

# Libertas

Revista de Pesquisa em Direito da UFOP

ISSN: 2319-0159

## Uma imposição social de dor para além da dor do parto: violência obstétrica como violência de gênero

*A social imposition of pain beyond pain:  
Obstetric violence such as gender violence*

Artenira da Silva e Silva<sup>1</sup> Maiane Cibele de Mesquita Serra<sup>2</sup>

1 Pós-doutora em Psicologia e Educação pela Universidade do Porto. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia. Mestre em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal do Maranhão, Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Docente e pesquisadora do Departamento de Saúde Pública e do Mestrado em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão. Coordenadora de linha de pesquisa do Observatório Ibero Americano de Saúde e Cidadania e coordenadora do Observatorium de Segurança Pública (PPGDIR/UFMA/CECGP). Psicóloga Clínica e Forense.

2 Bolsista CAPES. Mestranda em Direito e Instituições do Sistema de Justiça, do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Maranhão (PPGDIR/UFMA). Advogada pela OAB/MA.

### RESUMO:

A violência obstétrica caracteriza-se como qualquer intervenção desnecessária e ou iatrogênica ou ainda sem o consentimento da parturiente perpetrada por profissionais de saúde, bem como pelas instituições (públicas e privadas) durante a gravidez, o parto e pós-parto, desrespeitando-se a autonomia da mulher em dispor sobre o próprio corpo e sexualidade, implicando, desse modo, em violação de direitos humanos e constitucionais, constituindo-se também como uma violência de gênero e institucional imbricada por relações de poder. Diante da relevância social e jurídica do assunto, o presente estudo tem por objetivo refletir sobre a prática em questão a partir das relações de gênero e de poder. Como procedimento metodológico fez-se uso da pesquisa bibliográfica.

### ABSTRACT:

Obstetric violence is characterized as any unnecessary and or iatrogenic intervention or an intervention imposed without the consent of the parturient perpetrated by health professionals, as well as by institutions (public and private) during pregnancy, childbirth and postpartum, disrespecting the autonomy of women to dispose of their own body and sexuality, implying in violation of human and constitutional rights. Given the social and legal relevance of the subject, the present study aims to reflect on the considered practice based on gender and power relations. A bibliographical research was carried out as methodological procedure.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência obstétrica. Gênero. Violência de gênero. Parturientes. Poder.

**KEYWORDS:** Obstetric violence. Gender. Gender violence. Parturients. Power.

## 1 Introdução

A pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, realizada pela Fundação Perseu Abramo<sup>1</sup> em 2010 alcançou notoriedade nacional ao dispor sobre um problema de saúde pública silente e insibilizado: a violência no parto. Atestou-se que 25% das mulheres que tiveram partos normais (nas redes pública e privada) sofreram algum tipo de maus-tratos e desrespeito durante o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto imediato. Os dados colhidos promoveram discussões acerca da problemática, disseminando pesquisas acadêmicas e divulgando importantes ações dos movimentos sociais no que diz respeito ao enfrentamento da temática em questão.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também conhecida como “Convenção de Belém do Pará”, define a violência contra a mulher no seu art. 1º como: “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”<sup>2</sup>.

A violência obstétrica, sendo classificada como uma violência de gênero e violência institucional baseia-se nos padrões estereotipados de comportamento e costumes sociais e culturais, justamente em virtude da construção histórica e cultural falocêntrica, desrespeitando a autonomia da mulher em dispor sobre o seu corpo e sexualidade, ferindo assim sua integridade física e psíquica.

Nessas relações desiguais, o corpo compreendido como capaz de ser afetado e de afetar através do poder exercido, vê-se atravessado, marcado, falado e construído por relações, não podendo escapar delas e atuando através das mesmas. O poder como uma parte constitutiva da pessoa e não algo exterior a ela, tem como principal função tornar os corpos maleáveis, adestrando-os e tornando-os dóceis e moldáveis como forma do exercício do

controle e dominação<sup>3</sup>.

Com isto em mente considera-se que em muitas instituições de saúde, os direitos reprodutivos das mulheres são sistematicamente violados durante o parto e convertidos em formas naturalizadas de violência por meio dessas relações. Desta forma, a violência obstétrica constitui-se através da utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde no controle dos corpos e da sexualidade das parturientes ao dispor de atos praticados no corpo da mulher e do neonato sem o devido consentimento ou informação prestada à paciente, violando direitos humanos e constitucionais tanto da paciente como do neonato.

O presente artigo possui como objetivo refletir sobre a violência obstétrica como uma violência de gênero permeada pelas relações de poder. Além disso, objetiva-se trazer conhecimento e propor reflexões à sociedade, em especial, aos agentes do sistema de saúde, aos agentes dos sistemas de justiça, e às parturientes em relação ao fenômeno em questão. A metodologia utilizada consistiu em uma investigação de caráter exploratório, do tipo qualitativo, envolvendo pesquisa bibliográfica.

## 2 Um breve relato sobre a institucionalização do parto

A arte de partejar acompanha a própria história da humanidade e, conseqüentemente, a história da mulher. Por muito tempo, a prática obstétrica foi exercida prioritariamente por parteiras que detinham o saber empírico, auxiliando as mulheres durante o processo gestacional. Nesse sentido, o parto era um evento feminino por natureza.

O fenômeno de dar à luz era encarado como um evento fisiológico, mantendo a medicina longe do cenário da parturição<sup>4</sup>. A presença masculina só era requisitada em casos extremos<sup>5</sup>. O parto, o nascimento e todas as demais experiências fisiológicas femininas

1 VENTURI G; GODINHO T. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo: Sesc/Fundação Perseu Abramo; 2010. Disponível em: < [http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa\\_.org\\_.br\\_sites\\_default\\_files\\_pesquisaintegra.pdf](http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2015.

2 BRASIL. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, “Convenção Belém do Pará”. Disponível em: < [http://www.tjrj.jus.br/institucional/comissoes/cojem/cojem\\_convcao\\_interamericana\\_prevenir.pdf](http://www.tjrj.jus.br/institucional/comissoes/cojem/cojem_convcao_interamericana_prevenir.pdf)>. Acesso em: 21 dez. 2015.

3 FOUCAULT, Michel. Em defesa da sociedade. Trad. Mana Ermantina Galvão – São Paulo: Martins fontes, 1999b; FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir. Nascimento da prisão. Trad. Raquel Ramallete. 20ª ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 1999a. FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. São Paulo: Edições Graal, 2008. FOUCAULT, Michel. História da sexualidade 1: a vontade de saber. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009.

4 WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008.

5 REZENDE, Jorge de. Obstetrícia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

caracterizavam-se como um saber eminentemente feminino onde as mulheres recorriam às parteiras para ajudá-las no nascimento dos filhos.

Entretanto, por volta da metade do século XVI, as parteiras passaram a ser obrigadas a comprovar suas habilidades e conhecimentos para a realização de partos por meio de exames e provas junto a comissões municipais e eclesiásticas<sup>6</sup>. Conforme Ehrenreich & English<sup>7</sup>, a estratégia do Estado e da Igreja no sentido de monopolizarem o saber no que tange à cura das doenças e legitimando-o por meio das universidades criadas no Renascimento, desencadeou a exclusão das mulheres da prática médica, gerando a chamada caça às bruxas, bem como a extinção de curandeiras e parteiras. A medicina, alicerçada pela autoridade da linguagem técnica e pela educação universitária transformou-se em uma atividade eminentemente masculina, uma vez que nesta época, apenas os homens possuíam acesso à educação.

Assim, a regulamentação da arte de partejar exigiu que as parteiras fossem assistidas por cirurgiões. Nesse sentido, o século XVI marca o início da participação masculina no processo do parto. A invenção de instrumentos obstétricos, como o fórceps<sup>8</sup>, criado pelo cirurgião inglês Peter Chamberlen no século XVII, colocou os cirurgiões na cena do parto<sup>9</sup>, restringindo ainda mais a atuação das parteiras, uma vez que o manuseio do fórceps era exclusivamente masculino, médico e científico. Logo, a incorporação do uso do referido instrumento sedimentou a exclusão gradativa da parteira na assistência ao parto<sup>10</sup>.

Consequentemente, a entrada em cena dos médicos, bem como dos seus instrumentos cirúrgicos, as parteiras foram colocadas em segundo plano, o

que marginalizou a comunidade de mulheres dos acontecimentos que marcavam o nascimento<sup>11</sup>. Assim, no século XX passou a predominar o parto hospitalar, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, quando os governos da época perceberam a necessidade de diminuir as altas taxas de mortalidade materna e infantil, surgindo assim, rotinas cirúrgicas no parto, incluindo-se o uso da episiotomia<sup>12</sup> e do fórceps profilático<sup>13</sup>. Nos séculos XIX e XX, o fórceps tornou-se um símbolo da dominação masculina na prática do parto. O instrumento que antes era usado somente em casos urgentes e necessários, passou a ser usado de maneira indiscriminada e rotineira.

Segundo Vieira<sup>14</sup>, o corpo feminino passou por uma medicalização intensa durante todo o século XIX, havendo assim, a necessidade do desenvolvimento de técnicas cirúrgicas, anestésicos e o uso de assepsia para que a prática do parto pudesse ser dominada pelos médicos. O parto era visto como um perigo real de morte e de fato determinava um índice de mortalidade materna muito elevado na Europa Ocidental à época. Entretanto, como consequência do advento da crescente hospitalização, o índice de mortalidade materna diminuiu, contribuindo assim, para a aceitação dos hospitais pela sociedade, o que sedimentou o processo de hospitalização do parto. Ademais, o uso de anestésicos contribuiu para o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas obstétricas a exemplo da cesárea, considerada sinônimo de sentença de morte no século XIX<sup>15</sup>.

Com a medicalização da sociedade, a arte de partejar o que era um saber-poder eminentemente feminino foi transformada em um saber-poder masculino<sup>16</sup> e “o ato de dar à luz, antes uma experiência profundamente subjetiva para a mulher e

6 VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

7 VIEIRA. Op. Cit.

8 O fórceps obstétrico é um instrumento destinado a apreender a cabeça fetal e extraí-la através do canal do parto. (CUNHA, 2011, p. 550).

9 RABELO, Leila Regina. A competência das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal hospitalar. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

10 OSAVA, Ruth Hitomi. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico. Tese (Doutorado em saúde pública). Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

11 Idem.

12 Procedimento cirúrgico para aumentar a abertura do canal vaginal, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia a fim de facilitar a saída do bebê no momento do parto. O uso liberal e rotineiro da episiotomia caracteriza-se pela OMS (1996) como prática frequentemente realizada de modo inadequado.

13 Refere-se ao uso do fórceps em que o médico utiliza o instrumento como uma forma de “prevenir” determinado resultado, o que por si só, aumenta consideravelmente o quantitativo de mulheres que podem se submeter a técnica mesmo que não haja necessidade. Conforme Gabbe (et al, 2015) o uso do fórceps profilático resultou em taxas de partos com fórceps superiores a 65% em 1950.

14 VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

15 VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

16 PROGIANTI, Jane Márcia. Parteiras, médicos e enfermeiras: a disputada arte de partejar (Rio de Janeiro-1934/1951). 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de

sua família, transformou-se, no hospital, em momento privilegiado para o treinamento de médicos<sup>17</sup>18 Hoje, vive-se um momento de questionamento e busca de novas soluções para combater o uso excessivo da tecnologia de modo indiscriminado no momento do parto. E, é nesse contexto que a violência obstétrica pode se revelar, uma vez que o parto deixou de ser um episódio natural, compartilhado apenas no seio familiar, para se tornar uma espécie de evento no ambiente hospitalar, prática dominada pela medicina e institucionalizada nos hospitais<sup>19</sup>.

Assim, nas últimas décadas o crescente fenômeno do empoderamento feminino vem contribuindo para ressignificar o evento do parto natural, visando que a parturiente volte a ser a verdadeira protagonista na condução do processo de parir, uma vez que as várias intervenções médicas, muitas vezes invasivas e desnecessárias, podem transformar um momento único e especial em um traumático episódio quando caracterizada a violência obstétrica.

Desta forma, “A institucionalização do parto abriu espaço para que se estabelecesse também uma relação de hierarquia entre o médico e a parturiente, potencializada pelas relações de gênero e poder enraizadas em nossa sociedade”<sup>20</sup>. Assim, a violência obstétrica, no que diz respeito à medicalização do parto, se revela como uma imposição de valores patriarcais, principalmente relacionados ao caráter “defeituoso” do corpo feminino e à necessidade de controle de processos naturais pela medicina e ciência<sup>21</sup>.

### 3 O conceito normativo de violência obstétrica e a sua fenomenologia

Como se depreendeu do capítulo anterior, a

Janeiro, 2001

17 Em todo o estudo, a nomenclatura “médico” foi utilizada para se referir aos profissionais que exercem a medicina, tanto homens, quanto mulheres.

18 OSAVA. Op. Cit. P. 29-30.

19 Em suma, o evento complexo do parto e nascimento se tornou, ao longo dos últimos séculos, um assunto médico e hospitalar, separado da vida familiar e comunitária. [...] O parto medicalizado e hospitalar tornou-se sinônimo de modernidade, de segurança e de ausência de dor. E, mais contemporaneamente, de espetáculo. (MAIA, 2008, p. 33)

20 CUNHA, Alfredo de Almeida. Indicações do parto à fórceps. FEMINA, Dezembro 2011, vol. 39, nº 12, p. 8.

21 HELMAN, Cecil G. Cultura, Saúde e Doença. Tradução Ane Rose Bolner. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

22 CIELLO, Cariny et al. Parto do princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

23 Jornal internacional de Ginecologia e Obstetrícia.

24 Definição dada pelas leis venezuelana e argentina, nas quais a violência obstétrica é tipificada: Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, de novembro de 2007 e Lei Nacional nº 26.485, de Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais, vigente na Argentina desde 2009, respectivamente.

construção do conceito de violência obstétrica está diretamente relacionada à história do parto. Também conhecida como violência institucional na atenção obstétrica, a violência obstétrica abrange momentos distintos, quais sejam, pré-natal, parto, pós-parto e situações de abortamento, podendo ser perpetrada de modo verbal, físico, psicológico ou até mesmo sexual, expressando-se ainda, de modo explícito ou velado<sup>22</sup>.

O conceito normativo da prática foi adotado pela Venezuela, primeiro país latino-americano a utilizar a expressão “violência obstétrica” na Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência promulgada em 16 de março de 2007. Posteriormente o termo “*obstetric violence*” foi cunhado no meio acadêmico pelo presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Pérez D’Gregorio em um editorial *online* publicado em 6 de outubro de 2010 no *International Journal of Gynecology and Obstetrics*<sup>23</sup>, descrevendo as menções específicas da nomenclatura “violência obstétrica” ora citada na lei venezuelana.

Esta modalidade de violência caracteriza-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos agentes de saúde, mediante um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda de autonomia da parturiente e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, o que pode culminar em consequências negativas e desastrosas para a qualidade de vida.<sup>24</sup>

Salienta-se que o termo às vezes pode repassar uma impressão equivocada de uma violência somente no que tange as violações de caráter físico contra a parturiente, malgrado a imposição de intervenções danosas violem também a integridade sexual e psíquica da mulher, desrespeitando sua autonomia. Segundo a OMS<sup>25</sup>, muitas das intervenções que são aplicadas rotineiramente são na verdade consideradas como fatores de risco tanto para a mulher quanto para o neonato. Ademais, as crenças e os preconceitos no que concerne à sexualidade e saúde das mulheres em uma sociedade tipicamente patriarcal contribuem sobremaneira na forma como elas são percebidas e (des)tratadas pelos profissionais de saúde e do Direito.

No segundo semestre de 2014, a OMS se pronunciou a respeito da temática, publicando em seis idiomas uma declaração acerca da violência obstétrica, exigindo políticas e promoção à assistência obstétrica humanizada, além da adoção de medidas governamentais no sentido de abolir o desrespeito e abuso contra as mulheres durante o parto<sup>26</sup>.

O conceito de violência obstétrica enquanto violência institucional é, por sua vez, também entrelaçado com as representações de gênero, tendo em vista que além das relações desiguais de poder envolverem médicos e pacientes, as parturientes são negligenciadas como sujeitos de direitos, principalmente no contexto sexual e reprodutivo, em uma relação hierárquica na qual a paciente é tratada como um objeto de intervenção profissional.

Neste estudo optou-se por sintetizar as categorias de violência obstétrica conforme proposta apresentada por D'Oliveira, Diniz e Schraiber<sup>27</sup>: negligência, abuso verbal, abuso físico e abuso sexual. Tendo em vista o dano potencial, bem como a relevância dada à violência psicológica pelas parturientes em seus relatos, optou-se por adicionar tal categoria àquelas já propostas pela literatura especializada. A partir do panfleto expositivo organizado pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo<sup>28</sup> sobre a violência obstétrica, bem como considerando-se a literatura utilizada no decorrer deste estudo, elaborou-se a síntese abaixo.

No que concerne a negligência os danos iatrogênicos a ela correlacionados referem-se a: abandono, negligência ou recusa de atendimento às mulheres que são percebidas como queixosas, descompensadas ou demandantes; negativa ou demora no atendimento à mulher em situação de abortamento; recusa da admissão em hospital ou maternidade (peregrinação por leito).

O abuso físico correspondente aos procedimentos que incidem sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), tais como: episiotomia sem necessidade clínica, manobra de Kristeller<sup>29</sup>, cesáreas eletivas<sup>30</sup>, exames de toque sucessivos, dolorosos e realizados por diferentes pessoas, soro com ocitocina<sup>31</sup> para acelerar o trabalho de parto, privação de alimentos

25 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra, 2002. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

26 Idem. p. 1-2.

27 AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(11):2287-2296, nov, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00074912>

28 SÃO PAULO. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Violência obstétrica: você sabe o que é?. Escola da Defensoria Pública do Estado: São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

29 Manobra na parte superior do útero, durante as contrações do parto, visando empurrar o nascituro em direção à pelve a fim de acelerar o trabalho de parto. A OMS (1996) classifica a prática como ineficaz, sem evidência científica para utilização e usada de forma inadequada.

30 A cesárea eletiva é aquela realizada sem necessidade clínica, podendo ser agendada e feita conforme a conveniência médica, antes mesmo do início do trabalho de parto, dissuadindo muitas vezes a mulher quanto à sua necessidade e também a coagindo.

31 A ocitocina sintética (artificial) usada de maneira indiscriminada, apenas para acelerar o trabalho de parto, sem indicação



e bebidas, imobilização de braços e pernas, restrição da posição para o parto, intervenções sem anestesia, descolamento de membrana e/ou ruptura artificial da bolsa sem consentimento da mulher, “ponto do marido” (sutura da episiotomia maior que a necessária para fechar o corte a fim de estreitar a vagina com o escopo de que melhoraria a vida sexual para o parceiro), uso de fórceps sem indicação clínica, tricotomia, enema (lavagem intestinal), manobra de Valsalva (orientar a mulher a “trincar os dentes e fazer força); mulheres e/ou bebês que ficam retidos em estabelecimentos de saúde até que se resolva pendências com plano de saúde ou questões relacionadas ao pagamento; impedimento ou retardo no contato da mulher com o bebê após o parto.

O abuso verbal refere-se ao tratamento verbal de modo grosseiro, humilhante, brusco, antipático, áspero, repreensivo, ameaçador, uso de frases jocosas, xingamentos e insultos ridicularizando e humilhando a mulher. Além disso, nos serviços de aborto, as mulheres podem ser verbalmente abusadas, estigmatizadas e ter sua moral questionada. O abuso sexual refere-se às ações que se destinam ao controle da sexualidade da mulher através do abuso da posição de poder e confiança, como assédio sexual, flerte, “cantadas”, contatos físicos forçados, convites impertinentes, insinuações, incitações sexuais, mutilação da vagina, exames de toque sucessivos, dolorosos e realizados por diferentes pessoas, episiotomia, ponto do marido, laqueaduras ou histerectomias sem aviso prévio, sem esclarecimento e sem consentimento<sup>32</sup>.

A partir de várias fontes de pesquisa, dentre as principais a Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Pena),

correta e aplicada no soro da parturiente causa o aumento significativo das dores durante as contrações e, se não for controlada pode causar sérias complicações para a mulher e o neonato, podendo levar desde a dor e sofrimento desnecessários ao aumento excessivo da frequência cardíaca da parturiente, além de causar dificuldades na oxigenação do bebê, bem como dano cerebral ao mesmo. A correção da dinâmica do parto com utilização de ocitocina é uma prática não recomendada pela OMS (1996).

32 AGUIAR, Janaína Marques de; D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(11):2287-2296, nov, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00074912>.

33 CIELLO, Cariny et al. Parto do princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

34 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra, 2002. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

o Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”<sup>33</sup>, o Relatório Mundial sobre violência e saúde<sup>34</sup>, estabeleceu-se o conceito de abuso psicológico como qualquer conduta que cause dano emocional ou prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação da mulher; diminuição, prejuízo ou perturbação ao seu pleno desenvolvimento; que tenha o objetivo de degradá-la ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição, insulto, chantagem, ridicularização, exploração, limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio, qualquer tipo de discriminação em virtude da raça, etnia, idioma, histórico médico, crenças, preferências, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, status econômico e nível educacional da mulher; proibição injustificada de acompanhante ou autorização apenas para acompanhantes do sexo feminino, questionamento à mulher quando à causa do abortamento (se intencional ou não), ameaça, acusação e culpabilização da mulher nos casos de abortamento, coação com finalidade de confissão e denúncia à polícia.

Salienta-se que muito embora a violência psicológica acompanhe outras formas de violência, a saber, as violências física, sexual ou verbal, também pode ocorrer isoladamente. Nessa esteira, diminuir a importância dessa violência pelo fato dela acompanhar as outras modalidades contribui para invisibilização do sofrimento e poder de dano dessa categoria, negligenciando inclusive a importância destacada que a vítima atribui a essa violência em seus relatos.

Todas as ações e omissões elencadas impedem a mulher de exercer sua autonomia no processo do seu próprio parto e configuram a violência obstétrica. D'Oliveira, Diniz e Schraiber<sup>35</sup> enfatizam que a violência institucional na atenção obstétrica é invisível ou aceita socialmente como natural, pois é justificada como sendo pertinentes a “práticas necessárias ao bem das próprias mulheres”.

Desta forma, tomando por base tais reflexões problematiza-se no próximo item, a violência obstétrica sob uma perspectiva de gênero imbricada nas relações de poder.

#### **4. Relações de gênero e poder: Reflexões necess'arias para contextualização da violência obstétrica**

A violência contra as mulheres se distingue das demais violências tendo em vista a alteridade inerente aos agentes envolvidos, ou seja, ela é motivada pelas desigualdades nas relações entre os sujeitos<sup>36</sup>. Nesse sentido, a violência<sup>37</sup> praticada por meio de múltiplas formas contra as mulheres é manifestada através da desigualdade de poder perpetuada ao longo da história nas relações desiguais entre homens e mulheres e também entre mulheres e mulheres, uma vez que “a organização social de gênero é cotidianamente alimentada não apenas por homens, mas também por mulheres”<sup>38</sup>.

O caráter endêmico da violência de gênero desconhece qualquer fronteira, classe social, tipos de cultura ou grau de desenvolvimento econômico, podendo ocorrer em espaços públicos e privados, e ser praticado em qualquer etapa da vida das mulheres. Na última década do século XX, a ubiquidade dessa violência tornou-se um problema notório de saúde

pública, acelerando repostas do setor de saúde e pesquisas de campo na área, tendo em vista a cascata de efeitos negativos sobre a saúde física e mental, interferindo no bem-estar das mulheres.

Joan Scott, em seu artigo intitulado “Gênero: uma categoria útil de análise histórica” explicita que na gramática, “o gênero é compreendido como uma forma de classificar fenômenos, um sistema socialmente consensual de distinções e não uma descrição objetiva de traços inerentes”<sup>39</sup>. Assim, “o gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos”<sup>40</sup>. Por outro lado é, também, “uma forma primária de dar significado às relações de poder”.

Sob esse aspecto, pelo fato das relações de gênero serem relações de poder, elas não são fixas e sim, fluidas e mutáveis, podendo variar de sociedade para sociedade, no tempo e no espaço, ou mesmo em uma dada sociedade, a depender dos ambientes nos quais homens e mulheres interagem<sup>41</sup>.

Segundo Scott<sup>42</sup>, o gênero implica quatro elementos inter-relacionados: os símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações simbólicas (a exemplo de Eva e Maria); os conceitos normativos que expressam interpretações dos significados dos símbolos, limitando e contendo suas possibilidades metafóricas, expressos em doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas e tomando a forma típica de uma posição binária fixa que afirma categoricamente o significado de homem e mulher, masculino e feminino e mais dois elementos a serem detalhados a seguir. Esses dois elementos enumerados apresentam estrategicamente a noção de gênero construída pelas relações simbólicas e culturais.

O terceiro elemento implicado no conceito em questão refere-se à concepção de gênero de modo

35 D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, Vol 359, May 11, 2002. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(02\)08592-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(02)08592-6.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2016.

36 SAFFIOTI, Heleith Iara Bongiovani; ALMEIDA, Suely Souza de. Violência de gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter, 1995, p. 2.

37 Para Heise a violência é “um fenômeno extremamente complexo, com raízes profundas nas relações de poder baseadas no gênero, na sexualidade, na auto-identidade e nas instituições sociais”. (1994, p. 29).

38 Conforme Saffioti; Almeida (1995), embora o gênero seja concebido como uma relação entre sujeitos socialmente construídos em determinados contextos históricos, não denotando nenhum ser substantivo, é preciso atentar-se para o fato de que gênero também designa o masculino e o feminino.

39 SCOTT, Joan. Gênero: uma Categoria Útil de Análise Histórica. Educação e Realidade, 1995. p. 72.

40 SCOTT, Joan. Gênero: uma Categoria Útil de Análise Histórica. Educação e Realidade, 1995. p. 72..

41 SARDENBERG, Cecília M. B. A violência simbólica de gênero e a lei “antibaixaria” na Bahia. OBSERVE: NEIM/UFBA, 2011a.

42 SCOTT. Op. Cit.

ampliado, não sendo restrito apenas ao sistema de parentesco, mas também atrelando-o ao mercado de trabalho (uma vez que um mercado sexualmente segregado constrói o gênero), educação (visto que as instituições de educação somente masculinas contribuem para esse processo), e o sistema político (uma vez que o sufrágio universal masculino também contribuiu para o processo de construção de gênero); e por fim, o quarto elemento implicado no conceito de gênero refere-se a sua construção levando em consideração também a identidade subjetiva do indivíduo. Sendo assim, importante considerar que a construção do gênero é permeada tanto por aspectos externos ao sujeito (social, político, econômico) quanto por aspectos internos, ou seja, ao que é inerente à subjetividade e identidades dos indivíduos.

Para Saffioti e Almeida<sup>43</sup>, “embora o gênero não se consubstancie per se, por ser relacional, atravessa e constrói a identidade do homem e da mulher”. Para Lauretis<sup>44</sup>, o gênero não é apenas uma construção sociocultural, mas também um aparelho semiótico “um sistema de representação que atribui significado (identidade, valor, prestígio, posição no sistema de parentesco, *status* na hierarquia social, etc) aos indivíduos no interior da sociedade”<sup>45</sup>. Assim, “homens e mulheres são classificados pelo gênero e separados em duas categorias: uma dominante, outra dominada, obedecendo aos requisitos impostos pela heterossexualidade. A sexualidade, portanto, é o ponto de apoio da desigualdade de gênero”<sup>46</sup>.

Fruto da cultura patriarcal e machista que impera no meio social, a violência de gênero está arraigada e padronizada culturalmente em todas as sociedades falocêntricas, expressando-se de modo contundente em vários setores, dentre eles, na atenção obstétrica. Conforme Murano e Boff<sup>47</sup>, o início do ciclo patriarcal identifica-se com o período histórico da sociedade escravista, onde a mulher era reduzida à mera função de procriadora.

Desta forma, a função feminina no que tange à maternidade é marcada por uma visão idealizada do papel de mãe, tradicionalmente vinculada aos estereótipos femininos de submissão, proteção e abnegação da mulher, destinada exclusivamente a gerar e dar sentido à sua vida no momento da reprodução e sendo considerada digna de respeito somente quando atende aos requisitos impostos pela sociedade, principalmente com relação à maternidade<sup>48</sup>.

Conforme Simone de Beauvoir, o sexo para as mulheres sempre esteve, historicamente associado à função reprodutiva. A crença era de que a mulher só realizaria integralmente seu destino biológico por meio da maternidade: “é a maternidade sua vocação ‘natural’, porquanto todo o seu organismo se acha voltado para a perpetuação da espécie”<sup>49</sup>. Nessa perspectiva, é o filho que “deve assegurar à mulher uma autonomia concreta que a dispense de se dedicar a qualquer outro fim” de modo que, “se como esposa não é um indivíduo completo, ela se torna esse indivíduo como mãe: o filho é sua alegria e sua justificação”, ou seja, é pelo filho “que ela acaba de se realizar sexual e socialmente; é, pois, por ele que a instituição do casamento assume um sentido e atinge seu objetivo.”

Tais concepções dão margem para o surgimento de potenciais violências contra mulheres, embutidas de modo silencioso em um contexto marcado por esse papel idealizado de mãe, arraigado socialmente, defendendo-se arbitrariamente que o “bem-estar” do bebê deve sumariamente passar a ser o que deve importar na vida de uma mulher, em detrimento de si própria e de seus direitos.

Desta forma, tem-se nas diferenças de gênero, um contexto ideal para o exercício do poder representado através de uma ideologia dominante com normas que expressam claramente papéis sociais diferenciados. Para Louro<sup>50</sup>, a somatização das

43 SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani; ALMEIDA, Suely Souza de. Violência de gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter, 1995, p. 08.

44 LAURETIS, Teresa de. Technologies of gender. Essays on Theory, Film, and Fiction. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press, 1987.p. 5.

45 The sex-gender system, in short, is both a sociocultural construct and a semiotic apparatus, a system of representation which assigns meaning (identity, value, prestige, location in kinship, status in the social hierarchy, etc.) to individuals within the Society.

46 SAFFIOTI; ALMEIDA. Op. Cit. p.23.

47 MURANO, Rose Marie. BOFF, Leonardo. Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças. São Paulo: Record, 2010.

48 BRAUNER, Maria Claudia Crespo. Direito, sexualidade e reprodução humana: conquistas médicas e o debate bioético. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

49 BEAUVOIR, Simone de. O segundo sexo. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009. p. 483.

50 LOURO, Guacira Lopes. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. Gênero



relações de dominação, onde se inscrevem os corpos das mulheres (sujeitos dominados) são espaços que incitam o poder. Assim, “a força da ordem masculina se evidencia no fato de que ela dispensa justificação: a visão androcêntrica impõe-se como neutra e não tem necessidade de se enunciar em discursos que visem a legitimá-la”<sup>51</sup>.

Nesse sentido, Luz<sup>52</sup> afirma que as relações sociais de poder institucional se exprimem através de uma rede de normas que instituem dominantes e dominados, se confirmando mutuamente em seus “lugares” a partir do momento que se aceitam incontestavelmente regras institucionais e posição hierárquica. A hierarquia, portanto, seria a base da constituição do poder institucional, exprimindo e organizando politicamente as relações sociais. E para fundamentar essas relações institucionais as regras mais importantes são: a ordem e a disciplina.

A primeira garante a estrutura; a outra, assegura as relações sociais. Sendo assim, “Sempre é necessário estabelecer a ordem para manter a disciplina e assegurar a disciplina para que não haja quebra da ordem”<sup>53</sup>. A base de apoio do triedro do poder institucional é a hierarquia que assegura as relações sociais.”

A submissão às instituições, nesse sentido, é um processo gradual e lento e a prática às normas institucionais é a prática da submissão. É o momento da vigilância sobre a normalização dos membros integrantes das instituições, o momento do “fazer cumprir” e caso os membros não as cumpram, a função repressiva funciona como instrumento para contenção desse desvio institucional. Assim, a punição é aplicada diante de práticas que se opõem às normas, às regras que fundamentam tais normas, às relações sociais intrainstituição como também aos fundamentos de tais relações, à ciência da instituição

e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 7-18.

51 BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S.A, 1989. p. 18.

52 LUZ, Madel Therezinha. As instituições médicas do Brasil. 2. ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013.

53 A disciplina sob a lógica foucaultiana tem seu marco histórico na medida em que surge com ela a arte do corpo humano (Foucault, 1999a). Através de uma política de coerção, os gestos, comportamentos e outros elementos do corpo humano serão manipulados, inserindo-o em uma maquinaria do poder e adestrando o sujeito moderno em um processo lento e cauteloso. Não é de todo um processo de dominação, mas sim de introjeção, a partir do qual se moldará a pessoa em um processo de adestramento do indivíduo, chamado por Foucault de “fabricação de indivíduos máquina”. (DINIZ; OLIVEIRA, 2014).

54 LUZ, Madel Therezinha. As instituições médicas do Brasil. 2. ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013, p. 50-53.

55 GUALDA, Dulce Maria Rosa. Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto. Curitiba: Maio, 2002.

56 SANTOS, Jaqueline de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Prática rotineira da episiotomia refletindo a **desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres**. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 dez; 12 (4): 645-50, p. 649.

57 FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. São Paulo: Edições Graal, 2008.

58 Nesse sentido, “[...] a nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença etc”. (FOUCAULT, 1999b, p. 291).

e a todo discurso institucional. Desta forma, “pelo temor do exemplo aprende-se também a respeitar a ordem, a disciplina; a aceitar a hierarquia”<sup>54</sup>.

Contextualizando a discussão posta às práticas na atenção obstétrica, observa-se que as pacientes tidas por queixosas, escandalosas e na perspectiva dos próprios profissionais “não colaborativas” são constantemente negligenciadas como uma forma de punição por não se submeterem às normas impostas e “ignoram” o saber/poder médico, conforme se observa em pesquisas da área. Desde a sua chegada ao hospital a gestante é “disciplinada”<sup>55</sup> devendo aceitar a hierarquia imposta, devendo não questionar procedimentos e técnicas, sendo afastada da sua família e ainda assim, tendo suas emoções questionadas, negligenciadas, desrespeitadas, desconsideradas e silenciadas.

Santos e Shimo<sup>56</sup> afirmam que “esta realidade demonstra o autoritarismo exercido pela equipe da unidade hospitalar. A relação autoritária é fruto da afirmação do poder de um grupo sobre o outro, que não se dá entre profissionais e cidadãos, mas entre instituição médica e doença”.

Nesse aspecto, a medicina passa a exercer um papel fundamental no controle e gestão do corpo, interferindo nos modos de vida e nas condutas particulares e coletivas através da definição de regras que orientarão a vida moderna, não somente no que diz respeito à doença, mas também quanto às questões comportamentais, sexualidade, fecundidade, fertilidade, natalidade, mortalidade, dentre outros<sup>57</sup>. Assim, o discurso médico é concebido como o discurso da verdade e seus profissionais aparecem como uma das autoridades mais importantes do nosso tempo. Isto tem consequências intensamente significativas, porque o discurso médico assume um poder institucional privilegiado, além da legitimação

social para administrar e governar a vida<sup>59</sup>.

Sob essa perspectiva, para Foucault, o conceito de corpo e poder estão estreitamente relacionados, sendo a principal função desse poder tornar os corpos maleáveis, e adestrá-los, tornando-os dóceis e moldáveis como forma do exercício do controle e dominação, tendo em vista que “em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações”<sup>60</sup>.

O poder, desta forma, circula nas relações através dos discursos e práticas<sup>61</sup> e não emana especificamente de um lugar ou instituição. Assim, Foucault examinará os agentes de dominação nos núcleos mais elementares da sociedade<sup>62</sup> para compreender essas relações de poder. Nesse sentido, na contemporaneidade emergem vários discursos produzidos com o escopo de cuidado e proteção do corpo feminino, politizando a maternidade e deslocando a mulher da posição de sujeito a objeto durante o parto, transformando-a em um corpo passivo, naturalizando a prática de violência, o que, por sua vez, gera a dificuldade em reconhecer determinadas práticas intervencionistas como violência obstétrica, tal e qual ocorre em outros tipos de violência de gênero, em especial os que integram a

violência doméstica e ou intrafamiliar.

Mas por que parece ser inconcebível a ideia de que os procedimentos realizados nas parturientes sejam verdadeiramente considerados como desumanos, cruéis e violentos? A resposta repousa no que Bourdieu denominou de “poder simbólico” e “violência simbólica” em que o agente dominado não está consciente de seu estado de submissão e não se sente compelido a agir e pensar da maneira diferente do que está sedimentado socialmente, porque fazê-lo significaria ir contra a ordem lógica ou “natural” das coisas.

Sob essa perspectiva Bourdieu aborda um tipo de “poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem”<sup>63</sup>, chamado de poder simbólico, que está fundado na posse de um capital simbólico<sup>64</sup> onde quem mais o detém é também quem possui legitimidade para decidir sobre os conteúdos em jogo<sup>65</sup> no campo da saúde<sup>66</sup>.

Este poder é manifesto justamente pelos sistemas simbólicos<sup>67</sup> (língua, arte, religião, ciência...) que são responsáveis por produções simbólicas, funcionando como instrumentos de dominação e reforçando relações assimétricas e hegemônicas,

59 TAVIRA, Larissa V. O nascimento da clínica em Foucault. Um poder-saber sobre a vida. (Em)Cena – Saúde Mental em Movimento. Palmas: Ceulp/Ulbra, 2014.

60 FOUCAULT, Michel. Em defesa da sociedade. Trad. Mana Ermantina Galvão – São Paulo: Martins fontes, 1999b. p. 163.

61 Conforme Foucault: “As relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso. Não há possibilidade de exercício do poder sem uma certa economia dos discursos de verdade que funcione dentro e a partir desta dupla exigência”. (2008, p. 179).

62 Esses núcleos elementares são, a exemplo, a família, a vizinhança, os pais, o médico etc.

63 BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S.A, 1989, p. 7-8.

64 Segundo Bourdieu: “O capital simbólico é uma propriedade qualquer - força física, riqueza, valor guerreiro - que, percebida pelos agentes sociais dotados das categorias de percepção e de avaliação que lhes permitem percebê-la, conhecê-la e reconhecê-la, torna-se simbolicamente eficiente, como uma verdadeira força mágica: uma propriedade que, por responder às “expectativas coletivas”, socialmente constituídas, em relação às crenças, exerce uma espécie de ação à distância, sem contato físico. Damos uma ordem e ela é obedecida: é um ato quase mágico [...] Para que o ato simbólico tenha, sem gasto visível de energia, essa espécie de eficácia mágica, é preciso que um trabalho anterior, frequentemente invisível e, em todo caso, esquecido, recalado, tenha produzido, naqueles submetidos ao ato de imposição, de injunção, as disposições necessárias para que eles tenham a sensação de ter de obedecer sem sequer se colocar a questão da obediência. (1996, p. 170-171)

65 PEREIRA, Wilza Rocha. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. Texto Contexto Enferm 2004 Jul-Set; 13(3):391-400.

66 Tal como defende Bourdieu, “as representações dos agentes variam segundo sua posição (e os interesses associados a ela) e segundo o seu habitus como sistema de esquemas de percepção e apreciação, como estruturas cognitivas e avaliatórias que eles adquirem através da experiência durável de uma posição no mundo social”. (2004, p. 158), o habitus profissional e também a posição exercida pelo indivíduo dentro de uma determinada classe são definidos dentro do seu campo simbólico, e no caso das práticas de saúde, reforçam a naturalização do sofrimento e a banalização da dor. (PEREIRA, 2000). Para Bourdieu há uma conexão entre as estruturas sociais e mentais dos agentes que incidem diretamente sobre o que ele chama de habitus definido como um “sistema de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionarem como estruturas estruturantes, isto é, como princípio que gera e estrutura as práticas e as representações...”, ou seja, na terminologia empregada pelo sociólogo francês, trata-se de um processo de “interiorização da exterioridade e de exteriorização da interioridade” (1994, p. 60-61, grifo nosso).

67 O corpo é, ele mesmo, um sistema simbólico, ou seja, como instrumento de conhecimento e de comunicação exerce um poder estruturante, porque já é estruturado a partir do poder simbólico que subjaz à relação entre quem conhece/entende o corpo e quem precisa tratá-lo, colocá-lo em condições de bom funcionamento. (PEREIRA, 2004, p. 396-397).

desqualificações, preconceitos e variadas violências, uma vez que a violência simbólica de gênero se infiltra na cultura, legitimando os outros tipos de violência<sup>68</sup>.

A violência obstétrica também é imbuída desse poder simbólico, o que conseqüentemente ocorre, em suas diversas modalidades, impregnada também pela violência simbólica, tendo em vista que padrões estereotipados e procedimentos invasivos são disseminados como “normais” e utilizados para transmitir e reproduzir a dominação, desigualdade e discriminação, naturalizando a subordinação das mulheres durante o parto, consideradas como sujeitos passivos (paciente), sem autonomia, incapazes de opinar e tomar suas próprias decisões.

Sendo, portanto, reproduzida de modo sutil e suave e por isso mesmo insidioso e com intenso poder de consequência, conforme expõe Bourdieu, é comumente despercebida pelos agentes envolvidos: “A violência simbólica é essa violência que extorque submissões que sequer são percebidas como tais, apoiando-se em “expectativas coletivas”, em crenças socialmente inculcadas<sup>69</sup>. Além disso, os profissionais pertencentes a determinado grupo tendem a reproduzir práticas e comportamentos que legitimam sua posição dentro da sua categoria, receosos da estigmatização pelos seus pares, ou nas palavras de Bourdieu, desviantes.

Sob esse enfoque, a violência obstétrica abarca três elementos básicos que comportam a violência simbólica, quais sejam: a. agente dominante como aquele que exerce o poder simbólico – nesse sentido, esse poder simbólico como já supracitado é um poder “invisível” não reconhecido como tal, mas legitimado, pressupondo uma certa cumplicidade ativa dos sujeitos passivos a ele submetidos e tendo como condição para a sua efetividade que estes o considerem como legítimo; b. agente dominado como

aquele sobre o qual o poder simbólico é exercido e aceitam sua condição; c. capital simbólico como aquilo que o dominado “deve” ao dominante – desta forma, a parturiente deve respeito e obediência ao médico em prol da saúde do seu filho, mas sem que esse ato seja de todo percebido.

Dessa maneira, a violência começa quando é potencialmente aniquilada a ‘intransitividade de liberdade’ que existe no cerne de cada relação de poder e um dos lados toma-se um corpo inerte, sem possibilidades de reação<sup>70</sup>. Assim, a compreensão do termo violência simbólica adotada durante o trabalho refere-se a um tipo de violência em que as relações de força são dissimuladas, de modo a torná-la invisível até mesmo para as vítimas, uma vez que a naturalização de muitas situações violadoras impede que a própria parturiente identifique a prática, e, portanto, venha a denunciá-la, tal e qual acontece no âmbito doméstico de violência de gênero, em suas mais diversas formas. Ademais, a culpa que impera na representação cultural do parto é imbuída de significações associadas ao que Foucault<sup>71</sup> chamou de “hipótese repressiva”, uma vez que segundo o autor, a sociedade vive, desde o século XVIII uma fase de repressão sexual. Passou-se a tentar reduzir o sexo à função reprodutiva, reafirmando assim vários discursos moralistas (através da igreja, escola, família, consultório médico).

Sob essa perspectiva, o sofrimento no momento do parto é atribuído ao pecado original, e, por isso, naturalizado e inerente à condição de mulher como se fosse uma punição pelo seu exercício da sexualidade<sup>72</sup>: “No modelo típico de assistência, as expressões de sofrimento da mulher e seus pedidos de ajuda e alívio da dor são muitas vezes desmoralizadas pela acusação de sua “culpa sexual” na gravidez<sup>73</sup>.”

Desta forma, comentários do tipo: “Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse

68 SARDENBERG, Cecília M. B. A violência simbólica de gênero e a lei “antibaixaria” na Bahia. OBSERVE: NEIM/UFBA, 2011a.

69 A violência simbólica não se processa senão através de um ato de conhecimento e de desconhecimento prático, ato este que se efetiva aquém da consciência e da vontade e que confere seu “poder hipnótico” a todas as suas manifestações, injunções, sugestões, seduções, ameaças, censuras, ordens ou chamadas à ordem. (BOURDIEU, 2012, p. 54-55).

70 D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. The Lancet, Vol 359, May 11, 2002. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(02\)08592-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(02)08592-6.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2016.

71 FOUCAULT, Michel. História da sexualidade 1: a vontade de saber. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009.

72 A banalização do sofrimento da parturiente é revelada através da ideologia de naturalização da dor do parto como um preço pelo prazer sexual ou como um destino biológico. A banalização do sofrimento do outro remete à banalização da própria violência institucional, contida em frases que já se transformaram em jargões, adotados sob a aparência de brincadeiras, e na falta de anestésistas de plantão para realização de analgesias durante o trabalho de parto. (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011).

73 DINIZ, Carmen Simone Grilo. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2001, p. 201.

jeito, né?”, “Na hora de fazer, você gostou, né?”<sup>74</sup> “Mas na hora de fazer você chorou?”<sup>75</sup>, “Na hora de fazer não chamou a mamãe, agora chama, né?” ou “Ah, não chora não, ano que vem você está aqui de novo”<sup>76</sup>, são comuns no momento do parto<sup>77</sup>. Nesse sentido “no caso da assistência em maternidades, a banalização da violência institucional é travestida de boa prática profissional (seria para o bem da paciente) e exercício pretensamente legítimo de autoridade, já que a intenção é conseguir a “colaboração” da paciente”.

Por isso, para compreensão macro da violência obstétrica, faz-se necessário o entendimento de gênero como elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças entre os sexos e como componente primordial das relações de poder, uma vez que:

Estes maus tratamentos vividos pelas pacientes, na maioria das vezes, segundo alguns autores, encontram-se relacionados a práticas discriminatórias por parte dos profissionais, quanto a gênero, entrelaçados com discriminação de classe social e etnia, subjacentes à permanência de uma ideologia que naturaliza a condição social de reprodutora da mulher como seu destino biológico, e marca uma inferioridade física e moral da

mulher que permite que seu corpo e sua sexualidade sejam objetos de controle da sociedade através da prática médica<sup>78</sup>.

As violências “reproduzidas por meio da hierarquia e dominação do saber médico sobre o corpo da mulher, [ferem] diretamente a autonomia a respeito daquilo que somente pertence a elas, os seus corpos”<sup>79</sup>. O uso arbitrário de autoridade pelos profissionais de saúde em relação ao corpo e à sexualidade das mulheres é observado durante todo o ciclo gravídico<sup>80</sup>.

Para Aguiar e D’Oliveira<sup>81</sup> o poder exercido pelos profissionais de saúde, estando o médico no topo da hierarquia se baseia na autoridade cultural e moral que a profissão médica atingiu em nossa sociedade, sendo pautada por conhecimentos científicos e tecnologias, além de certos valores e crenças culturais que são compartilhados como verdadeiros socialmente, exercendo determinado domínio sobre a conduta moral dos sujeitos.

Por essa razão, a autoridade médica possui como pilares, a legitimidade científica e a dependência dos sujeitos ao conhecimento médico, pelo receio de que venham a sofrer consequências desagradáveis caso contrariem essa autoridade. Nesse sentido, a legitimidade e a dependência se estabelecem,

74 CIELLO, Cariny et al. Parto do princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015, p. 2.

75 HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5):1303-1311, set-out, 2002. p. 1307.

76 AGUIAR, Janaína Marques de. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/JanainaMAguiar.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2015. p. 2292.

77 Entretanto, há uma dificuldade dos profissionais de saúde reconhecerem que essas expressões insultuosas ou jocosas possam ser enquadradas como violência, justamente porque a violência no campo da saúde é revelada ainda na concepção de alguns como um ato de “maior” gravidade causador de um potencial dano físico e emocional empreendido de modo proposital. E as “brincadeiras” (como os profissionais se referem) são usadas apenas como uma forma de “humor”, assim, muitos atos como os supracitados evidenciados como flagrante desrespeito e plenamente observáveis na rotina da saúde obstétrica, não são identificados como um tipo de violência, concepção que contribui para a banalização da violência empreendida contra tais mulheres. (AGUIAR et al, 2013).

78 AGUIAR, Janaína Marques de. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/JanainaMAguiar.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2015, p.15.

79 ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas. GT3 - Violência contra a Mulher e Políticas Públicas. Londrina, 2014, p.05.

80 Os órgãos sexuais da mulher grávida sofrem esse tipo de rito, podendo ser vistos, vasculhados, esquadrihados sem quaisquer constrangimentos por parte dos que legitimamente estão aptos a fazê-lo, pois assim está definido pela medicina, que arbitra sobre o corpo e suas necessidades. No caso da mulher gestante, parturiente ou puérpera, esse arbítrio é revelado de forma mais aguda. Ela não é consultada sobre a manipulação que pode sofrer, já que, tacitamente, a necessidade de seu corpo a justifica. (PEREIRA, 2004, p. 396).

81 AGUIAR, Janaína Marques de; D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.15, n.36, p.79-91, jan./mar. 2011.



porque em nossa sociedade, particularmente, a saúde possui valor inequívoco de importância para todos, historicamente monopolizada pela medicina. Assim, o poder médico é produzido pela comunicação entre os sujeitos sociais em condições de desigualdade<sup>82</sup>.

Em suma, ao se considerar o campo da maternidade como espaço no qual se pratica o exercício da função biológica do corpo feminino e também como campo no qual a função social do papel conferido à mulher é regulado por uma construção simbólica, toda e qualquer violência exercida nesse espaço é fundamentalmente uma violência de gênero, uma vez que o próprio conceito de gênero está imbuído de fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e étnicos através dos quais as mulheres se distinguem de acordo com o contexto social no qual estão inseridas, sendo, portanto, a violência em análise também atravessada por essas questões.<sup>83</sup>

Sob essa perspectiva, aponta-se que a formação médica é um dos fatores que contribuem para disseminação da violência institucional nos serviços de saúde<sup>84</sup> tendo em vista que o modo como se estruturam as relações de saber-poder entre profissionais em formação e as mulheres por eles atendidas; a baixa prioridade dada à aprendizagem da ética e de aptidões associadas à comunicação; e às formas tradicionais de treinamento de residentes são considerados elementos associados à reprodução desse fenômeno<sup>85</sup>.

O modo como os profissionais desvalorizam a dor diante do sofrimento das parturientes é uma forma comum de abuso de poder e de negação da subjetividade das mulheres nas práticas obstétricas, fazendo parte de um padrão de violação de direitos humanos que tende a ser naturalizado e repassado aos alunos de medicina enquanto modelo a ser replicado

durante a atenção ao parto, contribuindo assim, para a perpetuação do fenômeno<sup>86</sup>.

Nesse sentido, a formação médica tal como ocorre pode ser considerada um fator de risco para o surgimento de potenciais iatrogenias na relação médico-paciente, uma vez que a própria formação do acadêmico pouco explora conteúdos programáticos relativos à relação médico-paciente; a discussão de temas relativos a afetos, emoções ou relacionamentos parece não integrar o ato médico, precisando ser suscitada por outro profissional não médico; há uma ênfase nas discussões referentes a técnicas e habilidades específicas que ajudem a reconhecer um diagnóstico, prescrever um tratamento e avaliar prognósticos dos pacientes, sem considerar qualquer relacionamento interpessoal entre as partes envolvidas na execução de um ato médico<sup>87</sup>.

Desta forma, uma mudança de paradigma na educação médica implica também em primar pela qualidade da dimensão relacional do ensino médico, sendo imprescindível que o profissional desenvolva uma postura mais atenciosa e empática diante do sofrimento do paciente – assim, as relações interpessoais desenvolvidas ao longo da educação formal constituirão experiências emocionais significativas, servindo como lições diante da forma como esses profissionais exercem seu ofício, uma vez que os modelos de comportamentos aos quais os alunos podem estar expostos no ambiente universitário apresentam uma influência significativa sobre a forma futura de como atuarão profissionalmente, refletindo-se em atitudes, valores e crenças que os mesmos exibirão no exercício de suas profissões<sup>88</sup>.

De maneira semelhante, a problemática da desumanização no curso da formação jurídica corrobora para que práticas violadoras de direitos

82 As mulheres, por sua vez, não ousam reclamar, mesmo desagradadas e sentindo dor e constrangimento, por medo, por vergonha e por se sentirem inferiorizadas perante uma suposta autoridade dos donos do saber; outras por constatarem serem as atitudes dos profissionais como parte do seu fazer e, portanto, supõem seja normal. Não parecem estar usufruindo de um direito, e sim de um favor. (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 150).

83 AGUIAR, Janaina Marques de. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/JanainaMAguiar.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

84 D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, Vol 359, May 11, 2002. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(02\)08592-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(02)08592-6.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2016.

85 HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(5):1303-1311, set-out, 2002.

86 Ibid.

87 SILVA, Artenira da Silva e. Personalidades Reconstituídas em aula de aula: um olhar psicológico sobre o ensino médico. 1. ed. São Luís: SENAC, 2005. v. 1. 126p

88 Ibid.



possam de algum modo permanecer impunes e silenciadas ou ainda não terem as sanções adequadas ou proporcionais à gravidade das violações de direitos cometidas. Sob essa perspectiva, Streck<sup>89</sup> postula que essas questões ilustram justamente a histórica dificuldade da dogmática jurídica em lidar com fenômenos sociais. Desta forma, a cultura jurídica *standard*, dentro do qual o juiz amolda seu dia a dia a partir de soluções e conceitos lexicográficos, recheando as petições, pareceres e sentenças com ementas jurisprudenciais que são citadas na maioria das vezes de modo completamente descontextualizado, ignora o contexto social e histórico no qual estão inseridos os atores sociais. Em consequência disso, o processo de interpretação da lei passa a ser um jogo de cartas re(marcadas) e essa alienação do jurista corrobora para a supressão das garantias de direitos.

Desta forma, é premente a negligência jurídica consubstanciada a partir da hipossuficiência técnica de alguns agentes do sistema de justiça contribuindo para a legitimação de danos iatrogênicos que acometem a sociedade em geral, a exemplo do que ocorre quando se ajuízam e processam ações relativas à violência obstétrica.

De modo exemplificativo acerca da gravidade da situação, em estudo anterior realizado pelas pesquisadoras investigou-se a violência obstétrica nos acórdãos do STF e STJ. A identificação dos arestos só foi possível ao se utilizar palavras-chave caracterizadoras da violência obstétrica<sup>90</sup>. No entanto, muito embora, o termo “violência obstétrica” não apareça em nenhum julgado, foi possível identificar 30 (trinta) acórdãos que descreviam situações violadoras no momento do parto, ou seja, apesar de tratar de um tipo de violência histórico, o termo não é sequer conhecido no universo do direito brasileiro. Por todo o exposto percebe-se que a violência obstétrica tem sido reduzida às questões inerentes à prática médica, bem como à forma como as demandas tem sido (des)tratadas na esfera jurídica, contribuindo para a invisibilização do fenômeno, tendo em vista a desumanização crescente que caracteriza o exercício laboral de médicos e também dos operadores do direito frente ao objeto de pesquisa do presente estudo.

## 5 Considerações finais

A relação assimétrica que existe entre as mulheres e os profissionais da saúde revela um ponto de estrangulamento, tanto simbólico como concreto, dificultando o exercício de direitos fundamentais das primeiras. Essa relação desigual desdobra-se de modo potencial quando configurada uma violência que conforme Schraiber<sup>91</sup> na área de saúde é determinada pela crise de confiança na relação médico/paciente, potencializada em virtude da fragilidade dos vínculos de confiança, da despersonalização do cuidado e do predomínio do uso de tecnologia como forma de interação, transformando o paciente em objeto de intervenção.

As violações sob uma perspectiva de gênero, especialmente ligadas à violência obstétrica são completamente naturalizadas no meio social. A ausência de sanções e meios que coíbem a prática corroboram para invisibilização do fenômeno, tanto por parte daqueles que infringem as regras, quanto por parte daqueles que operacionalizam o sistema de justiça, justamente por haverem introjetado a percepção de uma mulher doce, subordinada, que nasceu para ser mãe e que por isso, é “normal” sentir as dores do parto, afinal **“para chegar ao bojador, é preciso ir além da dor.”**<sup>92</sup>

Por semelhante modo, a mulher também precisa fazer a travessia do Bojador. Durante o parto é preciso ir “além da dor” para se ter um filho, é preciso ter coragem, aguentar tudo, porque “na hora de fazer foi bom” e “ser mãe é padecer no paraíso”.

Entretanto, para que a experiência do parto possa ser de fato prazerosa, não basta que a mulher e o bebê sobrevivam, mas que as garantias de um tratamento digno, respeitoso, humanizado e com práticas embasadas em evidências, respeitando-se ainda a autonomia da mulher, sejam levadas em consideração.

Nesse sentido, faz-se necessário a adoção de um novo paradigma médico em que se leve em consideração as recomendações baseadas em evidência empírica e as novas tendências nas relações entre profissionais e pacientes, postuladas a partir

89 STRECK, Lênio Luiz. *Hermenêutica jurídica e(m) crise: uma exploração hermenêutica da construção do Direito*. Porto Alegre: Livraria do advogado, 1999.

90 A busca foi realizada no indexador de jurisprudências jusbrasil e as palavras-chave utilizadas na busca foram: episiotomia, manobra de Kristeller, cesárea lesão, lesão no parto, erro médico no parto, demora no parto e ocitocina

91 SCHRAIBER, Lilia Blima. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec, 2008.

92 O trecho que faz referência ao poema “Mar Português” de Fernando Pessoa, na segunda parte do livro *Mensagem* serve de reflexão no que concerne à violência no parto. O Bojador, cabo marítimo da região do Marrocos era também conhecido como

da centralidade do direito à informação e à decisão informada nas ações de saúde, pressupondo que a decisão deva ser compartilhada entre os envolvidos, ao invés de decidida de forma unilateral pelo profissional e pela instituição que presta a assistência<sup>93</sup>.

A partir do estudo proposto, constatou-se que a violência obstétrica corresponde a uma forma da violência de gênero específica, tendo em vista que abrange condutas e/ou omissões perpetradas pelos profissionais de saúde no controle do corpo e da sexualidade das mulheres, por meio de significados culturais estereotipados de desvalorização e subserviência em um momento de vulnerabilidade emocional muito específico, representando o exercício do biopoder médico sobre os corpos das parturientes.

A abordagem da violência obstétrica como forma de violência de gênero deve ser difundida, sobretudo através de seu reconhecimento em decisões judiciais, uma vez que em função da condição de intensa vulnerabilidade durante a gestação, cada vez mais mulheres sofrem este tipo de violação, ainda pouco reconhecida.

Nessa esteira, conclui-se que se faz necessário pleitear a capacitação continuada dos magistrados e demais operadores do direito para que possam compreender melhor a temática e assim aprofundar seus conhecimentos transdisciplinares a fim de que sejam proferidas decisões melhor embasadas tecnicamente e que determinem sanções proporcionais à gravidade dos casos levados a juízo. Ademais, insta salientar, a importância da capacitação continuada dos profissionais da área de saúde que contemple uma visão social e humanística de suas atuações, incluindo-se o reconhecimento de direitos dos pacientes, de modo a oferecer à parturiente um processo de atenção adequado no ciclo gravídico-puerperal.

É premente também a necessidade de divulgação do tema por meio de políticas públicas de prevenção, bem como a necessidade de conscientização da população em geral acerca do parto humanizado, para que as parturientes possam efetivamente reconhecer e passar a pleitear seus

direitos, pois, infelizmente, o número expressivo de mulheres que sofrem violência obstétrica ainda não pode ser mensurado ou sequer inferido e/ou estimado através dos poucos casos que chegam aos tribunais.

---

Cabo do Medo, muito temido pelo desaparecimento de muitas embarcações. Para passar pelo Bojador era preciso ter muita coragem para enfrentar os medos, além da incerteza se a travessia seria finalizada com sucesso ou não, pois muitos eram os que tinham suas vidas ceifadas durante o trajeto.

Fonte: CARNEIRO, Rosamaria. “Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, ISSN 1984-6487, n.20, aug. 2015, pp.91-112. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2015.20.08.a>

93 DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2001.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Janaina Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/JanainaMAguiar.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2015.
- \_\_\_\_\_; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.15, n.36, p.79-91, jan./mar. 2011.
- \_\_\_\_\_; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(11):2287-2296, nov, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00074912>.
- ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. **Violência obstétrica**: a dor que cala. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas. GT3 - Violência contra a Mulher e Políticas Públicas. Londrina, 2014.
- ARGENTINA. **Lei nº 26.485**. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Abril, 2009. Disponível em: <[http://www.cnm.gov.ar/LegNacional/Ley\\_26485\\_decreto\\_1011.pdf](http://www.cnm.gov.ar/LegNacional/Ley_26485_decreto_1011.pdf)> Acesso em: 16 mar. 2015.
- AYALES, Ivannia. Genero en desarrollo: de la vivencia a la reflexión. In: AYALES, Ivannia et al. **Genero, comunicacion y desarrollo sostenible: aportes conceptuales y metodológicos**. Coronado, Costa Rica: IICCA; ASDI, 1996.
- BRASIL. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, “Convenção Belém do Pará”**. Disponível em: <[http://www.tjrj.jus.br/institucional/comissoes/cojem/cojem\\_convecao\\_interamericana\\_prevenir.pdf](http://www.tjrj.jus.br/institucional/comissoes/cojem/cojem_convecao_interamericana_prevenir.pdf)>. Acesso em: 21 dez. 2015.
- \_\_\_\_\_. **Lei n. 11.340/2006 (Lei Maria da Penha)**. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da República, 2006.
- BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.
- BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S.A, 1989.
- \_\_\_\_\_. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, Renato (org.). **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Coisas Ditas**. Tradução Cássia R. da Silveira e Denise Moreno Pegorim; revisão técnica Paula Montero. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- \_\_\_\_\_. **A Dominação Masculina**. 11 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.
- \_\_\_\_\_. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Tradução: Mariza Corrêa. 9ª ed. Campinas, SP: Papirus. 1996.
- BRAUNER, Maria Claudia Crespo. **Direito, sexualidade e reprodução humana**: conquistas médicas e o debate bioético. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.
- CARNEIRO, Rosamaria. “**Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor**”: sofrimento no parto e suas potencialidades. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, ISSN 1984-6487, n.20, aug. 2015, pp.91-112. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2015.20.08.a>
- CHAZAN, Lilian Krakowski. **Meio quilo de gente**: um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- CIELLO, Cariny *et al.* Parto do princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.
- CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher**. 1994. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso em: 08 dez. 2015.
- CUNHA, Alfredo de Almeida. **Indicações do parto à fórceps**. FEMINA, Dezembro 2011, vol. 39, nº 12.
- CUNHA, Eliana. **Violência no parto em Minas Gerais**. Denúncia à Comissão de Direitos humanos da Assembleia Legislativa. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <[http://www.redehumanizadas.net/sites/default/files/violencia\\_no\\_parto\\_em\\_minas\\_gerais\\_-\\_versao\\_final.pdf](http://www.redehumanizadas.net/sites/default/files/violencia_no_parto_em_minas_gerais_-_versao_final.pdf)>. Acesso em: 11 mai. 2017.
- DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA. **Tricotomia**. 2008-2013. Disponível em: <<https://www.>>

priberam.pt/dlpo/TRICOTOMIA>. Acesso em: 11 out. 2017.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2001.

DINIZ, Francisco Rômulo Alves; OLIVEIRA, Almeida Alves de. **Foucault**: do poder disciplinar ao biopoder. Scientia vol. 2, nº 3, p. 01 - 217, nov. 2013/jun.2014. Disponível em: <[http://www.faculdade.flucianofofeijao.com.br/site\\_novo/scientia/servico/pdfs/VOL2\\_N3/FRANCISCOROMULOALVESDINIZ.pdf](http://www.faculdade.flucianofofeijao.com.br/site_novo/scientia/servico/pdfs/VOL2_N3/FRANCISCOROMULOALVESDINIZ.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2016.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Violence against women in health-care institutions**: an emerging problem. The Lancet, Vol 359, May 11, 2002. Disponível em:<[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(02\)08592-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(02)08592-6.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2016.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços**. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Orgs.). **Questões de saúde reprodutiva** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p.337-355. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

FOUCAULT, Michel. O Sujeito e o poder. In: Rabinow P, Dreyfus HL, Foucault M. **Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**. Trad. Mana Ermantina Galvão – São Paulo: Martins fontes, 1999b.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir**. Nascimento da prisão. Trad. Raquel Ramalhet. 20ª ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 1999a.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. São Paulo: Edições Graal, 2008.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade 1**: a vontade de saber. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009.

GABBE, Steve G. *et al.* **Obstetrícia**: gravidez normal e patológica. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim; NATION, Marilyn K.; LUZ, Madel Therezinha. **Pisada como Pano de Chão**: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.1, p.61-72, 2008.

GUALDA, Dulce Maria Rosa. **Eu conheço minha natureza**: a expressão cultural do parto. Curitiba: Maio, 2002.

HEISE, Lori L. **Violence against women**: the hidden health burden. World Bank Discussion Papers, Washington, D.C.: World Bank, 1994.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. Tradução Ane Rose Bolner. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig et al. **O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?**

Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5):1303-1311, set-out, 2002.

\_\_\_\_\_. **A violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia**. Trabalho proposto para apresentação no IENADIR – Encontro Nacional de Antropologia do Direito Universidade de São Paulo – 20 e 21 de agosto de 2009

LAURETIS, Teresa de. **Technologies of gender**. Essays on Theory, Film, and Fiction. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press, 1987.

LOPES, Maria Helena Baena de Moraes *et al.* **O uso do enteroclisma no preparo para o parto**: análise de suas vantagens e desvantagens. Rev Latino-am Enfermagem 2001 novembro-dezembro; 9(6):49-55. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n6/7826.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2017.

LOURO, Guacira Lopes. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 7-18.

LUZ, Madel Therezinha. **As instituições médicas do Brasil**. 2. ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013.

MAIA, Mônica Bara. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 19-49. ISBN 978-85-7541-328-9. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289-03.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

MURANO, Rose Marie. BOFF, Leonardo. **Feminino e masculino**: uma nova consciência para o encontro das diferenças. São Paulo: Record, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf)>. Acesso em: 04 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Organização Mundial 1996.de Saúde. Maternidade Segura. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: 1996.

OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil**: o lugar do não-médico. Tese (Doutorado em saúde pública). Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PASCHE, Dário Frederico; VILELA, Maria Esther de



Albuquerque; MARTINS, Cátia Paranhos. **Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil**: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. Revista Tempus Actas Saúde Coletiva, Brasília, v. 4, n. 4, 2010.

PEREIRA, Wilza Rocha. **Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço público de saúde que atende às mulheres em situação de gestação parto e puerpério**. 2000. 181 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

\_\_\_\_\_. **Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde**. Texto Contexto Enferm 2004 Jul-Set; 13(3):391-400.

PROGIANTI, Jane Márcia. **Parteiras, médicos e enfermeiras: a disputada arte de partejar (Rio de Janeiro-1934/1951)**. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001

RABELO, Leila Regina. **A competência das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal hospitalar**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani; ALMEIDA, Suely Souza de. **Violência de gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

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

SÃO PAULO. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Violência obstétrica: você sabe o que é?**. Escola da Defensoria Pública do Estado: São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

SARDENBERG, Cecília M. B. **A violência simbólica de gênero e a lei “antibaixaria” na Bahia**. OBSERVE: NEIM/UFBA, 2011a.

\_\_\_\_\_; MACEDO, Márcia S. Relações de gênero: uma breve introdução ao tema. In: COSTA, Ana Alice Alcantara; RODRIGUES, Alexnaldo Teixeira; VANIN, Iole Macedo (orgs.). **Ensino e gênero: perspectivas transversais**. Salvador: UFBA - NEIM, 2011b, p.33-48.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança**. São Paulo: Hucitec, 2008.

\_\_\_\_\_. **No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina**. Interface – Comunic., Saude, Educ., v.1, n.1, p.123-40, 1997.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma Categoria Útil de Análise Histórica**. Educação e Realidade, 1995.

SILVA, Artenira da Silva e. **Personalidades REconstruídas em aula de aula: um olhar psicológico sobre o ensino médico**. 1. ed. São Luís: SENAC, 2005. v. 1. 126p

SOUZA, Karina Junqueira de. **Violência institucional na atenção obstétrica**: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto. 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

STRECK, Lênio Luiz. **Hermenêutica jurídica e(m) crise: uma exploração hermenêutica da construção do Direito**. Porto Alegre: Livraria do advogado, 1999.

TAVIRA, Larissa V. **O nascimento da clínica em Foucault**. Um poder-saber sobre a vida. (Em)Cena – Saúde Mental em Movimento. Palmas: Ceulp/Ulbra, 2014.

VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Março, 2007. Disponível em: <[http://venezuela.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files/pub-pdf/Ley\\_mujer%20\(1\)\\_0.pdf](http://venezuela.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files/pub-pdf/Ley_mujer%20(1)_0.pdf)>. Acesso em: 16 mar. 2016.

VENTURI G; GODINHO T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Sesc/Fundação Perseu Abramo; 2010. Disponível em: <[http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa\\_.org\\_.br\\_sites\\_default\\_files\\_pesquisaintegra.pdf](http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2015.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. **Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto**. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008.