancionada a Lei Maria da Penha. Ela define violência contra a mulher como qualquer conduta, isto é, ação ou omissão, baseada em gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou deficiências no âmbito público ou privado. O conceito é amplo e engloba distintos tipos de violência, como doméstica, sexual, física, sociológica, moral, patrimonial e institucional.

A violência moral está relacionada à violência psicológica, tendo efeitos mais amplos, uma vez que sua ocorrência impõe, nos casos de calúnia e difamação, ofensa à honra objetiva, isto é, ofensas à imagem e à reputação da mulher em seu meio social. Esse tipo de violência passou a ter maiores dimensões, tendo em vista a evolução tecnológica, mediante meios de informação e via internet, em redes sociais.

Assim, a violência psicológica caracteriza-se como qualquer ação que cause um dano emocional ou redução da autoestima de sua vítima, prejudicando o livre desenvolvimento ou que cause degradação de seu comportamento, suas decisões (praticadas por coação, humilhação, perseguição, chantagem, ridicularização, provocando prejuízo à sua autodeterminação).

Existe, também, a violência patrimonial, como a violação aos direitos econômicos das mulheres. É aquela que impede ou anula o exercício desses direitos, como trabalhar empregada, constituir empresa e outros meios de sobrevivência, os quais provocam total dependência econômica e financeira com relação ao agressor, impedindo-a de sair do ambiente violento a que é submetida, causando, também, a violência psicológica.

A violência patrimonial é uma inovação da Lei Maria da Penha, que tipifica com clareza condutas que necessariamente configuram violação dos direitos econômicos das mulheres, justificando a iniciativa do Estado brasileiro de combater atos que impeçam ou anulem o

exercício desses direitos, conforme determina o disposto no artigo 5º da Convenção de Belém do Pará (Feix, 2009).

O artigo 7º da Lei Maria da Penha (Lei n. 11340 de 2006)

tipifica a violência sexual como qualquer ato, tentado ou consumado, de ordem sexual, ou mesmo um ato contra a sexualidade de uma pessoa, por meio de violência ou grave ameaça, praticado por outra pessoa, tendo relação com a vítima ou não. Referido ato sexual pode se caracterizar como o crime de estupro, o qual pode ser definido como a penetração completa ou incompleta, mediante violência ou grave ameaça do pênis na vagina, ou mesmo a prática de qualquer outro ato de natureza sexual mediante coação.

Em relação ao crime de estupro, o Código Penal, nos artigos 213 e 217, tipificam o delito como sendo o constrangimento de alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal, a praticar ou permitir que se pratique outro ato libidinoso. A conjunção carnal é necessariamente a união do pênis com a vagina. Já o ato libidinoso pode ser qualquer outro ato que cause satisfação da lascívia do agente. O artigo 217 diz respeito ao estupro de vulnerável, que ocorre quando o agente tem conjunção carnal ou pratica algum ato libidinoso, mesmo que sem violência, contra pessoa menor de quatorze anos, ou pessoa alienada ou débil mental ou contra aquele que, por qualquer causa, não pode oferecer resistência.

Como qualquer tipo de violência, a sexual é um problema de saúde pública. Mulheres que a ela são expostas correm maior risco de desenvolverem problemas na área relacionada à saúde. Nesses casos, por exemplo, as vítimas de estupro, em algum momento, apresentam medo durante o período gestacional e submetem-se, com mais frequência, ao parto cesáreo. Na realidade, a experiência do parto pode desencadear memórias de abuso sexual e afetar a capacidade de a mulher colaborar com a equipe médica (Davidson, 2014).

A violência, em todas as suas formas, é algo corrosivo, tem a finalidade de destruir o outro, é um fenômeno intrínseco no processo civilizatório. A violência contra a mulher, como foi apresentado neste capítulo, engloba vários tipos, tendo sido abordados os mais recorrentes. A violência obstétrica, que é objeto deste estudo, será discutida de maneira mais aprofundada no capítulo 4. A reflexão sobre gênero, que é um conceito que surge como referencial teórico para que se analise e compreenda a desigualdade entre o que é atribuído à mulher e ao homem, será desenvolvida no próximo capítulo.

4 CAPÍTULO 3: HISTÓRIA DOS MOVIMENTOS DAS MULHERES NA LUTA POR DIREITOS IGUAIS E A QUESTÃO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Neste capítulo, refletiremos sobre os fatos históricos, numa perspectiva sociológica, das condições em que as sociedades se organizaram e organizam com as diferenças de gênero, referindo-se ao conceito tradicional de homem e mulher, nas relações familiares, sociais e econômicas de poder.

É importante definir que a pretensão é descrever e refletir sobre os fatos históricos, com uma leitura sociológica, e sempre tendo como norte a diferença no tratamento que as sociedades impõem às mulheres em contrapartida aos homens. Não é objetivo estabelecer ou apontar conflitos, de um gênero biológico *versus* outro, mas buscar demonstrar com os fatos históricos e sociológicos que sempre existiram diferenças entre eles, nos quais os desejos das mulheres, frequentemente, não são um fator considerado na equação das relações sociais.

A partir dos fatos históricos, com base nas relações sociais, sobre as mulheres nas sociedades, a reflexão parte da seguinte questão: independentemente, dos sistemas, regimes e formas como essas sociedades se organizaram, as mulheres estiveram ou estão em posições em que foram e são submetidas aos desejos, necessidades e acordos em que os homens determinaram e determinam, ou seja, na maioria dos cenários, as escolhas finais sobre as cláusulas sociais não são sobre os desejos manifestados das mulheres, mesmo, agora, face às complexidades da contemporaneidade (Matos; Cortês, 2010).

Para tanto, a questão que hoje habita os estudos sociológicos sobre a fluidez de gênero e sexualidade nas sociedades é um fator que precisa ser apontado. Porém, nesta reflexão, será apartado este lado do estudo de gênero, já que o objetivo que se estuda nesta tese é a violência obstétrica nas gravidezes e partos das mulheres, também considerado parte do estudo sobre gênero.

4.1 Breve panorama da luta por direitos das mulheres na Europa, Estados Unidos e Brasil

O evento que marcou o início da família patriarcal na história foi o advento do Código de Hamurabi, que manteve o *status* da mulher que já existia no coletivo social e familiar, em dependência completa com o homem da família a que pertencia, seja pelo casamento, ou escravidão, concubinato, ou filha. O *modus operandi* dessas relações era de acordo com a forma como a sociedade entendia o Código e o aplicava, para punir os comportamentos em desacordo com esta lei (Alembert, 2004).

No Código, havia um artigo que regulava os maus pagadores. As dívidas que não fossem pagas, caso o homem fosse rico, poderiam ser quitadas com a venda das mulheres de sua família como escravas ou agenciadas como prostitutas pelos credores. Se fosse pobre, o próprio devedor e sua família passariam a ser escravos do credor. No aspecto da sexualidade, por exemplo, se a mulher cometesse adultério, perdesse a virgindade se fosse solteira, eram rebaixadas a um *status* na sociedade que nenhum homem poderia chegar perto, mesmo que esses homens tivessem cometido muitos crimes (Lerner, 2019).

Silvia Federici (2017), no seu livro *Calibã e a bruxa*, faz um estudo histórico da Europa medieval (baixa e alta Idade Média) sobre como as mulheres foram sendo descartadas e destituídas de qualquer importância ao longo da história simplesmente por serem mulheres, seja pela idade e raça. A autora explica como as mulheres foram usadas para serem as causas de quaisquer problemas que surgiam na natureza, ou ainda como escudo de suas negociações políticas/comerciais pelos homens que detinham o poder político à época.

Outrossim, com base em documentos da Igreja, do Estado e outros setores, a autora descreve o motivo das perseguições católicas, com torturas inimagináveis que incluem a queima de mulheres na fogueira por heresia. Em países europeus, essa “caça às bruxas” ocorreu por várias razões, que incluem: o poder de ter terras com base em costumes locais que concediam esse direito, em alguns países as mulheres do povo eram mais reivindicadoras e foram nesses locais que a perseguição foi mais violenta (Federici, 2017).

Na Inglaterra as perseguições foram as mais violentas, com julgamento de mulheres acusadas bruxaria. De acordo com Alambert (2004), principalmente nos condados de Essex e Lancashire, em especial próximo à floresta de Pendle (entre século XV e XVII), locais onde havia mulheres com direito à posse de terras, com base no direito consuetudinário. Esses costumes eram oriundos da forma econômica feudal da Idade Média, em que os servos trabalhavam nas terras dos seus senhores, em troca de proteção e moradia, e só podiam sair com autorização dos senhores; em contrapartida, tinham o direito de usar parte da colheita, como também transmitir o direito de continuar naquelas terras aos seus filhos, mas às filhas apenas quando não tinham meninos como herdeiros.

Fatos iguais ocorreram em outras regiões da Europa, por razões históricas diferentes, em que as mulheres tinham direito às terras. Foi no período em que aconteceu o enriquecimento das classes de comerciantes e em que os servos, que se tornaram também comerciantes, acumularam capital. Com recursos abundantes, começaram a cercar terras comuns – sem dono para reclamar – e avançaram, negociando com os senhores feudais terras que não eram mais tão lucrativas para eles. Nesse grupo estavam as mulheres proprietárias de terras, pelo direito

costumeiro. Assim começou a saga da caça às bruxas, para retirar as mulheres de suas terras, acusando-as de todos os tipos de heresia e submetendo-as a torturas inimagináveis (Federici, 2017).

Nessa perspectiva histórica, até o século XVII as mulheres eram consideradas “modos de corporeidade e existência intermediárias entre a humanidade e a animalidade” (Federici, 2017, p. 34, sendo seus corpos como pedaços não desenvolvidos dos homens. Aos homens, cabia a consideração por serem humanos abençoados por Deus na criação divina; às mulheres cabia a crença de não serem humanas.

Somente mais tarde, na Revolução Francesa, as mulheres passaram a ter o sexo biológico reconhecido. A partir dessa diferenciação, os papéis e as funções de homens e mulheres foram sendo determinados na sociedade. Lerner (2019, p. 87) relata que “de acordo com o entendimento da época, as mulheres: seriam dotadas, pela natureza, de corpos e sentimentos adequados à tarefa de gestar, aleitar, cuidar do frágil bebê humano [...] – tarefa tão importante que as tornava quase que incapazes de desempenhar qualquer outra função social”. Os homens, por sua vez “estariam incumbidos de todas as demais funções necessárias à reprodução humana, ou seja, atividades sociais, políticas, culturais e econômicas”.

Em alguns períodos históricos, a opressão e a exploração econômicas baseavam-se tanto na transformação da sexualidade feminina como mercadoria quanto na apropriação pelos homens da força de trabalho das mulheres e de seu poder reprodutivo como aquisição econômica direta de recursos e pessoas (Federici, 2017).

As mulheres solteiras não eram interessantes para o meio social. Caso não conseguissem servir ao propósito da família e do clã, dependendo do período histórico, eram confinadas em conventos ou outras formas de confinamento. Estes eram seus destinos, porque todas precisam da proteção de parentes homens, sem a qual eram relegadas ao isolamento ou à prostituição. Essa postura social perdurou até o século XX nos países desenvolvidos economicamente, observando-se que até hoje há resquícios desse comportamento nos países com religiões conservadoras (Lerner, 2019).

Tal sistema é conhecido como patriarcal ou patriarcado, compreendendo como a manifestação e institucionalização da dominância masculina sobre as mulheres na sociedade em geral. A definição sugere que os homens têm o poder em todas as instituições importantes da sociedade e que as mulheres não têm acesso a esse poder, não significando que as mulheres sejam totalmente impotentes ou privadas de direitos, influência e recursos (Lerner, 2019).

E o que é paternalismo? Ou dominação paternalista? É a relação de grupo dominante, considerado superior, com um grupo subordinado, considerado inferior, na qual a dominância

é mitigada por obrigações mútuas e direitos recíprocos. O grupo dominado troca submissão por proteção, trabalho não remunerado por sustento (Lerner, 2019).

A história vem demonstrando que ao longo do tempo essa realidade sobre as mulheres no mundo é uma constante, sejam em nações ocidentais ou orientais, com avanços e retrocessos, de acordo com os costumes sociais, política e religiosidade.

No Ocidente, no fim do século XIX ao início do XX, começaram a surgir reações das mulheres a este *status quo* com movimentos organizados reivindicando direitos e cidadania. A narrativa de sucessivas “ondas” do feminismo tem sido amplamente criticada, mas pode nos socorrer para demonstrar as tensões, cronologicamente, do movimento feminista (Sarti, 2011). Nessa crítica, há a proposta de substituir o conceito “movimento feminista” por “campo feminista de estudo e reflexão”, compreendido como um lugar discursivo de atuação e ação, no qual se reflete sobre a política no sentido mais amplo, cultural, simbólico e das relações.

A história ocidental é repleta de fatos com revoltas de combate às opressões, em que as mulheres lutaram contra as condições a que sempre foram submetidas, e na maioria das vezes foram mortas. Por exemplo, a perseguição às mulheres na Idade Média pela Igreja Católica, especialmente no contexto da caça às bruxas, foi um dos episódios mais sombrios da história europeia. Nesse período, que se estendeu do final da Idade Média ao início da Era Moderna (aproximadamente entre os séculos XV e XVIII), houve a perseguição e morte de milhares de mulheres acusadas de bruxaria (Gonçalves, 2006).

Para Gomes (2003), a caça às bruxas não foi apenas um episódio de intolerância religiosa, mas também um reflexo do controle sobre o corpo e a autonomia feminina. Mesmo após o fim dessas perseguições, o estigma das mulheres independentes e conhecedoras de saberes populares continua presente na sociedade. O estudo desse período nos ajuda a compreender como o machismo e a intolerância moldaram a história e a necessidade de combater essas injustiças.

No final do século XIX, as mulheres na Inglaterra não tinham direitos políticos básicos, não participavam da vida pública. Os movimentos feministas começaram a ganhar força no final do século XIX, especialmente com a fundação da National Union of Women's Suffrage Societies (NUWSS). Já no início do século XX, as mulheres inglesas travaram uma intensa batalha pelo direito ao voto, enfrentando resistência do governo, repressão policial e desafios dentro da própria sociedade patriarcal. Esse movimento, liderado pelas sufragistas, foi um dos episódios mais marcantes do movimento pelos direitos das mulheres. O processo não foi linear: envolveu décadas de mobilização, atos de desobediência civil, repressão violenta e mudanças

sociais profundas. As sufragistas foram as protagonistas dessa batalha, que culminou na conquista do sufrágio feminino e influenciou movimentos feministas (Gonçalves, 2006).

A primeira onda do feminismo, portanto, nasceu como movimento liberal de luta das mulheres pela igualdade de direitos civis, eleitorais, políticos e educativos. O movimento feminista durante o século XX enfrentou as adversidades políticas e econômicas do período. O final da Primeira Guerra Mundial, ocorrida entre 1914 e 1918, a Revolução Bolchevique, na Rússia, o caos na economia europeia, especialmente na Alemanha, são exemplos de situações que interferiram no movimento feminista (Pinto, 2010).

A segunda onda do movimento feminista acontece no decorrer dos primeiros trinta anos do século XX, nos quais aconteceu também a Segunda Guerra Mundial, fato que transformou o mundo em todos os sentidos: nos comportamentos sociais e familiares; nas economias; nas relações sociais; nas forças de poder dos países que saíram vitoriosos do conflito, criando uma ordem mundial nas relações de gênero.

Com o fim da Segunda Guerra, em 1948, a ONU, diante das atrocidades cometidas nos campos de concentração na Alemanha nazista, revelando o holocausto dos povos judeu, cigano e de homossexuais, criou e chancelou a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Dentre suas garantias, o documento reconheceu a igualdade entre os sexos, assim como a igualdade entre os cônjuges, marco importante para a luta feminista.

Em 1949, foi publicada uma obra que marca as origens da segunda onda do movimento feminista: *O segundo sexo*, de Simone de Beauvoir. A autora apresenta uma imagem sobre a mulher, inovadora e diferente da compreensão até então sobre as mulheres: “não se nasce mulher, torna-se mulher”. Na década de 1960, tem início o que é considerado pela história a segunda onda do feminismo. Um preâmbulo da revolução que viria acontecer no século XXI, sobre a compreensão da sexualidade e, por conseguinte, do gênero ser resultado da construção social (Gonçalves, 2006).

Na mesma época, década de 1960, os Estados Unidos passavam por uma fase repleta de transformações dos costumes, cultura e comportamentos, como o movimento hippie, na Califórnia, que tinha como mantra ou proposta uma nova vida, a qual combatia os valores morais e de consumo, com o lema *paz e amor*. Nesse mesmo momento histórico, o país estava em guerra contra o Vietnã, levando seus jovens a morrerem numa guerra que não era aprovada pela maioria da sociedade. Muitos desses jovens eram filhos dos sobreviventes da segunda guerra mundial de 1939 na Alemanha. Nesse contexto de ebulição social, é lançada a pílula anticoncepcional, fato que, definitivamente, alavancou mudanças no comportamento sexual das mulheres (Pinto, 2010).

Para o continente europeu, a década de 1960 é particularmente importante do ponto de vista político. O cenário da região era marcado por um comportamento social que demonstrava a descrença em partidos burocratizados pela esquerda comunista; a rigidez nas normas de ensino das universidades, estabelecidas há séculos, e que, em maio de 1968, culminou na ocupação da Sorbonne, movimento que se alastrou pela França. Os estudantes, percebendo a importância daquele momento, se aliaram aos operários criando um movimento que mudou a França e influenciou o Ocidente (Saffioti, 2015).

Foi também na década de 1960 que o movimento feminista ressurgiu com maior força e novas reivindicações condizentes com as mudanças sociais e culturais vivenciadas na época. As mulheres começaram a falar, inusitadamente, sobre as relações de poder do homem sobre a mulher e passaram a cobrar por liberdade nos espaços públicos, educação, igualdade no trabalho, o poder de decidir sobre suas vidas e seus corpos e pela construção de uma nova forma do relacionamento entre homem e mulher, denominado de Movimento Libertário (ML) (Pinto, 2010).

Vale salientar que o mais importante nesse período foi a compreensão de que a dominação entre as classes, tese defendida por Karl Marx, não poderia explicar a dominação masculina sobre a mulher. Interpretada como fatos caracteristicamente diferentes, uma vez que a obrigatoriedade da submissão feminina ao homem permeia todas as classes. Portanto, as reivindicações feministas eram pela igualdade de gênero, liberdade para buscar suas identidades e autorrealizações. Outro ponto importante sobre o período é a característica das mulheres que tinham maior poder de voz e na formulação de ideias: brancas, de classes sociais abastadas, com educação formal de terceiro grau (Sarti, 2019). E as mulheres negras, indígenas, lésbicas, transgênero e os gays?

Neste cenário, surgem teóricas, filósofas e ativistas feministas demarcando pautas que atingem mulheres em suas pluralidades étnica, cultural e social. Símbolos do Feminismo Negro, Ângela Davis e bell hooks pautam pelo fim do racismo, assim como demonstram que não existe apenas o “mundo das mulheres brancas e abastadas” (Hooks, 2013, p. 18).

O Feminismo Negro surge em resposta às violações contra negras indígenas cometidas pelos homens. As multiplicidades de pautas dos Feminismos também poderiam ser observadas nos interesses defendidos regionalmente. Por exemplo, enquanto as feministas norte-americanas centravam suas narrativas pelo fim da opressão masculina e na busca pela igualdade de sexo, as francesas priorizavam demonstrar o “feminismo da diferença” questionando a diferença entre homens e mulheres (Hooks, 2013).

As múltiplas demandas diferentes defendidas por feministas fazem acontecer a terceira onda do feminismo, na década de 1990. Para Saffioti (2015), esse período é marcado pelo discurso sobre a pluralidade feminina, com abordagens pós-estruturalistas e crítica pós-moderna da ciência ocidental. Com ênfase na categoria de gênero, defendida como categoria central do movimento, o discurso focava na análise das diferenças, da alteridade, diversidade e subjetividade. No século XXI, a quarta onda feminista é caracterizada por grandes manifestações de rua e pelo uso intenso de recursos de comunicação oferecidos pela internet e redes sociais.

Pensando na perspectiva brasileira sobre o movimento feminista, podemos destacar que durante a primeira onda a pauta foi do Movimento das Operárias, cuja ideologia era anarquista. Em um manifesto de 1917, elas declaram: “Se nas fábricas, nas oficinas, refletir-se em um momento, vereis quão dolorida é a situação da mulher constantemente, amesquinhas por seres repelentes”. O grupo estava organizado em uma entidade chamada “União das Costureiras, Chapeleiras e Classes anexas” (Pinto, 2010, p.22).

Ao mesmo tempo, Bertha Luz, cientista, ao retornar para o Brasil em 1910, fez campanha pública pelo direito ao voto feminino. Ela foi uma das fundadoras da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, em que fez um abaixo-assinado ao Senado solicitando a aprovação de lei de autoria do senador Juvenal Lamartine, que versava sobre o direito de voto às mulheres. Por fim, em 1932, esse direito foi conquistado, quando promulgado o novo Código Eleitoral.

Assim como nos Estados Unidos e Europa, a segunda onda do feminismo no Brasil tem espaço durante a década de 1960, em um contexto sociopolítico modificado pelo golpe civil-militar de 1964. Havia também uma efervescência musical, a exemplo da Bossa Nova e o quadro político decorrente da renúncia do presidente Jânio Quadros. Denota-se que depois deste fato, os caminhos políticos se acirraram com marchas. O golpe civil-militar se efetivou, com o endurecimento do regime político de forma intensa até 1968, com o Ato Institucional n. 5, o qual transforma o regime em uma ditadura que restringe ainda mais as liberdades individuais, arrefecendo movimentos libertários e obrigando muitos contrários ao regime ditatorial a entrarem para a clandestinidade (Pinto, 2010).

Na década de 1970, ocorreram as primeiras manifestações feministas no país, de forma incipiente e sem muita expressão, uma vez que o regime militar restringia qualquer tipo de expressão popular contrária aos valores pregados pela ditadura. Na América Latina, em 1975, acontecia a Primeira Conferência Internacional da Mulher, no México, considerada um passo largo e incluyente para os movimentos ao redor do mundo.

Nessa seara, também se destaca a ação da ONU, que durante a Conferência demarcou os anos entre 1975 e 1985 como a Década da Mulher. Ao mesmo tempo, no Brasil, acontecia uma semana de debates, patrocinada pela ONU, sobre “O papel e o comportamento da mulher na realidade brasileira”. Também ocorria outro fato importante: Terezinha Zerbini lança no Brasil o Movimento Feminino pela Anistia. Em Paris, as exiladas brasileiras lançam a Carta Política em 1976. Os companheiros viam o feminismo como desvio do socialismo; porém, com a redemocratização em 1980, o cenário muda radicalmente (Gonçalves, 2006).

O feminismo inicia uma fase de muita luta pelos direitos da mulher, em que surgem inúmeros grupos e coletivos em todas as regiões. Os muitos temas sendo discutidos versavam sobre violência, sexualidade, direito ao trabalho, igualdade no casamento, sexualidade, direito à terra, direito à saúde materno-infantil, racismo, diversidade sexual. Eram assuntos próximos dos movimentos populares das mulheres pobres e faveladas, que lutavam por educação, saneamento, habitação e saúde.

Assim, em 1984, nasceu o Conselho Nacional da Condição da Mulher, um passo enorme para o movimento feminista. A secretária, com *status* de ministra, promoveu uma campanha nacional em conjunto com o Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA) de Brasília (DF), para a inclusão dos direitos das mulheres na nova Carta Constitucional que se avizinhava. Em 1988, a promulgação da Constituição Federal garantiu direitos para as mulheres, em todas as áreas, fato até então inusitado na história do Brasil, quiçá do mundo. Na última década do século XX, o movimento se profissionalizou por meio do surgimento de organizações não governamentais (ONG). Elas tinham como objetivo, principalmente, a intervenção junto ao Estado a fim de aprovar medidas protetoras (Pinto, 2010).

4.2 Gênero como categoria de análise teórica para determinar a violência obstétrica

A luta hoje visa ampliar os espaços políticos nas instituições de poder, em razão de não termos representatividade feminista dentro dos partidos políticos. Por conseguinte, nas arenas públicas do Estado, o movimento feminista busca tornar realidade suas reivindicações. É verdade que nem todas as mulheres são feministas, como algumas que chegaram nas searas políticas. Deve-se dizer que não é intenção dos movimentos terem unanimidade, mas caminhar firme em busca da concretização dos direitos já garantidos constitucionalmente, e avançar nas pautas reivindicativas para a resolução dos problemas, que ainda vivem as mulheres (Lauretis et al., 2021).

Em que pese a terceira onda, considera-se sua abertura para que outros movimentos se tornassem visíveis. Joan Scott, historiadora, marcou com contribuições significativas para as discussões teóricas sobre a violência contra mulheres. Defende que o termo gênero apareceu primeiro entre as feministas americanas que queriam colocar fundamentalmente no caráter social as diferenças sexuais. Na época, os estudos femininos se concentravam numa interpretação reduzida e estreita, segundo Scott (1995), somente com narrativa da visão feminina.

Trazer o termo gênero, para o centro da discussão, tornaria possível a compreensão de que os estudos sobre as mulheres e os homens poderiam ocorrer em conjunto, permitindo, assim, criar uma teoria mais consistente sobre essas relações e não somente baseadas na diferença biológica (Scott, 1995). Qual a questão central para os estudos feministas, sobre a violência sobre a mulher? Como teorizar sobre gênero nas relações sociais? Uma resposta é compreender que o gênero é uma categoria de análise.

Para Scott (1995), a definição de gênero se compõe em duas partes, analiticamente distintas, mas que se complementam: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, assim como uma forma primeira de significar relações de poder. As mudanças na organização das relações sociais correspondem sempre à mudança nas representações de poder, mas a direção da mudança não segue necessariamente em um sentido único (Scott, 1995).

O termo gênero é usado para compor o conceito sobre como decodificar o sentido e entender as relações complexas e intrínsecas entre as diversas formas da interação humana (Scott, 1995). O conceito foi criado para opor-se a um determinismo biológico nas relações entre os sexos, oferecendo-lhes um caráter essencialmente social. Enquanto categoria de análise, ele teria a vantagem de propor transformação dos paradigmas tradicionais.

Para Bandeira (2014), o movimento feminista no Brasil, ao escolher a modalidade violência de gênero, quis apartá-lo do significado de violência estatal no que tange à criminalidade, lugar que sempre foi o estudo das ciências sociais: o papel do Estado como órgão central de controle, ao usar de violência, é para aplacar as desordens sociais. A escolha denominada violência de gênero se direciona às ações violentas que acontecem em contextos e espaços relacionais – por conseguinte interpessoais – nos cenários históricos e sociais. A centralidade das ações de violência, segundo Bandeira (2014), é contra as mulheres, quaisquer que sejam elas: físicas, sexuais, psicológicas, patrimoniais, morais, podendo acontecer em vários momentos do dia a dia das mulheres.

Portanto, é na perspectiva de gênero que se compreenderá que o fato da violência contra as mulheres emerge da alteridade e não do pensamento de aniquilação do outro (assassinar). Nesse sentido, as pessoas que querem aniquilar e aquelas que podem ser aniquiladas, supostamente, estão no mesmo patamar de igualdade de condições, ao passo que na violência contra a mulher, por razões seculares, acontece na ação da desigualdade em função do gênero, iniciando-se no universo familiar, que reproduz a hierarquia social. Além da questão gênero, a mulher pode ser subjugada pela idade, classe, raça e outras marcas para a discriminação e desigualdade (Bandeira, 2014).

Quando se trata da violência obstétrica, o *modus operandi* que os profissionais de saúde cometem no partear não é diferente do que acontece com as relações sociais, no contexto da sociedade e do Estado. No fim do século XIX e início do século XX, a gravidez e a hora do parto passaram a ser considerados pela ciência médica como uma doença. Foi o início da medicalização, ou seja, as mulheres, que até então tinham o domínio desse universo do parir, perderam o controle; ao incluírem a gravidez e o parto no contexto da medicina, o olhar e o tratamento passaram a ser de acordo com os ditames da ciência médica.

A ciência médica tem um lugar no conhecimento que não permite discussão ou questionamentos. Os médicos em seus procedimentos ignoram os desejos e as necessidades da pessoa, a mulher: o objeto a ser observado é o corpo, entendido aqui sob a perspectiva do recorte biológico, de acordo com a medicalização (Chacham, 2012). Quando as parteiras foram apartadas do trato do parto, a ciência médica passou a considerar o corpo como uma “máquina”. Para cuidar que não houvesse intercorrências durante o nascimento, a interferência médica tornou-se uma necessidade obrigatória com técnicas específicas (Chourabi, 2018).

Como o foco da ciência médica é o corpo no sentido biológico e não uma pessoa, a mulher, essa situação faz ignorar os pedidos, as dores das mulheres, os sentimentos e as necessidades, fazendo com que o comportamento dos profissionais de saúde se tornasse indiferente. Ao longo do tempo, a forma de tratar na hora do parto foi se voltando, cada vez mais, para uma realidade em que os xingamentos, o impedimento de acompanhante, a desinformação sobre o andamento do processo do parto, a negação da escolha do tipo de parto e etc. se tornaram constantes e corriqueiros. Todas essas ações e atitudes são consideradas como violência obstétrica conforme a OMS e o Ministério da Saúde do Brasil (Santos, 2018).

Segundo Chourabi (2018), esse fenômeno é invisível aos olhos da comunidade médica, uma vez que não consideram tais atitudes como violência obstétrica, pois entendem que estão ajudando, curando, contribuindo para a chegada da criança com cuidado e com técnicas

médicas. A ideia é de que há um controle da situação, por meio do conhecimento médico, que não pode ser questionado, quiçá discutido e alterado.

Os estudos sobre mulheres e violência na atualidade conduzem a um cenário interdisciplinar, em que a violência obstétrica não pode estar desassociada do estudo de gênero. Em razão disso, a violência obstétrica considerada específica e única, pois a ação do nascimento de um novo ser acontece, unicamente, no corpo da mulher e de pessoas transgênero. São nesses corpos que as ações da violência obstétrica acontecem.

Assim, a definição de violência obstétrica consiste em procedimentos que causam dor e sofrimento nos corpos das mulheres e de pessoas transgênero, durante o período da gravidez e parto. Tal tipo de violência deve ser entendido e aceito como uma violência de gênero pela sociedade e o Estado.

Para Bandeira (2014), o movimento feminista no Brasil, ao escolher a modalidade violência de gênero, quis apartar do significado de violência estatal, no que tange à criminalidade, lugar que sempre foi o estudo das ciências sociais, o papel do Estado como órgão central de controle, ao usar de violência para aplacar as desordens sociais. Mas a escolha denominada violência de gênero não demove ou é diferente do conceito de violência estatal, pois, também, as ações violentas contra a mulher acontecem em todos os contextos, nos espaços relacionais, interpessoais, nos cenários sociais e no período de puerpério e parto. Portanto, na violência de gênero a centralidade das ações de violência, segundo Bandeira (2014), é contra as mulheres, pessoas transgênero, gays, travestis, caracterizando-se como físicas, sexuais, psicológicas, patrimoniais, morais.

O movimento feminista, ao refletir e denunciar as violências contra a mulher no campo privado, nas relações interpessoais, foi sedimentando uma construção teórica em que a questão maior ou central não está só relacionada ao sexo biológico. Esse construto separou o conceito de gênero do de sexo, ou seja, a violência contra a mulher não se resume somente à fragilidade ou submissão que o senso comum normalmente faz com a associação em relação ao masculino e sua masculinidade, mas na realidade está na construção das relações sociais e de poder (Foucault, 2021).

Portanto, é pela perspectiva de gênero, segundo Bandeira (2014, p. 12), “que se compreende que o fato da violência contra as mulheres [surge] da questão de alteridade, enquanto fundamento distinto de outras violências”. Esse tipo de violência ocorre por motivos oriundos das desigualdades na condição de sexo, que se inicia lá no universo da primeira família, em que as relações de gênero são construídas a partir da hierarquização e se perpetua na sociedade.

Atualmente, os estudos de gênero, especialmente aquele dirigido à mulher, foram sendo constituídos no campo teórico-metodológico com base nas reivindicações do movimento feminista brasileiro e internacional. Com isto, também contribuiu para a nomeação e intervenção do fenômeno nas esferas da segurança pública, da saúde e do Judiciário (Bandeira, 2014). Tratar como modalidade da violência de gênero os vários tipos de agressões impingidos às mulheres cessa em parte o barulho de significados e implicações que outras categorias trazem como violência intrafamiliar, doméstica, conjugal, familiar.

Ao escolher a denominação modal de violência de gênero, compreende-se que as ações violentas são produzidas e realizadas em contextos de relações pessoais e interpessoais, e que o sujeito central em que as violências acontecem é a mulher, ou homossexuais e lésbicas, que emanam energia feminina em suas mais variadas manifestações, e, por fim, o feminino, sejam as violências físicas, psicológicas, patrimoniais e morais, sejam no ambiente familiar, de trabalho e social (Bandeira, 2014).

Longe está o entendimento de que, ao descortinar tais modalidades, e neste contexto perpassa o vitimismo em relação à mulher, coloca-se no holofote que esses tipos de violências vêm acontecendo sobre os corpos femininos ao longo da história, em razão da desigualdade de poder que permeia a vida cotidiana das pessoas/mulheres. É na vida cotidiana que se revelam as ações de violência, onde, como e quando acontecem, mais uma vez, nas relações sociais, familiares e de trabalho. Essas ações muitas vezes não são percebidas como uma violência, porque fazem parte do dia a dia, uma forma que se apreendeu para se relacionar, a “cuidar” (Butler, 2017).

Para compreender a recorrência de atos e atitudes diárias que ensejam a violência, em especial contra a mulher, recorre-se a Bourdieu (2001) ao criar teoria sobre a construção da realidade nas relações sociais. No estudo sobre o poder simbólico, o autor construiu a teoria sobre o *habitus* de campo e capital cultural, social e econômico na sociedade. Ele se refere às atitudes dos sujeitos sociais incorporadas ao longo de seu caminho no processo de socialização, introjetando as experiências vividas e agindo como uma cadeia de percepções, apreciações e ações. Estas fornecem conjuntamente os ideogramas necessários para a nossa ação e reação na vida diária. O *habitus* é um operador, uma matriz de percepção e não uma identidade ou uma subjetividade fixa, durável; não é a história que se transforma em produto, é um conglomerado que age de forma aberta e dinâmica, alimentado e retroalimentado constantemente por experiências novas que afetam todo o tempo (Bourdieu, 2001).

Por essa perspectiva teórica e experimentação social, o *habitus* é, portanto, concebido como um sistema de esquemas individuais, socialmente constituído de disposições estruturadas

(no social) e estruturantes (nas mentes), adquirido nas e pelas experiências práticas (em condições sociais específicas de existência), constantemente orientadas para funções e ações do agir cotidiano (Bourdieu, 2001). Assim, pode-se dizer que é como um conjunto de esquemas de percepção, apropriação e ação que é experimentado e posto em prática, que, ao se conectarem e movimentarem, estão dentro de um complexo denominado de “campo”. Bourdieu (2001), ao mapear as interações e construções sociais, constrói uma teoria sociológica para explicar nosso habitat, sem usar a equação de raça, classe e gênero, de inspiração direta em Marx. Assim, ele permitiu abrir um universo e, ao mesmo tempo, lugares em que as bases teóricas podem ser o constructo de muitas formas e ações nos possíveis cenários humanos.

Naturalmente, nossa sociedade está em constante transformação e as relações sociais cada vez mais complexas. Isso fez com que o corpo e a sexualidade fossem compreendidos como objetos de disciplina e controle social nas relações de poder. Foucault (2021c) em *História da sexualidade*, faz uma reflexão de que a forma mais “objetiva e fácil” de controlar as pessoas é através do controle de seu corpo. Ele demonstra como isso aconteceu ao longo da história. Essas relações de poder são construídas sob a ótica do masculino, conforme já afirmava Simone de Beauvoir (2016), havendo uma submissão do corpo e da sexualidade do feminino ao biopoder exercido pela sociedade (Foucault, 2021 a).

Toda a base de crítica foucaultiana se lastreia sobre a construção de uma ciência do sexo, sob uma perspectiva científica e de repressão, estando o discurso sobre a sexualidade entrelaçado com as relações de poder. A sexualidade é produzida por toda uma rede de saberes e poderes que agem sobre o corpo individual e sobre o corpo social. O sexo como produto do que Foucault (2021 b) chamou de dispositivo da sexualidade será a chave para a análise e para a produção da individualidade e da coletividade.

O primeiro livro reflete sobre o relacionamento entre poder, sexualidade e saber. O início de sua argumentação traz a imagem da moral vitoriana, sociedade que vive, desde meados do século XVIII, com a sexualidade permeada pela hipocrisia, mudez e freios. São desqualificadas as sexualidades tidas como ilegítimas; as energias não deveriam ser gastas nos prazeres – tais questões são defendidas durante a Revolução Industrial, período em que a mão de obra era altamente explorada. Essa é a visão histórica, ao passo que na perspectiva política, se praticassem quaisquer dessas condutas “ilegítimas”, seria um desafio e confronto aos poderes já estabelecidos.

Tomando as crianças como exemplo, elas são vistas como não detentoras de sexualidade, sendo incitadas ao silêncio e tendo os olhos vendados toda vez que a sexualidade fosse se manifestar. Esse comportamento proibidor é trazido por Foucault (2021a) como

hipótese repressiva. Isso seria próprio da repressão e é o que distingue das interdições mantidas pela simples Lei Penal: a repressão funciona como condenação ao desaparecimento, mas também como injunção ao silêncio, afirmação da inexistência e, conseqüentemente, constatação de que, em tudo isso, não há nada para dizer, nem para ver, nem para saber. Assim mancharia, com sua lógica capenga, a hipocrisia de nossas sociedades burguesas (Foucault, 2021b).

O controle (a repressão) estava sendo exercido por meio da igreja, pelas confissões (já que até em pensamentos o sexo é revelado); na literatura que traz o sexo detalhado, como no caso do escritor Marquês de Sade; na medicina, em conjunto com a psiquiatria e o judiciário, ao estudar perversões; e a própria racionalidade, que vê a “necessidade de regular o sexo por meio de discursos úteis e públicos e não pelo rigor da proibição” (Foucault, 2021b, p. 33). No volume *A vontade de saber*, podemos ver exemplos de racionalidade como: controle de natalidade; economia política da população; interdição do sexo às crianças; sexo na adolescência como sendo um problema público, demográfico. A valorização do segredo em torno do sexo é uma característica das sociedades modernas.

Quando se qualifica o discurso, surgem sexualidades úteis e conservadoras. Entre elas está a monogamia heterossexual como regra, pois não iria de encontro à lei jurídica e natural, como ressalta o próprio Foucault (2021b). É preciso se atentar, pois, ao que Foucault chama de poder:

Multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte, os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si; enfim, as estratégias em que se originam e cujo esforço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação de leis, nas hegemonias sociais (Foucault, 2021, p. 67).

O poder é algo complexo e não se resume a uma única ação ou força, é correlação de interesses, vontades políticas, religiosas e econômicas que criam uma rede de intervenção e controle das ações de um determinado grupo social, que obrigam a agir conforme as condições impostas por estas forças. Portanto, buscam equilibrar as ações ao trazer uma construção histórica de estratégias ligadas à sexualidade, que desqualificam como imorais e ilegais, Assim, para que o controle aconteça com facilidade, naturalizam ações como: a esterilização do corpo da mulher; o poder pedagógico do sexo do adolescente; condutas sociais de procriação; psiquiatria do poder sobre perversões (Foucault, 2021a).

Dois cenários são postos face a face: o da aliança e o da sexualidade. No da sexualidade, há toda uma estratégia de vigilância; no outro, uma ligação direta com o que é considerado lícito e tradicional. Foucault (2021a) apresenta, então, um conceito para sexualidade como sendo um conjunto de efeitos produzidos nos corpos, nos comportamentos, nas relações sociais por certos dispositivos pertencentes a uma tecnologia complexa política. Isso quer dizer que o desejo e as relações são frutos da construção social. Para explicar as formas de poder presentes no mundo contemporâneo, Foucault (2021c) recorre à metáfora da lepra, em que as mulheres contaminadas com essa doença, cujo costume era o confinamento em casa, eram expulsas da cidade, fora do convívio público, do mundo político.

Para Foucault (2021a), o poder e o saber estão interligados, sendo uma das contribuições mais importantes de Foucault, para preocupações feministas, e em geral para a crítica social contemporânea. Em cada sociedade, há um complexo de saber e poder, interligando a verdade posta por aquele grupo social, com seus procedimentos particulares de produção. Foucault (2021 a, p. 69) nos diz que “a Verdade nunca está fora do sistema de poder e que não há uma Verdade sem poder”.

Para Foucault (2021a), o poder não só opera quem detém a capacidade legal para impor a todos um comportamento ou uma conduta; ao contrário, ele apresenta outra forma de poder, ou seja, não só existe a forma repressiva de poder.

Foucault (2008) reflete mais: a complexa rede de tecnologias e de sistemas disciplinares pelas quais o poder opera, particularmente, se dá por meio de disciplinas normalizantes da medicina, da educação e da psicologia na modernidade. O poder não é apenas coercitivo ou repressor, mas produtivo, heterogêneo e atua através de práticas e técnicas que foram inventadas, aperfeiçoadas e se desenvolvem sem cessar.

Para Foucault (2021a), há relações em que o poder está congelado, saturado, não havendo mobilidade ou fluidez, o que caracteriza os estados de dominação, como também assim entende a maioria das feministas. A dominação se dá, então, de forma assimétrica, desigual, linear e vertical. A noção de "poder dos fracos" (a noção circular de poder), conceito com algumas restrições, pode nos oferecer referências que permitirão compreender os modos pelos quais às mulheres, em diferentes sociedades, é oferecido o exercício do poder apenas na esfera doméstica e como elas são socializadas para isto.

Para Foucault (2019), historicamente, as relações de poder se associam à dominação masculina, mas essas relações e as produções da verdade e do sujeito estiveram e estão, sempre, entrecruzadas com as questões de gênero.

Para Scott (1995), as questões de gênero estão sempre marcadas na produção das subjetividades. Ela afirma que isso foi colocado ao largo por Foucault e se tornou a maior crítica das feministas à sua obra. Quando faz a reflexão sobre o poder/saber, o filósofo francês trata somente sob a perspectiva masculina e intrinsecamente ligada à extensa ideologia patriarcal da cultura grega.

Para Teresa de Lauretis (2011, p.57), "negar gênero, em primeiro lugar, é negar as relações sociais de gênero que constituem e validam a opressão sexual das mulheres; em segundo, negar gênero é manter uma ideologia que serve aos interesses do sujeito masculino".

De acordo com Foucault (2019), a categoria sexo é produto de uma economia reguladora; portanto, não consegue romper com a hegemonia heterossexual, reprodutiva e médico jurídica. Dessa forma, a sexualidade é sempre construída nos modos de subjetivação, ou seja, sob o efeito da lei coercitiva, isto é, das relações de saber e poder, sob o modo fálico.

Foucault (2006) oferece uma base teórica robusta para entender as nuances dos poderes que moldam e sustentam as “verdades” nas quais a sociedade se apoia para definir suas relações sociais. Embora essa perspectiva receba críticas de teorias feministas que apontam limitações em sua abordagem, ela ainda descreve um contexto de poder real que aprisiona mulheres e outras expressões de gênero a padrões rígidos de comportamento e conduta. Esse sistema é traduzido em formas de opressão e crueldade nas relações entre homens e mulheres, construído estruturalmente, reproduzido no cotidiano e, em grande parte, vivenciado pelas mulheres. Esse tipo de violência se manifesta como uma forma de dominação e está presente em todas as classes sociais, raças, etnias e faixas etárias, tendo como expressão máxima o machismo internalizado no processo de socialização, tanto por homens quanto por mulheres. A violência de gênero, que afeta principalmente mulheres, constitui um problema de saúde pública e uma violação explícita dos direitos humanos.

As ações e falas apresentadas nos procedimentos médicos durante o atendimento a mulheres no período de gravidez e parto parecem exemplificar o *modus operandi* com que as culturas sociais costumam tratar o feminino. Não existe base científica que justifique a continuidade dessas práticas médicas que violam e causam dor no corpo das mulheres. Essas ações são evidentemente violentas, a tal ponto que, no próprio ambiente profissional, surgiram discussões sobre esses atos. Em 2003, foi criado um programa público denominado Humanização da Saúde e, posteriormente, o Humanização do Parto, estabelecendo diretrizes para tornar o processo mais humanizado (Brasil, 2023).

4.3 Sistema social (o patriarcado), feminismo e violência de gênero

Em seu livro *A criação do patriarcado: história da opressão das mulheres pelos homens*, Lerner (2019) argumenta que o estabelecimento do patriarcado não foi um evento único, mas sim um processo gradual que se desenvolveu ao longo de aproximadamente 2.500 anos. Estima-se que, entre os anos 3.100 e 600 a.C., no Antigo Oriente, ocorreram eventos significativos que se desenvolveram para o amadurecimento e a consolidação do patriarcado. Esse processo, contudo, apresentou ritmos distintos e manifestou-se de formas variadas em diferentes sociedades e momentos históricos.

Contudo, ao examinar de forma mais detalhada os mecanismos de estruturação e afirmações do patriarcado na história, percebe-se a existência de diversas teorias que buscam compreender esse fato. Essas abordagens, embora por vezes se interseccionem, geralmente apresentam explicações distintas, oferecendo perspectivas variadas sobre o tema em questão (Lerner, 2019).

Para Lerner (2019), os tradicionalistas argumentavam que, como homens e mulheres deveriam ter funções biológicas específicas por meio do planejamento divino, seria natural permitir-lhes diferentes tarefas e cargos na sociedade. Assim, considerando que esses papéis foram definidos por Deus em sua criação suprema, não teria razão para responsabilizar alguém pelas desigualdades, pela divisão sexual do trabalho ou pela subordinação das mulheres.

Ainda assim, é fundamental destacar as contribuições das vertentes feministas nesse contexto, dado seu papel crucial na contestação do modelo defendido pelos tradicionalistas. Essas vertentes se basearam em estudos que evidenciaram a existência de sociedades onde as atribuições de tarefas e papéis para ambos os sexos eram vistas como indispensáveis e complementares. Além disso, utilizaram argumentos que ressaltaram as contribuições inovadoras das mulheres na construção das civilizações, como a criação da olaria, cestaria e o avanço da horticultura (Lerner, 2019).

A transição de sociedades igualitárias para sociedades baseadas na agricultura intensiva consolidou a divisão sexual do trabalho. As mulheres foram relegadas ao espaço doméstico, enquanto os homens assumiram posições de autoridade no espaço público – o patriarcado (Marx; Engels, 2007).

O patriarcado configura-se como um sistema de dominação que enaltece a superioridade do gênero masculino em detrimento da inferioridade e subordinação do gênero feminino. Essa dinâmica influencia, entretanto, os contextos sociais nos quais mulheres e homens atuam

especificamente como agentes sociais dentro de uma perspectiva anteriormente estabelecida, desempenhando papéis que reforçam a “manutenção da ordem” (Saffioti, 2015).

Nesse sentido, Saffioti (2015) destaca que, ao servir como base para a sociabilidade contemporânea, o patriarcado e suas ideologias continuam vigentes ao longo do tempo, manifestando-se em diversos âmbitos da vida social. É importante enfatizar, contudo, que as estruturas patriarcais não surgem com a sociabilidade capitalista, sendo anteriores aos eventos que consolidaram o sistema patriarcal.

Portanto, entendido como um sistema de poder que privilegia os homens e masculinidades em detrimento de mulheres e outras identidades de gênero, o patriarcado continua presente na sociedade contemporânea, mas assume formas adaptadas às realidades culturais, econômicas e tecnológicas atuais.

Para Bourdieu (2001), o patriarcado é mantido por práticas simbólicas que naturalizam as desigualdades, legitimando-as socialmente. Essas práticas criam uma divisão do espaço público (associado aos homens) e do privado (associado às mulheres), reforçando a ideia de que os homens têm controle sobre a vida social e as mulheres sobre o espaço doméstico.

Existem muitas controvérsias sobre a aplicação do conceito de patriarcado para abordar a questão feminista pela de direitos na sociedade. Para Mendes (1993), é possível abordar o conceito de patriarcado contemporâneo sob uma perspectiva não essencialista, levando em conta as transformações ocorridas ao longo do tempo e entre diferentes grupos sociais.

A autora argumenta que, embora existam relações patriarcais na atualidade, estas devem ser compreendidas “em suas novas formas e na sua diversidade” (Mendes, 1993, p.29). Nesse sentido, diante das mudanças nas relações de gênero e das transformações sociais vivenciadas pelas sociedades ocidentais modernas, o uso do termo patriarcado contemporâneo é viável, devendo ser observados os contextos sociais em que a análise científica vai atuar.

A luta dos movimentos sociais e políticos para a igualdade de direitos entre os gêneros no século XX foi denominada como feminismo. Este tem o objetivo maior de buscar a igualdade de gênero e a desconstrução de estruturas opressivas. Uma das suas contribuições principais é dar visibilidade às múltiplas formas de violência de gênero e exigir políticas públicas para enfrentá-las.

Ao longo da história, as lutas feministas no Brasil resultaram em importantes conquistas, como leis que protegem mulheres em situação de violência, incluindo a Lei Maria da Penha e a Lei do Femicídio. No entanto, o feminismo vai além da legislação: ele desafia comportamentos e valores culturais, questionando a normalização da violência e promovendo a educação como ferramenta transformadora (Mendes, 2000).

Nesse sentido, a violência de gênero é o braço prático desse sistema de dominação, é uma manifestação das desigualdades sociais baseadas no gênero, perpetuada por estruturas patriarcais que sustentam a dominação masculina e a subordinação feminina.

A violência de gênero, portanto, não é um fenômeno isolado, mas estruturante da organização social patriarcal. Essa violência assume múltiplas formas, incluindo violência física, sexual, psicológica e simbólica, assim como afeta desproporcionalmente mulheres e pessoas LGBTQIAPN+ (Butler, 2003).

A violência resultado desta dominação manifesta-se em diversas áreas, incluindo: **violência obstétrica** - resultado de uma combinação de desigualdade de gênero e práticas médicas autoritárias; **violência doméstica** - perpetuada pela ideia de controle masculino sobre o espaço privado; **mercado de trabalho** - diferenças salariais e assédio sexual são reflexos das trajetórias de gênero.

A violência de gênero é um dos problemas sociais mais persistentes, enraizado em desigualdades históricas entre homens e mulheres. Esse tipo de violência se manifesta de diferentes formas, como violência física, psicológica, sexual, econômica e simbólica, afetando desproporcionalmente mulheres e pessoas de identidades de gênero marginalizadas. Para enfrentá-la, o feminismo desempenha um papel essencial, desafiando estruturas de poder e promovendo a igualdade de gênero (Saffioti, 2015).

No Brasil, os índices são alarmantes: segundo dados de organizações como o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, uma mulher é vítima de feminicídio a cada sete horas. Milhões de mulheres relatam viver sob constantes ameaças e abusos, muitas vezes dentro de seus próprios lares (Fórum Brasileiro de Segurança, 2024).

O problema não é apenas individual, mas estrutural. A cultura machista e patriarcal reforça estereótipos de gênero e naturaliza comportamentos abusivos, tornando a violência uma prática muitas vezes invisibilizada ou minimizada. Esse ciclo perpetua o silêncio das vítimas e a impunidade dos agressores (Scott, 1995).

A violência de gênero refere-se a atos de violência com base no gênero da vítima, afetando de forma desproporcional mulheres, meninas e pessoas LGBTQIAPN+. Esses atos podem incluir: **violência física** - como agressões e homicídios; **violência sexual** - estupro, assédio sexual e exploração; **violência psicológica** - manipulação, chantagem emocional e humilhação; **violência econômica** - controle financeiro, restrição de recursos ou oportunidades; **violência simbólica** - perpetuação de estereótipos que reforçam desigualdades (Foucault, 2021a).

A Lei 11.340/2006, denominada Maria da Penha, foi promulgada com grande ânimo no Brasil, atendendo a reivindicações da sociedade para criminalizar, especificamente, atos de violência contra a mulher nas relações maritais, domésticas ou companheiros. Entretanto, em que pese ser uma lei que se refere às relações domésticas, ela criou um precedente muito importante para a luta contra a violência, conceituou e normatizou o que o Estado considera violência de gênero, no artigo 7º e seus incisos (Brasil, 2006).

Dessa forma, o conceito de violência de gênero, conforme descrito na Lei Maria da Penha, engloba diversas formas de violência enfrentadas por mulheres no contexto das relações sociais e no convívio cotidiano.

Com base nesse entendimento, estabelecemos os critérios para analisar os relatos das mulheres entrevistadas nesta pesquisa.

4.4 A maternidade e suas consequências nas culturas ao longo da história

A maternidade é um processo que se inicia no desejo de ser mãe, na escolha na forma como esse desejo vai se tornar realidade, seja por meio de adoção, gravidez e barriga de aluguel. Porém, o aspecto que vamos discutir são os momentos de gravidez e parto. Este é um objeto de estudo de vários artigos e experimentos científicos, por diferentes áreas de conhecimento que se interessam pelo conhecimento do ser humano, como a Antropologia, História, Sociologia, Psicanálise e Psicologia.

Segundo Badinter (1986), é considerada um fenômeno por demais complexo para que qualquer uma das referidas áreas de *per se* possa englobar elementos que expliquem toda a sua dinâmica e profundidade. Ao longo da história, a forma que a maternidade é aprovada nas sociedades reflete a construção social de cada época, sempre sem levar em consideração os desejos e sentimentos das mulheres. Analisar como esse processo ocorreu é fundamental para compreendermos as transformações e desafios enfrentados pelas mulheres no decurso dos passos da humanidade.

No mundo, as atitudes sociais perante a concepção e a gravidez diferem conforme costumes locais, sociais e culturais. Em algumas sociedades, a gravidez é festejada como a prova de fertilidade; em outras, é uma questão crucial para a família, a perpetuação da linhagem; ainda em outras, a gravidez e a maternidade são a coroação do relacionamento amoroso, que de certa forma está embutido na ancestralidade da continuação da família (Saffioti, 2015).

A concepção da maternidade foi sendo reinterpretada de acordo com as transformações sociais, ligadas a questões como: políticas, que, de acordo com as visões ideológicas dos grupos

no poder sobre o papel da mulher em seus interesses, mudam conforme seus objetivos; a industrialização no início do século XX, que criou a separação entre espaço doméstico (que passou a ser o lugar da mulher e maternidade) e espaço público (considerado o lugar do homem e do trabalho remunerado); o controle da natalidade em alguns países, seja para aumentar a população ou para estancar os nascimentos; as legislações trabalhistas (Badinter, 1985).

Desde os tempos primordiais, a maternidade desempenhou um papel essencial na estruturação das sociedades humanas, moldando as relações familiares e definido os papéis dos gêneros. Na Antiguidade, a maternidade era vista como uma obrigação para as mulheres, era o seu papel crucial na maioria das sociedades. As mulheres eram valorizadas pela capacidade em gerar filhos e garantir a linhagem familiar. O cuidado dos filhos era considerado um dever da mulher, que exaltava a virtude perante a família e o grupo social ao qual pertencia (Mendonça, 2018).

Em algumas civilizações africanas, as grávidas solteiras são tratadas com severidade. Em outras sociedades, a gravidez é um estado especial; a futura mãe tem uma relação especial com toda a comunidade. Existem cerimônias de proclamação da gravidez, com a função de integração na sociedade, para estabelecer a ligação do presente ao passado, do humano ao divino. Assim, as mulheres continuam as suas ocupações habituais desde que tenham o cuidado de atender aos tabus que a protegem e ao bebê (Sarti, 2001).

Em seu trabalho, Badinter (1986) recuperou a condição de maternagem comum na Europa, especificamente na França, até meados do século XVIII e identificou a desvalorização dada à maternidade em toda a Idade Média e mesmo na Antiguidade como relacionada à ênfase no poder paterno que acompanhava a autoridade marital. O homem era, então, percebido como superior à mulher e à criança, diferença concebida como inerente à natureza humana, que o dotaria, pois, de uma autoridade natural sobre a esposa e os filhos.

A constituição da família, portanto, diferia muito, até o século XVIII, das formas de organização encontradas posteriormente e que se tornaram predominantes no período moderno, caracterizadas por sentimentos de ternura e intimidade ligando pais e filhos ou pela valorização da criança. Se o homem ocupava então o lugar central da família, a condição da esposa equiparava-se à da criança, ou seja, era de submissão à sua autoridade. O casamento realizado por contrato, segundo as necessidades econômicas e as alianças políticas das famílias, inibia qualquer expressão de afetividade entre os cônjuges, sendo o amor conjugal considerado desnecessário a um bom casamento (Lerner, 2019).

Falar de maternidade leva-nos de imediato a pensar num outro conceito – o de gravidez. Frequentemente, ambos são considerados sinônimos, mas traduzem duas realidades bem

diferenciadas entre si, tecidas em imaginários diferentes (Leal; Gama, 2014). Gravidez é um período de cerca de quarenta semanas entre o momento da concepção e o parto; é uma fase temporalizada e que se caracteriza por modificações no corpo, acompanhadas das consequentes vivências psicológicas. Maternidade não corresponde a um acontecimento biológico, mas a uma vivência inscrita numa dinâmica sócio-histórica. Envolve prestação de cuidados, envolvimento afetivo em medidas variáveis. Mas a vivência de ambas depende não só das características individuais de cada mulher (Badinter, 1985).

A maternidade é frequentemente utilizada como instrumento de controle social sobre as mulheres, perpetuando desigualdades de gênero e classe. Alguns mecanismos incluem: naturalização da gravidez e maternidade como inerentes à identidade feminina, exigidas para sua realização como sujeito; produção e uso dos aspectos positivos da maternidade para reproduzir estereótipos sobre a experiência de mulheres na criação de filhos, ocultando os aspectos contraditórios; esterilização cirúrgica de mulheres negras, naturalizada como fim da vida reprodutiva, expressando processos de exclusão e eugenia; distanciamento das aulas populares das decisões sobre o próprio corpo e saúde reprodutiva devido ao desenvolvimento tecnológico. Isso aborda desigualdades profundas, especialmente nas camadas populares para as quais a maternidade é um projeto de vida (Badinter, 1985).

Historicamente, a vinculação das políticas de saúde da mulher à maternidade e infância (Programa Materno-Infantil) são com ações programáticas voltadas para a gravidez e o parto. Portanto, a maternidade precisa ser discutida coletivamente, envolvendo toda a sociedade e colocando as mães como produtoras de conhecimento sobre suas diversas experiências, marcadas por determinantes etários, de deficiência, étnico-raciais, de classe e gênero.

4.5 Maternidade como construção social

A ideia de maternidade como construção social implica que ela não é uma experiência fixa ou imutável, mas sim moldada pelas expectativas e valores de cada sociedade nos períodos da história. Na Idade Média, por exemplo, as mulheres eram frequentemente vistas como cuidadoras subordinadas às necessidades da família e da comunidade, sem qualquer idealização do vínculo emocional entre mãe e filho. Somente no século XIX, com o advento do pensamento romântico e as mudanças na estrutura familiar, a maternidade começou a ser exaltada como um papel central na identidade feminina (Lerner, 2019).

Em muitas sociedades contemporâneas, a maternidade é retratada como o ápice da realização feminina, reforçando a ideia de que as mulheres só podem ser completas ao se

tornarem mães. No entanto, essa visão ignora as escolhas individuais, as pressões econômicas e os contextos sociais que influenciam a experiência da maternidade (Collin, 2001).

As normas sociais frequentemente ditam como as mães devem agir, sentir e até mesmo pensar. Espera-se que elas sejam cuidadoras dedicadas, emocionalmente disponíveis e, muitas vezes, que sacrifiquem suas próprias necessidades em favor dos filhos. Essa narrativa pode ser opressiva, especialmente em um mundo onde as mulheres também são incentivadas a buscar carreiras e independência financeira.

Além disso, há uma idealização da "mãe perfeita", perpetuada pela mídia e pelas redes sociais, que exige das mulheres um desempenho excepcional, criando um sentimento de culpa ou inadequação para aquelas que não conseguem atender a esses padrões.

A experiência da maternidade também é profundamente influenciada por fatores como classe social, raça e identidade de gênero. Enquanto mulheres brancas de classes média e alta podem ser encorajadas a se dedicar exclusivamente à maternidade, mulheres negras e de classes mais baixas frequentemente enfrentam a dupla responsabilidade de trabalhar fora de casa e cuidar dos filhos, muitas vezes sem suporte social adequado (Dias, 1984).

Além disso, mães de comunidades marginalizadas muitas vezes têm suas capacidades parentais questionadas, enfrentando estigmas que refletem preconceitos estruturais mais amplos.

A maternidade, frequentemente romantizada como uma experiência universal e natural para todas as mulheres, é, na realidade, um conceito profundamente influenciado por construções sociais, culturais e históricas. Longe de ser apenas um instinto biológico, a forma como a maternidade é entendida e vivenciada varia significativamente entre culturas e períodos históricos, revelando o papel central das normas sociais na definição do que significa ser mãe.

Reconhecer a maternidade como construção social é essencial para desconstruir narrativas opressivas e abrir espaço para experiências mais diversas e inclusivas. Isso inclui desafiar a ideia de que todas as mulheres devem ser mães, valorizar formas alternativas de cuidado, como a paternidade ativa e as redes de apoio comunitário, e apoiar políticas públicas que ofereçam mais liberdade de escolha para as mulheres, como licença-maternidade, creches acessíveis e igualdade de gênero no mercado de trabalho (Mead, 1969).

A maternidade não é apenas um fato biológico, mas, também, um reflexo das estruturas sociais em que vivemos. Ao questionarmos as expectativas impostas às mães e buscarmos alternativas mais justas e inclusivas, podemos avançar em direção a uma sociedade onde a maternidade, longe de ser uma imposição, seja uma escolha livre e plena.

5 CAPÍTULO 4: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E MEDICALIZAÇÃO

É necessário apresentar um panorama sobre o direito à saúde no Estado Brasileiro, com base da Carta Magna, a qual definiu os princípios e as diretrizes universais que regem a forma de organização e administração que o Poder Executivo, a nível federal, estadual e municipal são contemplados para a implementação da saúde no país.

A saúde é definida, desde 1988 com a promulgação da Constituição Federal, como um conjunto de elementos que oferecem condições à vida, com práticas holísticas, em que suas dimensões se comprometem a promover, proteger, cuidar, recuperar, reabilitar a saúde de apoio diagnóstico e terapêutico, e não está mais resumida apenas a curar doenças e suas consequências. Para atender e cumprir este novo paradigma, foi necessário transformar as formas de atendimento e as estratégias para garantir uma saúde à sociedade no modelo preventivo.

No Brasil, a temática da humanização se anuncia desde a XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano 2000, intitulada "Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social", procurando interferir nas agendas das políticas públicas de saúde. Entre 2000 e 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador.

Tais iniciativas encontravam um cenário ambíguo em que a humanização era reivindicada pelos usuários e alguns trabalhadores e, no mínimo, secundarizada (quando não banalizada) pela maioria dos gestores e dos profissionais. Logo, no âmbito nacional, além do PNHAH, algumas outras ações e programas foram propostos pelo Ministério da Saúde voltados para o que também ali ia se definindo como campo da humanização contornado pelo debate sobre busca da qualidade na atenção ao usuário.

Ainda que a palavra humanização não apareça em todos os programas e ações e que haja diferentes intenções e focos entre eles, podemos acompanhar uma tênue relação que vai se estabelecendo entre humanização-qualidade na atenção-satisfação do usuário, traduzidas pelos programas Carta ao Usuário (1999); Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru (2000), dentre outros (Rede Parto do Princípio, 2012).

O Direito à Saúde é considerado pelo campo jurídico como um direito fundamental, portanto um bem intangível com íntima vinculação ao direito à vida. Por isso, a saúde é do grupo de direito público, que tem como objetivo à promoção, proteção e recuperação da saúde (Barroso, 2014).

5.1 Violência obstétrica

A violência obstétrica é um fenômeno complexo na área da saúde da mulher, em que não há um conceito único sobre esse tipo específico de violência contra a mulher, mas sim o conjunto de atos praticados por profissionais de saúde e afins. Diante disso, o agravo pode ser dividido em quatro tipos: negligência (omissão do atendimento); violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional) a exemplo de ironias, ameaça e coerção; violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) por meio de toques e exposições desnecessários do corpo da mulher, criando situações com condutas como mentir para a paciente quanto à sua condição de saúde para induzir cesariana eletiva ou de não informar a paciente sobre sua situação de saúde que tornam desagradável o momento do parto e violência sexual (assédio sexual e estupro) (Leal et al., 2018).

Embora seja associada ao período do trabalho de parto e ao parto em si, a violência obstétrica também atinge mulheres em situação de abortamento natural. Isso pode acontecer de diversas maneiras, indo da negação do atendimento, demora em prestar assistência, questionamentos sobre a causa do abortamento, acusações de que a situação foi provocada pela gestante e uso corriqueiro de procedimentos invasivos, sem explicação e consentimento da paciente, à negação de anestésicos para suporte da dor (Leal et al., 2018).

Tais atos ocorrem quando a equipe de saúde recusa assistência às gestantes, realizam procedimentos desnecessários, agredem verbalmente as pacientes com comentários constrangedores, ofensivos e humilhantes. Nessa seara, ocorre também a desqualificação da mulher por condição de raça, idade, escolaridade, crença religiosa, orientação sexual, condição econômica, número de filhos ou estado civil. Pode-se associar violência obstétrica às violações institucionais que ocorrem quando há proibição do acesso aos serviços de atendimento à saúde, omissão a atendimentos e violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério. Ela também se revela quando os direitos das parturientes são negados a partir de normas e protocolos administrativos das organizações, como a negação do direito ao acompanhante de livre escolha da mulher, direito inferido pela Lei n. 11.108, de 2005 (Diniz et

al., 2015). Assim, essa violação pode ocorrer sobreposta às outras formas de violência obstétrica.

Já a violência psicológica é marcada por tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional. Expressões dessa forma de violação são as ironias e coerções feitas por profissionais de saúde com o intuito de menosprezar a mulher e controlar seu comportamento, gerando a sensação de medo por sua vida e de seu bebê. Outrossim, o agravo também se manifesta quando há ausência de esclarecimento e justificativa para adoção de procedimentos durante o trabalho de parto, o que pode desencadear na parturiente insegurança, medo e instabilidade emocional, pois a gestante é sujeita a determinadas situações sem a devida explicação, por vezes sendo pressionada a realizar procedimentos que não gostaria ou que nem lhe foram informados (Diniz et al., 2015).

A discriminação racial ou racismo ocorre também durante o atendimento médico associada à cor da pele e às características étnico-raciais. Esse tipo de violência se revela de diferentes maneiras, dentre elas: pela agressão verbal, a partir de xingamentos e palavras humilhantes. Em 2001, o Brasil concluiu a CPMI da Mortalidade Materna, que verificou que 98% das mortes maternas seriam evitáveis e determinou uma série de políticas públicas para melhorar a condição de assistência ao parto – com certeza a prática de violência obstétrica contribui para os elevados patamares de morte materna no nosso país (Chourabi, 2018).

A violência de caráter físico, de acordo com o dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio (2012), é aquela praticada diretamente no corpo da mulher, de modo a intervir no ciclo normal do parto, e que geralmente resulta em danos físicos ou dores nas mulheres. Somam-se ainda ações que são feitas para comodidade do médico e sua equipe, como o uso de indutores para aceleração do parto; tricotomia (raspagem dos pelos pubianos); interdição dos movimentos da paciente; obrigatoriedade da posição ginecológica; privação alimentar e hídrica; negação de analgesia quando solicitada ou indicada; a cesárea sem indicação clínica e contra a vontade da mulher (Diniz et al., 2015).

Nessa seara, encontra-se o uso indiscriminado do hormônio indutor de contrações, a ocitocina sintética, que ao ser ministrado pode resultar em contrações fortíssimas, aceleradas e ocasionar até a ruptura uterina (Diniz; Chacham, 2006). A “manobra de Kristeller”, que consiste na pressão física sobre o útero para acelerar a expulsão do bebê, é a única manobra contraindicada oficialmente pelo Ministério da Saúde e banida pela OMS, uma vez que a prática pode gerar danos severos à saúde da parturiente, como fratura de costelas, hemorragias e até a ruptura uterina, além de provocar riscos à saúde neonatal. A prática ainda não cessou completamente e é realizada no Brasil (Brasil, 2020).

O procedimento ao qual a parturiente geralmente é submetida à restrição alimentar se caracteriza como abuso físico, pois se dá pela proibição da paciente de alimentar-se ou ingerir qualquer líquido, inclusive água. Anos atrás, quando era comum a obrigatoriedade de anestesia geral para realização do parto, o jejum era obrigatório porque corria o risco de aspiração do conteúdo gástrico. Entretanto, atualmente não há justificativa para a restrição de líquidos ou alimentos para mulheres em trabalho de parto (Rede Parto do Princípio, 2012).

O parto cesáreo, quando realizado sem indicação real (cesárea eletiva), também pode ser considerado uma violência física, uma vez que é uma cirurgia como qualquer outra, expondo a mãe e o bebê a riscos desnecessários. Em comparação ao parto normal, o procedimento eleva a mortalidade, morbidade e internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em que pode ser necessário o uso de antibióticos, transfusão sanguínea, histerectomia. Vale salientar que quando vivenciam o parto por essa via, as puérperas necessitam de maior tempo de permanência no hospital e, mesmo que não tenham complicações evidenciadas no pós-parto, essas mulheres têm maiores riscos de complicações em futuras gestações, como o comprometimento placentário e outras intercorrências (Diniz; Chacham, 2006).

No Brasil, o aumento de cesarianas eletivas vem sendo uma preocupação. Segundo informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), de 2015, os partos hospitalares representam 98,08% dos partos realizados na rede de saúde. Entre 2007 e 2011, houve um aumento de 46,56% para 53,88% de partos cesáreas. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2015) mostram que a taxa de operação cesariana chega a 56% na população geral, sendo que esses números variam entre o atendimento nos sistemas público e privado de saúde, que apresentam uma ocorrência de aproximadamente 40% e 85%, respectivamente (Brasil, 2022).

Dentre os abusos de caráter sexual praticados estão aqueles que atingem a mulher em sua intimidade, integridade ou pudor e que são realizados sem que haja necessidade. Portanto, são aqueles que têm acesso direto aos órgãos sexuais ou às partes íntimas da mulher, em que basta a mulher se sentir invadida e agredida na sua sexualidade e integridade para caracterizar violência obstétrica. Entre os procedimentos relacionados à sexualidade, podemos citar o assédio sexual propriamente dito, que se perfaz pelo exame de toque realizado de maneira agressiva ou constante, pela realização do enema, através da cesariana sem consentimento informado, do rompimento da bolsa amniótica sem consentimento informado, além da imposição da posição litotômica para dar à luz (Rede Parto do Princípio, 2012).

O enema consiste na lavagem intestinal, o que traz desconforto à parturiente. A utilização desse procedimento começou devido à crença de que um reto vazio diminuiria a

chance de contaminação, o que reduziria a probabilidade de infecção, além de facilitar o parto. Entretanto, análises de ensaios clínicos concluíram que não há evidências que atestem a sua real necessidade (Porto; Amorim; Souza, 2010). Além disso, a OMS e as Diretrizes Nacionais de Atenção ao Parto Normal (DNAPN) não recomendam a intervenção de forma rotineira, pois além de não trazer benefícios à gestante, podem causar dores e desconforto.

A imposição da posição litotômica, também chamada de supina, como situação na qual a gestante deve permanecer na hora do parto se caracteriza como violência sexual e física. Essa configuração para dar à luz começou a ser usada na obstetrícia sem evidências que a definiram como a mais indicada para o parto ou conforto da mulher, mas para conveniência do obstetra, já que facilita o acesso à região pélvica. Por outro lado, já é demonstrado na literatura científica que a adoção da litotomia pode comprometer a dinâmica do parto e oxigenação fetal, sendo prejudicial para a mãe e o bebê (Rede Parto do Princípio, 2012).

A episiotomia ou “pique” vem sendo usada como procedimento de rotina. Baseado na crença de que “facilitaria” a saída do bebê, é feita uma incisão utilizando tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia, na região perineal, de maneira a abrir o canal de passagem. Essa incisão afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de órgãos pélvicos fundamentais na continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris (Rede Parto do Princípio, 2012). Apesar de seu caráter invasivo e lesivo, normalmente não é informada à gestante de sua realização e em alguns casos, mesmo quando não há consentimento da paciente, os médicos a realizam.

Na mesma linha de intervenção e agressão à integridade física e sexual da mulher, o “ponto do marido” – quando a sutura de lacerações e/ou da episiotomia excede o corte e tem objetivo de deixar o canal vaginal mais estreito. Além disso, a episiorrafia sem nenhuma anestesia ou quando o fármaco para dessensibilização da área é utilizado de forma inadequada e ineficaz também se alinha a esse tipo de violência obstétrica. Ambas as práticas causam transtornos físicos e emocionais em quem passa pela experiência (Diniz et al., 2015).

A cesárea pode ser classificada como violência de caráter sexual quando é realizada sem que a mulher seja informada que será submetida ao procedimento cirúrgico ou quando não há consentimento por parte da usuária sobre a realização. Muitas mulheres se preparam durante os nove meses de gestação para vivenciar o parto normal e chegando nesse momento são coagidas a passarem pela cesariana, muitas vezes na sala de parto. Sem saída, fazem o procedimento, deixando de lado os planos desejados ao longo de gravidez. É comum que o uso indiscriminado de ocitocina sintética, que acelera as contrações e eleva as dores do trabalho de parto, seja o meio utilizado para fazer a parturiente pedir pela cesariana (Diniz; Chacham, 2006).

Existe, ainda, a violência institucional. Ela ocorre quando há uma proibição do acesso de serviços de atendimento à saúde e a omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério. Assim, a violência institucional engloba também as violências já mencionadas neste capítulo. Além disso, a violência institucional também ocorre quando protocolos administrativos das organizações impedem ou contrariam as normas vigentes, como a Lei do Acompanhante, Lei n. 11.108/2005 (Diniz et al., 2015).

Na seção a seguir será apresentado um conjunto de leis e normas vigentes no Brasil, que regulam os atos de violência cometidos contra a mulher, atos que ferem princípios, direitos constitucionais consagrados, os direitos humanos e tratados internacionais, bem como um painel das normativas jurídicas internacionais e as legislações nacionais sobre violência obstétrica. No que tange aos direitos das mulheres, destacaremos a realização da Assembleia Geral das Nações Unidas, que adotou a Convenção para Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Cedaw), em 1979, após anos de esforços para garantir e promover os direitos das mulheres. É o principal instrumento internacional de luta pela igualdade de gênero e para liberação da discriminação.

5.2 Leis e normas sobre o direito reprodutivo no mundo e no Brasil

Os direitos reprodutivos, no âmbito nacional, contaram com grande impulsionamento na seara internacional. Um divisor de águas foi a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) da Organização das Nações Unidas (ONU) realizada na Cidade do Cairo, Egito, em 1994. Em seu relatório, a Conferência consagra a importância do encontro, referindo-se como o “maior evento de porte internacional sobre temas populacionais jamais realizados”, conferindo-lhe sua importância para a saúde no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos (CIPD, 1994).

Salienta-se a existência de tantos outros documentos, também de âmbito internacional, fomentadores do objetivo de que tais direitos tivessem sua efetividade em concreto, como a Declaração de Direitos Humanos de Viena de 1993, a Declaração e a Plataforma de Ação de Pequim, Plataforma de Ação da 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, ambas de 1995. Aliados às declarações, convenções e tratados internacionais, os movimentos sociais mais precisamente os movimentos feministas, consubstanciaram-se como grandes ações coletivas a hastear bandeira com pautas de reivindicação por programas de saúde voltados a um atendimento integral e transversal à mulher, como menciona Ávila (2007, p. 20): “O feminismo lançou os questionamentos e as ideias que vão historicamente produzir o conceito de direitos

reprodutivos e servir de base para a construção de direitos sexuais”. Por meio de tais movimentos, muitas vozes puderam ser ouvidas.

Os Direitos Reprodutivos encontram aparato legal na Lei n. 6.236, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o planejamento familiar no Brasil. Tal legislação aponta seu artigo 1º, ao afirmar que é direito de todos, e no artigo 2º, ao sublinhar: “Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”.

O direito reprodutivo, visto desta forma pelo Estado com o fito a integralizar a saúde da mulher, deve estar sempre atrelado ao direito fundamental da autonomia e liberdade da personalidade humana, amparado pelo princípio da dignidade da pessoa humana (Carvalho, 2013). De um lado, aponta-se para um campo da liberdade e da autodeterminação individual, o que compreende o livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, sem discriminação, coerção ou violência. Eis um terreno em que é fundamental o poder de decisão no controle da fecundidade. Nesse sentido, consagra-se a liberdade de mulheres e homens de decidir se e quando desejam reproduzir-se.

Trata-se de direito de autodeterminação, privacidade, intimidade, liberdade e autonomia individual, em que se clama pela não interferência do Estado, pela não discriminação, pela não coerção e pela não violência. Por outro lado, o efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos demanda políticas públicas que assegurem a saúde sexual e reprodutiva. Por essa ótica, o essencial é o direito ao acesso a informações, a meios e recursos seguros, disponíveis e acessíveis. Essencial também é o direito ao mais elevado padrão de saúde reprodutiva e sexual, tendo em vista a saúde não como mera ausência de enfermidades e doenças.

A respeito da violência obstétrica, alguns países que já editaram legislação específica sobre o tema, como Argentina e México. Assim, a legislação argentina define essa violação a partir da Lei n. 26.485 de 2009 como: “Aquela exercida pelos profissionais da saúde caracterizando-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, através de um tratamento desumanizado, abuso da medicação e patologização dos processos naturais” (Argentina, 2009).

No Brasil, a Constituição Federal (CF) trata o direito à saúde como um direito social – segunda geração de direitos fundamentais –, nos artigos 196 a 200, que é dever do Estado para com todos universalmente, que deverá ser realizado por meio de políticas públicas sociais e econômicas (Brasil, 1988). Os artigos 196 a 200 determinam que os serviços públicos de saúde

integrem uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo o SUS, sendo este norteado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

Em 1990, a Lei n. 8.080 regulamentou o SUS, que declara ser dever do Estado a promoção de condições que garantam o acesso universal à saúde. Essa lei normatiza, a partir da CF de 1988, os princípios da igualdade, equidade e universalidade na saúde e dispõe sobre o direito à plena assistência à saúde (Brasil, 1990). A Carta Magna enuncia de forma original o dever do Estado de coibir a violência contra as mulheres, que inclui, portanto, o dever de prevenir e punir a violência obstétrica. O artigo 5º dispõe: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (Brasil, 1988).

Na seara do enfrentamento à violência obstétrica, destaca-se a Lei do Acompanhante (Lei n. 11.108, de 2005), que instituiu o direito de ter acompanhante, uma reivindicação feminina baseada na necessidade de apoio emocional e afetivo em um momento de vulnerabilidade para a mulher. Essa lei garante a presença do acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto (estabelecido como período de dez dias), além de categorizar os valores das diárias e outras questões (Brasil, 2005; Souza, 2004). Outra referência importante é a Lei n. 11.634, de 2007, que instituiu o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade durante o pré-natal (Brasil, 2007).

No Brasil ainda não há legislação federal disciplinando as condutas sobre a prática de violência obstétrica. Contudo, estão em trâmite no Congresso Nacional os Projetos de Lei n. 7.663, de 2014, de autoria do deputado Jean Wyllys; 8.219, de 2017, do deputado Francisco Floriano, e 7.867, de 2017, da deputada Jô Moraes, que versam sobre diretrizes e princípios inerentes da mulher durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, além do enfrentamento à violência obstétrica.

Apesar de não haver ainda uma definição nacional, existem vários Estados que já disciplinaram em lei o que é violência obstétrica. Na região Sudeste do país, Minas Gerais apresenta a Lei n. 23.175/2018, que dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à parturiente e à mulher em situação de abortamento para prevenção da violência na assistência obstétrica (Minas Gerais, 2018). Em São Paulo, a Lei n. 15.759/2015 prevê a elaboração do plano de parto com intuito de estabelecer o direito da mulher na escolha para seu processo de parto (São Paulo, 2015). O município de Diadema (SP), promulgou a Lei n. 3.363/2019, que normatiza as condutas consideradas violência obstétrica (Diadema, 2019). No Sul, o Estado de Santa Catarina, com a promulgação da Lei n. 17.097, de 17 de janeiro de 2017, demonstra que

há um reconhecimento oficial pelo Estado da existência de práticas configuradas como violência obstétrica; por isso, foi necessário tipificar o agravo como conduta passível de ser criminalizada (Santa Catarina, 2017).

Representando a região Nordeste, o Estado da Paraíba possui ampla legislação sobre o tema, com as Leis n. 10.886/2016, 10.548/2017, 11.039/2017 e 2.955/2021, que asseguram o respeito à dignidade humana da gestante e à humanização obstétrica (Paraíba, 2016, 2017a, 2017b, 2021). No Norte do país, o Amazonas também promulgou a Lei n. 4.848, de 2019, que trata de medidas para prevenir a violência obstétrica nas redes públicas e privadas de saúde. No Tocantins, há a Lei n. 3.385/2018, que trata sobre a assistência à mulher e prevenção às ações de violência obstétrica (Tocantins, 2018).

A responsabilização na esfera administrativa está definida no Código de Ética Médica e deve ser processada a partir de denúncia perante a Ouvidoria, a Comissão de Ética hospitalar ou o Conselho Regional de Medicina. Esse dispositivo prevê a responsabilidade pessoal e não presumida do profissional médico pelas condutas que lhe são proibidas, podendo o médico sofrer sanções disciplinares (Conselho Federal de Medicina, 2022). Dentre as condutas vedadas, destacam-se:

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País. [...]

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. [...]

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

No âmbito judicial, é possível buscar a responsabilidade do agente nas esferas penal e civil. Quanto à primeira, não existe uma tipificação que identifique a “violência obstétrica”, mas diferentes condutas previstas no Código Penal Brasileiro que podem refletir essa violência, a depender das circunstâncias, como os crimes de constrangimento ilegal (art. 146), ameaça (art. 147), maus-tratos (art. 136) e lesão corporal (art. 129), dentre outros tipos penais.

Já na esfera civil, a reparação à vítima se dá pelo ingresso com uma ação judicial de natureza indenizatória contra o profissional da saúde, o hospital ou o convênio, sendo necessária a assistência de um advogado ou defensor público. Pelos dispositivos legais, a indenização deve se basear nos danos morais e, eventualmente, estéticos e materiais suportados pela mulher. Assim, as práticas médicas que violem os direitos reprodutivos das parturientes, além de

constituírem uma violação dos direitos humanos, demonstram algumas das diversas formas de violência contra a mulher e comprovam uma questão de gênero.

5.3 Violência no parto, contra o corpo da mulher

Ao longo da história, as sociedades se apropriaram e controlaram o corpo feminino, seja na forma direta ou indireta. Questões relativas à sexualidade, reprodução e ao parto são partes desta monta da sexualidade, construídas socialmente, em que o corpo feminino foi e é controlado pela sociedade de forma que o pretexto das diferenças biológicas seja subordinado também aos serviços de saúde (Foucault, 2006; Bourdieu, 2014).

Foi no século XIX que o curso da história do parto passou definitivamente por uma transformação radical, marcada pela crescente industrialização e avanço tecnológico, assim como o desenvolvimento da ciência e da saúde expandiram sempre em conformidade com a ideologia dominante. No Brasil, a naturalização do parto se transformou na perspectiva da medicalização desde a década de 1960, quando passou a ser incorporada à saúde da mulher a partir da “hospitalização, sendo aos poucos incorporadas cada vez mais metodologias diagnósticas e de intervenções” (Fonseca, 2014, p. 46).

A dominação do saber científico com o avanço da medicina ficou restrito quase que exclusivamente aos homens, que se encastelaram ferozmente impedindo e até recusando quaisquer práticas oriundas dos saberes antigos das mulheres. Ao longo do tempo, a profissão que surgiu com a medicina adquiriu um lugar nas culturas, muito especial e único. Essa perspectiva advém do fascínio da “cura”, o retorno da vida; em decorrência disso, ocorreu uma legitimação para modificar comportamentos e hábitos das mulheres grávidas considerados inadequados aos olhos e saberes científicos, permitindo a intervenção total no parto (Souza, 2017).

Essas ações destituem a autonomia feminina sobre o próprio corpo, uma vez que impõem práticas violentas que causam repercussões físicas e emocionais para aquelas que as vivenciam. Por outro lado, é dever salientar que os avanços científicos são benéficos e que algumas intervenções, quando aplicadas com indicação clínica, podem salvar mulheres e bebês de consequências relacionadas à posição fetal intraparto inadequada ao parto normal, às intercorrências de pressão arterial, infecções e hemorragias.

Alessandra Sampaio Chacham, em sua tese de doutorado defendida em 1999 na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), aponta alguns aspectos importantes sobre o tema: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo, práticas médicas que podem ser

consideradas formas de violência obstétrica; a definição de violência obstétrica como atos que provocam danos físicos e/ou psicológicos à mulher, praticados por profissionais de saúde, incluindo técnicas médicas impostas rotineiramente sem sustentação científica, como a episiotomia e a manobra de Kristeller; profissionais entrevistados avaliaram que a redução da violência obstétrica passa por transformações na formação profissional, além de maior conhecimento docente sobre aspectos controversos da humanização do parto.

No entanto, as ações violentas durante o parto que ferem os campos físico (exames de toque vaginal abusivos; episiotomias de rotina e mutiladoras) e psíquico (ameaças; xingamentos e humilhações; abandono; falta de privacidade) desvelam a necessidade de reconhecer a violência obstétrica enquanto uma violência contra a mulher, pois mostram que esse fenômeno extrapola o âmbito doméstico, escopo da Lei Maria da Penha (Andrade, 2018).

A violência obstétrica vem se mostrando normalizada, a ponto de casos como desencorajamento do aleitamento materno com o propósito da venda de fórmulas por representantes de fabricantes desses produtos terem caráter midiático concretizado na divulgação nos meios de comunicação. Essas questões têm como principais autores os profissionais de saúde, fabricantes de remédios e fornecedores de produtos para o período gravídico-puerperal (Andrade, 2018; Rede Parto do Princípio, 2012).

Impactos da violência obstétrica no parto: 1) perda da autonomia da mulher - coloca a equipe médica no centro das decisões sobre o parto, desconsiderando os desejos e as necessidades da mulher. Isso pode levar a episiotomias desnecessárias, partos cesáreos forçados, uso excessivo de oxitocina e outros procedimentos invasivos que podem ter graves consequências para a saúde física e mental da mulher e do bebê. 2) objetificação do corpo da mulher - transforma o corpo da mulher em um objeto a ser controlado e manipulado, desconsiderando sua subjetividade e vivência do parto. Isso pode levar a tratamentos desumanizantes, humilhações e até mesmo agressões físicas. 3) Violação dos direitos da mulher - viola diversos direitos da mulher, como o direito à informação, ao parto humanizado, ao acompanhamento por doulas, a acompanhante, ao parto cesárea a pedido e ao respeito à sua autonomia.

Exemplos de práticas de violência obstétrica: Episiotomia - incisão na região perineal da mulher sem consentimento ou indicação médica adequada; Parto Cesárea - realização sem indicação médica ou por pressão da equipe médica; Uso excessivo de oxitocina - indução ou aceleração artificial do parto sem consentimento ou necessidade médica; Manobra de Kristeller - pressão abdominal realizada sobre o útero da mulher para empurrar o bebê para fora, podendo causar sérios danos à mãe e ao bebê; Negação do parto humanizado - impedir que a mulher

tenha um parto de acordo com seus desejos e necessidades, como parto em posição diferente da ginecológica, acompanhamento por doulas, entre outros.

Quando uma mulher engravida, ela entra em um contexto único e especial – a maternidade começa a se manifestar de forma natural, e, ao dar à luz, essa experiência se concretiza plenamente. Na sociedade contemporânea, o parto é frequentemente idealizado como um momento mágico e esperado, um sonho realizado não apenas para a mulher, mas também para sua família (considerando as diferentes circunstâncias que envolvem a gravidez).

Contudo, com a introdução de práticas médicas não naturais no processo de parto, esse contexto passou a ser permeado por novas formas de dor física e emocional. A medicalização do parto, que deveria ser um apoio, transformou-se em mais uma forma de violência contra a mulher – a violência obstétrica.

5.4 Medicalização

Ao adentrar nos conceitos fundamentais da medicalização, é essencial considerá-los como um processo que envolve a atribuição de significado médico a questões que anteriormente eram tomadas como de natureza social, moral ou comportamental. A análise criteriosa desse conceito é primordial para uma compreensão abrangente da história e impacto da medicalização na sociedade.

Para Zola (1972), a definição de medicalização compreende a ampliação do campo da medicina para além das questões estritamente biológicas, englobando aspectos sociais, comportamentais e emocionais. Conceitos fundamentais incluem a medicalização da vida cotidiana, que se refere à influência da medicina no modo como as pessoas percebem e vivenciam suas próprias vidas, e a medicalização do sofrimento, que diz respeito à transformação de problemas sociais em questões médicas. É importante compreender como a medicalização atua no contexto da saúde, da educação, da saúde mental e de outras dimensões da vida social.

Para Gaudenzi e Ortega (2012, p. 37), o termo medicalização

surgiu no final da década de 1960 para referir-se à crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina. Os estudos nessa área se direcionaram para a análise e intervenção política da medicina no corpo social, por meio do estabelecimento de normas morais de conduta, prescrição e proscrição de comportamentos, tornando os indivíduos dependentes do saber produzido pelos agentes educativo-terapêuticos.

Segundo Illich (1975, p.53), é um conjunto médico profissional, cuja base principal é a ideia de que o bem-estar exige; “a eliminação da dor, a correção de todas as anomalias, o desaparecimento das doenças e a luta contra a morte”. E todos os sintomas que anunciam nos corpos algo que não estava previsto deve ser controlado por meio de medicamentos. Criou-se, assim, uma indústria poderosa, onde as duas ramificações se autoalimentam, criando um ciclo de controle social em que as consultas médicas acabam como uma prescrição farmacêutica e finalizando com despesas farmacêuticas enormes.

Na década de 1970, Irving Zola (1972, p. 22) conceituou a medicalização “como o processo pelo qual a medicina passa a desempenhar um papel de controle social, posição que até então era desempenhada pela religião e pela lei”. Nesse processo, o médico, com base na suposição de neutralidade e objetividade, e imbuído de um poder moral, assume um patamar que lhe permite indicar o tratamento do corpo e da mente. Para além de tratar da doença, a medicina passa a ter um papel muito maior, como determinar e controlar comportamentos, criando hábitos e costumes sociais.

A medicalização é um processo sociocultural de alta complexidade em que vivências, sofrimentos e dores que eram tratados de uma forma familiar e comunitária se transformaram em necessidades médicas. Enraizada na cultura médica brasileira, a violência obstétrica institucional contra a mulher em período perinatal é reproduzida nos hospitais, inclusive por universitários, apreendida pelos profissionais em formação como algo corriqueiro, cotidiano e normal.

Foucault (2008), ao escrever sobre o tema, apresenta e analisa que a partir do nascimento da Medicina Moderna e da Higiene no final do século XVII, inicia-se uma nova conformação de saberes e poderes na qual o indivíduo e a sociedade passaram a depender, cada vez mais, da intervenção da medicina. Foucault (2008) analisou, ainda, a complexa rede de poder que surgiu com o avanço da medicina, e este aspecto se tornou fundamental para o funcionamento da sociedade moderna. O filósofo francês analisa que o avanço e o poder do saber médico na sociedade não era somente um resultado do avanço tecnológico, mas passou a ser um aspecto intrínseco e constitutivo no seio da sociedade.

O conceito para Foucault (2008) envolve dois sentidos principais: a medicina como uma prática social que se expande do Estado para a população, passando a regular e controlar diversos aspectos da vida das pessoas. A aparência da "medicalização indefinida", ou seja, a impossibilidade de se ter práticas corporais fora do alcance e influência da medicina. Foucault (2006) argumenta que a medicalização se insere no campo do biopoder contemporâneo, ganhando uma nova configuração com a emergência da noção de risco e das novas

biotecnologias. Assim, a medicina passa a invadir cada vez mais esferas da vida, normatizando comportamentos e submetendo diversos aspectos da existência humana à sua jurisdição. Para Foucault, mais do que curar doenças, a medicina social se converte em um instrumento de normalização e controle das populações, governando a vida das pessoas e penetrando em espaços antes considerados privados (Foucault, 2005).

A medicalização está relacionada à emergência de uma medicina social que visa à regulação da população, da força de trabalho e do Estado, culminando em uma "sanitarização pública". A medicalização não se resume apenas ao uso de medicamentos, mas envolve a definição de novos objetos de intervenção médica, a colaboração de profissionais da saúde e a disseminação da ideologia médica na sociedade. Ela tem implicações na prática clínica, pois pode levar a uma abordagem reducionista que ignora os determinantes sociais, históricos e políticos do sofrimento humano (Chacham, 2012).

Na literatura de assistência ao parto no Brasil, o conceito foi construído levando em consideração cinco categorias em que o conceito de medicalização assumiu diferentes sentidos:

Em quatro delas: medicalização e intervenções; medicalização e disputa profissional; medicalização e violação de direitos das gestantes e medicalização; e o entre medicalização e humanização, que estão quase sempre em uma relação de oposição, constituindo-se como duas supercategorias analíticas que perpassam as discussões sobre assistência ao parto (Illich, 1975, p. 24).

Tal forma se relaciona ao modelo hegemônico de assistência ao trabalho de parto e ao parto, caracterizado como excessivamente intervencionista. A crítica ao modelo medicalizado se concentra na prática excessiva de prescrição de medicamentos e técnicas específicas sob a visão que permeia toda a prática do exercício da medicina – a doença. A utilização de procedimentos e tecnologias médicas na assistência ao parto tem sido realizada desvinculada de boas práticas que estejam a serviço da humanização dos partos, da mulher e do bebê.

Com a medicalização, aumentaram os procedimentos invasivos: 1) cesáreas, episiotomia, uso de fórceps e outros procedimentos são realizados sem indicação médica adequada, muitas vezes por conveniência da equipe ou por falta de tempo; 2) desumanização do parto: a mulher é vista como um corpo a ser manipulado, e não como um ser humano com necessidades e sentimentos; 3) tratos desumanizantes e humilhantes, como xingamentos, ofensas, comentários depreciativos sobre o corpo da mulher ou sobre sua capacidade de parir; 4) negligência e falta de atenção: demora no atendimento, descaso com suas dores e necessidades, recusa de analgesia adequada; 5) pressão para procedimentos desnecessários:

cesáreas são incentivadas mesmo quando o parto normal seria possível, episiotomias são realizadas sem consentimento, uso de oxitocina para acelerar o parto sem necessidade; 6) violência sexual: abuso sexual durante o parto, exames ginecológicos invasivos sem consentimento, toques inadequados.

A junção de medicalização e violência se constitui em um cenário de violação dos direitos humanos das mulheres, que se sentem impotentes, desrespeitadas e traumatizadas. As consequências podem ser graves e duradouras. Nesse contexto, a medicalização do parto apresenta um cenário de disputa de poder claramente marcado pela relação entre a ciência, hegemonia e violência. Segundo Fonseca (2014, p. 18), a violência se configura em um “palco de uma luta de poder feminino (mães, parteiras, ambiente doméstico) e masculino (homens, hospitais, ambiente público) entre o artesanal e o tecnológico”.

Na área da saúde feminina no Brasil, a medicalização inicia-se no século XIX, especificamente no que tange aos órgãos femininos, com a criação da cadeira de Clínica Obstétrica e Ginecologia na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, na década de 1880. Em 1904, inaugura-se a Maternidade de Laranjeiras. Em 1918, sua transformação em espaço de ensino prático da disciplina, que se concretiza como pioneira ao contratar Fernando Magalhães. Em 1922, Magalhães é indicado para a direção da cadeira de Ginecologia e Obstetrícia da faculdade, assim se constituindo uma nova especialidade na medicina (Rohden, 2001).

A chegada do século XX é conhecida como o momento de modernização da disciplina Ginecologia e Obstetrícia no país, com o surgimento de revistas científicas que apresentavam pesquisas sobre a maternidade e o corpo da mulher, conjugado com o clima de valorização social da maternidade e da infância reconhecido pela sociedade científica como garantia de um futuro aprimoramento genético para o país (Hotimsky, 2007).

Como demonstra o estudo de Martins (2000), tratados sobre essa nova especialidade serviam de referência ao pensamento médico do período, propagando a noção de “saber para agir”. No âmbito do ensino médico, eles tiveram papel central na construção de “um saber institucionalizado a respeito do corpo da mulher e acessível apenas àqueles que pertenciam ao círculo de iniciados que dominavam o vocabulário e as práticas profissionais” (Martins, 2000, p. 35).

Segundo Martins (2000), o modelo medicalizado tem sido amplamente discutido nos meios médicos por boa parte dos profissionais que estudam o tema. Promovido o distanciamento da compreensão do parto como um evento natural e fisiológico é que o enfoque humanista permitiria o resgate das condições naturais. Porém, vários fatores indicam que a

medicalização promove as circunstâncias inerentes a um ambiente hospitalar, as quais sugerem quase sempre a trindade doença, sofrimento e cura. Essas condições podem contribuir para o aumento das dores e provocar um estresse na mulher durante o trabalho de parto, o que resulta em situações que podem prejudicar a evolução de um parto normal; levar a indicações de intervenções que, se a parturiente não estivesse naquele ambiente, possivelmente não aconteceriam, como toques desnecessários, tricotomia sem consentimento da mulher, proibição de acompanhante, negligência com as dores inerentes aos parto, xingamentos e muitas outras ações que retiram da mulher o controle do seu corpo.

O processo de medicalização geral da sociedade e a medicalização do corpo feminino nas várias nuances foram pesquisados ao longo de século XX até a atualidade por pesquisadores de diversas áreas do conhecimento. A regulação e o tratamento do corpo feminino por meio de normas e regulamentos, nas diferentes sociedades, sempre foram dominantes na esfera social, e conseqüentemente expandiu-se para a esfera da medicina emergente com o discurso da “natureza feminina” que era e é a retórica médico-social (Maia; Andraus; Barbosa, 2010).

A ideia de medicina da mulher, segundo Rohden (2001), estabeleceu-se a partir da especialidade denominada ginecologia, ampliando a medicalização do corpo feminino em contraponto ao masculino, atuando no cuidado das doenças femininas a partir das diferenças sexuais, fato que ocorreu no desenvolvimento da obstetrícia e da ginecologia, no século XIX. Nesse período, as duas especialidades separaram-se e passaram a constituir dois campos distintos de atuação sobre o corpo feminino.

O novo campo de especialidade criou a necessidade, segundo Rohden (2001), de aprofundar estudos, por parte dos médicos, no “gerenciamento da saúde feminina e da reprodução”, na “normalização das práticas relativas ao corpo feminino”, cujo objetivo era construir conhecimento sobre esse corpo em torno da diferença sexual, fato social inerente aos costumes da época, e, assim, manter uma hierarquia entre os gêneros.

Diante da demanda por buscar bases médicas para tratar o corpo feminino, segundo Rezende (2006), buscava-se chegar à descoberta de uma técnica que atendesse integralmente aos “critérios de uma via de acesso abdominal satisfatória”. Assim, a equipe na Maternidade de Laranjeiras desenvolve uma “técnica preferente” para realização de cesárea – aquela que abre transversalmente o abdome e o útero e sutura todos os planos cirúrgicos. Os critérios para esse procedimento são: 1) adequada exposição; 2) respeito às estruturas da região, de forma a haver suficiente solidez, antes mesmo de se completarem os curativos; 3) mínimo de desconforto pós-operatório; 4) simplicidade; 5) cicatriz cosmeticamente aceitável.

Os partos na Maternidade de Laranjeiras foram sendo realizados com base nesta técnica desenvolvida, obtendo-se resultados favoráveis no sentido da recuperação das parturientes e de acordo com as bases da prática da medicina: procedimento rápido, menor sangramento, menos infecção e preservação da estética abdominal. Esses fatores demonstravam que a técnica era “perfeita” para que os partos fossem sendo realizados sob sua égide, e não somente quando a parturiente e a criança estivessem correndo risco de vida (Rezende, 1987).

Assim, para Rezende (1987), a cesárea oferece os melhores resultados para as mulheres e os bebês e deve ser difundida tornando-se o modo preferencial – ou o novo modo “normal” – de parir e nascer: “Sem embargo, sou cesarianista convicto, a cesárea abdominal atingiu as culminâncias de seu aperfeiçoamento técnico, por ser integral a proteção à vida materna e irrestrita a proteção à vida do concepto” (Rezende, 2006, p. 47). Assim a história da cesariana é construída a partir de um conteúdo que demonstrava ser uma técnica evoluída; que seu desenvolvimento foi linear, progressivo e racional; que os procedimentos técnicos estavam baseados em conteúdo teleológico. Tais argumentos promoveram a persuasão do leitor, fazendo-o compreendê-la como uma evolução quase natural ao ato de parir.

Os partos cirúrgicos e seus sucessos foram sendo divulgados nos meios médicos, como algo novo e radicalmente interessante para a contenção dos “perigos” dos partos normais, criando uma atmosfera em que o parto natural era a indicação de perigo iminente às vidas das mulheres e dos bebês. Conjugado com as transformações biomédicas das práticas obstétricas, as cesáreas passaram a se apresentar como “etapas previsíveis de uma evolução necessária do processo civilizatório, o parto adequado aos tempos modernos” (Rezende, 1987, p. 55). Diante dessa sequência de estudos nas décadas finais do século XX, o parto no modo cesárea passou a ser a preferência da maioria dos médicos, uma vez que suas formações nas universidades tanto públicas quanto privadas, na especialidade Obstetrícia e Ginecologia, são baseados nos livros dos Resendes (apelidados de Resendão e Resendinho). Outros fatores contribuem para o aumento significativo dos partos cesáreas, como a rapidez, maior controle da hora e dia, e facilidade em controlar possíveis eventos inesperados.

Segundo Chacham (1999), na pesquisa para sua tese de doutorado com dezoito ginecologistas-obstetras entrevistados, a maioria defende o parto natural pela vagina sem intervenção de medicação, inclusive colocando-se como defensores do parto humanizado. Mas ao se declararem como tal, apontam as dificuldades e os riscos para as mulheres desse modo de parto, tornando o ato de parir estressante para a mulher e para os médicos.

[...] a respeito das vantagens do parto normal foi a perceptível ambiguidade que apresentam em relação a este. A princípio, o parto normal é definido por seus aspectos positivos: por ser fisiológico é o mais saudável, e, além disso, emocionalmente satisfatório para a mulher, sendo assim o parto ideal. Entretanto, frequentemente estes mesmos médicos deixam transparecer em algumas falas, uma percepção do parto normal na qual este aparece como imprevisível e estressante para o médico, e mesmo arriscado. O parto normal é o melhor, apesar de “estressante para o médico, da insegurança”. Vários médicos se referiram a essa insegurança e imprevisibilidade que sentem com o parto normal, curiosamente utilizando-se das mesmas frases: “no parto normal nunca se sabe o que pode acontecer” ou “no parto normal, quando complica, complica mesmo” e que “nunca se arrependeu por ter indicado uma cesárea, mas com o parto normal sempre pode se arrepender”. Estas observações foram feitas por quase todos os entrevistados, independentemente da idade, e do tipo de prática (se mais intervencionista ou naturalista) (Chacham, 1999, p. 56).

Ao descrever a análise dos depoimentos dos entrevistados, a autora apresenta que grande parte dos médicos, ao realizar partos naturais, usa a técnica da episiotomia (a qual quase sempre é utilizada) e o fórceps quando eles entendem ser necessário: “para o médico é muito cansativo e financeiramente desvantajoso atender por longas horas o trabalho de parto de pacientes particulares” (Chacham, 1999, p. 89). Reafirma-se que a cesárea é um tipo de parto mais tranquilo, em detrimento ao parto normal e natural (sem anestesia).

Em contraposição à esta insegurança atribuída ao parto normal, no qual “nunca se sabe”, a cesárea é apresentada no discurso médico, como segura e previsível: “(na cesárea) todo mundo já sabe o que fazer”. Esta seria um procedimento mais fácil e tranquilo para o médico, e dentro do seu controle. Esta argumentação transforma o parto normal naquilo que a cesárea deveria ser: um procedimento de exceção, a ser usado em alguns casos (Chacham, 1999, p. 89).

A medicalização do parto, muitas vezes impulsionada por uma visão tecnocrática e paternalista da assistência à saúde, transforma um processo natural em um evento médico com intervenções desnecessárias e rotineiras. Isso contribui para a perda de autonomia pela mulher: decisões importantes sobre seu corpo e seu bebê são tiradas dela e entregues à equipe médica, sem seu consentimento informado ou escuta ativa de seus desejos.

A violência obstétrica está profundamente enraizada na medicalização excessiva do parto e na violência de gênero que permeia a sociedade. Essa combinação gera diversos tipos de abusos e desrespeitos contra as mulheres durante a gestação, parto e pós-parto, causando traumas físicos e psicológicos que podem perdurar por toda a vida (Santos, 2018).

A perda de autonomia sexual é uma das consequências mais profundas da violência obstétrica. Durante o processo de parto, muitas mulheres experienciam a sensação de não ter

controle sobre seu próprio corpo, especialmente quando são forçadas a submeter-se a intervenções invasivas sem a devida explicação ou consentimento. Isso pode gerar um sentimento de impotência, em que a mulher sente que suas escolhas e desejos são ignorados, resultando em uma desconexão com sua própria sexualidade. A experiência de ter seu corpo manipulado sem sua permissão pode reduzir sua confiança em si mesma, afetando sua relação com a própria sexualidade e intimidade (Toledo; Janólio, 2020).

No campo emocional, a violência obstétrica pode desencadear uma série de problemas, como o desenvolvimento de transtornos de ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e distúrbios relacionados à imagem corporal. Para Muniz e Barbosa (2012), muitas mulheres se sentem desamparadas, vulneráveis e desconectadas de sua feminilidade e sensualidade após a experiência traumática do parto. A sexualidade, que deveria ser algo ligado ao prazer e à conexão, torna-se uma área de medo, vergonha e insegurança, dificultando a reconstrução da confiança e do prazer sexual.

A recuperação emocional e sexual após a violência obstétrica pode ser um processo longo e desafiador. É essencial que as mulheres recebam apoio psicológico e físico para superar as cicatrizes deixadas pela experiência, resgatando sua autonomia e reconectando-se com sua sexualidade de maneira positiva e saudável. Além disso, é fundamental que a sociedade e o sistema de saúde reconheçam e combatam a violência obstétrica, proporcionando um atendimento humanizado e respeitoso que preserve a dignidade, a saúde e a autonomia da mulher.

6 CAPÍTULO 5: ANÁLISE DOS RELATOS COM BASE NAS EXPERIÊNCIAS DE MULHERES À LUZ DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DE GÊNERO

A maternidade, certamente, é uma jornada multifacetada e profundamente pessoal. Cada mulher vive essa experiência de maneira única, com suas próprias histórias, desafios e alegrias. Mães solo, mães que conciliam carreiras e família, mães adotivas, mães de diferentes orientações sexuais e identidades de gênero, todas têm suas próprias trajetórias e formas de viver a maternidade.

As diversas vivências culturais ajudam a desconstruir estereótipos e a ampliar a definição do que significa ser mãe. Ao reconhecer e valorizar essas diferentes realidades, podemos conseguir apoiar e celebrar a maternidade em suas muitas formas, promovendo uma compreensão mais inclusiva e respeitosa das experiências maternas. Cada experiência traz consigo um conjunto único de desafios e conquistas, e todas merecem ser reconhecidas e respeitadas (Badinter, 1986).

Diante da multiplicidade de representações e das diversas formas de vivenciar a maternidade, Gutman (2007) é urgente em criar um espaço para reflexão e diálogo. É necessário questionar os estereótipos e as expectativas irrealistas impostas às mulheres, promovendo o reconhecimento da individualidade e da importância do autocuidado.

Ao valorizar as diferentes experiências maternas, podemos construir uma sociedade mais justa e inclusiva, onde todas as mulheres se sintam acolhidas, respeitadas e empoderadas para exercer sua maternidade de forma plena e autêntica. A maternidade não define a totalidade da identidade de uma mulher, sendo apenas um dos diversos aspectos de sua vida. É essencial que as mulheres tenham acesso a apoio social e políticas públicas que favoreçam a conciliação entre vida profissional e maternidade (Badinter, 1986).

A pesquisa se insere em um contexto mais amplo de estudos sobre violência e gênero, buscando compreender como a análise das falas de mulheres contando suas experiências nos períodos de gravidez e parto pode contribuir para a reflexão sobre questões de identidade, poder e representação.

A justificativa para este estudo reside na importância de dar voz às mulheres e de compreender suas experiências sob uma perspectiva qualitativa, aprofundando o conhecimento sobre o tema e ampliando as possibilidades de diálogo e reflexão sobre as questões de gênero e violência na sociedade contemporânea.

A pesquisa analisou as experiências de violência vivenciadas por essas mulheres durante a gestação e o parto, período que deveria ser caracterizado pelo cuidado, respeito e suporte

adequado, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto das instituições hospitalares, mas foi marcado por dor e sofrimento.

A violência, especificamente a obstétrica, deixa marcas profundas durante e depois da maternidade, tanto físicas quanto emocionais, que impactam não apenas a experiência, como também a percepção da mulher como provedora de uma vida, a enxergar e sentir seu próprio corpo e sua sexualidade (Guimarães; Jonas; Amaral, 2018).

A experiência aborda um tema delicado e fundamental que reflete sobre o impacto da violência obstétrica na vida das mulheres. A maternidade, frequentemente retratada como um período de alegria e realização, pode se transformar em uma experiência de sofrimento para aquelas que enfrentam procedimentos violentos e desumanos durante a gestação e o parto.

A identificação das informantes foi apresentada no Capítulo 1 desta tese, no Quadro 1, divididas por grupos. Os critérios para esse agrupamento foram a proximidade da moradia; se se conheciam há um tempo (algumas eram mais íntimas, outras foram colegas de escola, vizinhas); as questões de escolaridade, renda e classe.

O atendimento a esses critérios resultou na divisão das informantes em três grupos: Tulipas, Rosas e Lírios. As mulheres que compuseram o grupo das Tulipas tinham um perfil de participantes com planos de saúde mais populares, outras que sempre se trataram pelo SUS, com escolaridade de primeiro a terceiro graus. O tema para elas acontecia pontualmente, não era uma realidade cotidiana; elas conheciam o tema, mas com essa nuance de algo pontual. No grupo dos Lírios as mulheres tinham plano de saúde, com formação profissional, famílias com pais formados, ou seja, cercadas de boa assistência médica de um plano mais completo. O tema para elas não é desconhecido.

Em contrapartida, as mulheres que compuseram o grupo das Rosas possuíam baixa escolaridade. A ocupação laboral mais frequente era como costureira, lavadeira, estudante, esteticista e operadora de caixa, ocupando cargos no serviço público por indicação. Duas delas se identificaram como líderes comunitárias, sentiam-se sem proteção, à mercê do acaso. O tema para elas era algo, também pontual; elas tinham conhecimento quando eram noticiados casos extremos nos meios de comunicação. Um erro médico, para elas, era algo natural, é a vida.

A escolaridade das participantes do grupo das Rosas vai desde o Ensino Fundamental incompleto até o Ensino Superior incompleto, com maior predominância do Ensino Médio completo. A maioria das entrevistadas apresentou renda pessoal negativa, embora também tenham sido mencionadas rendas de menos de um salário-mínimo, um salário-mínimo, entre um e dois salários-mínimos e até dois salários-mínimos. O número de gestações nesse grupo foi entre uma e sete, enquanto o número de partos oscilou entre um e quatro, com abortos. O

número de filhos vivos varia de um a quatro, com a maioria das participantes tendo um filho vivo.

Quanto às mulheres do grupo Lírios, são de classe social e econômica média e alta, formaram família muito cedo, casaram-se bem jovens, algumas, ainda no fim do segundo grau, mas se formaram em universidades públicas, tendo vários tipos de profissões. Vieram de famílias estruturadas com pai e mãe casados, estudaram em colégios de classe média alta, algumas no Central (colégio público), mas que na época era considerado um dos melhores na cidade. Estão atualmente com mais de sessenta anos, a maioria já é avó. Quando pariram, tinham entre vinte a trinta anos, nos meados da década de 1980.

As experiências aqui relatadas pelas mulheres sobre o tratamento no período de gravidez e parto precisam ter escuta ativa para cada palavra dita, no intuito de que os contextos sociais sejam compreendidos nas suas mais variadas nuances, para se saber identificar os símbolos.

6.1 Categorias que identificam atos de violência obstétrica e violência de gênero

As categorias analíticas foram construídas a partir do tema central, dos objetivos geral e específicos e das hipóteses que orientam esta tese. O propósito foi aprofundar a compreensão da relação entre os atos praticados por profissionais de saúde durante procedimentos técnicos no acompanhamento das gestações e partos das mulheres entrevistadas – identificados como expressões de violência obstétrica – e a forma como esses atos são percebidos e nomeados por elas como violências motivadas por sua condição de gênero. Tratou-se, portanto, de buscar evidenciar como práticas institucionalizadas, muitas vezes naturalizadas no campo biomédico, reproduzem lógicas de dominação sobre os corpos femininos e se inscrevem em um *continuum* de violências marcadas pelo sexismo estrutural, quais sejam:

Desigualdade na Assistência à Saúde (DAS) - mulheres em situação de vulnerabilidade social, étnica ou racial são mais suscetíveis a sofrerem violência obstétrica, evidenciando as desigualdades de gênero, racial e classe social dentro dos serviços de saúde;

Desrespeito à Autonomia da Mulher (DAM) - o tratamento que desconsidera a vontade da mulher, impondo intervenções médicas sem o consentimento ou de forma autoritária. A mulher é tratada como um corpo a ser manipulado sem ser ouvida ou consultada sobre as suas preferências;

Desqualificação e Desvalorização da Mulher (DDM) - atitudes desrespeitosas e humilhantes, como desmerecimento da dor e da experiência da mulher durante o parto,

tratamento agressivo ou até xingamentos. Isso reflete uma perspectiva sexista que minimiza a experiência feminina;

Tratamento Desumanizante e Objetificação do Corpo Feminino (TDOCF) - o corpo da mulher é visto como um objeto de intervenção, e não como sujeito de direitos. Intervenções como episiotomia desnecessária, toque vaginal de vários profissionais sem o consentimento das mulheres, realização de cesarianas sem indicação médica, são realizadas em corpos tratados sem respeito e dignidade;

Normatização da Maternidade (NM) - a pressão social para que as mulheres sigam determinados padrões de comportamento durante o parto, métodos dolorosos desnecessários, apontam para uma forma de controle e imposição de padrões de gênero. Reforça-se a ideia de que a mulher deve se comportar de uma maneira específica durante a maternidade, sem considerar suas necessidades ou desejos; e

Violências que causam danos emocionais e físicos que afetam a sexualidade da mulher (VS) - as falas que são ditas durante o parto com relação à anatomia da vagina da mulher, dos seios, do físico, mais o corte do períneo que dilacera os nervos responsáveis pelo prazer da penetração causam danos, às vezes, irreparáveis à sexualidade da mulher.

A partir das falas das participantes, é possível identificar que tais práticas, muitas vezes legitimadas pelo discurso técnico-científico, inscrevem-se em um regime de controle sobre os corpos femininos, sustentado por uma lógica patriarcal que historicamente define a sexualidade e a reprodução como territórios de dominação. Dialogando com Segato (2013), entende-se que essas violências não se restringem à dimensão individual, mas constituem mensagens dirigidas ao coletivo feminino, reafirmando um mandato de gênero. Nesse sentido, evocando Federici (2019, p. 45), a violência obstétrica pode ser compreendida como “uma forma contemporânea de cercamento dos corpos das mulheres, no qual o saber biomédico atua como instrumento de disciplina e expropriação da autonomia reprodutiva”.

6.2 Desigualdade na Assistência à Saúde (DAS)

A violência obstétrica é um fenômeno que atinge mulheres de diferentes perfis sociais, mas sua ocorrência e intensidade revelam fortes marcadores de desigualdade, entre os quais os recortes racial e de classe se destacam de forma contundente. Mulheres negras – especialmente aquelas em situação de pobreza e que vivem nas periferias urbanas – estão entre as principais vítimas desse tipo de violência, sofrendo não apenas com práticas desumanas e negligentes

durante o parto, mas também com a negação de sua dor, de sua autonomia e de seus direitos reprodutivos.

Essa realidade é resultado de um racismo estrutural aliado às desigualdades de classe que permeiam o sistema de saúde brasileiro. Desde o período escravocrata, os corpos negros e pobres foram historicamente objetificados, considerados mais resistentes à dor e menos merecedores de cuidado e dignidade. Essas ideias, ainda hoje presentes no imaginário social e institucional, influenciam a forma como profissionais da saúde lidam com mulheres negras e pobres durante o parto e o puerpério.

Estudos e relatos apontam que mulheres negras e de baixa renda têm maior probabilidade de serem tocadas sem consentimento, de terem seus pedidos de analgesia ignorados, de passarem por procedimentos invasivos sem explicações adequadas e de serem responsabilizadas por intercorrências no parto. Além disso, enfrentam maior risco de mortalidade materna, o que revela não apenas a violência simbólica e física, mas também a negligência institucional.

A interseção entre raça e classe faz com que essas mulheres, em sua maioria atendidas no sistema público de saúde, enfrentem condições precárias de infraestrutura hospitalar, longas esperas por atendimento e uma assistência muitas vezes marcada pela pressa, indiferença ou agressividade. Já mulheres brancas e de classe média ou alta que têm acesso ao sistema privado, embora também possam vivenciar formas de violência obstétrica, tendem a ter mais recursos para reconhecer, denunciar e buscar reparação para essas situações.

Outro aspecto importante é o silenciamento dessas experiências. Muitas mulheres negras e pobres não reconhecem imediatamente que foram vítimas de violência obstétrica, justamente porque o tratamento desrespeitoso que recebem é naturalizado e reproduzido há gerações. A falta de acolhimento e a escassez de canais de denúncia eficazes também contribuem para a invisibilização desse problema.

Combater a violência obstétrica com recortes de raça e classe exige políticas públicas específicas; formação antirracista e anticapacitista de profissionais da saúde; escuta ativa das mulheres negras e periféricas; valorização de suas experiências. É fundamental que o cuidado obstétrico seja atravessado por uma perspectiva interseccional, que reconheça como raça, gênero, classe e renda se entrelaçam na produção das violências e na exclusão do acesso a um parto digno e respeitoso.

Historicamente, os corpos negros foram construídos socialmente como resistentes à dor e disponíveis à exploração – heranças do período escravocrata que ainda hoje reverberam no imaginário médico e social (Davis, 2016). Essa construção sustenta a ideia de que mulheres

negras precisam de menos cuidado, têm maior tolerância à dor e devem ser mais controladas durante o parto. Soma-se a isso o acesso desigual aos serviços de saúde: mulheres pobres e periféricas dependem majoritariamente do SUS, onde enfrentam não apenas a precarização da assistência, mas também práticas discriminatórias (Leal et al., 2017).

Relatos de mulheres negras e periféricas mostram que é comum serem submetidas a intervenções sem consentimento, terem suas queixas minimizadas ou ignoradas, e serem alvo de comentários racistas ou moralistas por parte de profissionais de saúde (Almeida, 2019). Tais práticas, além de configurarem violência obstétrica, são também expressões do racismo estrutural e da lógica de controle dos corpos femininos, sobretudo dos corpos racializados.

6.2.1 Relatos de experiências de mulheres que sofreram racismo e violência obstétrica

A experiência de Rosa Vermelha e Rosa Rosa, mãe e filha, em décadas diferentes apresenta uma repetição de atos no atendimento: Rosa Vermelha - 1993 “‘Vamos para a Maternidade Escola!’ ‘Eu falei, né, tá em greve’. Aí o vizinho disse: ‘Mas pode ser que lá aceite’. A Maternidade Escola estava em greve, né? Voltei para a primeira maternidade e fiquei horas em trabalho de parto, sem assistência profissional. Quase perdi minha filha, que nasceu roxa” (informação verbal).

Depoimento de Rosa Rosa:

[...] fui às maternidades que pude, e a última aí pediu para eu voltar para casa ou procurar outra maternidade, que lá tava lotada né, tava cheia. Aí, como estava lotado e eu não conhecia outras maternidades, porque meus outros três eu tive lá, aí eu gostaria de ter lá, que eu já conhecia, né? Foi quando lembrei de minha mãe e fui na maternidade que me teve. Ela não estava comigo, tava trabalhando. Fui com meu companheiro. Lá me aceitaram, fui atendida, mas não informaram nada, fiquei sentindo dor, pedi anestesia, e nem olharam para mim. Ao fim de doze horas tive meu bebê, não sei como [...] (informação verbal).

Já nos depoimentos de Rosa Vermelha e Rosa Rosa, o acompanhamento do pré-natal foi feito pelo SUS. Elas disseram que foram examinadas, tiveram a barriga e a pressão medidas, que não foram pedidos exames de sangue. Foram informadas de que, quando chegasse a hora do parto, se dirigissem à emergência de qualquer hospital que tivesse maternidade ou a uma maternidade propriamente dita. Durante o período da gravidez, não foram acompanhadas em todos os meses da gestação.

No caso de Rosa Rosa, na metade do tempo de gravidez ela resolveu fazer um plano de saúde popular, com o propósito de acompanhar o crescimento da criança e ter um hospital certo para onde ir quando fosse hora de parir. Disse que viu uma grande diferença no tratamento pelos profissionais de saúde do sistema público para o sistema privado no que tange às respostas dadas às informações que ela pedia e, por exemplo, na escolha do tipo de parto que desejava. No momento do parto, a médica que a atendeu não foi a mesma que a acompanhou no pré-natal, o que a fez se sentir abandonada, sem forças e maltratada, apesar de ter um plano.

As três experiências aqui relatadas denotam que as diferenças dos tratamentos dispensados pelos profissionais de saúde às mulheres no sistema público como no privado não são díspares ou antagônicas, mas possuem muitas semelhanças. Fica evidente que a desqualificação, a falta de atenção, o descaso mesmo quando a mulher vem de uma classe social vulnerável parece ser mais acintoso, em um volume maior, com mais dor e sofrimento.

Quando abordamos o tema da desigualdade social, geralmente nos referimos a cenários que envolvem algum nível de injustiça. Ou seja, trata-se de diferenças injustas por pertencerem a características sociais que sistematicamente colocam determinados grupos em situação de vulnerabilidade, sem acesso aos sistemas de saúde vigentes e nas mesmas condições para todos os cidadãos. O debate sobre as desigualdades sociais em saúde trouxe a questão do direito à saúde para o centro de discussão de políticas em escala global. As populações atribuem graus variados de importância ao direito à saúde com direito humano fundamental. Não é diferente no Brasil; ao contrário, a igualdade das condições para acesso à saúde está garantida, embora as diversas formas desse acesso sejam bem diferentes para as classes sociais (Barata, 2009).

A desigualdade no acesso à saúde no Brasil é um reflexo direto das disparidades socioeconômicas que historicamente estruturaram o país. A Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde é um direito universal e um dever do Estado, consolidando o SUS como modelo para garantir o atendimento a todos os cidadãos, independentemente de sua condição financeira. Contudo, na prática, o acesso aos serviços de saúde tem um profundo fosso entre as classes sociais mais abastadas e as vulneráveis.

As classes sociais mais favorecidas, que têm maior renda, frequentemente utilizam serviços de saúde privados, garantindo acesso a diagnósticos rápidos, tratamentos mais modernos e atendimento de qualidade superior. Esses serviços geralmente possuem melhores condições estruturais e menor tempo de espera. Em contrapartida, a população de baixa renda, que depende majoritariamente do SUS, enfrenta filas extensas, falta de medicamentos, escassez de profissionais e infraestrutura precária. Outro ponto relevante é o impacto das condições de vida na saúde. A falta de saneamento básico, as habitações precárias e a alimentação deficiente,

problemas mais frequentes nas camadas de menor renda, aumentam a vulnerabilidade a doenças. Isso resulta em uma demanda maior por serviços de saúde (Carvalho, 2013).

A desigualdade no acesso à saúde também reflete questões estruturais para Chauí (2011), como o racismo e a desigualdade de gênero, que afetam especialmente mulheres, negros e povos indígenas. Esses grupos enfrentam barreiras adicionais para acessar serviços de qualidade, o que perpetua ciclos repetitivos de desigualdade social.

As experiências do grupo das mulheres mais velhas nas falas aparentam terem passado pelos períodos de gravidez e parto, sem nenhuma intercorrência que lhes incomodassem especialmente as Lírio Branco e Lilás.

O pré-natal da Lírio Branco, segundo seu depoimento, foi tranquilo. Ela ia às consultas às vezes acompanhada pelo marido, outras vezes com a mãe. Naquela época, surgiu o ultrassom, uma ferramenta nova que surgiu no mercado, mas as imagens eram incipientes. Poucos médicos tinham o conhecimento e o aparelho nas clínicas. Assim, era com a experiência do médico ginecologista, fazendo anamnese, que se acompanhava a gravidez. O médico perguntou se queria parto normal ou cesárea, aconselhando-a a fazer cesárea.

Segundo Lírio Branco, na época era “moda” fazer cesárea, porque as informações era de que as dores do parto eram insuportáveis, podendo ocorrer problemas que ocasionariam a morte da mãe ou da criança.

Lírio Lilás ficou grávida no mesmo período de Lírio Branco. As duas trocaram e conversaram muito sobre as experiências da gravidez e parto. O pré-natal de Lírio Lilás foi mais “corrido”. Ela trabalhava, e o marido fora enviado para outro estado pela empresa onde trabalhava. Ela fez todo o pré-natal praticamente sozinha, apenas uma vez sua mãe foi com ela. Durante o acompanhamento, não foi informada sobre os tipos de partos, nem sobre anestésias, ou qualquer outra informação relevante para o momento do parto. Foi dito somente que a criança estava bem, com crescimento normal e que sua saúde não inspirava maiores cuidados.

Os depoimentos demonstram certa tranquilidade na exposição dos fatos, bem como segurança ao abordar as questões iniciais. Entretanto, ao aprofundar as perguntas e explorar os critérios estabelecidos no **DAS**, observei sinais de desconforto nas falas. Esse incômodo ficou evidente em trechos como: "Eram médicos ótimos e o tratamento melhor ainda. Ambas as informantes afirmaram que nossos planos de saúde nos permitiram ir para o melhor hospital" (Lírio Lilás). Essa declaração revela a garantia e a certeza de que seriam bem tratadas devido à condição social e ao acesso a recursos de qualidade. A percepção de segurança, portanto, está diretamente relacionada ao privilégio proporcionado por planos de saúde que possibilitam acesso às melhores instituições.

Relatos distintos foram compartilhados por Rosa Amarela e Rosa Branca sobre suas experiências no pré-natal. Ambas, com idades similares, acima de 45 anos, enfrentaram situações desafiadoras ao buscarem atendimento nos postos de saúde. Nunca eram atendidas pelos mesmos médicos ou médicas, que frequentemente informavam que não seriam os responsáveis por realizar os partos. Além disso, não havia vagas disponíveis durante quase cinco meses. O acompanhamento foi inadequado, e as gestantes chegaram a receber a recomendação de buscar vagas antecipadamente nos hospitais públicos para evitar o constrangimento de peregrinar de hospital em hospital devido à ausência de regulação no sistema.

As diferenças nesses depoimentos são significativamente mais amplas em comparação com as anteriores. O encadeamento dos fatos nos procedimentos pré-natais evidencia a falta de assistência às mulheres que realizaram seus atendimentos em instituições públicas. Primeiramente, isso reflete que as mulheres atendidas no sistema público enfrentaram condições extremamente precárias, sem o cuidado mínimo exigido pelo Estado.

A ausência de informações claras sobre o crescimento do feto e a suplementação de vitaminas necessárias ao bem-estar do bebê geravam ainda mais incertezas. Além disso, a falta de garantia de que seriam acompanhadas pelos mesmos profissionais no momento do parto reforçava uma sequência de negligências e a ausência total de assistência.

As falas refletem o contexto do modelo de atendimento praticado na saúde pública no Brasil. Nesse cenário, a desigualdade social é um fator determinante que agrava as dificuldades de acesso a serviços públicos, especialmente para as populações economicamente mais vulneráveis. Essa realidade evidencia a ineficácia e a falta de eficiência no atendimento às demandas básicas de saúde dessa parcela da população.

Podemos identificar atos de violência obstétrica conjuntamente com violência de gênero, especificamente violência emocional, nas referências descritas no item 4.0 letras a e b acima, assim apontadas: negligência no atendimento, descaso, desqualificação e falta de informação.

6.3 Desrespeito à Autonomia da Mulher (DAM)

Qualquer tratamento que desconsidera a vontade da mulher na gravidez e parto, sem perigo à saúde, para impor intervenções médicas sem o consentimento ou de forma autoritária é uma violência. A mulher é tratada como um corpo a ser manipulado sem ser ouvida ou consultada sobre suas preferências.

O progresso da medicina, com o desenvolvimento de novas técnicas, procedimentos e medicamentos, transformou significativamente o cuidado com a gravidez e o parto. Inicialmente, muitas mulheres e seus parceiros resistiram à ideia de serem atendidos em hospitais, evidenciando um conflito social relacionado ao papel da mulher na sociedade. Contudo, essa resistência diminuiu rapidamente, impulsionada por um discurso convincente que prometia diminuir a mortalidade materna e infantil, além de oferecer alívio para as intensas dores do parto (Rezende, 1987).

A medicalização de processos naturais, como o parto, transformou profundamente a maneira como a sociedade enxerga a medicina e, conseqüentemente, tudo o que envolve o tratamento do corpo humano. Atualmente, quase não há espaço para outras abordagens sobre a saúde; a medicina e os medicamentos alopáticos, produzidos pela indústria farmacêutica, são considerados essenciais para o prolongamento da vida (Foucault, 2008).

Para Carneiro (2013), as outras formas de cuidado e assistência ao parto são frequentemente denominadas como “alternativas” e, durante muito tempo, foram vistas como secundárias, lúdicas ou associadas a estereótipos como “hippies”. No entanto, essas práticas, que incluem o parto natural realizado por parteiras e doulas, sem o uso de analgesia e respeitando o tempo necessário para a dilatação e o ciclo natural do nascimento, têm gradualmente retomado espaço. Essa valorização recente reflete uma busca por métodos mais humanizados, permitindo que o nascimento ocorra no tempo da criança, de forma mais conectada e respeitosa ao corpo da mulher.

As práticas consideradas alternativas só podem ser realizadas por médicos ou enfermeiras devidamente autorizadas. O ato médico flexibilizou parcialmente a prática em casos de partos domiciliares ou realizados em casas de parto. Contudo, a grande maioria das intervenções relacionadas ao corpo da mulher permanece restrita aos médicos formados em universidades reconhecidas pelo Ministério da Educação.

Neste contexto, em que momento a mulher é considerada como parte importante a ser ouvida e tratada de acordo com suas expectativas e vontades? Por exemplo, Tulipa Vermelha, no primeiro encontro com o médico que ia fazer seu parto, expressou sua vontade em ter um parto natural:

[...] envolvidos: fui acompanhada por um médico obstetra (sexo masculino), fui encaminhada pela médica ginecologista que me acompanhava, que não era obstetra. Desde a primeira consulta, em que fui com minha mãe e minha avó, informei a ele que desejava parto natural (sem analgesia) - por medo de agulhas. Ele demonstrou acolher as minhas intenções e nada falou. Fui muito

bem tratada por ele, sempre muito solícito. Passou seu telefone pessoal para qualquer necessidade [...]. (Relato de Tulipa Vermelha)

Uma das questões frequentemente destacadas por autores que abordam a temática da violência, em especial a violência obstétrica, como Belli (2013), violência em corpos, como Foucault (2023), e em corpos femininos, como Lerner (2019), é a naturalização de ações que causam dor, tratadas como procedimentos técnicos indispensáveis à prática médica. Essas ações, reproduzidas por profissionais de qualquer gênero, parecem refletir um treinamento que desumaniza o indivíduo, reduzindo-o a um conjunto de partes do corpo manipuladas de acordo com ensinamentos técnicos adquiridos na formação acadêmica: a medicalização (Illich, 1975).

Os atos daquela enfermeira, no caso de Tulipa Vermelha, demonstram, exatamente, esse tipo de comportamento: a repetição robótica de procedimentos no corpo da parturiente, sem observar o lado psicoemocional e sem levar em conta as consequências físicas e emocionais mais graves que poderiam ter tido a mãe e a criança. Ainda bem que a criança não teve sequelas neurológicas permanentes, conforme está descrito no depoimento de Tulipa Vermelha. Sua filha cresceu e já tem 20 anos de idade.

Sobre o período de gravidez, Rosa Amarela disse que a escolha do tipo de parto não foi dela. O médico ponderou que, por se tratar de sua primeira gestação e considerando sua idade de 38 anos, um fator relevante, recomendou uma cesárea. A justificativa foi que esse procedimento permitiria um melhor controle em caso de intercorrências, especialmente porque ela havia desenvolvido hipertensão durante a gestação.

Assim aconteceu no dia agendado para a realização do parto: “Fui preocupada para a realização do parto. Escolhi o dia, não esperei as contrações normais. Não gostei de terem feito de novo tricotomia, uma vez que já tinha feito em casa. Me senti invadida” (informação verbal).

A noção de medicalização e o conceito de *habitus* de Pierre Bourdieu (2009) são fundamentais para compreender as dinâmicas de poder e controle no campo da saúde, especialmente quando analisamos fenômenos como a violência obstétrica e seus desdobramentos na sexualidade das mulheres.

A medicalização refere-se ao processo pelo qual aspectos da vida cotidiana, anteriormente compreendidos como naturais ou pertencentes a outras esferas (social, cultural ou espiritual), passam a ser interpretados, categorizados e tratados como questões médicas. Este fenômeno não apenas redefine problemas humanos como patologias, mas também posiciona o saber biomédico como autoridade legítima para regular corpos e comportamentos (Foucault, 2008).

No contexto da saúde reprodutiva, a medicalização do parto é um exemplo emblemático. O parto, historicamente um evento familiar e comunitário, foi progressivamente deslocado para o ambiente hospitalar, onde intervenções médicas (como cesáreas, episiotomias e uso de medicamentos para indução ou aceleração do trabalho de parto) são frequentemente realizadas, muitas vezes sem justificativa clínica robusta ou consentimento pleno da mulher. Essa prática reforça a subordinação dos corpos femininos ao controle técnico-científico e reproduz relações de poder assimétricas entre profissionais de saúde e pacientes (Foucault, 2008).

O conceito de *habitus*, central na obra de Pierre Bourdieu, refere-se ao conjunto de disposições internalizadas que orientam práticas, percepções e julgamentos de um indivíduo. Essas disposições são adquiridas ao longo da vida, especialmente nas primeiras socializações, e refletem as estruturas sociais nas quais o indivíduo está inserido.

O *habitus*, portanto, opera como um mediador entre as estruturas sociais objetivas e as práticas subjetivas. No campo da saúde, o *habitus* das mulheres e dos profissionais de saúde influencia diretamente as interações e decisões durante o atendimento médico. Por exemplo: mulheres podem internalizar normas culturais que as levam a aceitar intervenções médicas como necessárias, mesmo quando desnecessárias, devido à crença na autoridade absoluta da biomedicina; profissionais de saúde, por sua vez, podem reproduzir práticas medicalizadas baseadas em um *habitus* que privilegia intervenções técnicas sobre abordagens humanizadas.

Tal interação evidencia como o *habitus* contribui para a reprodução das desigualdades e formas de dominação no campo médico, perpetuando, por exemplo, a violência obstétrica como uma prática naturalizada.

A medicalização molda e é moldada pelo *habitus*, reforçando padrões de controle sobre os corpos femininos. Mulheres podem, por meio do *habitus*, naturalizar práticas que violam sua autonomia, enquanto os profissionais, imersos em um *habitus* biomédico, justificam essas práticas como científicas ou necessárias. O entendimento dessas dinâmicas é crucial para desconstruir práticas de violência obstétrica e promover um modelo de saúde mais humanizado, que respeite a singularidade e a autonomia das mulheres (Bourdieu, 2001).

A forma habitual com que os procedimentos são realizados tanto no atendimento nos pré-natais quanto nos partos vai se revelando ao longo da exposição dos relatos, como comprova o depoimento de Tulipa Rosa. Para ela, “o pré-natal foi tranquilo”. Ela foi examinada, fazia ultrassom e anamnese, escolheu o parto tipo cesárea, para ela o caminho mais tranquilo e natural. Pode-se perceber que não disse nada sobre possíveis orientações do profissional de saúde, o motivo por querer cesárea – se queria, deveria ter conhecimento sobre as implicações

do que poderia acontecer. Durante os exames não foi destratada, foi informada que o companheiro poderia ir à sala de parto.

Na sala de parto, ela disse:

[...] foi aplicada a anestesia peridural. Reclamei que o hospital não autorizou filmarem, e gostaria de tirar fotos. Meu marido estava na sala, não via nada do que acontecia atrás do pano que colocaram em frente, até sentir um como se fosse um peso em cima de minha barriga. Alguém estava em cima, fato que foi verbalizado pelo marido, e ouvi o médico dizer que a criança estava muito em cima, que precisava descer. Neste momento fiquei agoniada. (informação verbal)

Diante desta fala, foi-lhe perguntado se o médico do pré-natal e o que estava atendendo haviam explicado ou aconselhado esperar as contrações. Ela disse que não, que ela poderia escolher a data e fazer à cesárea. A criança nasceu com intercorrência, engoliu líquido amniótico e foi para a UTI.

Pelo critério de análise do DAM, ao escrutinar o conteúdo, as informantes citadas acima sofreram violência obstétrica e violência de gênero: por não terem sido informadas sobre os problemas que poderiam vir a ocorrer; escolher o dia sem esperar as contrações, ou seja, a criança encaixar; a montada do médico em cima da barriga dela para que a criança encaixasse; por não terem direito a questionar, escolher, serem consultadas, e principalmente respeitadas como seres, e não corpos a serem manipulados. Tulipa Rosa relatou não reconhecer atos como a subida do médico na barriga para forçar a descida da criança como fora do comum; ao contrário, para ela tais procedimentos são normais para a realização de partos.

A violação da autonomia das mulheres durante o parto é uma questão central no debate sobre violência obstétrica e de gênero. Esse tipo de violência reflete desigualdades estruturais, reforçadas por normas patriarcais e sistemas de saúde que frequentemente desconsideram a voz e os direitos das mulheres em momentos críticos como o nascimento de seus filhos (Gotardo, 2018).

O desrespeito, segundo Foucault (2008), à autonomia está enraizado em uma cultura médica hierarquizada, na qual o profissional de saúde é frequentemente visto como a única autoridade, enquanto a mulher é reduzida a uma receptora passiva de cuidados. Segundo a OMS (2015), “nenhuma mulher deve sofrer tratamento desrespeitoso ou abusivo durante o parto”; garantir que as mulheres sejam ouvidas e respeitadas é fundamental para a promoção de direitos humanos no contexto do nascimento.

Falta de respeito à autonomia no parto tem consequências profundas para a saúde física e psicológica das mulheres. As mulheres que vivenciam violência obstétrica têm maior probabilidade de desenvolver transtornos como depressão pós-parto, estresse pós-traumático e dificuldades na vivência da sexualidade após o nascimento. Essas consequências são agravadas pela sensação de impotência e desumanização que muitas mulheres relatam.

6.4 Desqualificação e Desvalorização da Mulher (DDM)

O DDM é definido como atitudes desrespeitosas e humilhantes, como desmerecimento da dor e da experiência da mulher durante o parto, tratamento agressivo ou até xingamentos. Isso reflete uma perspectiva sexista que minimiza a experiência feminina.

Ao longo da história das sociedades, os filhos foram frequentemente vistos como uma garantia para a continuidade das comunidades, do poder e da posse de terras. No entanto, a maternidade e o cuidado materno não eram considerados fatores primordiais, uma vez que a relevância dos descendentes estava mais ligada à preservação das famílias e de seus patrimônios. A criação e a educação das crianças, em especial das meninas, quase sempre ocupavam um lugar secundário ou terciário na hierarquia de prioridades (Federici, 2019).

Existiram períodos na história em que as mulheres eram consideradas importantes no meio social para a composição das forças bélicas das tribos. Por exemplo, na Grécia Antiga, a casa da mulher grávida era considerada um lugar de asilo inviolável, um santuário sagrado onde até os criminosos encontravam abrigo. Entre os romanos, à porta das suas moradas, as grávidas suspendiam grinaldas ou folhas de louro para evitar visitas incômodas, ficando as suas casas interdadas aos próprios oficiais de justiça e credores (Badinter, 1985).

A Idade Média, período que se estendeu por cerca de quinze séculos, foi particularmente o período da história do mundo ocidental que mais penalizou a mulher e a maternidade, transformando esta em um peso muito grande (Federici, 2019).

Desde os primórdios das sociedades patriarcais, o corpo feminino e a maternidade foram controlados por sistemas de poder, como religiões, políticas e práticas médicas. A maternidade foi reduzida a uma obrigação social e biológica, desvalorizando a autonomia da mulher sobre o seu próprio corpo. Essa visão histórica ainda influencia as práticas contemporâneas, onde a mulher é muitas vezes vista como um "meio" para a reprodução e não como uma pessoa autônoma com liberdade e digna de direitos (Alambert, 2004).

Mulheres de diferentes classes sociais, raças e orientações sexuais enfrentam o sexismo de formas variadas e, muitas vezes, mais intensas. Mulheres negras, indígenas e periféricas, por

exemplo, frequentemente experimentam formas ainda mais brutais de violência e desrespeito devido à intersecção entre sexismo, racismo e desigualdade (hooks, 2013).

Para Leal et al. (2014), a naturalização de comportamentos sexistas no cotidiano legitima práticas desrespeitosas e abusivas, inclusive na área da saúde. No contexto obstétrico, muitas mulheres são tratadas de forma desumanizada, com seus relatos de dor e desconforto minimizados ou ignorados. A violência obstétrica, que inclui comentários depreciativos, intervenções desnecessárias e a falta de informação ou consentimento, é uma manifestação explícita dessa dinâmica.

A saúde, como um campo institucionalizado, reflete e reproduz desigualdades de gênero. No contexto da obstetrícia, há uma autoridade médica que muitas vezes coloca a autoridade profissional acima das necessidades e vontades da mulher. A falta de treinamento em empatia e comunicação nos serviços de saúde contribui para a perpetuação do tratamento sexista.

Para Belli (2013), a violência contra a mulher, incluindo a violência obstétrica, muitas vezes é normalizada, sendo tratada como um "mal necessário" ou como parte do processo de maternidade. Essa falta de reconhecimento impede a criação de políticas públicas eficazes e perpetua um desrespeito contínuo às mulheres e à maternidade. A persistência de um tratamento sexista, que se configura como uma violência de gênero, tem raízes históricas, culturais e estruturais profundas. Mesmo com avanços legais e sociais, essas práticas persistem devido a fatores que se entrelaçam e perpetuam uma lógica de desigualdade e opressão.

6.4.1 Relatos das experiências e confirmação do critério

A experiência da gravidez e do parto da informante Rosa Amarela é o reflexo das vivências sexistas e com violência, seja nos procedimentos médicos, seja no comportamento dos acompanhantes (pai da criança, por exemplo).

O relato aconteceu em uma primeira entrevista em particular que fiz com a informante, já que ela é tímida com estranhos. Para ela poder ficar mais confortável, comecei conversando sobre o bairro, o trabalho dela, do que ela gostava. Eu disse que já tinha entrevistado mais mulheres, repeti que sua privacidade seria preservada, que seu nome e o de sua família não seriam mencionados.

Quando percebi que ela estava mais à vontade, iniciei a entrevista. Pedi que se acalmasse, ficasse tranquila e falasse da forma que mais apreciava sobre sua experiência. Ela iniciou dizendo isto: “Engravidar do namorado porque queria sair de casa, achava que teria uma

vida melhor ao lado dele, já que ele tinha uma profissão, eletricitista, e era mais velho”. Perguntei se ele sabia que ela queria engravidar, ela disse sim: “Quando soube que estava grávida, fiquei feliz e comuniquei a família que iria morar com ele. A minha mãe não impediu, achou até bom”. Por quê? Ela respondeu que era assim: “Eu não trabalhava na época, estava desempregada, tinha muitos conflitos com meu padrasto, eu também queria sair por causa disso. Fui morar com o pai da criança no início da gravidez. No início foi bom, mas ele ficou ciumento demais. Por isto, não me deixava ir no médico fazer o pré-natal, eu tinha medo. Já no fim da gravidez que a mãe dele convenceu ele a deixar eu fazer os exames, e eu ia com ela. Na hora do parto, quando comecei as dores, a minha bolsa rompeu logo, mas não quis me levar logo para o hospital, só um tempo depois”. Perguntei: Quanto? Ela disse que não lembrava, “mas foi bom tempo, quando chegamos no hospital ainda esperamos um médico vir me examinar. Quando chegou, viu que a bolsa tinha se rompido, eu tive um menino num parto seco”. Eu perguntei o que era isso.

Era sem água da barriga, líquido amniótico, e fui levada correndo para a sala de parto. O pai na ignorância disse que ia também, mulher não ia abrir a pernas sem ele presente. O médico não respondeu, ele entrou junto. A criança já estava coroando, e ele foi pedindo para eu fazer força e assim a criança nasceu, mas rasgou tudo. Foi aí que eu senti uma dor muito grande, como algo cortando minha vagina. A criança nasceu e não chorou. Ele gritou chamando outro médico que veio e pegou meu filho e levou para outra sala. Fiquei lá para tirarem a placenta, e o médico costurar o rasgo lá embaixo. O pai desmaiou, não aguentou ver. Depois fiquei sabendo que foi preciso cortar a vagina. Meu filho ficou com problemas, ele não é normal, assim, tem um retardo mental. Acho que a causa foi porque meu parto foi seco. (Rosa Amarela, 2023, informação verbal)

Perguntei se ela tinha algum diagnóstico sobre a criança, ela disse que só notou mais tarde, que percebeu que havia um problema, que a criança estava com atraso na fala e não andava. Levou o filho ao médico, que diagnosticou atraso na aprendizagem por um retardo mental, cuja causa foi ter ficado sem oxigênio durante o parto.

No final da entrevista, perguntei se ela achava que o parto que ela descreveu podia ter sido melhor. Ela respondeu que sim. Estava com muito medo de morrer, que o corte que recebeu na vagina, até hoje tem vergonha. Segundo ela, ficou esquisita, disse “que não sente muita coisa lá embaixo”.

Diante deste relato, perguntei se ela entendia que foi vítima de violência obstétrica. Ela disse que não tinha ideia, achava que era normal ser tratada daquela forma, que os médicos sabem o que fazem, mas que agora compreendia que não só no primeiro parto ela foi destrutada,

nos outros também. Perguntei se ela achava que era por ser mulher que tudo acontecia assim, com aqueles níveis de violência, respondeu que achava que sim. Na vida dela, desde a infância, teve violência: apanhava da mãe, depois do primeiro marido, e agora, “Graças a Deus”, encontrou a paz com o atual.

Não se observa avanço em direção a um cenário mais humanizado, livre dessas práticas desumanas no momento de trazer novas vidas ao mundo. Desde os primórdios da obstetrícia com o trabalho de Rezende (1987), no início do século XX, as técnicas permanecem praticamente as mesmas. Nem mesmo o Programa de Humanização do Parto, implementado pelo Ministério da Saúde, conseguiu romper com essas práticas arraigadas na forma de condução do parto.

6.5 Tratamento Desumanizante e Objetificação do Corpo Feminino (TDOCF)

Trata-se da percepção do corpo da mulher como um objeto de intervenção, e não como sujeito de direitos. Intervenções como episiotomia desnecessária, toque vaginal de vários profissionais sem o consentimento das mulheres, realização de cesarianas sem indicação médica, corpos tratados sem respeito e dignidade.

6.5.1 A questão da medicalização

A medicalização é um fenômeno que envolve a transformação de questões sociais, comportamentais ou biológicas em problemas médicos, frequentemente tratados por meio de intervenções clínicas, medicamentosas ou tecnológicas. No Brasil, esse processo ganhou destaque nas últimas décadas, especialmente em áreas como saúde mental, infância, envelhecimento e saúde reprodutiva.

Michel Foucault, em suas obras, oferece uma crítica poderosa à medicalização e ao controle dos corpos, incluindo o corpo feminino, no contexto das estruturas de poder modernas. A medicalização, para Foucault (2008), é um processo pelo qual a medicina se torna uma ferramenta de poder, definindo e regulando comportamentos, corpos e subjetividades. No caso do corpo feminino, esse processo se relaciona intimamente com questões de biopoder e disciplina.

6.5.2 Biopoder e controle do corpo feminino

Foucault (2008) introduz o conceito de biopoder para descrever como as instituições modernas, como a medicina, exerce controle sobre os corpos e a vida. No contexto do corpo feminino, o biopoder é evidente na maneira como a medicina define a experiência da maternidade, da sexualidade e do envelhecimento como fenômenos médicos a serem gerenciados. A gestação, por exemplo, passa a ser vista como uma condição que exige constante monitoramento médico, enquanto o parto natural é muitas vezes medicalizado, envolvendo intervenções que nem sempre são necessárias, mas que reforçam a autoridade da medicina sobre o corpo da mulher.

Foucault (2008) também explora o conceito de disciplina, que se refere às práticas de controle que moldam os corpos e os comportamentos individuais. No caso das mulheres, o corpo feminino é disciplinado por normas sociais e médicas que ditam o que é "normal" ou "saudável". A medicalização da menstruação, da menopausa e até mesmo do desejo sexual feminino exemplifica como a medicina desempenha um papel central na construção dessas normas.

Por exemplo, o corpo feminino é frequentemente retratado como mais frágil ou problemático, o que justifica uma maior intervenção médica. Esse controle pode levar à alienação das mulheres em relação aos seus próprios corpos, uma vez que o conhecimento sobre seus processos corporais é transferido para especialistas médicos. Embora Foucault (2008) não trate especificamente da questão do corpo feminino em toda a sua complexidade, suas análises oferecem ferramentas para compreender como as mulheres podem resistir a esses processos.

A crítica feminista, ao dialogar com Foucault, questiona a medicalização excessiva e reivindica a autonomia das mulheres sobre seus corpos. Essa resistência pode incluir a busca por alternativas ao parto hospitalar, a valorização de saberes tradicionais sobre saúde feminina e a luta contra práticas que perpetuam a violência obstétrica.

6.5.3 Conexão com a violência obstétrica

A violência obstétrica é um exemplo claro de como o biopoder e a disciplina se manifestam no contexto da medicalização do corpo feminino. Intervenções desnecessárias, desrespeito às escolhas das mulheres e a objetificação do corpo durante o parto são formas de reafirmar o poder médico sobre o corpo feminino, muitas vezes negligenciando o impacto emocional e físico dessas práticas.

Em síntese, Foucault (2008) oferece uma base teórica essencial para analisar como a medicalização do corpo feminino é uma forma de controle que reforça hierarquias de poder. No entanto, ao mesmo tempo, sua obra inspira práticas de resistência e emancipação que desafiam essas estruturas, valorizando a autonomia das mulheres e o respeito às suas experiências corporais.

6.5.3.1 Contexto brasileiro

No contexto da saúde reprodutiva, a medicalização da gestação e do parto é um exemplo paradigmático. O Brasil possui uma das maiores taxas de cesarianas no mundo, com uma média de 57% dos nascimentos sendo realizados por cesariana, ultrapassando em muito a recomendação da OMS, que indica uma taxa entre 10 e 15%. Esse cenário reflete não apenas a cultura hospitalocêntrica e intervencionista, mas também a hegemonia do poder médico na definição das experiências corporais femininas.

A medicalização do parto é frequentemente associada a práticas rotineiras nem sempre baseadas em evidências científicas, como o uso indiscriminado de ocitocina sintética, a episiotomia e o monitoramento fetal contínuo. Essas práticas, além de reforçarem o protagonismo do médico em detrimento da mulher, muitas vezes ignoram o caráter fisiológico e natural do processo de parir, contribuindo para experiências desumanizantes.

Por outro lado, o Brasil tem assistido a movimentos que buscam desmedicalizar o parto e promover práticas baseadas na humanização. Iniciativas como a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) e o Movimento pela Humanização do Parto destacam a importância de respeitar a autonomia da mulher, utilizar intervenções apenas quando clinicamente necessárias e valorizar o cuidado multiprofissional, incluindo doulas e enfermeiras obstétricas.

Por fim, a medicalização no Brasil reflete tanto os avanços quanto as limitações do sistema de saúde. Enquanto possibilita o acesso a tecnologias avançadas e tratamentos eficazes, ela também pode reforçar desigualdades, silenciar saberes populares e ignorar a integralidade e a subjetividade dos sujeitos. Para avançar, é crucial promover um equilíbrio entre o uso de tecnologias médicas e o respeito às necessidades, valores e autonomia das pessoas.

6.6 Balizando a medicalização

As informantes começaram os relatos combinando entre si quem começaria. Elas definiram a forma e iniciaram por Rosa Branca, que relatou ter engravidado sem planejar. Ela estava namorando e nunca usava camisinha, pois seu parceiro nunca gostou, gozava fora. Segundo sua expressão, “dessa vez pegou ou colou”. Quando avisou em casa, “foi um alvoroço”. A família queria que ela estudasse e não repetisse a história da mãe. O namorado estava com ela e disse que ia assumir a criança. Passou a gravidez na casa da mãe e do pai porque não tinham condições de pagar aluguel, comida e as despesas do bebê. Fez seu pré-natal no centro de saúde do bairro, acompanhada pela mesma médica ao longo da gravidez. Foi informada de que ela não era obstetra e que na hora do parto devia ir preparada com os últimos exames para entregar ao médico que fosse atendê-la. Ela escolheu parto normal e foi orientada a informa isso no hospital. Foi bem tratada no pré-natal, tanto na recepção, quanto nas consultas, não tendo nenhuma queixa.

Quando chegou 36^a semana, pediu à mãe para que a ajudasse a pesquisar sobre a maternidade que melhor atendia as parturientes. Quando começaram as dores, foram monitorando os intervalos e se encaminharam para o hospital. Lá chegando, dirigiram-se à recepção e foram bem atendidas. Uma enfermeira colocou-a em uma cadeira de rodas e a levou para a enfermaria. Ela relatou que

[...] no quarto, troquei de roupa e me lavei, só me lembro disto. O que aconteceu depois foi o que meu namorado me disse: desmaiei e entrei em convulsão. Tive eclâmpsia, segundo ele, que começou a gritar. Demoraram para chegar no quarto e, quando vieram, estavam irritados perguntando o que foi: a bolsa já tinha rompido e quando viram, saíram correndo para chamar o médico, que demorou. Enfim, quando me levaram para o centro cirúrgico, a criança estava em sofrimento. Quando abriram a barriga, ela já estava morta. Era uma menina. Demoraram, segundo eles, foi para me salvar. Perdi minha filha e até hoje tenho medo de engravidar, ir para hospital, enfim [...].
(informação verbal)

Todas ficaram em silêncio, e Rosa Azul começou a chorar. As experiências revelam um quadro onde são exceções partos tranquilos, com as dores naturais que o processo tem. É um conjunto de ações no atendimento que imprime mais dores, desconfortos, desrespeitos, desqualificações. Enfim, uma soma de atitudes que não condizem com o momento do parto.

Foi a vez de Rosa Pêssego iniciar seu relato:

Engravidei com as meninas muito cedo. Também foi sem planejar, mas meu namorado... Já namorávamos desde adolescente, eu tinha 13 anos. Como pode ver, comecei minha vida sexual muito cedo. Falei com minha mãe na época, que me levou para um ginecologista, que disse que não podia me dar pílulas nem colocar um dispositivo, eu era muito criança. Então, me aconselhou a colocar camisinha. Continuando, quando engravidei, foi descuido mesmo. Estava no colegial, e decidimos assumir o bebê. Não tínhamos plano de saúde, e fui pelo SUS fazer pré-natal. É meio complicado, marcar consulta demora demais. Então, na verdade, fiz de dois em dois meses o acompanhamento. Já disse ao meu namorado: queria cesárea, e não gostaria de sentir as dores. Tanto foi assim que, ao completar a trigésima oitava semana, a minha bolsa rompeu, saímos correndo pra hospital mais perto do SUS. Estava muito cheio. Saímos correndo para outra maternidade mesmo. Chegando, já avisei que queria cesárea. Fui para a enfermaria e logo, logo, fui levada para o centro cirúrgico e tive meu filhote. Minha recuperação foi complicada, supuraram alguns pontos, mas nada que não pudesse resolver. A questão é que tive de tomar antibiótico, o meu leite secou, e passei a dar leite de vaca ao meu filho. (informação verbal)

Quando ela finalizou, pedi que me dissessem como se sentiram, ou seja, quais eram os sentimentos mais fortes. Todas responderam o medo e ao mesmo tempo uma sensação de abandono; não sentiram acolhimento, apesar de acreditarem nos médicos. Eu já tinha ouvido falar que muitas mulheres estavam perdendo seus bebês, e perguntei: Como assim? Disseram que eram mal atendidas, não havia um cuidado maior, era como se aquilo fosse algo banal, era parte de uma normalidade. Eu disse: Vocês acham que a forma como agem é normal?

Rosa Azul disse que achava que os médicos deviam responder pelos atos cometidos. Eles não tiveram cuidado, nem responsabilidade, e ela tinha perdido sua filha. “Mas, professora, a senhora sabe: quando é conosco, mulheres, esse tipo de violência tudo não é investigado, ‘passam pano’, nem consideram violência. Faz parte da história de atendimento médico.”

Rosa Negra concordou e disse:

[...] é muito mais do que podemos sentir ou enxergar. Como sofremos outras formas de violência no dia a dia, em casa, no trabalho, seja por grosseria, falta de reconhecimento, trabalho dobrado, acredito, a violência neste momento passa por esta via, é. faz parte [...] é assim. Vemos como avanços poder sair na rua sozinha, se vestir como quiser, ir a um show, dançar funk, pagode, beijar e transar no primeiro encontro como “liberdade”. Acho que é tudo ilusão. Ainda somos menos que a população masculina. (informação verbal)

Ouvi a fala de Rosa Negra e perguntei às outras o que elas achavam. Todas responderam que concordavam em gênero, número e grau, que não enxergavam avanços significativos, principalmente para as pessoas de baixa renda. Onde moravam tinha sim um machismo claro na dinâmica das famílias com quem elas conviviam.

Aproveitei o momento para dizer que elas foram vítimas de violência obstétrica, todas elas, algumas mais, outras com menos atos, mas que foram submetidas e oprimidas segundo a descrição da OMS e o Ministério da Saúde do Brasil. Eu esperava que os relatos que foram registrados fossem vistos por pessoas que pudessem, efetivamente, transformar ou diminuir esse tipo de violência contra as mulheres e seus filhos/as.

Perguntaram se existia alguma lei que tipificasse como crime contra pessoa, eu disse que não a nível federal, mas que havia dois estados – São Paulo e Paraná – com leis prevendo punição e considerando como crime atos como aqueles cometidos no exercício do parto. Entretanto, não havia muitos processos, mas que precisava pesquisar mais sobre o assunto para poder afirmar alguma coisa.

No final, fiz uma dinâmica de relaxamento, cantamos e finalizamos com um cafezinho. Toda a conversa e os depoimentos foram gravados. Em meu diário, anotei minhas impressões e as expressões das participantes, para não perder nada. O encontro foi bastante rico.

Depois desse encontro, analisei e tabulei as expressões conforme os indicativos que foram criados para realizar a análise de conteúdo e as representações sociais. Para efeito de análise, foi importante observar as diferentes classes sociais, cujos costumes, moral, forma de organização social, reações perante a violência obstétrica são muito parecidos quanto ao medo e desamparo. Muitas mulheres não reconhecem estarem sendo vítimas; mesmo com a escolaridade avançada, não possuem muita informação sobre o assunto. O fato de as ações médicas nunca serem questionadas leva à certeza de que todos os atos são necessários para chegar ao bom termo: manter a vida da mulher e da criança (Bardin, 1977).

6.7 Normatização da Maternidade (NM)

A pressão social para que as mulheres sigam determinados padrões de comportamento durante o parto, métodos dolorosos sem necessidade, aponta para uma forma de controle e imposição de padrões de gênero. Isso reforça a ideia de que a mulher deve se comportar de uma maneira específica durante a maternidade, sem considerar suas necessidades ou desejos (O'Reilly, 2010).

A construção da maternidade como um papel central na identidade feminina é uma característica marcante de muitas sociedades contemporâneas, refletindo normas culturais, sociais e históricas que reforçam expectativas específicas sobre as mulheres. Esse fenômeno é fruto de uma longa trajetória histórica que associa a feminilidade à procriação, perpetuando

uma imagem idealizada da maternidade como um "destino natural" das mulheres (Badinter, 1985).

Na modernidade, a imagem da maternidade foi exaltada como um símbolo de sacrifício, amor incondicional e realização pessoal. No entanto, essa idealização carrega implicações profundas, muitas vezes invisibilizando as múltiplas experiências e escolhas das mulheres. Simone de Beauvoir, em *O segundo sexo* (1949), aponta que a sociedade frequentemente reduz a mulher à sua capacidade reprodutiva, condicionando sua identidade e valor social à maternidade.

Essa construção social estabelece padrões de comportamento rígidos para as mulheres, reforçando a ideia de que elas devem ser mães devotadas, emocionalmente disponíveis e capazes de colocar as necessidades dos filhos e da família acima das suas. Essa exigência é sustentada por um discurso moral que muitas vezes marginaliza aquelas que optam por não serem mães ou exercem a maternidade de maneiras não tradicionais. Butler (1990) argumenta que essas normas de gênero são performativas, ou seja, reproduzidas constantemente pelas práticas sociais e culturais, criando a ilusão de uma "naturalidade" que, na verdade, é socialmente construída.

Além disso, a romantização da maternidade frequentemente desconsidera os desafios concretos enfrentados pelas mulheres, como a sobrecarga mental, a desigualdade de gênero no trabalho doméstico e os impactos sobre a saúde mental. O'Reilly (2010) destaca como as narrativas hegemônicas de maternidade idealizada reforçam um sistema patriarcal que limita a autonomia feminina e perpetua desigualdades estruturais.

Esse modelo também tem implicações sobre o comportamento esperado das mulheres em outras áreas da vida, como no âmbito profissional e sexual. Espera-se que a mulher equilibre sua vida pessoal e profissional sem comprometer seu papel materno, muitas vezes levando à dupla jornada de trabalho. No campo da sexualidade, a figura da "mãe" é frequentemente dessexualizada, reforçando dicotomias que opõem a maternidade à expressão sexual plena.

Portanto, a imagem idealizada da maternidade na sociedade atual é uma construção que atua como ferramenta de controle e normatização, moldando o comportamento feminino de maneira que sustente as hierarquias de gênero. Para desconstruir essa visão, é necessário promover uma compreensão plural e inclusiva da maternidade, valorizando a autonomia das mulheres e reconhecendo a diversidade de suas vivências e escolhas.

O'Reilly (2010) argumenta que, ao analisar sobre maternidade e sexualidade, propõe uma crítica da forma como essas duas esferas da vida feminina são historicamente construídas e socialmente disciplinadas. Ela observa que a maternidade, em muitas culturas ocidentais, tem

sido idealizada como um estado de pureza, santidade e renúncia. Essa construção social da maternidade como algo separado da sexualidade feminina cria uma dicotomia que sugere que, uma vez que uma mulher se torna mãe, ela deve se distanciar de sua identidade sexual. Essa ideia é profundamente enraizada em normas sociais que insistem que as mães devem ser desinteressadas, focadas no cuidado dos filhos.

Por outro lado, a sexualidade feminina tem sido historicamente associada a um estado de "desejo", "tentação" e "transgressão", algo visto como um comportamento contraditório à imagem da "boa mãe". Essa contradição se manifesta no modo como as mulheres são frequentemente pressionadas a escolher entre ser sexualmente ativas ou serem mães devotas e respeitáveis. A sexualidade da mulher, portanto, é frequentemente relegada ao papel de uma "sombra", uma parte da identidade feminina que deve ser contida ou reprimida, especialmente no contexto da maternidade (Foucault, 2021 a).

Quando se analisa a maternidade e a sexualidade como esferas separadas e até contraditórias da vida feminina, critica-se essa visão como redutora e limitante, pois não leva em conta a complexidade das experiências de muitas mulheres, que podem vivenciar ambas de maneiras integradas. Para muitas mulheres, ser mãe não significa abdicar da sexualidade, nem ser sexualmente ativa implica negligenciar o cuidado materno (O'Reilly, 2010).

Essa autora discute como, após o parto, muitas mulheres enfrentam uma repressão ou até um distanciamento da sexualidade, devido à mudança nos papéis, ao cansaço físico e à pressão social, que associa a mulher-mãe a um papel de renúncia sexual. O'Reilly (2010) argumenta que essas dificuldades não devem ser vistas como algo natural ou inevitável, mas como um reflexo das expectativas culturais em relação à mulher e à mãe.

O'Reilly (2010) examina como as representações culturais da maternidade, incluindo aquelas nos meios de comunicação e na publicidade, frequentemente retratam as mães como desinteressadas ou desprovidas de uma vida sexual ativa. Ela sugere que essas representações contribuem para um ciclo de repressão e estigmatização da sexualidade feminina pós-parto, criando barreiras para que as mulheres explorem suas identidades sexuais e maternas de forma saudável e satisfatória.

A continuidade do desrespeito às mulheres, à maternidade e à perpetuação do sexismo é um reflexo das estruturas de poder que se beneficiam da opressão feminina. Combater essa realidade exige não apenas mudanças institucionais e legais, mas também um esforço coletivo para desconstruir as normas culturais da sociedade e educar os profissionais e o respeito à autonomia e aos direitos das mulheres. A transformação começa ao dar voz às mulheres, considerar a violência e lutar por uma maternidade vivida com dignidade e liberdade.

6.8 Violências que causam danos emocionais e físicos que afetam a sexualidade da mulher (VS)

As falas ditas durante o parto com relação à anatomia da vagina da mulher, dos seios, do físico, mais o corte do períneo, que dilacera os nervos que promovem o prazer da penetração, causam danos, às vezes, irreparáveis à sexualidade da mulher.

A violência obstétrica é uma forma de abuso que ocorre durante o processo de parto e atendimento à saúde da mulher, envolvendo práticas desrespeitosas, negligentes ou abusivas.

A sexualidade feminina é uma expressão de identidade, prazer e relações interpessoais que pode ser profundamente afetada pela experiência de violência obstétrica. Durante o parto ou o atendimento obstétrico, uma mulher pode ser submetida a procedimentos invasivos sem o seu consentimento, a humilhações e a desrespeito por suas vontades e desejos, o que pode resultar em um trauma psicológico significativo.

Esse trauma pode afetar as dimensões da percepção da mulher sobre seu corpo, seu prazer e até mesmo a intimidação nos relacionamentos:

1. Diminuição da confiança no corpo e nas capacidades reprodutivas: a mulher pode sentir que seu corpo foi desrespeitado ou que suas necessidades não foram atendidas durante o parto. Isso pode afetar sua confiança na sua capacidade de vivenciar a sexualidade de forma positiva.
2. Dificuldades no vínculo com o parceiro: a experiência de violência obstétrica.
3. Problemas psicológicos e emocionais: o estresse pós-traumático.
4. Dores físicas e traumas corporais: após corte do períneo e os procedimentos invasivos.
5. Perda de autonomia sexual: ao cortar os nervos, que são elementos que permitem o prazer sexual.

A recuperação da sexualidade feminina após violência obstétrica exige um processo de cura, apoio psicológico e, muitas vezes, intervenção médica para lidar com as sequelas físicas e emocionais. É fundamental que as mulheres tenham acesso a uma rede de suporte que permita o resgate da autoestima, da confiança e da intimidação. A promoção de práticas de parto respeitosas, com ênfase no consentimento, na autonomia e na escuta ativa, é essencial para a prevenção da violência obstétrica e a preservação da sexualidade.

6.8.1 Dominação do corpo feminino e suas consequências

Para Bourdieu (2023), a dominação masculina é um conceito sociológico e filosófico que descreve as formas de poder e controle exercidas pelos homens sobre as mulheres em diversas esferas da vida, como a política, a economia, a cultura, as relações interpessoais e os corpos.

A dominação masculina está profundamente enraizada no *habitus*, ou seja, nas práticas e disposições internalizadas que moldam o comportamento humano. Ela é mantida por meio de mecanismos simbólicos, como normas de gênero, divisão sexual do trabalho, linguagem, representações culturais e instituições sociais que perpetuam as desigualdades. O conceito de *habitus* é aplicado, segundo Bourdieu (2023), para mostrar como as normas sociais, internalizadas ao longo do tempo, moldam comportamentos, percepções e expectativas sobre os gêneros. Assim, mulheres e homens acabam reproduzindo essas desigualdades inconscientemente.

Bourdieu (2023) introduz o conceito de violência simbólica – o processo pelo qual as estruturas de poder (como a dominação masculina) são mantidas por meio de mecanismos sutis, como a linguagem, os costumes e a educação, sem necessidade de coerção física. Isso acontece por meio de instituições como a família, a escola, a mídia e a religião, reforçando a dominação masculina, transmitindo-a de geração em geração e criando um ciclo que mantém as desigualdades.

A respeito da naturalização da dominação, Bourdieu (2023) argumenta que a desigualdade entre homens e mulheres é tratada como algo "natural" em muitas sociedades, um produto histórico e social. Essa "naturalização" faz com que as relações desiguais pareçam legítimas e inquestionáveis. Essa estrutura é reproduzida e legitimada em diversas culturas, incluindo as modernas, por meio de práticas cotidianas, linguagens, papéis de gênero e valores simbólicos.

No tocante às especificações do que é considerado feminino ou masculino (características não apenas referente ao sexo, mas a atividades e coisas), Bourdieu assinala que foram objetivadas da mesma forma que características homólogas, como alto/baixo, em cima/embaixo, frente/atrás, seco/úmido, claro/escuro etc. Ele argumenta que

Esses esquemas de pensamento, de aplicação universal, registram como que diferenças de natureza, inscritas na objetividade, das variações e dos traços distintivos (por exemplo, em matéria corporal) que eles contribuem para fazer existir, ao mesmo tempo que as “naturalizam”, inscrevendo-as em um sistema

de diferenças todas igualmente naturais em aparência; de modo que as previsões que elas engendram são incessantemente confirmadas pelo curso do mundo [...] (Bourdieu, 2023, p. 31).

O autor sinaliza algumas formas em que podemos identificar o que seria o feminino: a passividade, a interioridade e a sensibilidade, aspectos defendidos pelos anatomistas do século XIX apoiados na justificativa da posição social da mulher através de sua anatomia (Bourdieu, 2023). O sociólogo francês traz outras definições, como a de ritos de passagem, que simbolizam a separação com a mãe, ampliando seus atributos e colocando-a em paralelo com a terra, a umidade, a noite e a natureza. A observação feita por Bourdieu é da organização da sociedade e da visão em torno dela construída a partir das divisões entre masculino e feminino.

Em contextos específicos, como no campo de violência obstétrica, a dominação masculina pode ser observada nas dinâmicas de poder entre profissionais de saúde (muitas vezes, homens ou instituições sob influência da cultura patriarcal) e mulheres, refletindo um controle.

A violência obstétrica é um complexo devastador que envolve a imposição de práticas abusivas durante o atendimento ao parto, muitas vezes com consequências profundas e de tensão para a mulher, tanto no aspecto físico quanto emocional. Esse tipo de violência pode ocorrer de várias maneiras, como a realização de procedimentos sem consentimento, tratamentos desumanos, desrespeito à privacidade e a perda de autonomia sexual, uma das consequências mais profundas da violência obstétrica.

Durante o processo de parto, muitas mulheres experimentaram a sensação de não ter controle sobre seu próprio corpo, especialmente quando são forçadas a submeterem-se a intervenções invasivas sem a devida explicação ou consentimento. Isso pode gerar um sentimento de impotência, em que a mulher sinta que suas escolhas e desejos são ignorados, resultando em uma desconexão com sua própria sexualidade. A experiência de ter seu corpo manipulado sem sua permissão pode reduzir sua confiança em si mesma, afetando sua relação com o próprio corpo (Bolen, 2005).

A recuperação emocional e sexual após a violência obstétrica pode ser um processo longo e desafiador. É essencial que as mulheres recebam apoio psicológico e físico para superar as cicatrizes deixadas pela experiência, resgatando sua autonomia e reconectando-se com sua sexualidade de maneira positiva e saudável. Além disso, é fundamental que a sociedade e o sistema de saúde reconheçam e combatam a violência obstétrica, proporcionando um atendimento humanizado e respeitoso que preserve a dignidade, a saúde.

6.8.2 Relatos que corroboram os critérios escolhidos para as análises

A violência obstétrica não se manifesta de forma isolada ou acidental, mas como parte de uma estrutura que perpassa o funcionamento cotidiano dos serviços de saúde. Ela se revela nas práticas institucionalizadas, nos discursos técnicos e na forma como os corpos gestantes são compreendidos e tratados. Esta subseção reúne relatos de mulheres que vivenciaram situações de violência obstétrica, analisando suas experiências à luz de categorias previamente estabelecidas para reconhecer tais práticas. O objetivo é evidenciar como essa violência se perpetua mesmo em contextos em que, teoricamente, haveria maior garantia de respeito e dignidade no atendimento. Tais práticas continuam ocorrendo diariamente nas instituições de saúde, sobretudo por incidir sobre os corpos femininos, historicamente submetidos ao controle, à medicalização e à desumanização no contexto da atenção obstétrica.

No entanto, um aspecto que merece destaque é o atravessamento da classe social nessas experiências: ainda que mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica estejam mais expostas à negligência e à violação de direitos, os relatos indicam que mulheres das classes média e média alta também são vítimas dessa forma de violência. Mesmo tendo acesso a planos de saúde, hospitais privados e, em alguns casos, a profissionais escolhidos previamente, muitas dessas mulheres relatam condutas violentas, autoritárias e desrespeitosas durante o parto e o pós-parto. Isso evidencia que o acesso a recursos econômicos não garante, por si só, um atendimento humanizado e respeitoso. A persistência da violência obstétrica entre diferentes estratos sociais aponta para uma cultura institucional que normaliza práticas invasivas e autoritárias, revelando que o problema não se restringe à precariedade dos serviços públicos, mas está enraizado em uma lógica estrutural de controle sobre os corpos das mulheres.

Essas experiências, embora distintas em seus contextos, compartilham traços comuns: a ausência de escuta ativa, o desrespeito às decisões da parturiente, a realização de procedimentos sem consentimento e o uso da autoridade médica como forma de silenciamento. Esses elementos, como se verá nos relatos a seguir, ultrapassam a barreira da classe e demonstram como o modelo de atenção obstétrica vigente opera com base em hierarquias de saber e poder.

6.8.3 Os relatos

As Lírios formaram família muito cedo. Naquela época, as mulheres deviam se casar virgens, e todas confirmaram isso. Era muito rígida a moral (certo ou errado) quanto à sexualidade das mulheres.

As Lírios se casaram e logo engravidaram. Como vêm de família de classe média alta, casaram-se, também, com rapazes oriundos do mesmo segmento social, tinham plano de saúde, assim como as demais. Segundo Porfírio (2024), a classificação de classes sociais no Brasil é definida pelo Governo que utiliza apenas o critério de renda. No entanto, a classificação pode variar conforme a região e número de moradores no país.

Tanto Lírio Branco e Lilás foram para o hospital/maternidade quase ao mesmo tempo. Por esta razão, resolvi descrever as experiências das duas juntas. Porém, segundo elas, foram experiências bem diferentes. Lírio Branco chegou no hospital com dores e, ao ser constatada a dilatação com o toque pela enfermeira (de acordo com ela, não queria que a enfermeira fizesse o toque, e sim o médico que a acompanhava e ia fazer o parto, mas não foi atendida), verificou-se que estava com oito centímetros de dilatação. A enfermeira também anunciou que àquela altura não se sabia se o médico ia fazer uma cesárea. Após quase duas horas, o médico chegou no quarto e anunciou que ela estava toda dilatada. A bolsa já havia se rompido, e criança estava com os batimentos do coração fracos. Ela ficou angustiada e foi levada para a sala de parto. A posição da criança não foi verificada. Chegando à sala, após estar na posição para realização do parto, fazendo muita força, observaram, após examinar a barriga, que o feto estava atravessado. Foi necessário fazer a manobra de Versão Cefálica Externa (VCE - medida que se faz antes da hora do parto, geralmente na 37^a semana de gravidez).

A manobra foi bem-sucedida, mas a criança, ao sair, provocou dilaceração do períneo. Ela não sabe dizer se foi com corte ou se foi mesmo a força e o tamanho da cabeça do feto. Desse momento em diante, ela não se lembra de nada, pois ela desmaiou. Só se lembra de estar no quarto com fortes dores na vagina e na barriga e a família apreensiva. A família começou a informar o que tinha acontecido. Ela teve hemorragia, porque o útero foi afetado. Tiveram que costurar, estancar o sangue e fazer no períneo uma reconstrução vaginal. A criança estava bem, tendo nascido com quatro quilos e cem gramas. Ela não fez nenhuma ênfase, destaque ou comentário a mais que considerasse como ações anormais. Pelas suas respostas, todos aqueles procedimentos estavam dentro da normalidade de um parto normal.

Lírio Lilás foi para o hospital com dores, segundo ela, suportáveis. Não era a data que estava programada para a cesárea, mas havia somente dois dias de diferença da data combinada.

Ligou para o médico que a acompanhava, solicitando a sua ida imediata. Chegando ao hospital, o médico já se encontrava no local. Ela foi internada e encaminhada ao quarto. As enfermeiras começam a preparação. Ela já tinha feito sua tricotomia em casa (em 1980, a tricotomia era obrigatória). Fizeram, então, a lavagem (também obrigatória) e ela foi para a sala de parto. Lá, foi anestesiada e realizaram a operação. A criança nasceu roxa, porque se verificou que ela tinha pouco líquido amniótico, e foi levada para a oxigenação na UTI neonatal. Quando ela acordou, soube que a criança estava na UTI por precaução até verificarem o nível de oxigenação, ficando em observação. Por fim, a bebê só saiu do hospital um mês depois, com a indicação de fazer fisioterapia para o pulmão. Hoje sua filha é uma mulher sem sequelas.

Para Lírio Laranja, a experiência foi muito impactante. Ela redigiu sua resposta no questionário, mas preferiu fazer um áudio em complemento à resposta escrita. Ela fez uma trajetória totalmente contrária às de Lírios Branco e Lilás. Ela decidiu que queria parto natural sem anestesia. Casou-se e foi embora de Salvador, indo morar em Arembepe, numa pousada construída pelo marido. Lá, engravidou poucos meses depois. Em 1984, Arembepe era um povoado com atendimento em saúde muito precário. Por isso, ela foi fazer seu pré-natal em Camaçari. Não havia médico toda semana, mas como tinha decidido que queria parto natural, buscou se conectar com os antigos moradores locais para descobrir como as crianças nasciam e quem era que fazia os partos, ou se iam parir em outras localidades. Durante a gravidez, soube que tinha várias parteiras espalhadas nos povoados que compõem a região de Linha Verde e Arredor. Diante dessa questão, procurou a mais recomendada e que morasse o mais perto possível de sua pousada.

Assim, ela foi estabelecendo uma relação mais próxima com a parteira, acompanhou de perto alguns partos ao longo de sua gravidez. Ela também foi ao médico em Camaçari para verificar sua pressão, o crescimento de seu bebê e se tinha alguma complicação. Deixou claro em seu texto que leu tudo o que foi possível sobre gravidez e parto. Ela buscou se informar com o médico do posto, que disse ser loucura fazer um parto naquelas condições e a aconselhou a voltar para Salvador e o parto normal no hospital.

Mas Lírio Laranja estava determinada: fez ioga e outros exercícios para gravidez. Quando começaram as dores, a parteira foi chamada, colocou-a numa bacia grande e funda com água, e solicitou que fizesse os exercícios que havia lhe ensinado. Ela fez massagem nas costas e, quando estava com nove centímetros de dilatação, pediu para que saísse da bacia e ficasse de cócoras na esteira que preparam para aquele momento. Ao ficar de cócoras, começou a fazer força até que a cabeça despontou e a parteira puxou a criança. O pai cortou o cordão umbilical e depois veio o esforço para a saída da placenta. A criança nasceu chorando e em perfeito estado

de saúde. Foram retirados o sangue e o líquido amniótico, vestida e depois levada à mãe. Segundo ela, foi um parto tranquilo, com dor, mas sem intercorrência que causasse seqüela.

Lírio Rosa casou grávida e escondeu a gravidez por seis meses. Quando sua mãe descobriu, foi uma confusão. O namorado foi obrigado a se casar. Eles queriam isso, mas não com tamanho alvoroço. Com esse cenário, o acompanhamento da gravidez foi incipiente. A preocupação maior foi com o casamento e a escolha de um vestido que disfarçasse a gravidez. Aconteceu o casamento sem grande festa, mas na igreja e com um jantar na casa da noiva. Após o casório, veio a busca de um médico que pudesse acompanhar os últimos meses da gravidez. Após a primeira consulta, foi diagnosticada com diabete gestacional, uma condição bastante preocupante. A criança estava bem grande e também com pressão alta. Diante do susto, os familiares, principalmente sua mãe, passou a acompanhar de perto a alimentação da filha. Nesse contexto, a cesárea foi marcada. Pelo que foi entendido na descrição da resposta, o médico não sugeriu cesárea como a única opção devido à possibilidade de eclâmpsia.

Assim, ao fim da trigésima oitava semana foi realizada a operação, mas, ao retirar a criança, ela estava morta, em estado de decomposição. Quando tiraram o bebê, observaram que útero estava cheio de miomas bem grandes, e acreditaram que a causa da morte da criança tenha sido falta de espaço dentro do útero. Fizeram a retirada dos miomas e depois fecharam. Segundo o depoimento de Lírio Rosa, durante muitos anos ela se sentiu culpada pela morte de seu filho, como também acusou os médicos de negligência. Como não sabiam que ele estava morto? Não ouviram seus batimentos? Não checaram? Para piorar a situação, recomendaram que somente engravidasse após três anos, porque, na retirada dos miomas, feriram as paredes do útero, ou seja, tiveram que cortar mais fundo. Depois de três anos tentou engravidar e não conseguiu, e foi fazer tratamento para engravidar.

Os relatos de parto dessas quatro mulheres ilustram as diversas formas de violência obstétrica, conforme aponta a pesquisa "Nascer no Brasil" (ENSP-Fiocruz, 2012). O estudo destaca o excesso de aplicação de ocitocina e amniotocina nos partos, bem como traz dados que comprovam essa realidade: dentre as 23.940 mulheres entrevistadas, 40% passaram por esses procedimentos. Já a manobra de Kristeller, uma intervenção prejudicial proibida pela OMS por seus riscos à saúde materna e neonatal, foi utilizada em 37% dos casos. Essas práticas estão associadas a efeitos iatrogênicos em bebês, como prematuridade iatrogênica, internação em UTI e hemorragias, além de aumentarem a morbidade materna. O uso excessivo dessas intervenções aumenta significativamente a ocorrência de efeitos colaterais (Lansky et al., 2019).

No último bloco das Lírios, os relatos das experiências aconteceram durante a reunião, realizada em conjunto com as demais, que também já tinham respondido o questionário. Na

dinâmica que o grupo construiu, elas falaram com sintonia e cada uma teve a sua vez. Como é natural, as falas de vez em quando foram interrompidas; para a continuidade dos relatos, às vezes, foi necessário intervir para colocar o assunto principal de novo na pauta. Na separação dos blocos, como mencionado acima, elas se agruparam em lugares diferentes da sala e foi respeitada esta dinâmica, buscando criar um ambiente com mais descontração.

Após a dinâmica de relaxamento, foi apresentado o objetivo do encontro: saber como foram as experiências de gravidez e parto das entrevistadas.

Lírio Róseo iniciou o seu relato, já que tinha só um filho e desejava ouvir as outras experiências. Ela disse que pensou muito em ter um filho, mas estava em um processo de expansão de sua empresa e marca, o que lhe tomava muito tempo. Mas já estava com trinta e cinco anos, seu relógio biológico apitando e a cobrança do marido e da família. Planejou e engravidou no início do ano para que no final do ano estivesse mais liberada. A gravidez foi complicada, como muitos enjoos e o desenvolvimento de pressão alta. A médica que escolheu foi uma que tinha como prioridade o parto assistido natural. O pré-natal foi tranquilo, muito bem tratada pela equipe da clínica particular da sua médica, sem nenhuma intercorrência que lhe chamasse a atenção. Nas consultas, ela conversava muito com a médica sobre como se sentia. Ela tomou uma medicação para os enjoos e controlou a pressão com alimentação. Foi ainda alertada que, caso houvesse uma emergência na hora do parto, partiria para uma cesárea. Chegando à 38ª semana, foi à consulta e, ao fazer a ultrassonografia, a médica detectou que o batimento cardíaco do bebê estava fraco. Neste momento, a médica achou melhor encaminhá-la direto para o hospital para fazer a cesárea. Ela se dirigiu ao hospital após seu marido chegar para pegá-la. Chegando ao hospital sem a médica, começaram a acontecer situações que levaram a um desfecho inesperado:

Ao chegar no hospital, meu marido desceu comigo e foi direto para a recepção fazer a internação. Feita a internação, vieram me buscar, colocaram numa cadeira de rodas e fui direto para o quarto. A minha médica havia me dito que chegaria logo após, precisava suspender a agenda e outras providências. Estando já no quarto, vieram duas enfermeiras que mediram minha pressão, estava alta. Chamaram o médico de plantão, que medicou um remédio para baixar. Inesperadamente, comecei a sentir dores no baixo ventre, e a bolsa se rompeu em questão de trinta minutos. A minha médica não havia chegado. Meu marido ligou do quarto para ela e avisou do que estava ocorrendo. Neste ínterim, o médico de plantão voltou, me examinou e estava dilatando rápido. Disse que a criança estava em sofrimento, me encaminhou, imediatamente, para o centro cirúrgico. Quando cheguei, minha médica estava lá, que tomou a frente. Ao examinar, viu que não havia condições de fazer a cesárea, a criança estava com a cabeça coroando, fizeram o parto. O meu filho de uma vez só, foi a maior dor que já senti, junto com ele, um mioma enorme, acoplado no meio das suas pernas. Eu vi, porque estava quase sentada para

fazer a força, gritei e perguntei o que é isto? Me deitaram e eu continuei gritando e perguntando. Os médicos estavam sem ação... parados... A médica entregou a criança a outro médico (devia ser o pediatra) que puxou a coisa, não estava pregado ou colado no bebê. Vi até este momento, depois não me lembro de nada. (informação verbal)

Neste momento do depoimento, ela começou a soluçar. Paramos. Servi mais uma rodada de suco. Ela reiniciou dizendo que teve hemorragia grave, que não parava, e os médicos tiveram que retirar seu útero porque estava rompido. Agradeceu que estava viva e bem, e que seu filho é um homem, hoje, casado, pai de três crianças saudáveis. Ao finalizar seu relato, ela comentou que foi uma experiência de pós-morte, que estava em choque, que aos poucos foi se lembrando de como o processo todo aconteceu. Não foi rápido; na verdade, foi um processo ao longo de anos, porque naquela época entrou em “modo sobrevivência” para dar conta do filho e do seu negócio. Ela disse: “Todos sabem que naquela época mulher dona de empresa e de sucesso era uma raridade. Imaginem a pressão da família, do marido, enfim, foi barra pesada”.

Nos anos seguintes, ela percebeu que a médica devia tê-la acompanhado ao hospital, se não, devia ter ligado, prescrevendo as medicações que ela podia ter tomado, que o médico de plantão não devia prescrever sem consultar a sua médica. Que não devia ter tomado o remédio de pressão, que descobriu muito tempo depois que era alérgica a muitas substâncias... Enfim, foi uma sucessão de erros de procedimentos que levaram ao desfecho em que Lírio Róseo perdeu seu útero.

Podemos categorizar como violência obstétrica o processo desse parto? Para Belli (2013), em que pese não ter as principais ações do procedimento, os fatos de médicos não se comunicarem, aplicar medicamento sem autorização, sem examinar detalhadamente, sem verificar as peculiaridades da mulher que estava para parir, revelam a violência obstétrica.

Em seguida, na continuidade dos relatos, Lírios Verde e Azul começaram seus depoimentos quase ao mesmo tempo. Foi solicitado que falassem uma de cada vez. Lírio Verde pediu para ser ela, tendo resumido muito a sua fala. Foi direto para o parto, que foi normal com analgesia, foi cortado seu períneo, mas que foi necessário, porque seu filho era enorme. Nesse momento, foi pedido que relatasse o pré-natal. Então ela se expressou assim: “Não quero saber se fui vítima de violência médica.... já passou, é passado e meus filhos estão bem.”

Nesse momento, foi solicitada uma pausa. Pedi que Lírio Verde me acompanhasse para uma conversa particular. Falei para ela que o seu relato era de suma importância para que outras mulheres não sofressem mais com aqueles procedimentos, se realmente não fossem indicados, e que eram realizados para facilitar os procedimentos médicos. O nosso objetivo era dar voz às mulheres, e quanto mais mulheres falassem mais ganhariam força para superar os ditames

médicos que a sociedade entende como “normal”, que era convencida para “salvar” vidas. Naquela altura da reunião não tinha mais como não falar sobre o que era a pesquisa. Mas se ela não se sentisse capaz de relatar, por sofrimento, estaria tudo bem. Ela ficou calada por um tempo, deixei-a sozinha pensando e voltei ao grupo. Logo após, ela voltou e começou a falar:

Sempre tive medo de operação, então os meus partos todos foram normais, porque assim exige. Mesmo, só no caso de extrema necessidade poderiam fazer cesárea. Assim aconteceu. A questão foi que por conta desta “paranoia” nos partos, sempre cortaram meu períneo. No meu primeiro parto disseram que era porque a criança tinha três quilos e meio e foi necessário e no segundo, mesmo com dois quilos e oitocentos gramas, também cortaram meu períneo. Então aos 25 anos, eu não sentia mais nenhum prazer na penetração, na hora do sexo. Por isto, não queria saber se foi violência. (informação verbal)

Lírio Verde foi precisa e com um relato impactante, já que até então, em todas as entrevistas, não havia acontecido de ninguém tocar na questão da sexualidade, situação que obrigou a pensar rapidíssimo, quanto como deveria incentivar ou não essa perspectiva sobre a violência obstétrica. Foi então que ela começou a falar que já tinha procurado várias médicas na época, mas segundo ela não resolveu o problema, elas não tinham como. Nenhuma delas era especialista em sexualidade, além do que, naquele tempo, era um assunto tabu até para a medicina. Nesse momento, intervim e solicitei que este assunto era importantíssimo, mas que não era o nosso objetivo para ser discutido ali na reunião. Precisei dar continuidade aos relatos e pedi desculpas.

Lírio Azul começou seu relato e disse que seus partos foram tranquilos, todos por meio de cesáreas, uma decisão tomada em conjunto com o marido da época. Seu pré-natal foi meio confuso, porque viajava muito com o marido, em razão do trabalho dele, e ela, como estava estudando para concurso, ia com ele. Notava que o atendimento em cidades diferentes tinha algo em comum: a displicência dos profissionais, tanto em consultórios privados como em postos de saúde. Perguntavam se sentia alguma, com quantos meses estava, mediam a pressão e me dispensavam. Achava que era porque não pertencia à clientela corriqueira ou mensal dos médicos; então, era norma aquele tipo de tratamento.

Quando chegou na trigésima quarta semana voltou para Salvador e ficou na casa da mãe para ser acompanhada pelo médico obstetra da família que ia fazer o parto. Assim, quando completou a 39ª semana foi marcada a cesárea, e o parto aconteceu tranquilo, sem nenhuma intercorrência que resultasse em algo mais grave. Tanto no primeiro como no segundo foi assim, cesárea e com recuperação normal para uma operação. Pontos, dificuldade de andar, gases, e sem leite logo no primeiro mês. A criança começou logo na mamadeira.

Foi perguntado se ela achava normal ficar sem leite. Ela respondeu que sim; todas as suas amigas que fizeram cesárea ficavam sem leite logo, se não era no primeiro mês, era no terceiro ou quarto mês, e que mesmo assim complementavam com mamadeira com leite de vaca.

Lírio Roxo argumentou que isto não era normal, mas que não sabia dizer porquê. Iniciou seu relato dizendo que seu processo foi mais intenso e doloroso. Primeiro porque demorou a engravidar; casou-se cedo, mas só engravidou com trinta anos. Sempre quis ser mãe, mas seu casamento não começou bem. Na lua de mel foi abusada pelo marido, ou seja, foi agredida sem razão. Aquilo provocou uma transformação tão grande nela, “que sentiu como se fosse um vulcão saindo de dentro dela”.

Quando retornou da lua de mel, voltou para a casa dos pais. Segundo ela, não foi um período fácil: o ex-marido sempre estava à espreita, perseguindo-a em todos os lugares, até que seu pai, percebendo que aquela situação ia acabar em uma tragédia, providenciou sua ida para os Estados Unidos. Lá, ela ficou quatro anos, casou-se com um americano e voltou para o Brasil casada. Ela engravidou e pariu por cesárea, tendo nascido seu primeiro filho.

O segundo parto foi nos Estados Unidos, natural, sem analgesia, mas infelizmente, na hora de a criança sair, foi feito o corte no períneo. Falou que ficou muito zangada, porque sentiu o corte mais a dor do parto natural. Mas que não afetou muito a sua vida sexual, disse que sentia prazer na penetração.

Depois que todas fizeram seus relatos, procurei unir os grupos em um só local. Fiz um círculo e comecei a última dinâmica. Foi solicitado que falassem sobre o que tinham ouvido, ou seja, quais eram as impressões, se achavam que os tratamentos médicos dispensados eram normais, se eram assim porque eram mulheres.

Elas começaram a falar, e foi uma profusão de sentimentos, impressões e opiniões. A maioria comentou que já sabia que tais procedimentos eram, no mínimo, uma anormalidade, mas não achavam que fosse um tipo de violência contra a mulher. O senso comum é de que a medicina é para salvar vidas, não causar dor e sofrimento, é a agente que traz a saúde, preserva e salva vidas. A medicina não é, em hipótese nenhuma, um agente que proporcione o contrário. Pelas experiências relatadas, a medicina é, na verdade, a causa de muitas feridas físicas e emocionais. Um entendimento foi comum nos relatos: será que a continuidade durante anos e décadas desses procedimentos se deve ao fato de serem mulheres? Lírio Roxo respondeu:

Sim, o que mais fica claro é a invisibilidade na sociedade, e o fato de que tanto em hospitais públicos e privados continuam acontecendo. É como se fossem

torturas permanentes, porque ações que causam sofrimento e dor sem que haja nenhuma atitude formal por parte do Estado para parar, punir e implementar políticas públicas, por meio de leis que tipifiquem como crimes estes procedimentos que não provam ser estritamente necessários sob o ponto de vista da ciência.

Lírio Róseo foi a mais enfática: “No alto de meus sessenta e tantos anos, é aterrador que nossas netas ainda vão sofrer com procedimentos com tais níveis de violência! Como seguimos com tamanha invisibilidade?”

Lírio Azul continuou:

Quantas vidas foram afetadas? Crianças com sequelas irreversíveis? E as mulheres que não têm condições financeiras para cuidar de seus filhos e delas mesmas? Não tem como conceber que em pleno ano de 2023 chegando em 2024 possam permitir que estas práticas continuem. É uma questão de saúde pública, mas tem um fator que causa uma estranheza muito grande, somos mulheres. Vale aqui dizer que as origens são muitas, mas a principal é o fato de sermos mulheres. Vejam e enxerguem que continuamos sendo um estorvo, avançam em tantas questões de gênero, transfobia, tão discutida, e nós mulheres continuamos morrendo a cada minuto, pelo menos aqui no Brasil, é o que vejo na internet. Imaginem que as mulheres trans são mortas porque são mulheres, os homossexuais também porque têm energia feminina. Entendo que seja um grande engano. E até os dias de hoje sermos mortas.

Após todos os relatos serem transcritos e quando aplicados às unidades de análise preestabelecidas para análise sob a orientação do conceito de representação social, em todas as falas, mesmo aquelas em que não ocorreram atos de violência obstétrica, as práticas, em algum momento, tiveram um ato não recomendável. As mulheres de cada grupo são de realidades sociais e econômicas diferentes; as idades e educação formal também são de conhecimento científico; que o ambiente social, ao se mesclar com os indivíduos em suas dinâmicas pessoais, constrói em si suas convicções, saberes, sentimentos, comportamentos, escolhas, ou seja, é uma concepção de um conjunto de questões que proporcionam vivências únicas. São as representações sociais (Durkheim, 1970).

A força social, originada da intensificação da vida coletiva, nunca é totalmente neutra. Como resultado dessa concentração de energia social, tende a se manifestar como positivos ou negativos, ou, em outras palavras, como sagrados e profanos. Posteriormente, haveria um esfriamento dessas concepções para conceitos mais neutros. Além disso, as representações coletivas possuem uma estabilidade que traz consigo um caráter coercitivo, visível quando essas representações assumem a forma de leis ou normas morais. Durkheim (2000, p.65) observa: “Assim, longe de haver entre a ciência, de um lado, e a moral e a religião, de outro, a espécie

de antinomia que tão frequentemente se admite, esses diferentes modos da atividade humana derivam, na realidade, de uma mesma e única fonte”.

Segundo Durkheim (1934), o momento de produção das representações coletivas é marcado por uma “efervescência” social, quando ocorre uma síntese das diversas representações individuais. Nesse processo, o caráter subjetivo das representações individuais se perde, dando lugar a uma representação mais objetiva e próxima da realidade compartilhada. Esse trecho revela dois aspectos fundamentais das representações coletivas: sua origem e seu funcionamento. A intensificação do diálogo e da interação entre as consciências individuais constitui a base social dessas representações, que se concretizam na origem social dessas representações, materializadas através de objetos específicos.

Quanto à análise de conteúdo a partir dos objetivos e das hipóteses apontadas da pesquisa, foram construídos referenciais e indicadores, tais como os atos praticados pelos profissionais da medicina são considerados como violência obstétrica, durante o período de gravidez e parto, pelos órgãos oficiais do país - o Ministério da Saúde no Brasil - e em organismos internacionais como a OMS.

A seleção do *corpus* da pesquisa para análise dos objetivos se referiu a mulheres que passaram pelo processo de se tornarem mães, ou seja, passaram por gravidez e parto entre a década de 1980 do século XX até 2023, com o propósito de demonstrar que os procedimentos considerados científicos não modernizaram, nem diminuiram o sofrimento, a dor física e emocional, desnecessários ao processo de parir, em que pese o avanço em muitas áreas da medicina (Bardin, 1977).

A partir do material coletado por meio de entrevistas e questionários enviados, foi feita uma decupagem do material e, ao mesmo tempo, foram identificadas as unidades de análise, seja no material coletado ou no diário de campo. Neste documento foram registradas todas as impressões de cada entrevista realizada, enumerando tanto as referências como os indicadores, em sintonia com a pertinência do material e da escolha e coleta de livros, artigos e documentos que permitiram a construção do estado da arte desta pesquisa.

Ao realizar as análises das falas com as experiências das mulheres, pode-se constatar que não existem meios oficiais (do Estado) de controle e fiscalização dos procedimentos que são feitos no processo de acompanhamento da gravidez e do momento em que o parto é realizado.

Em quase todos os relatos, pode-se observar que as referências e os indicadores construídos para reconhecer e certificar os objetivos e hipóteses elencadas nesta pesquisa estão inseridos nas ações às quais as mulheres foram submetidas quando estavam no período de

gravidez e do parto. As exceções são poucas diante da amostra, não existiram situações em que não aparecem maus-tratos sejam nas palavras, como nas ações. A violência é fio de ligação em quase todos os depoimentos nos quarenta anos representados pelas idades das mulheres e nas décadas em que pariram.

Não existem argumentos científicos que justifiquem a continuidade das ações com tais níveis de violência obstétrica. Será que ao cortar um períneo não poderiam ter desenvolvido uma técnica que preservasse a sensibilidade sexual da mulher? Será que ouvir as mulheres é algo impossível? A crença do saber onipresente supera tudo que causa danos irreparáveis? Será que a gravidez não pode ser tratada como é, uma ação natural da vida?

As questões que foram reveladas apontam para apenas uma direção: a consistente resistência para mudanças no tratamento do início da maternidade passa pela secular forma de como a sociedade, seja ocidental e oriental, aborda os direitos das mulheres. Lerner (2019) demonstra historicamente em seu livro que as mulheres sempre foram alvo para todas as mazelas em cada período da história. É fato que nasceram direitos que protegem e garantem às mulheres melhores condições na dinâmica social, mas ainda são desconsideradas em muitas nações devido a questões religiosas, culturais e políticas.

Federici (2019) argumenta que a luta é contínua e remonta a um longo tempo: uma busca incessante por direitos iguais, dignidade e melhores condições para existir, viver, trabalhar, amar, escolher ser mãe ou não, e, se for o caso, engravidar e vivenciar a gravidez com segurança. Esta inclui a certeza de que haja proteção e acolhimento, e que, no momento do parto, a mulher não será submetida a violências desnecessárias, práticas que não são indispensáveis para salvar as vidas em questão.

A violência obstétrica continua acontecendo, é resistente. As estatísticas não são atualizadas sobre as consequências nas vidas das mulheres e crianças, sejam as psicológicas, físicas e emocionais. As físicas demandam custos financeiros que são gastos tanto pelo serviço público – SUS, quanto no setor privado, no oferecimento de fisioterapia, medicamentos caros, consultas, internamentos, conjuntamente com as psicológicas e emocionais, com custos que também requerem tratamentos específicos, assim como custos grandes para as famílias. É notório que o SUS não oferece tratamentos abundantes. A demora para atendimento nas especialidades produz sequelas, muitas vezes sem reparação.

Trata-se de uma violência de gênero, pois a gravidez e o parto são experiências exclusivas de mulheres com útero. A persistente prática dos atos caracterizados como violência obstétrica evidencia que essa orientação é direcionada especificamente às mulheres, simplesmente por serem mulheres.

6.9 Resultado da análise das falas das informantes

A partir das duas rodas de conversa realizadas com as participantes da pesquisa, foi possível identificar um conjunto de experiências, percepções e sentidos atribuídos à vivência da violência obstétrica. Esses elementos revelam não apenas as marcas subjetivas desse tipo de violência, mas também os atravessamentos de gênero, raça e classe que estruturam tais experiências. As falas das informantes foram analisadas a partir da escuta atenta e da identificação de núcleos de sentido, os quais emergiram de forma recorrente nos encontros e permitiram a construção de categorias analíticas.

Nas duas rodas de conversa, um dos aspectos mais marcantes foi o **reconhecimento da violência obstétrica a partir da troca coletiva de experiências**. Muitas participantes mencionaram que somente ao ouvir os relatos de outras mulheres puderam nomear suas próprias vivências como violência, o que evidencia a naturalização dessa prática no cotidiano dos serviços de saúde. Esse movimento de escuta e compartilhamento gerou um efeito de validação e elaboração coletiva do sofrimento, funcionando como um mecanismo de resistência e ressignificação.

Outra categoria emergente foi a do **silenciamento institucional e familiar**. Diversas mulheres relataram que, ao tentar denunciar ou compartilhar suas experiências, foram desacreditadas por profissionais de saúde ou por membros da família, sendo muitas vezes responsabilizadas pelos acontecimentos. Esse silenciamento contribui para a invisibilidade da violência obstétrica e reforça a sensação de isolamento vivenciada pelas mulheres no pós-parto.

A análise também evidenciou os **impactos subjetivos e corporais da violência obstétrica**, especialmente no que se refere à sexualidade e ao vínculo com o próprio corpo. Algumas participantes relataram dificuldades em retomar a vida sexual, sentimentos de culpa, vergonha e perda de autonomia corporal após as experiências vividas no parto. Essas falas revelam que a violência obstétrica não se limita ao momento do nascimento, mas se prolonga na trajetória emocional e relacional das mulheres.

Por fim, as rodas de conversa apontaram para a **centralidade do racismo e da desigualdade social** na configuração da violência obstétrica. Mulheres negras e de classes populares relataram atendimentos marcados por descaso, negligência e práticas violentas, como toques repetitivos sem consentimento, gritos, ofensas e procedimentos realizados sem explicações. Esses relatos reforçam a necessidade de compreender a violência obstétrica como parte de um sistema estrutural de opressões interligadas.

Assim, os resultados das rodas de conversa indicam que a violência obstétrica é uma experiência coletiva, marcada por dimensões subjetivas e estruturais que se retroalimentam. A análise das falas das informantes evidencia a urgência de políticas públicas que levem em conta as especificidades de raça, classe e gênero, bem como aponta para a importância dos espaços coletivos de escuta como formas potentes de resistência e reconstrução de narrativas.

Quadro 3 - Análise das falas das rodas de conversa

	Roda de conversa 1	Roda de conversa 2
Datas	Maio de 2023	Março de 2024
Objetivo	Apresentar ou reconectar as participantes, leitura das entrevistas e troca de experiências, incentivando a escuta ativa (conceito cunhado na psicologia, referindo-se àqueles que ouvem e realmente prestam atenção na fala do outro).	Foi um ano de intervalo entre os encontros, mas foi importante. Relembrar as experiências relatadas, apresentar as reflexões sobre o tema e revelar as conclusões, concordando ou discordando.
Participantes	Cinco de dois grupos e sete de um grupo.	Cinco de dois grupos e sete de um grupo.
	Resultados	
	Violência obstétrica	Violência de gênero
Análise das falas das informantes	Entre as participantes com alta escolaridade, vida financeira estabilizada e anseios relativamente realizados, a maioria compreende que os procedimentos relatados nas gravidezes e partos, em grande parte dos atos, são de violência obstétrica; uma minoria defende que, apesar de aumentarem as dores, tais procedimentos são parte do processo médico. Já as que têm baixa escolaridade e estão desempregadas entendem que tais atos fazem parte da técnica, são normais, naturalizando, assim, a violência, mas não reconhecem que causam dor e sofrimento. Aquelas que têm algum grau de escolaridade reconhecem que tais atos podem ser evitados. Parte das mulheres negras não reconhecem atos especificamente médicos como violência obstétrica,	Ao serem questionadas, compreendem que tais atos acontecem por serem mulheres: nove entenderam que faz parte da realidade, que devem se conformar e viver; doze confirmaram ser, realmente, violência de gênero. O debate surgiu na discussão sobre as razões para aqueles entendimentos e não se chegou a um consenso. Ou seja, a questão se concentra em que, sendo mulheres, existe a naturalização da forma como são tratadas na sociedade, não conseguem enxergar como violência. Da outra parte, entendem e reconhecem que tais atos repetem as várias formas de tratamento que as mulheres

	<p>relata que se sentiu discriminada e, portanto, sofreu preconceito no processo de atendimento, no quarto ou na sala onde ficaram, na forma como as enfermeiras as trataram.</p> <p>Consideram que sofreram racismo durante a gravidez nas consultas para pré-natal e nas etapas para a realização dos partos.</p>	<p>sofrem no seio da sociedade, nas relações sociais, inclusive pelas próprias mulheres.</p>
--	---	--

Fonte: Elaboração própria em 2024. Tema Violência obstétrica (VO) e Violência de gênero (VG).

A problemática evidencia que a persistência de uma cultura que predomina as visões e questões masculinas inferiorizam o corpo feminino e desconsideram os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. A violência obstétrica, portanto, não é um fenômeno isolado, mas resultado de uma histórica deslegitimação da experiência e do saber feminino, e do reflexo das desigualdades estruturais de gênero e de classe, que se revelam na medicalização do processo de acompanhamento de gravidez e parto .

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho, longe de esgotar a vastidão e a complexidade do tema, buscou apresentar uma análise da violência obstétrica como uma espécie de violência de gênero, abordando suas diversas formas, causas e consequências. Almeja-se, assim, contribuir para o aprofundamento do debate sobre o tema e para a construção de políticas públicas eficazes que visem à erradicação dessa prática nefasta e à garantia de uma assistência obstétrica humanizada e respeitosa para todas as mulheres.

A violência obstétrica, entendida como qualquer ato ou omissão que cause danos físico ou psicológico à mulher durante a gestação e o parto – seja ele normal ou cesáreo –, constitui uma grave manifestação da violência de gênero (Belli, 2013). Os relatos de mulheres que passaram por esse tipo de violência apresentados nesta tese evidenciam a desumanização no atendimento, o desrespeito à autonomia feminina, as práticas discriminatórias e uma marcante ausência de empatia na relação entre as mães e os profissionais de saúde.

As falas das mulheres participantes da pesquisa evidenciam que a baixa escolaridade e a condição socioeconômica desfavorável influenciam de maneira significativa na compreensão da diferença entre os procedimentos técnicos necessários para a realização de partos seguros – tanto para a gestante quanto para o recém-nascido – e aqueles considerados desnecessários, os quais contribuem para o agravamento da dor e do sofrimento em um processo que, por si só, já é intrinsecamente doloroso.

Mulheres com baixa escolaridade e renda mínima tendem a compreender que, para garantir suas vidas e as de seus filhos, quaisquer ações realizadas pelos profissionais de saúde são aceitáveis e até necessárias. Em contraste, aquelas com nível de escolaridade de pós-graduação e alta renda conseguem distinguir entre os procedimentos médicos indispensáveis para um parto seguro e as práticas que extrapolam esse escopo. Estas, embora reconheçam tais práticas como inaceitáveis, muitas vezes se silenciam diante da urgência e vulnerabilidade do momento.

No que diz respeito à baixa escolaridade, observa-se que está, em grande parte, intrinsecamente relacionada à baixa renda. Segundo Marx (1978), a renda de um indivíduo não decorre apenas de mérito ou esforço pessoal, mas é determinada pela posição que ele ocupa nas relações de produção. Essa perspectiva se confirmou na presente amostra: ao analisar o contexto específico das participantes, percebeu-se que aquelas com menor escolaridade residiam em bairros populares ou comunidades, ocupavam empregos com salários-mínimos, temporários ou obtidos por meio de vínculos com campanhas políticas de candidatos eleitos.

Em contrapartida, as que tinham escolaridade como graduação e pós-graduação, residentes em bairros mais arborizados, com estruturas de serviços à disposição, com prédios finalizados, ruas asfaltadas, saneamento, ou seja, bairros estruturados, apresentaram condições econômicas mais elevadas, todas proprietárias de suas casas e apartamentos, e com empregos públicos ou eram empresárias.

Observou-se, também, que a naturalização dos atos violentos por mulheres com baixa escolaridade tende a diminuir ao longo das décadas, a depender do período em que se tornaram mães. Essa mudança está relacionada a fatores como o maior acesso à informação por meio da tecnologia, a transformação cultural quanto à aceitação de determinados comportamentos femininos na sociedade e uma maior abertura para as questões relacionadas à sexualidade. No entanto, mesmo reconhecendo que certos procedimentos podem ser considerados atos de violência – praticados sem real necessidade para a saúde das parturientes –, muitas mulheres ainda percebem não haver alternativas viáveis ao modelo atual de atendimento ao parto, seja em hospitais públicos ou privados.

Ao ser analisada a base teórica do grupo, os critérios estabelecidos para a análise – como as representações sociais e a análise de conteúdo –, bem como a interlocução com os autores que fundamentam as reflexões desta tese, verifica-se que o acesso à informação nos meios contemporâneos de comunicação, onde praticamente tudo é divulgado, inclusive os conceitos de violência obstétrica e de gênero, leva as pessoas a ouvirem e interpretarem esses temas conforme as realidades sociais nas quais estão inseridas. Essas interpretações são moldadas por fatores como escolaridade, renda, classe social, local de residência, além da cultura, dos comportamentos e dos costumes produzidos no convívio social cotidiano.

A problemática revela a persistência de uma cultura baseada no masculino como centro do poder, que termina inferiorizando o corpo feminino e desconsiderando os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. A violência obstétrica, portanto, não é um fato isolado, mas sim um reflexo de desigualdades de gênero e das classes sociais.

Ao reconhecer a violência obstétrica como uma forma de violência de gênero, a sociedade passa a poder identificar os abusos e a falta de respeito, práticas que estão profundamente enraizadas em estruturas sociais historicamente responsáveis pela subjugação e desvalorização do corpo e da autonomia das mulheres.

A violência obstétrica é, pois, uma forma específica de violência de gênero e representa um grave problema de saúde pública no Brasil. Ignorando a dignidade humana das mulheres, essa prática desumanizadora e cruel, que se manifesta durante a gestação, parto e pós-parto, causa danos físicos e psicológicos irreversíveis às vítimas e, por vezes, ceifa vidas. Apesar de

ser um tema amplamente debatido e de haver legislação a respeito, a violência obstétrica persiste, enraizada em uma cultura que desvaloriza a experiência feminina como pessoas que podem decidir sobre seus próprios corpos.

As formas e os conceitos das espécies de violência de gênero já são amplamente discutidos pela comunidade acadêmica, como também pelos organismos que compõem o Estado, assim como os governos da última década avançaram com a criação de políticas públicas de assistência e apoio às vítimas. Por exemplo, a violência doméstica é uma espécie de violência de gênero. No Brasil, foi promulgada a Lei Maria da Penha, mas parou aí.

A necessidade de reconhecimento legal das outras espécies de violência de gênero é fundamental para garantir que as inúmeras formas de opressão e abuso sofridas por indivíduos – especialmente mulheres, pessoas trans e outras identidades de gênero marginalizadas – sejam identificadas, prevenidas e punidas. Esse reconhecimento não se limita apenas aos episódios de violência doméstica ou de relações íntimas, mas se estende aos espaços públicos e institucionais onde a desigualdade e o preconceito se manifestam de diversas maneiras.

Historicamente, as leis muitas vezes negligenciaram a especificidade dos abusos baseados no gênero, tratando-os como apenas casos de violência familiar ou criminosa, sem considerar as raízes estruturais e culturais que os sustentam. Reconhecer legalmente a violência de gênero implica admitir que determinados comportamentos abusivos fazem parte de um sistema maior de desigualdade e discriminação.

Ao incluir a violência de gênero na legislação, cria-se um espaço para a identificação e o combate a comportamentos que antes eram minimizados ou invisibilizados. Isso inclui não apenas a violência doméstica, mas também a violência no ambiente de trabalho, nas instituições públicas e em outros espaços coletivos.

O reconhecimento legal contribui para a conscientização social sobre a existência e a gravidade da violência de gênero. Quando o Estado formaliza essa questão, abre-se um caminho para a promoção de campanhas educativas que visem transformar normas culturais e comportamentais.

O modelo tradicional de assistência obstétrica foi, por muito tempo, marcado por uma classificação de poder na qual os profissionais de saúde, predominantemente homens, sob uma lógica da medicalização, detinham autoridade absoluta sobre os corpos das mulheres. Essa dinâmica reproduz relações patriarcais nas quais as mulheres têm sua voz e autonomia sistematicamente desconsideradas, configurando uma forma de controle e dominação.

Historicamente, a assistência ao parto era um espaço de saber feminino, dominado por parteiras que cuidavam das gestantes de forma tradicional e comunitária. Com a ascensão da

medicina moderna, houve um movimento de exclusão dessas mulheres e a institucionalização do parto, que passou a ser tratado como um evento médico em vez de um processo natural. Esse deslocamento do protagonismo feminino para uma perspectiva biomédica, predominantemente masculina, resultou em uma hierarquia na qual as decisões sobre o parto foram tomadas por profissionais de saúde, frequentemente sem levar em consideração a vontade da gestante.

A medicalização do parto também contribuiu para a normalização de procedimentos invasivos e desnecessários, como a episiotomia de rotina, cesarianas sem indicação clínica e manobras agressivas para acelerar o parto. Muitas dessas práticas não são baseadas em evidências científicas e acabam sendo perpetuadas por um modelo de assistência que desconsidera a individualidade da mulher.

Reflexo do controle histórico exercido sobre o corpo da mulher e sua capacidade reprodutiva, esse controle se manifesta sob diversas formas, como a imposição de procedimentos sem consentimento informado, a negação de analgesia quando solicitada e a desqualificação da dor e do sofrimento da parturiente. Comentários desrespeitosos, ameaças e coerção para aceitar determinados procedimentos também fazem parte desse cenário e demonstram o menosprezo pela voz e pelo direito da mulher de decidir sobre sua própria experiência de parto.

É o tipo de violência praticada que é uma expressão da desigualdade de gênero, pois perpetua a ideia de que a mulher não é capaz de tomar decisões autônomas sobre seu corpo. O parto, que deveria ser um momento de empoderamento e acolhimento, torna-se uma experiência de sofrimento e desrespeito, afetando a autoestima e a saúde mental da mulher no pós-parto.

É um problema complexo e multifacetado, cujas causas são diversas e interligadas. Dentre os principais fatores que contribuem para a sua ocorrência, destacam-se a cultura machista e patriarcal que desvaloriza a figura feminina e a submete a relações de poder desiguais. Essa cultura se reflete na assistência obstétrica, na qual a mulher é frequentemente vista como um objeto, não como um sujeito de direitos.

A crescente medicalização do parto e o foco excessivo em procedimentos técnicos podem levar à desumanização da assistência obstétrica, na qual a mulher é vista como um corpo a ser manipulado, e não como uma pessoa com emoções, necessidades e direitos.

A formação de muitos profissionais de saúde ainda é centrada em modelos tecnicistas e desumanizados, que não valorizam a importância do respeito à autonomia da mulher e à sua experiência individual de parto.

Devido ao não reconhecimento oficial pelo Estado, a violência obstétrica é uma violência de gênero. A promoção de todos os seus atos e suas consequências invisíveis resultam

na falta de fiscalização e de punição: a falta de fiscalização dos serviços de saúde e a impunidade dos profissionais que praticam violência obstétrica contribuem para a perpetuação dessa prática, tema que será discutido nos parágrafos finais.

Outro aspecto que contribui para a perpetuação das práticas violentas é a desinformação. Muitas mulheres desconhecem seus direitos durante o parto e não sabem como identificar e denunciar a violência obstétrica, acreditando que os atos são parte dos procedimentos para realização dos partos.

As consequências da violência obstétrica são inúmeras e podem ser devastadoras para a saúde física e mental da mulher, do bebê e da família. Entre os principais impactos negativos, destacam-se: problemas de saúde física - a violência obstétrica pode causar complicações graves como hemorragias, infecções, lesões perineais e, em casos extremos, levar à morte da mulher ou do bebê; problemas de saúde mental - a mulher que sofre violência obstétrica pode desenvolver transtornos mentais como depressão pós-parto, ansiedade, síndrome de estresse pós-traumático e dificuldades no estabelecimento do vínculo com o bebê; impactos emocionais - a violência obstétrica pode gerar sentimento de culpa, vergonha, medo, raiva e impotência, além de afetar a autoestima e a confiança da mulher; dificuldades no aleitamento materno - a violência obstétrica pode interferir no aleitamento materno, seja pela falta de apoio e incentivo, seja pelas dificuldades físicas e emocionais enfrentadas pela mulher; impactos na vida familiar e social - a violência obstétrica pode gerar conflitos conjugais, dificuldades na vida sexual e no relacionamento com o bebê, além de causar isolamento social e profissional (Belli, 2013).

Um dos principais desafios no combate à violência obstétrica é sua invisibilização dentro do próprio sistema de saúde. Muitas mulheres não reconhecem que foram vítimas desse tipo de violência, pois as práticas abusivas são amplamente naturalizadas e justificadas como "necessárias" para garantir a segurança do bebê. O discurso médico frequentemente reforça a ideia de que questionar essas práticas é uma forma de irresponsabilidade materna, desencorajando a busca por informação e o empoderamento feminino.

Enfrentar a violência obstétrica é um desafio complexo que exige um conjunto de ações coordenadas em diversas frentes. Na verdade, o desenvolvimento de uma política pública de combate à violência obstétrica e apoio às vítimas que englobe dois grandes programas, com ações coordenadas dialogando entre eles, para os resultados serem eficazes a médio e longo prazo.

O primeiro programa seria o Programa Educação para Equidade de Gênero, dando continuidade a políticas públicas existentes que incentivem a valorização da figura feminina. A implantação do Programa Educação para Equidade de Gênero em escolas e universidades,

criando disciplinas obrigatórias no ensino médio e universidades, centros universitários e faculdades que discutam a questão da violência de gênero, suas causas e consequências. O incentivo financeiro a espaços para discussões sobre a independência financeira como um processo de autonomia pessoal, respeito à dignidade humana e o direito à personalidade.

A formação profissional qualificada, como ponto essencial para que os profissionais de saúde recebam uma formação qualificada que aborde a temática da violência obstétrica, capacitando-os a prestar uma assistência humanizada. É fundamental que a formação de médicos e outros profissionais da saúde inclua uma abordagem centrada na mulher, baseada em evidências científicas e respeitosa dos direitos humanos.

Para tanto, é necessário implementar disciplinas obrigatórias sobre equidade de gênero, e, portanto, a violência obstétrica, tanto nas graduações quanto nas residências médicas que enfatizem o parto normal e natural, a fim de promover mudanças estruturais na atenção obstétrica, tais como: reformular a residência médica em obstetrícia e ginecologia para incluir estágios obrigatórios em maternidades que adotem o modelo de atenção humanizada ao parto; incentivar práticas interdisciplinares, promovendo a atuação conjunta de médicos, enfermeiros obstetras e doulas; criar incentivos financeiros e acadêmicos para universidades e instituições que adotem essa política.

Por sua vez, o Programa Apoio às Vítimas seria direcionado às mulheres que sofrerem violência obstétrica, oferecendo-lhes apoio psicológico, jurídico e social, para que possam superar os traumas, incentivar a criação de atendimento especializado em casas de acolhimento nos centros sociais urbanos em conjunto aos postos de saúde estaduais. Para a realização dessas ações, é preciso o fortalecimento da fiscalização dos serviços de saúde, punindo os profissionais que praticam violência obstétrica e garantindo que as mulheres tenham acesso a canais de denúncia seguros e eficazes. Uma terceira diretriz seriam as ações com informação e empoderamento: é fundamental que as mulheres sejam informadas sobre seus direitos durante gravidez, parto e pós-parto, para que possam identificar e denunciar a violência obstétrica.

A criminalização da violência obstétrica é complexa, com argumentos favoráveis e contrários que merecem análise aprofundada. Os argumentos para a criminalização enfrentam barreiras dentro da sociedade, a medicalização promoveu uma inacessibilidade aos atos médicos. Com isto não se construiu espaços de diálogo entre os cidadãos e as ações médicas que fazem os cuidados para a saúde no Brasil. Tendo como suporte a máxima de que o conhecimento produz ciência, não existe abertura para que sejam apresentados argumentos como a observação aos direitos humanos, a dignidade da pessoa humana, e o direito à personalidade, principalmente quando se trata de violência obstétrica.

Resumidamente, os argumentos favoráveis para a criminalização são: violação de direitos fundamentais - a violência obstétrica desrespeita direitos humanos básicos, como o direito à saúde, dignidade, liberdade e não discriminação. A criminalização pode servir como instrumento de proteção e garantia desses direitos, assegurando que as mulheres sejam tratadas com respeito e humanidade durante o parto; Prevenção e reparação - a criminalização pode atuar como medida preventiva, dissuadindo práticas abusivas e desumanas por parte dos profissionais de saúde. Além disso, possibilita a responsabilização dos culpados, oferecendo uma forma de reparação às vítimas e suas famílias; mudança nos comportamentos - a criminalização pode contribuir para a mudança da cultura obstétrica, incentivando o respeito à mulher e a adoção de práticas humanizadas no parto. Ao reconhecer a violência obstétrica como crime, a sociedade demonstra que tais atos não são tolerados e que as mulheres têm o direito de buscar justiça.

Já os argumentos desfavoráveis à criminalização são: judicialização da saúde - pode gerar a criminalização excessiva, prejudicando a relação médico-paciente e dificultando o trabalho dos profissionais. O receio de serem processados poderia levar os médicos a adotarem condutas defensivas, prejudicando o atendimento às pacientes; falta de clareza e imprecisão - a definição de violência obstétrica ainda é controversa, com diferentes interpretações e falta de consenso sobre quais atos configuram violência. Essa falta de clareza pode gerar insegurança jurídica e dificultar a aplicação da lei, além de abrir brechas para interpretações equivocadas; desvio de foco - argumentam que a criminalização não é a solução mais eficaz e que o foco deve ser em investimentos em educação e humanização dos profissionais de saúde, além de medidas de fiscalização e controle. Acredita-se que a mudança cultural e a conscientização são mais eficientes do que a punição.

A discussão sobre a criminalização da violência obstétrica é uma vertente que poderá aprimorar as políticas públicas que tratam sobre a saúde da mulher e garantir o respeito aos direitos das mulheres durante o parto. É preciso considerar os diferentes argumentos, buscar um consenso sobre a definição de violência obstétrica e encontrar o equilíbrio entre a responsabilização dos culpados e a promoção de um ambiente de assistência respeitoso e humanizado.

Caso haja vontade política para tal, ao formular a lei é necessária a tipificação específica do crime de violência obstétrica, com uma definição clara e objetiva dos atos que a configuram. Essa medida trará segurança jurídica e facilitará a aplicação da lei. O conteúdo da Lei não deve conter apenas a tipificação do crime; será necessária a criação de outros mecanismos que garantam a eficácia pretendida, com a criação de canais de denúncia acessíveis e eficientes, que

protejam o anonimato e a segurança das vítimas. As denúncias devem ser investigadas de forma rigorosa e os culpados responsabilizados, como também os responsáveis pela fiscalização e controle dos serviços de saúde, para identificar e punir práticas de violência obstétrica.

É importante ressaltar que a criminalização não é uma solução isolada, mas parte de um conjunto de ações que visam à transformação da cultura obstétrica e a garantia dos direitos das mulheres. O diálogo entre profissionais de saúde, sociedade civil e governo é fundamental para encontrar o melhor caminho para combater a violência obstétrica e promover um parto humanizado e seguro para todas as mulheres.

REFERÊNCIAS

- ALAMBERT, Zuleika. **A história da mulher. A mulher na história**. Brasília: Fundação Astrojildo Pereira, 2004.
- ALMEIDA, Silvana. **Corpos negros e parto: violência obstétrica e racismo institucional no SUS**. São Paulo: Ed. Mulheres Negras em Movimento, 2019.
- ÁVILA, Humberto. **Teoria dos princípios: da definição à aplicação dos princípios jurídicos**. 7. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2007.
- AZEVEDO, Junqueira de. Caracterização jurídica da dignidade da pessoa humana. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, v. 91, n. 797, p. 11-26, mar. 2002. Disponível em: <https://bdjur.stj.jus.br/items/53ec971f-dabe-4b7e-94df-ba27495d6ccd>.
- BADINTER, Elizabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.
- BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 449-469, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200008>.
- BARATA, Rita B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. (Temas em Saúde)
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- BARROSO, Luís Roberto. **O novo direito constitucional brasileiro: contribuições para a construção teórica e prática da jurisdição constitucional no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2014.
- BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo: fatos e mitos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.
- BELLI, Laura F. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. **Revista Redbioética/UNESCO**, Montevideo, v. 2, n. 8, p. 25-34, 2013. Disponível em: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868>.
- BITTAR, Carlos Alberto. **Os direitos da personalidade**. 8. ed. rev., aum. e mod. por Eduardo C. B. Bittar. São Paulo: Saraiva, 2015.
- BOLEN, Jean Shinoda. **As deusas e a mulher: nova psicologia das mulheres**. Tradução: Maria Lydia Remédio. 7. ed. São Paulo: Paulus, 2005.
- BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Tradução: Maria Helena Kühner. 22. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2023.
- BOURDIEU, Pierre. Sobre o poder simbólico. In: BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Tradução: Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BRASIL. Ministério da Justiça, "Programa Mulher Viver sem Violência" 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Rede Cegonha, 2015

BRASIL. Caso Alyne Pimentel: Relatório do Governo Brasileiro, 2014. Disponível em: www.spm.gov.br/assuntos/avoos.../onu1/relatório_2014casoAlyne22agosto1v.pdf.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, 2008.

BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República, 2006.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Brasília, 1990a.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências. Brasília, 1990b.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução: Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública. Programa Rede de Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 49-59, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CHACHAM, Alessandra S. Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal com "risco" e a medicalização do parto no Brasil. In: JACÓ-VIVLELA, Ana Maria; SATO, Leny (orgs.). **Diálogos em Psicologia Social**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 420-451.

CHACHAM, Alessandra S. Tese / Título : A medicalização do corpo feminino e a incidência do parto cesáreo em Belo Horizonte . Área Ciências Sociais Aplicadas e Demografia Universidade Federal de Minas Gerais ,1999

CHAUÍ, Marilena. Ética e violência no Brasil. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 378-383, out./dez. 2011. Disponível em:
<http://www.saocamilo.sp.br/pdf/bioethikos/89/A3.pdf>.

CHOURABI, Lizandra F. **Representações e práticas sociais dos profissionais de saúde e usuárias sobre a assistência ao parto em um Hospital Universitário do Sul do Brasil: um estudo à luz do conceito de violência obstétrica**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/31149#collapseExample>.

COMISSÃO SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO - CPDI, 1994.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM, 2022

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP, 2011. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/ acesso>.

DAVIDSON, Gretchen J. **“I know that I’m Strong”**: survivors of sexual violence and their experiences with pregnancy and childbirth. Smith College, 2014.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DINIZ, Maria Helena. **Manual de direito civil**. São Paulo: Saraiva jurídica, 2022.

DINIZ, Simone G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, ago. 2009. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200012.

DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001622652>.

DINIZ, Simone G.; SALGADO, Heloisa de O.; ANDREZZO, Helena F. de A.; CARVALHO, Paula G. C.; CARVALHO, Priscila C. A.; AGUIAR, Cláudia de A.; NIY, Denise Y. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em:
https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12822015000300019.

DURKHEIM, Émile. (1898) **Sociologia e filosofia**. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

DURKHEIM, Émile. (1912) **As formas elementares da vida religiosa**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/> 2022.

FACCHIN, Luiz Edson. Arruda Alvim: diálogos com sua biografia e sua obra: à memória de Arruda Alvim que inspira. In: MENDES, Gilmar Ferreira. **Ensaio sobre direito constitucional, processo civil e direito civil**: uma homenagem ao professor José Manoel de Arruda Alvim. Curitiba: Direito Contemporâneo, 2023. p. [1259707] STJ

FACCHIN, Luiz Edson,. In: KROETZ, Maria Cândida Pires Vieira do Amaral (org.). **Direito civil**: inventário teórico de um século. Curitiba: Kairós, 2012. p. 45-58.

FEDERICI, Silvia. **O ponto zero da revolução**: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2019.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. 3. ed. São Paulo: Elefante, 2017.

FEIX, Virginia. **Sobre gênero e justiça**: o projeto Promotoras Legais Populares. Brasília: Ministério das Relações Exteriores, 2009.

FONSECA, Lucina Carvalho. **“Eu quero cesárea! Ou “Just cut it out”**: análise crítica do discurso de relatos de parto normal após cesárea de mulheres brasileiras e estadunidenses à luz da Linguística de Corpus. 2014. Tese (Doutorado em Linguística) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

FÓRUM Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: FBSP, 2024. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2024/07/anuario-2024.pdf>.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. v. I: **A vontade de saber**. 11. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2021a.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. v. II: **O uso dos prazeres**. 11. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2021b.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. v. III: **O cuidado de si**. 11. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2021c.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010a.

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**. Curso dado no Collège de France (1981-1982). 3. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fonte, 2010b.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 25. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008a.

FOUCAULT, Michel. A polícia da saúde no século XVIII. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 25. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008b.

FOUCAULT, Michel. **Diálogo sobre o poder**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. (Ditos e Escritos, IV)

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. (Ditos e Escritos, V)

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1974

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. The statute of medicalization and the interpretations of Ivan Illich and Michel Foucault for studying of medicalization. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

GOMES, Romeu. A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde. In: MINAYO, Maria Cecília de S.; SOUZA, Edinilsa R. (eds.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 199-222.

GONÇALVES, Andréa Lisly. **História & gênero**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

GOODMAN, Leo A. Amostragem de bola de neve. **The Annals of Mathematical Statistic**, v. 32, n. 1, p. 148-170, mar. 1961. Disponível em: <https://doi.org/10.1214/aoms/1177705148>.

GOTARDO, Ana Teresa. Parto humanizado, empoderamento feminino e combate à violência: uma análise do documentário **O renascimento do parto**. **Revista Digital de Cinema Documentário**, n. 23, p. 29-45, 2018. Disponível em: <https://ojs.labcom-ifp.ubi.pt/index.php/doc/article/view/369/202>.

GUIMARÃES, Liana B. E.; JONAS, Eline; AMARAL, Leila Rute O. G. Violência obstétrica em maternidades públicas do Estado do Tocantins. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/BPdk4Rs9YqDNcnhMKrFdmJh/abstract/?lang=pt>.

GUTMAN, Laura. **Puerperios y otras exploraciones del alma femenina**. Buenos Aires: Editorial del Nuevo Extremo, 2007.

HARVEY, David. **Para entender O capital**. Tradução: Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

hooks, bell. **Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade**. Tradução: Marcelo Bandrão Cippola. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2013.

HOTIMSKY, Sonia N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. 2007. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112007-082030/pt-br.php>.

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

JODELET, Denise. **Loucuras e representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

JODELET, Denise. Representações sociais: um conceito em expansão. In: MOSCOVICI, Serge (org.). **As representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 47-74.

KANT, Immanuel. **Crítica da razão pura**. 9. ed. Tradução: Manuela Pinto dos Santos e Alexandre Fradique Morujão. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 2018.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

LANSKY, Sônia; SOUZA, Kleyde V.; PEIXOTO, Eliane R. M.; OLIVEIRA, Bernardo J.; DINIZ, Carmen Simone G.; VIEIRA, Nayara F.; CUNHA, Rosiane de O.; FRICHE, Amélia Augusta de L. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. **Ciencia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31389530/>.

LAURETIS, Teresa de. Identidad de género, malos hábitos y teoría queer. In: ZURÍAN, Francisco A. (ed.). **Imágenes del Eros: género, sexualidad, estética y cultura audiovisual**. Madrid: Ocho y Medio, 2011

LAURETIS, Teresa de. Gênero e Teoria Queer. **Albuquerque**, Campo Grande, v. 13, n. 26, p. 165-176, jul./dez. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/AlbRHis/article/view/12446/10230>

LEAL, Maria do Carmo; PEREIRA, Ana Paula E.; DOMINGUES, Rosa Maria S. M.; FILHA, Mariza M. T.; DIAS, Marcos Augusto B.; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; BASTOS, Maria Helena; GAMA, Silvana G. N. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 30, p. 1-31, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana G. N. Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 30, p. 5, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TfDWbFMJSGTBDGLBH5jrc5w/?lang=pt>.

LEAL, Sarah Yasmin P.; LIMA, Vera Lúcia de A.; SILVA, Andrey F.; SOARES, Patrícia Danielle F. L.; SANTANA, Luzia R.; PEREIRA, Álvaro. Percepção da enfermeira obstetra acerca da violência obstétrica. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 2, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52473/35219>.

LEAL, Maria do Carmo; NOGUEIRA DA GAMA, Silvana G.; CUNHA, Cynthia B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vvqBZLqq3gjjbGNt3mR6PvS>.

LERNER, Gerda. **A criação do patriarcado: história da opressão das mulheres pelos homens**. Tradução: Luiza Sellera. São Paulo: Cultrix, 2019.

MAIA, Mônica B.; ANDRAUS, Lourdes Maria S.; BARBOSA, Maria A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Revista**

Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 12, n. 13, p. 386-391, jan. 2010. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/pr84/mais>.

MARSHALL, Thomas H. **Cidadania, classe social e status**. São Paulo: Editora Unesp, 2021.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX**. 2000. Tese (Doutorado em História) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/198689>.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. Livro I: O processo de produção do capital. Tradução: Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2007.

MATOS, Marlise; CORTÊS, Iáris Ramalho. Breve história da trajetória da luta das mulheres no Brasil. Mód. I. A evolução da condição das mulheres na sociedade. In: **Mais mulheres no poder: contribuição à formação política das mulheres**. Brasília-DF: Presidência da República, Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2010>.

MEAD, Margaret. **Sexo e temperamento**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1969.

MENDES, Eugenio Vilaça (org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

MENDONÇA, Maria Collier de. O feminismo matricêntrico e o ativismo feminista no Motherhood Initiative for Research and Community Involvement (MIRCI) liderado por Andrea O'Reilly. **Anais da III Jornadas do LEGH** [recurso eletrônico]. Florianópolis: LEGH/UFSC, 2018. p. 494-505.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 809-840, set./dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/7VrRmvB6SNMwQL5r6mXs8Sr/>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa na saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A violência dramatiza causas. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa R. (eds.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 23-48.

Ministério da Saúde do Brasil . Programa Humanização no Pré Natal e Nascimento - PHPN , 2000

MOSCOVICI, Serge. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MOURA, Adriana F.; LIMA, Maria Glória. A reinvenção da roda: roda de conversa, um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**, João Pessoa, v. 23, n. 1, p. 98-106, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/view/18338/11399>.

MUNIZ, Beatriz Maia de Vasconcelos; BARBOSA, Ruth Machado. **Problematizando o atendimento ao parto**: cuidado ou violência? La Habana, 2012. Disponível em: <http://www.concionsalude2012.sld.cu>.

NOVELINO, Marcelo. **Curso de direito constitucional**. 11. ed. Salvador: Juspodivm, 2016.

OMS. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/prevencao-e-eliminacao-de-abusos-desrespeito-e-maus-tratos/>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://www.who.int/> 2022

O'REILLY, Andrea. **Feminismo matricêntrico**: teoria, ativismo, prática. 2. ed. [s.l.]: Editora Imprensa Demeter, 2010.

PARAÍBA, Estado da Paraíba. 2021, Proposta de Lei sobre Violência Obstétrica

PINTO, Céli Regina Jardim. Feminismo, história e poder. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15-23, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/GW9TMRsYgQNzxNjZNcSBf5r>.

PORTO, Ana Maria F.; AMORIM, Melania Maria R.; SOUZA, Alex Sandro R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, São Paulo, v. 38, n. 10, p. 527-537, out. 2010.

PORTO, Pedro Rui Fontoura. **Violência doméstica contra a mulher**: Lei 11.340/04, uma análise crítica. 4. ed., rev. Porto Alegre: Imprensa, 2021.

POUPART, Jean. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, Jean; DESLAURIERS, Jean-Pierre; GROUIX, Lionel-H.; LAPERRIÈRE, Anne; MAYER, Robert; PIRES, Álvaro P. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Tradução: Ana Cristina Nasser. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=97958>.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Dicas de leitura, 2012. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/dicas-de-leitura-e-artigos>.

REZENDE, Jorge de. **Operação cesariana**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

RICOEUR, Paul. Autobiografia intelectual. In: RICOEUR, Paul. **Da metafísica à moral**. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

ROCHA, Cármen Lúcia A. O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e a exclusão social. **Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos**, [S.l.], n. 2, p. 49-67, maio 2016.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, Fundação Perseu Abramo, 2015.

SALVADOR. Lei 7.851, de 25 de maio de 2010. Institui que toda gestante no município de Salvador tem direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade na qual será realizado seu parto, e em caso de intercorrência pré-natal. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, 2010.

SAMPAIO, Juliana; SANTOS, Gilney C.; AGOSTINI, Márcia; SALVADOR, Ananta S. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, p. 1299-1311, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>.

SANTA CATARINA, Estado de Santa Catarina, Projeto de lei 2017 sobre Violência Obstétrica.

SANTOS, BOAVENTURA .S. A difícil democracia: reinventar as esquerdas. Editora Boitempo. 1 ed. São Paulo, 2016.

SANTOS, Corina Teresa C. Rosa. A violência obstétrica: à luz dos direitos fundamentais. **Revista Jurídica da UEFS**, Feira de Santana, v. 2, n. 2, p. 34-40 2018. Disponível em: <https://periodicos.uefs.br/index.php/revistajuridica/article/view/3310>.

SANTOS, Cecília M.; IZUMINO, Wânia P. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. **Encontro do Instituto Adolfo Lutz**, São Paulo, v. 16, p. 147-164, 2005. Disponível em: <http://www.nevusp.org/downloads/down083.pdf>.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

SARTI, C. A.. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. **Revista Estudos Feministas**, v. 12, n. 2, p. 35–50, maio 2004.

SARTI, Cynthia A. Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 16, p. 31-48, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a03.pdf>.

SARTI, C. A. A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade*. 10(1), 3-13.

SEGATO, Rita Laura. **La escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez**. 2. ed. Buenos Aires: Tinta Limón, 2013.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995. Disponível em:
<https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 36. ed. rev. atual. São Paulo: Malheiros, 2013.

SILVA, Ana Tereza V. **Roda de conversa como metodologia para partilha de saberes docentes**. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino de Ciências) - Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2020. Disponível em:
<http://www.repositorio.ufop.br/handle/123456789/13104>.

SOUZA, Camila Braga de Queiroz. **Violência obstétrica de Direitos sob a ótica das puérperas atendidas em maternidades públicas em Feira de Santana**. 2017. Monografia (Graduação em Direito) - Universidade de Feira de Santana, Feira de Santana, 2017.

SOUZA, Dalva Borges de. Violência, poder e autoridade em Goiás. Goiânia: Ed. da UFG, 2006. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 10, n. 1, 2007.

SOUZA FILHO, Edson A. Análise de representações sociais. ENCONTRO DO ANPPAS, 2., 2004, São Paulo. **Papers...** São Paulo: ANPPAS; GT10, 2004. p. 27-56.

TARTUCE, Flávio. **Manual de Direito Civil**. 7. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2017.

TARTUCE, Flávio. Manual de direito civil: volume único Flávio 5. ed. rev., atual. e ampl. – Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2015.

TEPEDINO, Gustavo. **Teoria Geral de Direito Civil: questões controversas**. Rio de Janeiro: Ed Forum, 2008.

TOLEDO, Flávia B.; JANÓLIO, Luciana F. F. A institucionalização da violência obstétrica como violência médica e de gênero. XIX Encontro de História da AUPUH – Rio. História do Futuro; Ensino, Pesquisa e Divulgação Científica. Set. 2020.

VINUTO, J.. “Todo mundo aqui é tratado do jeito que merece”: suspeição generalizada e naturalização da privação de liberdade de adolescentes negros. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 39, p. e39002, 2024.

ZANARDO, Gabriela L. P.; URIBE, Magaly C.; NADAL, Ana H. R.; HABIGZANG, Luísa Fernanda. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, n. 29, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>.

ZOLA, Irving K. Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, London, v. 20, n. 4, p. 487-504, 1972.

Glossário sobre violência obstétrica

Abuso verbal: comentários ofensivos, humilhações, gritos ou ameaças proferidas por profissionais de saúde durante o parto, afetando negativamente a experiência da mulher.

Cesárea desnecessária: realização de cesárea sem indicação médica apropriada, muitas vezes por conveniência da equipe médica, aumentando riscos maternos e neonatais.

Consentimento informado: direito da gestante de receber informações claras e completas sobre qualquer procedimento antes de sua realização, podendo aceitar ou recusar intervenções médicas.

Desqualificação da dor da mulher: minimização do sofrimento e da dor relatados pela gestante ou parturiente, negando analgesia ou não levando em consideração suas queixas.

Episiotomia: corte cirúrgico feito no períneo (região entre a vagina e o ânus) para alargar o canal de parto. Muitas vezes é realizado sem consentimento e sem necessidade, podendo resultar em dor e complicações posteriores.

Indução de parto sem indicação médica: uso de medicamentos ou intervenções para acelerar o trabalho de parto sem justificativa médica adequada, podendo resultar em complicações para a mulher e o bebê.

Manobra de Kristeller: pressão aplicada sobre o abdome da mulher durante o trabalho de parto para acelerar a saída do bebê. Considerada arriscada, pode causar lesões maternas e fetais, além de ser desaconselhada pela Organização Mundial da Saúde.

Medicalização excessiva do parto: uso excessivo e desnecessário de medicamentos e intervenções, muitas vezes sem consentimento da mulher, desconsiderando a fisiologia natural do parto.

Negligência no atendimento: falta de assistência adequada, demora proposital no atendimento, recusa de analgesia ou qualquer outra conduta que coloque a mulher em situação de sofrimento evitável.

Obstrução do direito ao planejamento reprodutivo: impedimento ou coerção em decisões sobre contracepção, esterilização ou planejamento familiar, desconsiderando a autonomia da mulher.

O "ponto do marido": é uma prática obstétrica violenta e não ética, na qual, após uma episiotomia ou laceração perineal durante o parto, o profissional de saúde realiza um ou mais pontos a mais do que o necessário ao suturar a região. O objetivo é tornar a vagina “mais apertada” para aumentar o prazer sexual do parceiro da mulher, desconsiderando completamente o impacto negativo para a mulher.

Parto desrespeitoso: atendimento ao parto marcado por negligência, abuso verbal, gritos, ameaças ou recusa de analgesia e assistência adequada, impactando negativamente a experiência da mulher.

Recusa de acompanhante: impedimento da presença de uma pessoa de confiança da mulher durante o parto, contrariando a legislação brasileira que garante esse direito.

Separação injustificada da mãe e do bebê: impedimento do contato pele a pele ou da amamentação imediata sem razão clínica fundamentada, comprometendo o vínculo materno-infantil.

Toque vaginal excessivo ou sem consentimento: realização de exames de toque vaginal repetitivos ou sem a permissão da mulher, causando desconforto físico e emocional.

Violência obstétrica: qualquer ato, verbal ou físico, praticado por profissionais de saúde durante a gestação, parto, puerpério ou abortamento, que cause sofrimento, humilhação, desrespeito ou danos à mulher e ao bebê.

ANEXO A - CARTA DE UMA INFORMANTE

Enviada em março de 2023 por e-mail

Como percebo o tratamento recebido pelos profissionais envolvidos: Fui acompanhada por um médico obstetra (sexo masculino), fui encaminhada pela médica ginecologista que me acompanhava, que não era obstetra, desde a primeira consulta, em que fui com minha mãe e minha avó, informei a ele que desejava parto natural (sem analgesia) – por medo de agulhas, ele demonstrou acolher as minhas intenções e nada falou, fui muito bem tratada por ele, sempre muito solícito, passou seu telefone pessoal para qualquer necessidade, também fui bem atendida pelas recepcionistas, equipe relacionada ao médico. Durante o 1º trimestre do pré-natal tudo transcorreu bem, o pai da minha filha me acompanhava em consultas e exames, quando acabei de realizar os exames do 2º trimestre, fiz a ultrassom morfológica e tudo estava conforme o esperado. Contudo, antes de retornar com os resultados para a consulta do 2º trimestre, comecei a sentir dores, não sabia que eram contrações, o médico (por telefone) pediu repouso e passou um medicamento, na época havia completado 22 semanas. Segui as orientações contudo não tive melhora, na madrugada ele me orientou que fosse à maternidade (particular), ele seguiu ao meu encontro, lá fez o exame de toque e percebeu que estava com dilatação (não lembro o índice, acredito que 4 ou 6). Me deixou internada com um soro na veia, para inibir as contrações e fez exames laboratoriais, pela manhã fiquei num quarto de enfermaria (meu plano era apartamento) o hospital estava sem vaga. Quando a médica (esposa do meu médico) me deixou no soro, saiu para seus afazeres, uma enfermeira entrou no quarto, desligou o soro, e me colocou sentada em uma cadeira para me transferir de quarto, eu disse que não queria, ela não me ouviu, ao sentar na cadeira a bolsa rompeu, meu estado emocional piorou muito, foi terrível, sem dúvida, até hoje, foi o pior dia da minha vida. Eu só queria ficar em repouso, não me importava em estar na enfermaria. Diante da situação tive que fazer uma ultrassom com doppler em outro lugar do hospital (um anexo). À noite meu médico voltou e disse que precisava retirar o soro porque ele causava taquicardia em mim e na minha filha. Quando desligou tudo voltou, eu estava com febre, consideraram que estava daquele modo por causa de uma infecção urinária. Às 20 horas: 34 minutos desse dia, minha filha nasceu nestas condições, foi parto cesárea. Fui para a sala de parto sozinha com a equipe médica sem nenhum parente ou conhecido, primeira vez na vida que fazia uma cirurgia, pensando que nós duas íamos morrer... durante o parto ninguém me explicou nada, o anestesista ficou brincando com a minha flexibilidade nas virilhas de modo desrespeitoso, eu ainda estava acordada e ouvi tudo. Depois quando acordei estava

numa sala vazia com macas de inox em meu entorno, eu pensei que tinha morrido, não sabia da minha filha e a única coisa que eu queria era ver a minha mãe. Depois de um tempo, uma enfermeira ia passando pelo corredor e eu consegui chamar... eu perguntei se eu estava viva e pedi para ver minha mãe... ela disse que tinha que esperar, um tanto grosseira, saiu e continuei sozinha, sem ter certeza se estava viva mesmo. Depois de muito tempo fui levada ao quarto, lá minha mãe e meu marido me esperavam, minha filha estava na UTI, foram dois meses de internamento, em que tivemos suporte de alguns e maus-tratos de outros... Pela misericórdia de Deus, a intercessão de Nossa Senhora, São Cosme e São Damião, minha filha lutou e hoje é uma mulher que vai completar 20 anos.

ANEXO B

PESQUISA: GRAVIDEZ E PARTO À LUZ DOS CONCEITOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DE GÊNERO: relatos das experiências de mulheres que partejaram entre 1980 e 2023

QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Blocos das perguntas

Informações pessoais

- 1- Como é seu nome? Meu nome é (pesquisadora)
- 2- Você se importaria em dizer a sua idade?
- 3- Tem filhos? Quantos?
- 4- É mãe solo?
- 5- Quando foi a última gravidez?
- 6- Tem plano de saúde?
- 7- Reside em que bairro em Salvador (BA)?
- 8- Tem formação universitária? Se não tem, chegou até a qual série na escola?
- 9- Fez alguma pós-graduação?
- 10- Tem companheiro ou companheira?

Informações do pré-natal

- 11- Conseguiu fazer o pré-natal? Em hospital público ou particular? Clínica?
- 12- Desde quando?
- 13- Tem posto de saúde ou uma unidade de saúde perto de sua casa?
- 14- Como foi tratada pelos profissionais que lhe atenderam no pré-natal?
- 15- Foi acompanhada pelo mesmo profissional durante a gravidez?
- 16- Descreva, se for seu desejo, como foi este processo de acompanhamento?
- 17- Recebeu todas as informações sobre as quais perguntava?
- 18- Alguma vez foi acompanhada do pai? Percebeu alguma diferença no tratamento dispensado a você pelos profissionais?
- 19- No acompanhamento da gravidez, pré-natal, você conversava o que com o profissional de saúde? Se sentia bem tratada?
- 20- Para decidir a forma de parto, foi você que sugeriu ou foi o profissional de saúde?

- 21- Se foi você, qual foi e por quê? E se foi o profissional de saúde, quais as palavras que usou para esta decisão? Você achou a decisão acertada?
- 22- Durante o pré-natal aconteceu algum procedimento que te fez sentir vergonha? Constrangimento? Dor? Algum ato ou forma de tratamento que lhe deixou em sofrimento?
- 23- Poderia descrever, por favor, seus sentimentos sobre o tratamento dispensado pelos profissionais de saúde durante a gravidez?

Informações sobre o parto

- 24- Se foi por cesárea, quem marcou o dia? O profissional disse para esperar os primeiros sinais?
- 25- Ao chegar ao hospital, como foi o tratamento recebido? Pela enfermagem?
- 26- Por favor, poderia descrever como foi seu parto? Você se lembra de detalhes quanto à forma de tratamento? Sentiu-se segura? Tranquila?
- 27- Você pôde levar um acompanhante para os preparativos? E para o momento do parto? E na internação pós-parto?
- 28- Se não foi cesárea, foi parto normal (com anestesia) ou natural (sem anestesia)? Foi você quem escolheu? E como seu médico reagiu a essa escolha?
- 29- Durante o processo do parto, como você se sentiu? Segura? Bem tratada?
- 30- Poderia relatar suas percepções, seus sentimentos?
- 31- Lembra-se dos procedimentos que foram feitos em você?
- 32- Sentiu dor? Algum constrangimento?
- 33- Como foi tratada? Foi tranquilo, estava se sentindo bem?
- 34- Você poderia me relatar como foi seu puerpério? Você voltou ao médico?
- 35- Em algum momento nas suas gravidezes e partos você se sentiu discriminada, incompreendida, mau tratada?
- 36- Por fim, durante os procedimentos realizados pelos profissionais de saúde, foram levados em consideração as dores, os desconfortos e a subjetividade desses momentos?
- 37- Por favor, caso tenha vontade, o espaço está aberto para escrever o que você achar importante.

OBRIGADA!

ANEXO C

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA SOBRE GRAVIDEZ E PARTO

1. Introdução

Vale ressaltar que as entrevistas foram realizadas após as informantes responderem o questionário enviado por *e-mail*.

Apresentação das partes envolvidas.

Informar sobre o objetivo da entrevista. Perguntar se também respondeu o questionário. Caso tenha respondido, gostaria de continuar a entrevista? Caso não tenha respondido o questionário, a entrevista será mais longa, a fim de obter informações mais detalhadas. Informar que as perguntas do questionário também serão base para a realização das entrevistas.

2. Dados básicos

2.1 Nome (ou pseudônimo)

2.2. Idade

2.3. Cidade/Estado

2.4. Filhos? Quantos?

2.5. Casada? Solteira? Foi mãe solo?

3. Experiência com a gravidez

Como foi descobrir a gravidez? Como se sentiu? Como foi sua experiência durante a gestação? Alguma dificuldade? Foi bem tratada? Fez todo o pré-natal? Onde e pelo mesmo médico? Quais foram os principais desafios? Como foi o acompanhamento pré-natal?

4. Expectativas vs realidade sobre a gravidez e o parto

Discorrer livremente

5. Trabalho de parto e parto

Qual foi o tipo de parto? Foi você quem escolheu? Como foi o atendimento dos profissionais de saúde durante o parto? Se teve acompanhante, como foi esse suporte? O que você mudaria nesse processo?

6. Pós-parto e recuperação

Como foi o pós-parto fisicamente? E emocionalmente? Sentiu apoio da família, amigos e profissionais que lhe atenderam? Como foi a experiência com a amamentação? Enfrentou desafios?

7. Reflexões e conselhos

Discorrer livremente. Ao final, perguntar se há algo mais que gostaria de compartilhar. Agradecimento e encerramento da entrevista.

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO E CONFIDENCIALIDADE DAS INFORMANTES

Pesquisadora: Corina Teresa Costa Rosa Santos

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais

1. Introdução

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada GRAVIDEZ E PARTO À LUZ DOS CONCEITOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DE GÊNERO: relatos de experiências de mulheres que parteram entre 1980 e 2023, conduzida por Corina Teresa Costa Rosa Santos, doutoranda da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC-Minas. Antes de decidir participar, é importante que você compreenda os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa. Este documento tem o objetivo de fornecer tais informações de forma clara e transparente.

2. Objetivo da pesquisa

Esta pesquisa tem como objetivo analisar as percepções de mulheres que pariram entre as décadas entre 1980 e 2023, para identificar se elas conhecem e compreendem os atos considerados de violência obstétrica no período de suas gravidezes e partos, e se tais ações acontecem por estarem sob a perspectiva, possivelmente, de violência de gênero.

3. Procedimentos

Caso aceite participar, você será solicitada a responder um questionário, uma entrevista e participar de duas rodas de conversa com duração máxima de duas horas.

4. Riscos e benefícios

Os riscos associados à participação nesta pesquisa são mínimos, mas você poderá reviver momentos tristes ou alegres das suas vidas, no momento da realização das entrevistas e rodas de conversa, uma vez que poderá estar em uma situação de risco emocional, ou com alguma patologia, tornando desaconselhável sua participação, a exemplo de: luto, depressão, ansiedade,

tristeza etc. Caso se sinta desconfortável, você poderá interromper sua participação a qualquer momento.

Os benefícios potenciais incluem poder ouvir e conhecer as experiências de outras mulheres sobre gravidez e parto, os conceitos de violência obstétrica e de gênero, e a troca de vivências sobre a maternidade.

5. Confidencialidade e anonimato

Todas as informações coletadas serão mantidas em sigilo e utilizadas exclusivamente para fins desta pesquisa. Os dados serão armazenados de forma segura e somente a pesquisadora terá acesso a eles. Caso os resultados sejam publicados, sua identidade não será revelada.

Todo material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade desta pesquisadora, Corina Teresa Costa Rosa Santos, responsável pelo período de 5 (cinco) anos. Após esse período, todo o material será destruído.

Para todas as participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, serão observadas as penalidades da responsável nos termos da lei.

Serão gravadas as entrevistas e as rodas de conversa. Nesse sentido, pelo que dispõe o Código Civil sobre direito de personalidade e sigilo de informações obtidas, a divulgação poderá resultar em pena com o fundamento na responsabilidade civil.

6. Voluntariedade e direito de retirada

Sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Você pode se recusar a participar ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou necessidade de justificativa. Caso deseje retirar seu consentimento, basta entrar em contato com a pesquisadora responsável.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida à Sra. Essa deve ser guardada, pois nela constam os dados de contato da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento

7. Contato e esclarecimento de dúvidas

Caso tenha dúvidas ou queira mais informações sobre a pesquisa, entre em contato com a pesquisadora pelo telefone (71) 99141-0300 ou corinarosaprof@gmail.com. Se houver questões éticas sobre a pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética da PUC-Minas pelo telefone (31) 3319-4517.

8. Declaração de consentimento

Ao assinar este documento, declaro que fui informada sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa. Compreendi que minha participação é voluntária e que posso me retirar a qualquer momento. Também estou ciente de que meus dados serão mantidos em sigilo.

Nome da participante: _____

Assinatura: _____

Data: _____