



Eixo: Serviço Social, relações de exploração/opressão de gênero, raça/etnia, sexualidades

Sub-eixo: Relações Patriarcais de gênero e raça

## PATRIARCADO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A VITALIDADE DA ESTRUTURA PATRIARCAL NO AMBIENTE DO PARTO

MARIANA OLIVEIRA DECARLI <sup>1</sup>

**Resumo:** A Violência obstétrica como expressão da violência de gênero e efeito da vitalidade do patriarcado é tema central deste estudo. Inscreve-se assim o corpo da mulher como parte do processo produtivo e o alijamento do papel de poder da mulher enquanto sujeito central do parto. Neste trabalho explicito como o ambiente do parto foi se *tornando* um espaço de violação da mulher e poder androcêntrico. A violência obstétrica é caracterizada na assistência ao pré-natal, ao parto e no pós-parto, neste trabalho utilizo o recorte *ambiente do parto* para referir-me ao momento em que a mulher esta em processo de parto.

**Palavras-chave:** Patriarcado; racismo; capitalismo; violência obstétrica; parto.

**Abstract:** Obstetric violence as an expression of gender violence and the effect of the vitality of patriarchy is the central theme of this study. The woman's body is thus inscribed as part of the productive process and the woman's role of power as the central subject of childbirth is removed. In this explicit work, the environment of childbirth has become a space of violation of women and androcentric power. Obstetric violence is characterized in prenatal care, childbirth and postpartum care, in this paper I use the environmental cut of childbirth to refer to the time when the woman is in the process of giving birth.

**Keywords:** Patriarchy; racism; capitalism; obstetric violence; parishion.

### 1. INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é um tema ainda pouco estudado e explorado pelo Serviço Social enquanto profissão, embora seja tema há algum tempo de outras áreas da saúde e fato recorrente em qualquer hospital de grande, médio e pequeno porte, adentrando também as unidades de saúde através da assistência ao pré-natal e pós parto, acompanhamento da mulher e do bebê no puerpério e sendo, portanto, também objeto de intervenção dos Assistentes Sociais, além de ser também uma das expressões da questão social. Ao mesmo tempo, o acúmulo de conhecimentos e estudos acerca da mulher, enquanto categoria e sujeito social de direitos, oferece base teórica de sustentação. Diversas áreas da saúde, em especial a medicina e a

<sup>1</sup> Estudante de Pós-Graduação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. E-mail: <mmariana.as@gmail.com>

enfermagem obstétrica, têm sido expoentes no movimento de defesa do parto humanizado e da inclusão de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto normal, ficando os médicos com a responsabilidade cirúrgica obstétrica<sup>2</sup>.

O local do parto é vivenciado também por atores como médicos, enfermeiras e equipe de saúde em geral, os quais têm, na maioria das instituições, formação acadêmica misógina e é onde a rotina dos atendimentos e as práticas estão baseadas na intervenção e atenção curativa<sup>3</sup>. No ambiente do parto a mulher adentra situação distinta de todas viveu ao longo do processo de gestação. Ela adquire status de 'parturiente', que é distinta de gestante e puérpera. O ambiente do parto também deixa em aberto a questão do local onde essa mulher irá parir (instituição pública ou privada, em casa) e a forma como será esse processo (parto vaginal ou cirurgia cesariana). Ele também representa o local onde a mulher, retirado seu protagonismo, é compreendida como corpo a ser medicalizado e contido. Ela não é compreendida como sujeito, como ser de direitos e que, portanto, deveria gozar de autonomia diante da situação em que se encontra. A mulher que deveria ser o centro do processo torna-se parte subjugada pela ordem médica (COSTA, 1999) que ao longo de sua entrada no ambiente do parto traz consigo instrumentais e técnicas e a concepção basilar de que o parto é evento de risco, patológico. Estas condições atravessadas pela ordem patriarcal dão base a ideologia misógina.

Partimos da noção do complexo<sup>4</sup> patriarcado-racismo-capitalismo como estruturante da sociedade. O patriarcado é um sistema de dominação-

---

<sup>2</sup> Para mais referências ver Grupo de Estudos da Faculdade de Saúde Pública da USP (GEMASUSP, 2017).

<sup>3</sup> A atenção a saúde no Brasil baseia-se na atenção curativa embora os princípios e práticas estabelecidas pelo SUS sejam baseados na atenção preventiva, ou seja, na busca da atenção primária à saúde feita através das unidades básicas de saúde para que não sejam necessárias intervenções nos níveis de complexidade médio e alto. A atenção ao parto tem ganhado instituições como as casas de parto e hospitais referência nessa assistência, que contratam enfermeiras obstetras como profissionais que acompanham o parto e médicos que atendem somente no nível de complexidade cirúrgica. No entanto, a medicina intervencionista é a prática mais vista no ambiente do parto e a que mais violenta mulheres e bebês.

<sup>4</sup> Partimos da utilização do termo "complexo" para designar os complexos que estruturam o ser social. Essa categoria auxilia a compreensão da unidade na diversidade das categorias Patriarcado, Racismo e Capitalismo. Citando Lara (2015) "As análises lukacsianas partem do pressuposto de que os processos sociais só são compreensíveis como partes do organismo complexo." A sociedade é composta por complexos de complexos, em que o próprio homem biológico é em si um complexo e, sobretudo, enquanto complexo humano social, jamais pode ser decomposto. Não se trata de determinações sociais que emergem posteriormente ao ser

exploração e opressão social que atinge homens e mulheres organizando e dinamizando a sociedade baseando-se na sustentação ideológica e na violência (SAFFIOTI, 2015). Marx (1987) define que as relações sociais são sempre relações sociais de produção, e vale acrescentar que são também relações sociais de gênero/sexo, raça e etnia: parte do processo histórico, perpassado pela sociabilidade dos indivíduos em interação correspondendo a formas sociais determinadas de consciência (SAFFIOTI, 1994; 2015). Compreendemos, portanto, o gênero não somente como construção sociocultural, mas também como sistema de representações, atribuindo significados aos indivíduos, determinando seus papéis no interior da sociedade, conformando formas e normas de ação e sustentação destes papéis.

Há ainda o debate do papel do Estado que, além de cumprir a função de classe, exerce a dominação de gênero e raça. Mackinnon (1989) sustenta a ideia de que o Estado trata as mulheres como os homens as veem. Isso significa que ele dirige suas ações de maneira autoritária coagindo as mulheres em favor dos homens enquanto e através desse processo legitima as formas desiguais e subjugadas das relações sociais no interior da sociedade patriarcal. As leis são feitas de acordo com necessidades baseadas na perspectiva androcêntrica, também atravessadas pela raça. Essa noção é importante quando tratamos da promoção e do acesso ao sistema de saúde pelas mulheres.

Este trabalho irá apresentar nexos e discussões acerca das dimensões opressão, dominação e exploração às quais as mulheres são submetidas e que as violam apresentando a violência obstétrica como parte dinamizadora deste complexo. Ao estudar umas das formas de violência de gênero é fundamental desvelar a violência como todo, ao mesmo tempo em que se apresentam alternativas de enfrentamento da violência obstétrica enquanto expressão e

---

biológico, “mas da compreensão genética da origem e formação dos complexos” (LUKÁCS, 2014, p.28), ou seja, para “toda questão ontológica, a gênese deve constituir o ponto de partida” (LUKÁCS, 2013, p.539)”. Estabelecendo também metodologicamente a compreensão da leitura dialética em busca da essência apresentada pela realidade analisada. A sociedade na qual estamos inseridos é, ela mesma formada por complexos de complexos que se interpõem e estruturam, assim como há os complexos específicos do Trabalho, por exemplo. A tomada do conceito Complexo tem centralidade metodológica e teórica na medida em que demonstra que entende a abstração do termo complexo, mas também utiliza a compreensão de que Patriarcado, Racismo e Capitalismo compõem também uma diversidade no interior da sociedade latino-americana e brasileira.

vitalidade da ordem patriarcal, sua dominação e suas expressões no todo social.

O estudo tem intuito de entender esta manifestação pelo *ambiente do parto*, recorte didático e delineamento do objeto a ser pesquisado, já que não abordaremos todas as questões que envolvem a violência institucional obstétrica, visto que ela pode ocorrer também na atenção pré-natal e no pós-parto nas instituições de atenção e assistência à saúde. A compreensão é, portanto, de que o parto ocorre em momento específico do processo de gestação, em ambiente específico. Portanto, o ambiente do parto é o local onde ocorre o processo do parto – parto vaginal ou cirurgia cesariana –, partindo de seu entendimento como evento simbólico (TORNQUIST, 2004)

## 2. A VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL OBSTÉTRICA

Violência institucional obstétrica ou violência obstétrica é a violência cometida contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de maneira explícita ou velada. A violência obstétrica é violência contra a mulher<sup>5</sup>, gera seus impactos na vida das mulheres e na conformação da ordem patriarcal.

A centralidade deste tema baseia-se em alguns indicadores básicos da vida: segundo dados do IBGE de 2014, *61% das brasileiras têm um filho ou mais* e isso significa que 61% das brasileiras tiveram seus filhos por parto vaginal ou através de cirurgia cesariana. Em pesquisa recente<sup>6</sup> foi possível acessar dados que colaboram na constituição de identidade das mulheres brasileiras, da tipificação das violências sofridas e o desvelamento dessas violências ou violações de direitos. Parte dessa pesquisa foi dedicada à violência obstétrica. Do total de mulheres entrevistadas, *25% declararam sofrer violência durante o parto, ou 1 a cada 4 mulheres*; no entanto, quando a

---

<sup>5</sup> Definição apresentada com base na formulação da Rede Parto do Princípio, Rede de Mulheres pela Maternidade Ativa. Foi elaborada pela Rede Parto do Princípio um Dossiê sobre Violência Obstétrica intitulado: Parirás com dor para a CPMI da Violência contra as mulheres (PARTO, 2012).

<sup>6</sup> Pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, pelo SESC Nacional e pelo SESC de São Paulo em 2015.

pesquisa sobre a violência passa a ser tipificada os números absolutos se tornam maiores. Cruzando essas informações, num universo de 61% de mulheres tendo filhos, temos um *total de 15,25% das mulheres brasileiras como vítimas da violência obstétrica*. Devemos considerar ainda que a violência sofrida sempre traz consequências para o cotidiano das mulheres, filhos, da comunidade e sociedade como todo.

Aqui se caracteriza um aspecto importante: a violência sofrida não é entendida como violação, pois nas perguntas tipificadas houve acréscimo significativo de respostas positivas. Quer dizer, a violência obstétrica não é vista nem pelas mulheres nem socialmente como violência. A ordem médica, equipes de saúde, instituições, família contribuem com o silenciamento das vítimas, com o encobrimento da violência. As mulheres que sofrem violência obstétrica já são silenciadas em seus direitos humanos ao longo da gestação, parto e pós-parto e posteriormente quando diante de todo o agravo<sup>7</sup> não têm possibilidades de desagravo ou não compreendem que sofreram violência e/ou seu significado – dificultando a transformação desta realidade.

Alguns dados internacionais são importantes pra tornar o objeto mais palpável em sua totalidade. Ao longo deste trabalho foi possível vincular maiores níveis de intervenção no ambiente do parto com maior incidência de violência obstétrica. Ao mesmo tempo em que, países que são referência na assistência ao parto – como a Inglaterra - demonstram que níveis baixos de intervenção no parto representam resultados materno-infantis mais eficazes e taxas de violência obstétrica baixíssimas e com porcentagem de 92% de partos normais (via vaginal) em 2013 (EBC, 2017)<sup>8</sup>. A episiotomia (corte no períneo)

---

<sup>7</sup> Trago aqui reflexão sobre o quanto as injustiças ou agravos devem ser nomeadas e receber justificação ou desagravo para que possam ser superadas. O movimento de humanização do parto traz essa perspectiva coletiva de nomear aquilo que viveram e vivem muitas mulheres. Tipificando que o que viveram chama-se violência obstétrica e que fere os direitos humanos das mulheres e que elas devem se organizar para reivindicar seus direitos e lutar para se colocar enquanto sujeitos. Existem sites onde é possível verificar a quantidade de cesarianas que são feitas pelo Ginecologista Obstétrico, a fim de comprovar a sua prática no ambiente do parto. Existem sites onde é possível que as mulheres adicionem a uma lista nacional o nome e o CRM do médico obstetra que as atendeu e que foi praticante de violência obstétrica. Enfim, iniciativas que estão representando esse processo de busca por justiça de maneira coletiva e em rede que fortalece as mulheres. Para maior aprofundamento, ver Kehl (2015).

<sup>8</sup> A notícia veiculada pela EBC - Agência Brasil, também traz porcentagens da França (com 80% dos partos sendo feitos de forma normal, isso significa via vaginal) e Argentina (com 78% dos partos normais). Estes países tinham taxas de cirurgias cesarianas daquilo que era recomendado pela OMS como medida de segurança para as mulheres e para os bebês: taxas de cirurgias cesarianas menores que 15%. Em 2015 a OMS já preconiza um número 5%

em Portugal, por exemplo, era procedimento de rotina em 73% dos partos entre 2004 e 2010. No mesmo período, na Espanha, a episiotomia diminuiu de 70% para 40% (CAMPOS, 2013)<sup>9</sup>. Segundo revisão bibliográfica de 2016 sobre episiotomia, as taxas seguem altas numa perspectiva mundial variando de:

9,7% (Norte da Europa - Suécia) a 96,2% (América do Sul - Equador), com taxas mais baixas em países de língua inglesa (América do Norte - Canadá: 23,8% e Estados Unidos: 32,7%) e em outras regiões e países (América do Sul - Brasil: 94,2%, África do Sul: 63,3% e Ásia - China: 82%). (SANTOS e SANTOS, 2016).

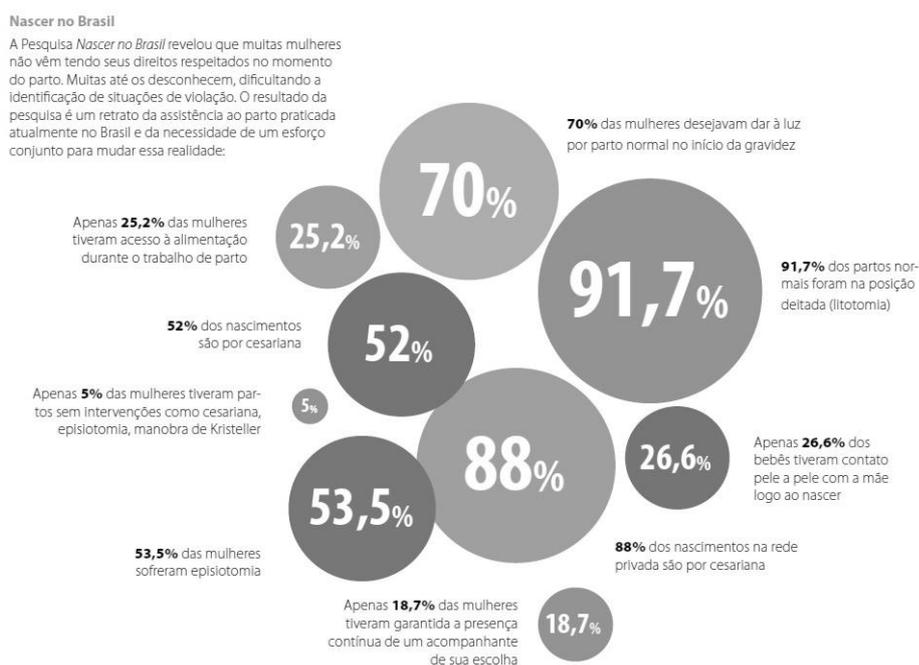


Figura 1: Quadro explicativo dos direitos reprodutivos respeitados. Pesquisa Nascer no Brasil.

A pesquisa Nascer no Brasil (AROUCA, 2014) traz diversos dados que elucidam o panorama encontrado hoje no país<sup>10</sup>. Dados que contém quantidade de cirurgias cesarianas, especificando que nas *redes privadas*

menor, estabelecendo estudos que demonstram que a taxa até 10% de cirurgias cesarianas garante segurança materno-infantil, maior que isso não. Sítio nas referências bibliográficas.

<sup>9</sup> Pesquisa efetuada pelo Projeto Euro-Peristat, documento detalhado sobre saúde de mulheres grávidas e crianças da Europa. Veiculada por site de notícias português Público, escrito por Campos (2013).

<sup>10</sup> A pesquisa Nascer no Brasil é um inquérito nacional de Base hospitalar, realizado em 191 municípios com 23.894 mulheres entrevistadas. Este estudo é fundamental para compreender a situação dos nascimentos e partos no Brasil; sendo fonte utilizada para estudos da área da saúde, em especial da saúde da mulher e da criança, na área materno-infantil, na assistência obstétrica. Sítio da pesquisa nas referências bibliográficas.

(88%) as cesarianas tem porcentagem maior do que na rede pública (46%). Também consta na pesquisa indicadores socioeconômicos e raciais que enriquecem o conhecimento acerca da violência obstétrica. As mulheres de cor preta<sup>11</sup> são as que menos utilizam a rede privada (5,8%), já as mulheres de cor branca utilizam 23% dos serviços da rede privada. A pesquisa também apresenta recorte por classe: classes *D* e *E*, da qual 1,3% das mulheres utilizam rede privada, enquanto nas classes *A* e *B* esse valor sobe para 39,7%. Isso demonstra que a violência obstétrica é atravessada por contradições centrais da sociedade: gênero, raça e etnia e classes sociais. Ou seja, também na violência obstétrica é possível reconhecer a questão racial como condição que complexifica a opressão vivida pelo sujeito.

### **3. A VIOLÊNCIA DE GÊNERO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Segundo a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, violência contra a mulher é: “[...] 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”. A violência é, portanto, complexa, interferindo em todos os sentidos da vida da mulher. “É preferível, por esta razão, sobretudo quando a modalidade de violência mantém limites tênues com a chamada normalidade, usar o conceito de direitos humanos” (SAFFIOTI, 2015, grifos originais). Também para Pougy (*apud* ALMEIDA, 2012) “A violência de gênero é fenômeno social de larga escala e seu entendimento normativo é sustentado como violação dos direitos humanos”.

A violência que impacta o corpo (não apenas fisicamente ou objetivamente) nunca encontra um corpo desmaterializado. O corpo é também constituído de sexo e é também sociedade/sociabilidade, porque está inscrito numa comunidade e cultura específica. A questão que é importante destacar é como este corpo circunscrito é vivido e como as mulheres vivem inscritas nessa ordem; quais as prerrogativas que elas têm diante das contradições

---

<sup>11</sup> Termo utilizado pela pesquisa. Em nossa compreensão o termo adequado seria mulher negra.

entre existir enquanto materialidade e 'não existir' enquanto seres humanos de direitos.

O corpo das mulheres no processo de gestação e parto passa a ser compreendido como objeto de intervenção, como se não pertencesse a ela. Passa a pertencer a uma comunidade e é, portanto, sujeitado a esta. Importante salientar que o corpo das mulheres é constantemente objeto para o *outro* como coisa a ser tomada, contida, dirigida – fruto da própria concepção patriarcal e do poder desempenhado pela ordem androcêntrica. A violência que ocorre no ambiente do parto está inscrita nesta compreensão: o corpo da mulher neste momento não pertence mais a ela, passa a ser compreendido como meio para o nascimento do bebê, sofrendo violências em diversos sentidos e sendo subjugada e alijada do partear.

O parto guarda especificidades ao longo de sua história. Foi estudado por diversas feministas a fim de elucidar as dimensões dos homens e de como as mulheres passam de sujeitos do processo a assumir na contemporaneidade posição de sujeitadas, objetificadas. O nascimento é algo que está posto no mais fundamental ato de existência dos seres vivos, mas é no ser social que ele adquire significado ontológico. Entende-se que o processo de constituição do ser social, ou seja, a capacidade de transformar a natureza e planejar possíveis idealizações, também transforma um evento antes apenas “natural”. A elaboração do nascimento, ao se tornar evento social, cultural<sup>12</sup>, econômico, faz parte da análise acerca da violência obstétrica e dos desafios que ela apresenta. O processo histórico de nascimento de outros seres humanos – diferente da causalidade em que ocorrem os processos naturais – tem base primeiramente em saberes primitivos, intuitivos no sentido corporal, de estar sensível ao que o próprio corpo exige, com particularidades entre as diferentes culturas e sociedade primitivas dos distintos locais do mundo.

A vida das mulheres foi fundamental na acumulação primitiva (fundamentalmente com a reprodução de outros seres humanos) e a caça às bruxas foi além de processo cultural, político, ideológico, determinante econômico que auxiliou na produção de excedente e, na América Latina, teve recortes específicos – onde a população negra, originária e pobre teve papel

---

<sup>12</sup> Quando debatemos cultura, compreendemos que ela é meio pelo qual os indivíduos reproduzem comportamentos, costumes, valores e modos de pensar.

central (FEDERICI, 2017). O processo de constituição da mulher no interior da cadeia produtiva e reprodutiva foi reduzido ao ambiente doméstico como principal atividade de sua vida, apresentando distintas implicações no âmbito racial, étnico e de classe. Ao estabelecer novos padrões do que significa ser mulher na sociedade capitalista, a maternidade e a feminilidade constituem-se bases de manutenção do patriarcado. Destaco que a vida das mulheres e a necessidade da reprodução<sup>13</sup> como pontos centrais deste subitem.

Martin (2006) demonstra como as mulheres e seus corpos foram comparados a máquinas e processos produtivos e a complexos ideológicos surgidos ao longo do desenvolvimento do capitalismo. Apresenta como

[...] as metáforas da produção informam as descrições médicas do corpo feminino. A maioria dessas metáforas claramente relacionada a formas familiares de produção em massa, em que se dá valor a grandes quantidades e à eficiência de larga escala. (MARTIN, 2006, p.24)

A ordem médica não reconhece na mulher o papel fundamental do processo, considerando o bebê como resultado, a “mercadoria” que eles foram capazes de trazer ao mundo através de todo seu instrumental e técnica. São relações alienadas. Os médicos relacionam-se com as mulheres como se elas fossem coisas e com seus bebês como se fossem coisas. A coisificação da relação se aprofunda porque o ambiente do parto é o ambiente das arenas da violência obstétrica, parte vital da sociedade patriarcal. As vidas tornam-se mercadorias porque para a chegada do bebê existe toda a lógica produtiva, o valor monetário dos serviços de saúde a ideologia mercantilizada, fetichizada e alienada.

A lógica de mercantilização produtivista<sup>14</sup> que adentra o ambiente do parto baseia-se na lógica de produção capitalista, transformando as relações sociais. A lógica produtiva que adentra o sistema capitalista a partir do fordismo no século XX adquire implicações profundas no âmbito dos serviços de saúde

---

<sup>13</sup> Saffioti (1985) estabelece que existe um cruzamento entre as relações de produção e reprodução.

<sup>14</sup> Quando alio dois conceitos “lógica de mercantilização e produtivista” busco demonstrar que existem nuances distintas entre si, mas que no que diz respeito à assistência à saúde e ao ambiente do parto elas funcionam identificadas com a lógica da mercantilização do serviço de saúde, da mercantilização das relações entre as pessoas e a produtividade exigida da mulher no ambiente do parto que a coloca num lugar de trabalhadora e ao mesmo tempo de objeto coisificado.

e também no âmbito do parto, apresentando como sustentação a produção e o consumo em massa de mercadorias – criando necessidades e ritmos nunca antes vistos. E todo processo produtivo é também econômico-social, histórico-político, ideológico e cultural e conforma as *relações sociais*.

O trabalho de parto, inscrito na compreensão de espaço-tempo aligeirado, guarda relação com a produção em massa: o que ocorre durante o parto não é tomado em consideração, mas sim o resultado, ou seja, o bebê nascer vivo. Essa lógica delinea a necessidade da rapidez com que o médico deve atender as mulheres, o que também inclui nos serviços novas necessidades que passam a ser consumidas. Contrariando a fisiologia do ambiente e dos processos do trabalho de parto – que não corresponde, em absoluto, a um evento rápido – a ideologia produtivista institui um novo tipo de parto: o parto rápido “delivery”, obedecendo a lógica da lucratividade.

A lógica organizacional do espaço-tempo e a mercantilização do ambiente do parto diante da lógica de produção em massa é profundamente prejudicial para os processos de saúde, sobretudo para um processo que envolve o nascimento de outros seres humanos, que envolve forte singularidade e tempo subjetivo. Para Thompson (1998, p.298, grifos originais) “Na sociedade capitalista madura todo o tempo deve ser consumido, negociado, *utilizado*; é uma ofensa que a força de trabalho meramente “passe o tempo”. É visível toda essa lógica para qualquer mulher que já esteve em uma maternidade ou que teve seu trabalho de parto interrompido para uma cesariana de emergência ou que teve todo o ambiente ditado pelas regras de espaço-tempo e pela organização temporal do hospital. Todo o complexo estrutural estabelecido pela ordem e reproduzido pela instituição na qual a mulher em trabalho de parto adentra não permite que ela “passe o tempo”, que ela aguarde seu trabalho de parto de maneira singular e respeitosa. A violência obstétrica, portanto, também se baseia hoje na dinâmica mercantil-produtivista do parto.

O silenciamento da violência sofrida pela mulher no ambiente do parto não é de menor importância, atuando como a violência do silêncio. A vida das mulheres é atravessada por violência. A mulher grávida pode ter sofrido violações anteriores a violência obstétrica. A violência atinge o modo de

colocar-se no mundo da mulher, atinge a relação com seu filho, a relação com seu próprio corpo, a relação com outras pessoas, a relação com a sexualidade. E, no contexto onde a mulher compreenda a violência que sofreu existe a palavra do médico que relativiza e desacredita sua vivência, pois está baseado no poder da ideologia que é conferido, no poder sobre a vida, no poder da ordem androcêntrica e misógina. Nessa perspectiva, o patriarcado é também ideologia e sua força material é um dos principais obstáculos no desenvolvimento da reflexão e ação autônomas que visem a emancipação humana.

O processo particular de desenvolvimento do capitalismo brasileiro, aliado à forma particular de articulação do patriarcado – tendo no senhor-cidadão e no pai-patrão figuras de adensamento – cria uma forma de violência contra a mulher que mescla elementos primitivos com elementos modernos. A compreensão do soberano apresentado por Foucault (2017)<sup>15</sup> colabora nesse entendimento, sobretudo no que diz respeito ao patriarcado exercido pelo poder médico. O que leva, por exemplo, uma quantidade imensa de médicos brasileiros, contrariando as evidências, as estatísticas e até a ciência e a técnica, a decidir por uma cirurgia cesariana (fora de trabalho de parto e antes de completar as 37 semanas de gestação do bebê) pelo simples fato de que ele tem, em suas mãos, o poder soberano de deixar viver ou morrer. Ou ainda, de contrariar evidências científicas que garantem a vitalidade das mulheres e dos bebês para seguir uma linha de ação que cientificamente representa comprovada mortalidade de mulheres e crianças.

#### **4. ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL**

O partear também se apresenta como campo de disputas ideológicas e políticas. Exatamente por este motivo, devemos apresentar também a existência de políticas públicas de enfrentamento a essa violação, contribuindo para a resistência.

---

<sup>15</sup> “[...] o direito de vida e morte, sob essa forma moderna, relativa e limitada, como também sob sua forma antiga e absoluta, é um direito assimétrico. O soberano só exerce, no caso, seu direito sobre a vida exercendo seu direito de matar ou contendo-o; só marca seu poder sobre a vida pela morte que tem condições de exigir. O direito que é formulado como “de vida e morte” é, de fato, o direito de causar a morte ou de deixar viver” (FOUCAULT, 2017, p.146).

As políticas públicas de enfrentamento à violência obstétrica podem ser consideradas recentes, mas isso não diminui em absoluto sua importância, porque a criação de marcos legislativos faz com que o Estado tenha obrigatoriedade legal no cumprimento e na defesa dos direitos humanos das mulheres. Assim como a definição de diretrizes de conduta por órgãos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), fazem com que as instituições de saúde no interior de cada Estado Nacional devam atentar àquelas diretrizes e orientações. Consideramos, portanto, vitória essencial dentro da ordem patriarcal-racista-capitalista a criação de políticas públicas, diretrizes, orientações, leis que defendam o direito das mulheres gestantes, mães e puérperas no pré-natal, no ambiente do parto e no pós-parto.

O movimento pela humanização do parto no Brasil inicia em 1970 em distintos estados da federação e com iniciativas diversas. Na década de 1980 já existem grupos que se movimentam no interior do país a fim de defender a assistência a gravidez e ao parto humanizado, assumindo, portanto, que existiam práticas desumanas neste sentido. Em 1993 é criada no Brasil a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) denunciando diversas formas de intervenção que acabam por dificultar o processo do parto e nascimento.

A política de humanização do parto é recente no interior da sociedade brasileira, mas tem importância central no enfrentamento da violência obstétrica, estabelecendo que o parto não é um evento patológico, mas sim processo fisiológico. E que é possível que a mulher vivenciar e experienciar este processo de maneira segura e assistida por profissionais que respeitem sua liberdade, suas decisões. Defendendo que o parto natural é a forma mais segura para mulher e bebê<sup>16</sup>; apontando também que o desencadeamento natural fisiológico do parto garante maior vitalidade materna e infantil. Assim como, na vigência da necessidade de intervenções e de cirurgia que este processo seja efetuado respeitando as inovações na assistência materno-

---

<sup>16</sup>A Medicina baseada em evidências apresenta estudos científicos que definem que o nascimento natural por parto vaginal é o que garante melhor processo de transição entre o meio aquático e o meio aéreo ao qual passa a ser submetido o bebê. Além de ser em si, muito mais seguro para a mãe, garantindo que o corpo (na imensa maioria das vezes) aja de acordo com suas necessidades. A hemorragia no parto natural tem taxas muito menores do que na cirurgia cesariana, pois a placenta se descola naturalmente (fisiologicamente) assim que o bebê nasce, o que é muito mais seguro para a mulher.

infantil baseado nas melhores evidências científicas para a saúde da mulher e do bebê.

A humanização, na própria formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma proposta ética, política e estética de atendimento<sup>17</sup>, com base nessa proposta foi criada a Política Nacional de Humanização do SUS em 2003. Ocorre no ambiente do parto uma inversão no que diz respeito à assistência destinada as mulheres. O parto sob a lógica do capital adquire composições que acabam por atravancar o parto: o que tem sido apresentado por órgãos de saúde vinculados ao Ministério da Saúde, OMS e também pela medicina baseada em evidências é que as intervenções ao longo dos processos de parto na maioria das vezes significam a complicação do processo e não aquilo que é apregoado pela ordem médica, que seria a salvação por algum tipo de intercorrência.

A realidade é que, majoritariamente, a intervenção causa a intercorrência. Esse processo se encaixa perfeitamente no que diz respeito a cirurgia cesariana – que feita sem necessidade e fora do início do processo do parto – pode levar a hemorragia e morbidade da mulher e do bebê. A cirurgia cesariana representa 4 a 5 vezes mais riscos para a mulher do que o parto normal.

Diniz (2009) apresenta que nas últimas duas décadas houve melhorias de quase todos indicadores de saúde no Brasil, além da ampliação dos serviços de saúde. Contraditoriamente, o único indicador que não obteve evidência de melhora foi a *mortalidade materna*. Compreendendo que, 90% das mortes maternas podem ser prevenidas, abre-se uma ceara importante de interlocução da violência obstétrica com o feminicídio<sup>18</sup>. E trata-se de um feminicídio de Estado, pois é o Estado patriarcal que, ao não proteger a vida das mulheres, permite que elas morram em decorrência da maternidade. É através da negligência e muitas vezes anuência de diversos órgãos públicos (como instituições de saúde) e, inclusive federativos (Ministério da Saúde), que há morte materna.

---

<sup>17</sup> Para maiores informações: <https://pensesus.fiocruz.br/humanizacao>.

<sup>18</sup> O aborto não assistido corretamente que resulta na morte da mulher também é considerado morte em decorrência da maternidade. Portanto, deve ser tratado como feminicídio por parte do Estado (GELÉDES, 2016 e CATARINAS, 2017).

Diversas são as formas de enfrentamento da violência obstétrica, que demonstram a potência do conhecimento e da defesa do comum por parte das mulheres, sendo o partejar uma delas.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo deste trabalho evidenciei o movimento dominante da sociedade, no sentido de expressar de que maneira o patriarcado adentra ao partejar. No entanto, o papel androcêntrico e misógino desempenhado no parto e ao qual nos referimos não significa em absoluto que não há o que fazer com relação a isso, que não há saída ou futuro. O espaço de disputa de poder é também o espaço de contradição onde se pode enfrentar a violência obstétrica e contrapor outro modelo de assistência obstétrica. O partejar está em processo de disputa e é fundamental que existam movimentos sociais organizados e políticas públicas que, representadas pelas mulheres e seus direitos sexuais e reprodutivos, reclamem para si também a disputa da assistência obstétrica de maneira respeitosa, digna, pública e de qualidade. Ademais, é fundamental a definição da centralidade da defesa dos direitos das mulheres como base de fundação de uma nova sociedade demonstrando como a sociedade patriarcal-racista-capitalista não somente não serve aos direitos humanos das mulheres, como não serve para que possamos ter o melhor do humano.

Concluo apontando a potencialidade que há neste trabalho que diz respeito à potência das mulheres como guardiãs do “comum”. Compreendo que a vida das mulheres sempre esteve ligada com a defesa daquilo que as coloca em evidência. E isso é algo extremamente forte. As mulheres na antiguidade eram responsáveis pela sexualidade, pelo parto e nascimento, e inclusive, em algumas culturas as deusas da vida e da morte eram mulheres. O poder das mulheres estava centrado em questões fundamentais da vida em sociedade, em coisas comuns a todos. É claro e pungente que todas as tentativas de retirar a mulher deste lugar de centralidade e importância da vida social para colocá-la num lugar de submissão ao patriarca, de incapacidade, inaptidão, irracionalidade, impureza, histerização e medicalização demonstram

claramente o quão este lugar em que buscam colocar a mulher é construído socialmente através da estrutura patriarcal misógina e mantido pela ideologia dominante. Portanto, é parte deste trabalho a certeza de que os papéis atribuídos a homens e mulheres no interior desta sociedade podem ser transformadas no sentido de criação de novas relações sociais baseadas na apropriação coletiva do fruto do trabalho coletivamente produzido. É essencial a construção de novos valores e ações no interior da ordem patriarcal para que exista possibilidade de um futuro planejado de consubstantividade humana.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Suely S. Essa violência maldita. In: \_\_\_\_\_. **Violência de gênero e políticas públicas**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007.

ALMEIDA, Suely; SAFFIOTI, Heleieth. **Violência de Gênero Poder e Impotência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

AROUCA. **Projeto: nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**. 2014. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/principais-resultados2/>. Acessado em: 10 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465: il. – (Cadernos Humaniza SUS, 4)

CAMPOS, Alexandra. **Veiculado por agência de notícias portuguesa**: 2013. Disponível em: <https://www.publico.pt/2013/05/27/sociedade/noticia/em-73-dos-partos-normais-as-mulheres-sao-cortadas-na-vagina-1595608>. Acessado em: 21 set. 2017.

CATARINAS Portal de notícias. **Morte Materna e Femicídio de Estado**: as vidas matáveis politicamente. 2017. Disponível em: <http://catarinas.info/morte-materna-e-femicidio-de-estado-as-vidas-mataveis-politicamente/>. Acessado em: 10 de set. 2017.

COLLIN, Frabçoise. & LABORIE, Françoise. A maternidade, uma história social. In: HIRATA, H. et al (Orgs.). **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: UNESP, 2009.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Declaração da Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “Convenção Belém do Pará”**, 1994. Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Acessado em: 30 de mar. 2017.

COSTA, F. Jurandir. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

DINIZ, C. Simone. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. (2), p. 313-326, 2009.

EBC. **Número de cesarianas cai pela primeira vez no Brasil**. 2017. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-03/numero-de-cesarianas-cai-pela-primeira-vez-no-brasil>. Acessado em: 25 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Porcentagem de cesarianas dados internacionais, 2013. Disponível em: <http://www.ebc.com.br/noticias/saude/2013/07/opcao-de-kate-middleton-diverge-com-a-da-maioria-das-brasileiras>. Acessado em: 24 ago. 2017.

FEDERICI, Sílvia. **Calibã e a Bruxa**. São Paulo: Elefante, 2017.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

GELÉDES, Instituto da Mulher Negra. **Violência Obstétrica e o viés racial**, 2016. Disponível: <https://www.geledes.org.br/violencia-obstetrica-e-o-vies-racial/>. Acessado em: 10 jun. 2017.

GEMASUSP. **Mother baby friendly birthing facilities**. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4104005/mod\\_resource/content/1/MBF-BF-guidelines.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4104005/mod_resource/content/1/MBF-BF-guidelines.pdf). Acessado em: 5 set. 2017.

KEHL, R. Maria. **Ressentimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2015.

KERGOAT, Daniéle. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES M. MEYER, D.; WALDOW, V. (Orgs.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

\_\_\_\_\_. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, H. LABORIE, F. DAORÉ, H.; SENOTIER, D. (Orgs.). **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: UNESP, 2009.

LARA, Ricardo. Introdução aos complexos categoriais do ser social. **Em Pauta** v. 13, n. 36, p. 269-292, 2 sem. 2015.

LUKÁCS, György. **Prolegômenos para uma Ontologia do Ser Social**. São Paulo: Boitempo, 2010.

MACKINNON, Catharine A. **Hacia una teoria feminist del Estado**. Edições Cátedra. Universitat de València. Instituto de la mujer. 1989.

MARTIN, Emily. **A Mulher no Corpo**: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro. Garamond, 2006.

MARX, K. **Manuscritos Econômico-filosóficos e outros textos escolhidos**. São Paulo: Nova Cultural, 1897; 2011.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Artigos Científicos**. 2015.  
<http://www.partodoprincipio.com.br/artigos-cientificos>. Acessado em 20 de dezembro de 2016.

POUGY, Lilia G. Notas sobre políticas públicas de gênero e Serviço Social. **Revista Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 159-175, jul./dez. 2012

SAFFIOTI, Heleieth B. Posfácio: Conceituando o gênero. In: SAFFIOTI, Heleieth; MUÑOZ-VARGAS, Monica. **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994. p. 271-283.

\_\_\_\_\_. **Gênero, Patriarcado e Violência**. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

SANTOS, Rafael; SANTOS, Rodrigo. Fatores relacionados com a prática da episiotomia no Brasil: revisão de literatura. **Estação Científica (UNIFAP)**, Macapá, v. 6, n. 2, p. 43-52, maio/ago. 2016. Disponível em:  
<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/1699/rafaelv6n2.pdf>

THOMPSON, E. P. **Costumes em Comum**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

TORNQUIST, C. Parto e Poder. 2004. 376p. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.