

“PARIRÁS COM DOR”¹: uma leitura crítica sobre a violência obstétrica no Brasil
“BIRTH WITH PAIN”²: a critical review on obstetric violence in Brazil

Janaína Machado Sturza²
Maiquel Dezordi Wermuth³
Milena Cereser da Rosa⁴

“Medicina, médicos e poder: poder e violência... Poder e coisificação, ‘dessubjetivação’ do Outro... Poder médico expropriando juízos privados sobre sofrimentos, danos, morte. Poder e elitização... Poder e monopólio de domínios... Poder e médicos, medicina: poder e soluções, desenvolvimento de eficácia técnica, intervenção e controle sobre sofrimentos, danos, morte... Poder e benefícios, desenvolvimento social... Poder e vida... Poder e constituição de sujeitos, expansão de domínios... Medicina e poder: estratégias biopolíticas de sujeições, dominações e liberdades... Poder da medicalização! Medicalização: processo sócio-histórico de poderes... [...]”⁵

RESUMO: O artigo analisa a violência obstétrica no Brasil por meio da biopolítica como forma de controle sob os corpos femininos. O problema que orienta a pesquisa pode ser sintetizado na seguinte pergunta: em que medida o silêncio da violência obstétrica no Brasil, sendo esta realizada durante o pré-natal, parto e/ou puerpério, sustentam o controle sobre os corpos femininos? O objetivo geral do texto consiste em compreender, através da biopolítica, como a violência obstétrica no Brasil se utiliza de meios para controlar os corpos femininos. Pode-se concluir que houve uma tentativa de silenciar a utilização da expressão “violência obstétrica” no Brasil, fato que corrobora a hipótese de que a violência obstétrica é uma forma de agressão legítima no controle sob corpos femininos. O método de pesquisa empregado foi o hipotético-dedutivo, mediante o emprego de técnica de pesquisa bibliográfica e documental.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Biopolítica. Corpos femininos. Medicina social. Poder disciplinar.

ABSTRACT: The article seeks to analyze obstetric violence in Brazil through biopolitics as a form of control over female bodies. The problem that guides the research can be summarized in the following question: To what extent does the silence of obstetric violence in Brazil, which is carried out during prenatal care, childbirth and/or puerperium, sustain control over female bodies? The

¹ Expressão utilizada no Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor” elaborado pela Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa – Parto do Princípio. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2021.

² Pós Doutora em Direito pela Unisinos. Doutora em Direito pela Universidade de Roma Tre/Itália. Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul – Unisc. E-mail: janasturza@hotmail.com

³ Doutor em Direito pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Coordenador do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito – Mestrado e Doutorado em Direitos Humanos – da UNIJUÍ. E-mail: maiquel.wermuth@unijui.edu.br

⁴ Mestranda em Direito na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). E-mail: milenacereser@outlook.com

⁵ Trecho do prefácio escrito por Lilia Blima Schraiber no livro A Medicalização do Corpo Feminino, autoria de Elisabeth Meloni Vieira.

general objective of the text is to understand, through biopolitics, how obstetric violence in Brazil uses means to control female bodies. It can be concluded that there was an attempt to silence the use of the term “obstetric violence” in Brazil, which is why it corroborates the hypothesis that obstetric violence is a form of legitimate aggression in the control of female bodies. The research method used was the hypothetical-deductive one, through the use of bibliographic and documentary research technique.

Keywords: Obstetric violence. Biopolitics. Female bodies. Social medicine. Disciplinary power.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este artigo pretende avaliar a violência obstétrica no Brasil por meio da biopolítica como forma de controle dos corpos femininos, analisando o retrato de que o “poder é biopatriarcalista”, conforme mencionado por Nielsson (2019), tendo no corpo feminino, no corpo da mulher, a imposição do poder disciplinar ditado pela estrutura masculina. O artigo foi construído tendo por problema de pesquisa a seguinte pergunta: em que medida o silêncio da violência obstétrica no Brasil, sendo esta realizada durante o pré-natal, parto e/ou puerpério, sustentam o controle sobre os corpos femininos? Como hipótese inicial, levando-se em consideração os dados levantados a partir de um conjunto de pesquisas realizadas sobre o tema na área do Direito e da Saúde, refletidas na bibliografia que dá sustentação ao presente estudo, torna-se possível afirmar que tentou-se silenciar a utilização da expressão “violência obstétrica” no Brasil, fato que corrobora a hipótese de que a violência obstétrica é uma forma de agressão legítima no controle dos corpos femininos. Como objetivo geral, a pesquisa busca compreender, através da biopolítica, como a violência obstétrica no Brasil se utiliza de meios para controlar os corpos femininos. O método de pesquisa empregado foi o hipotético-dedutivo, mediante o emprego de técnica de pesquisa bibliográfica e documental. Desta forma, no momento atual torna-se relevante compreender como se dá a violência obstétrica no Brasil, fazendo uma análise a partir da biopolítica que se apresenta como a utilização de técnicas e mecanismos disciplinares para regulamentar a reprodutividade feminina, visando a preservar a estrutura patriarcalista em que as instituições estão alicerçadas.

O CONTROLE DOS CORPOS FEMININOS E A BIOPOLÍTICA

Durante a Época Clássica, segundo a filosofia foucaultiana (2014, p. 134), percebe-se o corpo como objeto e alvo de poder, “corpo que se manipula, modela-se, treina-se, que obedece, torna-se hábil ou cujas forças se multiplicam”. Prevalece, neste período, uma noção de “docilidade” que “une ao corpo analisável o corpo manipulável”, “que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado”. Criou-se, nesse contexto, uma ideia de superioridade do corpo masculino em relação ao feminino, sendo atribuída à imagem feminina o reflexo da passividade, condicionada ao destino da maternidade e do cuidado familiar. “O corpo feminino seria moldado para a gestação e para o nascimento, o que parecia evidente quando se observava sua bacia larga e curva.” (ROHDEN, 2001, p. 29).

Dentro de um determinado espaço de tempo as mulheres eram associadas à sexualidade, em que se dizia “*vocês são apenas o seu sexo*”. Não bastasse essa objetificação da mulher, os médicos adicionaram a fragilidade e a doença à “condição” feminina, referindo “*vocês são a doença do homem*”, “chegando à patologização da mulher: o corpo da mulher torna-se objeto médico por excelência” (FOUCAULT, 2014, p. 234). Nesse sentido, podemos nos questionar: “que corpo é este que se constituiu de forma marcada no sexo frágil, determinando-lhe lugares, interditos, liberdades, trabalhos, limites e exclusões?” (WITZEL, 2014, p. 530). Foi atribuída à mulher a condição de doença. As mulheres “são doentes porque são mulheres”, “multiplicam-se os tratados consagrados às doenças femininas, do corpo e da alma a uma só vez, como os vapores, as paixões e a histeria, sempre associadas ao útero.” (ROHDEN, 2001, p. 30).

Para tanto, “as mulheres seriam prisioneiras de seu próprio corpo, e o lar seria a repetição de um desenho já implícito na sua própria anatomia” (WERMUTH; GOMES; NIELSSON, 2016, p. 92). Dessa forma, a associação da doença feminina ao útero faz com que se possa relacionar que a reprodutividade seja vinculada à doença e, conseqüentemente, essa relação também se aplica à gravidez. Nesse sentido, Foucault (2014, p. 103) refere que “o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo [...] O corpo é uma realidade bio-política”. Em relação às noções de biopoder e biopolítica cunhadas por Michel Foucault, Wichterich (2015, p. 25) descreve que, “[...] a biopolítica e o biopoder trabalham através de políticas disciplinares e da autodisciplina, [...] eles

funcionam devido à combinação de um consenso social e em conjunto com a coerção e violência”. A biopolítica se consolida em conjunto com a exceção do poder soberano, ou seja, “não há ruptura entre biopoder e poder soberano, ou mais especificamente entre a biopolítica e o poder soberano, pois a estrutura originária deste poder tem uma relação profunda e peculiar com a vida, cuja relação mais próxima é a da exceção” (BITTENCOURT, 2015, p. 225).

A partir de uma análise biopolítica do parto, este “passou, ao longo dos séculos, a ser cooptado pelo poder soberano, representado pela milenar aliança entre poder, patriarcado e saber, que redundou em absoluta ‘coisificação’ da vida feminina” (WERMUTH; GOMES; NIELSSON, 2016, p. 90). Para tanto, Perrot (2005, p. 447) relaciona o corpo com a relação de poder, todavia diferenciando os corpos femininos:

O corpo está no centro de toda relação de poder. Mas o corpo das mulheres é o centro, de maneira imediata e específica. Sua aparência, sua beleza, suas formas, suas roupas, seus gestos, sua maneira de andar, de olhar, de falar e de rir (provocante, o riso não cai bem às mulheres, prefere-se que elas fiquem com as lágrimas) são o objeto de uma perpétua suspeita. Suspeita que visa o seu sexo, vulcão da terra. Enclausurá-las seria a melhor solução: em um espaço fechado e controlado, ou no mínimo sob um véu que mascara sua chama incendiária. Toda mulher em liberdade é um perigo e, ao mesmo tempo, está em perigo, um legitimando o outro. Se algo de mau lhe acontece, ela está recebendo apenas aquilo que merece.

Nesse sentido, podemos perceber que o corpo da mulher está condenado ao controle patriarcal, ou seja, “o corpo das mulheres não lhes pertence. Na família, ele pertence a seu marido que deve ‘possuí-lo’ com sua potência viril. Mais tarde, a seus filhos, que as absorvem inteiramente. Na sociedade, ele pertence ao Senhor” (PERROT, 2005, p. 447). Dessa forma, Nielsson (2020, p. 21) refere que “desse projeto de controle, a construção histórica, jurídico-política da ‘família heteropatriarcal tradicional’ foi umas das técnicas mais bem-sucedidas colocadas em prática pela estrutura masculina, racista, colonial e capitalista que se articulou como soberana”. Para Michel Foucault (2010, p. 287), no século XIX houve uma transformação do direito político no sentido de complementar o conceito do direito de soberania, o qual era atribuído o “fazer morrer ou deixar viver”, surgindo então outro direito, em tese melhor que o velho direito de soberania, fazendo uma inversão dos poderes, sendo, portanto, o “poder de fazer viver e de deixar morrer”. Eis o nascimento da biopolítica, esse poder que se espraia sobre o corpo da população. A biopolítica se

encontra em uma perspectiva diametralmente oposto à inflexão predominantemente negativa do poder soberano: se este “se exercia em termos de subtração, de tributação – dos bens, dos serviços, do sangue – dos próprios súbditos”, aquela, pelo contrário, volta-se “para a vida deles não só no sentido da sua defesa mas também no do seu desenvolvimento, da sua potenciação, da sua maximização.” Se o poder soberano “tolhia, refreava, até aniquilar”, a biopolítica “solda, aumenta, estimula.” (ESPOSITO, 2010, p. 60-61). Sendo assim “[...] o dispositivo da reprodutividade produz sujeitos femininos capazes de propagar a vida, mas também de propagar a morte [...], uma possibilidade que pressupõe a legibilidade da procriação como uma governamentalidade” (NIELSSON, 2019, p. 885). Sob esse aspecto, Wichterich (2015, p. 17) menciona que

o foco desse regime de poder é a sociedade civil, suas instituições e várias forças que moldam os sistemas de valores, ordens simbólicas e normas sociais, incluindo religião, família, comunidades étnicas, ideologias políticas, relações Estado-cidadãos, movimentos sociais, costumes, tradição, leis e estruturas legais, cultura etc. Direitos sexuais e reprodutivos são um campo controverso, localizado entre a reivindicação da autodeterminação individual e as normas coletivas de uma sociedade ou comunidade. Eles são contestados, porque aspiram uma mudança social e desafiam as práticas sociais tradicionais, crenças e normas. Portanto, eles são propensos a definições múltiplas e significados que vão de “querer” e “dever” para “certo” e “errado”.

As definições mencionadas pela autora, entre “querer” e “dever” para “certo” e “errado”, são formas do controle disciplinar dos corpos, a partir dos quais o poder soberano dita as regras do que “pode” ou do que “deve” ser feito. Todavia, esse poder soberano é mais evidente quando está sendo exercido sob um corpo feminino, se manifestando “por instituições patriarcais: a família, sistemas de saúde, comunidades religiosas, sistemas jurídicos e Estados” (WITCHERICH, 2015, 17). Os efeitos normalizadores do biopoder atingiram o corpo da mulher, sua vida e seu sexo, tendo em vista as “obrigações” que lhe foram impostas “pois a ela cabia a responsabilidade de cuidar da saúde de seus filhos, garantindo-lhes a longevidade, além de manter a solidez da instituição familiar, assegurando certa ordem social” (WITZEL, 2014, p. 529). Portanto, percebe-se que o poder disciplinar, a coação e a docilização dos corpos são exercidas dentro e por uma estrutura masculina. Trata-se de um sistema patriarcal que ocupa o lugar de soberano em relação à mulher. A partir da análise da violência obstétrica que será

empreendida na sequência, torna-se possível visualizar como esse biopoder é exercido no controle dos corpos femininos.

A MEDICINA SOCIAL E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

“Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?”
“Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo.”
“Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender.”
“Na hora de fazer, você gostou, né?”
“Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha.”⁶

A medicina moderna, que nasceu nos fins do século XVIII, trouxe um questionamento acerca de ser individual ou não, tendo em vista que englobou as relações de mercado e estava ligada à economia capitalista. Por estar vinculada ao sistema capitalista, a medicina moderna era associada ao individual, tendo como relação de mercado do médico com o doente (FOUCAULT, 2014). Embora a associação da medicina moderna ao individual, Foucault (2004, p. 102-103) tentou demonstrar o inverso,

[...] que a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; que a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente. [...] Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política.

O conceito do “nascimento da medicina social” referido por Foucault (2014) é utilizado como forma de descrever os procedimentos médicos ao longo dos anos, sendo que essas intervenções modificariam positivamente a existência humana como, por

⁶ Frases relatadas no Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor” elaborado pela “Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa”, as quais foram mencionadas por mulheres que deram à luz em várias cidades do Brasil. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2021.

exemplo, por meio da sanitização das cidades. Por outro lado, também trouxe o controle social autoritário sobre os corpos e as condutas (ZORZANELLI; CRUZ, 2018). Ainda, os referidos autores mencionam que “o estado, a cidade e a pobreza tornaram-se objetos de interesse e intervenção médica no decorrer dos três séculos que precederam a explosão do fenômeno da medicalização, no início do século XX”, fazendo com que a medicalização se tornasse sem limites a partir da sua aplicação através da biopolítica, perdurando então até o século XXI (ZORZANELLI; CRUZ, 2018, p. 724).

Foucault busca, então, comprovar a sua tese inicial a partir da análise de como essa “medicina social” se estrutura em três etapas históricas (ou modelos) distintas: a “medicina de Estado” alemã, a “medicina urbana” francesa e a “medicina da força de trabalho” inglesa. A medicina de Estado que surge e se desenvolve na Alemanha no começo do século XVIII tem por característica uma preocupação efetivamente centrada na melhoria do nível de saúde da população. Esse modelo é marcado por algumas características, como: a) criação pioneira de um sistema complexo de observação da morbidade; b) surgimento de um processo de “normalização do ensino médico e, sobretudo, de um controle, pelo Estado, dos programas de ensino e da atribuição dos diplomas” e de “uma organização administrativa para controlar a atividade dos médicos”, subordinando-os em suas práticas a um poder administrativo superior; c) criação de “funcionários médicos nomeados pelo governo com responsabilidade sobre uma região, seu domínio de poder ou de exercício da autoridade de seu saber”, fazendo surgir a figura do médico como “administrador de saúde”. (FOUCAULT, 2003, p. 82-84).

Esse conjunto de práticas não tem por objetivo a formação de uma força de trabalho que corresponda às necessidades das indústrias. Pelo contrário, o corpo que é destinatário dessas práticas é o corpo dos indivíduos que constituem globalmente o Estado (a população). Em síntese, a medicina de Estado alemã preconiza a saúde do corpo – e da força – do Estado em seus conflitos (econômicos, políticos, etc) com seus vizinhos. A medicina deve ocupar-se, nesse modelo, do aperfeiçoamento e desenvolvimento dessa força, portanto. O segundo movimento no desenvolvimento da medicina social é identificado por Foucault na criação, na França, nas últimas décadas do século XVIII, da medicina urbana, que – a partir do modelo de intervenção médico-político da quarentena utilizado anteriormente no combate à peste – se ocupa do problema da unificação do poder urbano, ou seja, “de constituir a cidade como unidade, de organizar o corpo urbano de

modo coerente, homogêneo, dependendo de um poder único e bem regulamentado.” Foucault identifica o momento a partir do qual o perigo social deixa de vir do campo – como na sociedade europeia do século XVII, na qual os camponeses pobres atacavam cidades e castelos em face de más colheitas e impostos abusivos – e passa a vir das próprias cidades, impondo a “necessidade de um poder político capaz de esquadriñar esta população urbana.” (FOUCAULT, 2003, p. 86).

Nesse sentido, a medicina urbana busca alcançar três grandes objetivos: a) analisar e mapear lugares de acúmulo de tudo que pode provocar doenças no espaço urbano, ou seja, lugares de formação/difusão de fenômenos epidêmicos ou endêmicos, a exemplo dos cemitérios; b) controlar a circulação do ar e da água, organizando corredores, de modo a fazer com que esses elementos se mantenham “sadios” e evitar, com isso, contaminações; c) organizar os diferentes elementos necessários à vida comum da cidade, como as fontes, esgotos, etc. Por meio dessas medidas, surge a noção de “salubridade”, que tem uma importância considerável para a medicina social. (FOUCAULT, 2003, p. 89-93). Por fim, a terceira etapa do desenvolvimento da medicina social é ilustrada a partir do processo de medicalização das camadas subalternizadas da população vislumbrado na Inglaterra nas primeiras décadas do século XIX, fechando o ciclo iniciado com a medicalização do Estado: “em primeiro lugar o Estado, em seguida a cidade e finalmente os pobres e trabalhadores foram objetos da medicalização” (FOUCAULT, 2003, p. 93). É apenas no segundo terço do século XIX que os pobres aparecem como “perigo”, como consequência das agitações sociais por eles promovidas em decorrência da organização de serviços (carregamentos, serviços postais, etc) que lhes retiravam os meios de subsistência. É também nesse período que se propaga por toda Europa uma série de “medos sanitários”, advindos, por exemplo, da cólera, o que deflagrou processos de separação dos espaços urbanos destinados aos pobres daqueles destinados aos ricos.

É na Inglaterra que aparece essa nova forma de medicina social. Em boa medida, porque nesse país é que se observa um desenvolvimento industrial e, por consequência, do proletariado, com maior rapidez e importância. Com a chamada “Lei dos Pobres”, a medicina inglesa começa a se transformar em medicina social, na medida em que o destinatário do sistema de assistência passa a ser alvo de controles médicos. Estabelece-se, assim, aquilo que Foucault denomina “cordão sanitário autoritário” que vai separar ricos e pobres, na medida em que, enquanto estes encontram a possibilidade de tratamento

gratuito ou sem grande dispêndio financeiro, aqueles asseguram que não serão vitimados por epidemias oriundas das classes subalternizadas (FOUCAULT, 2003, p. 95). A partir de 1870, as medidas contidas na “Lei dos Pobres” foram sendo complementadas por outros sistemas (como o *health service* e os *health officers*), que tinham por função prolongá-las e intensificá-las. Surgem então o controle da vacinação compulsória da população, a organização de registros (também compulsórios) das epidemias e doenças capazes de deflagrar epidemias, o mapeamento de lugares insalubres e, na medida do possível, a sua destruição.

Esses mecanismos evidenciam o nascimento de um conjunto de práticas e saberes que, em essência, se apresentam como formas de controle da saúde e, reflexamente, do corpo das classes pauperizadas para torná-las/deixá-las aptas ao trabalho e, em razão disso, não apresentarem tantos perigos para as classes mais ricas. Por meio da análise do “nascimento da medicina social”, pode-se afirmar que Foucault buscou demonstrar como determinados saberes (os modelos analisados pelo autor – “medicina de Estado”, “medicina urbana” e “medicina da força de trabalho” – demonstram que, para além da medicina propriamente dita, outros saberes como a estatística, a demografia, etc, assumem relevância nesse contexto) influenciaram políticas públicas de controle/regulação de problemas relativos à questão da população, ou seja, da intensificação do convívio humano no espaço urbano. Técnicas de poder são criadas e colocadas em funcionamento para organização dos espaços, para higienização das cidades e para o estabelecimento de políticas sanitárias que objetivam o controle de determinados estratos sociais em nome da segurança do conjunto da população. Foucault confirma, assim, a hipótese lançada no início da sua conferência: concomitantemente à expansão do capitalismo, a medicina cada vez mais passa a investir no corpo do indivíduo para além do âmbito estritamente privado de sua existência, avançando em direção ao domínio da coletividade.

Surge então o interesse do Estado em controlar e governar a população, todavia, devem ser respeitados e protegidos os direitos reprodutivos e sexuais dos cidadãos. Nesse sentido, a biopolítica orienta essa forma de controle por meio do Estado, dispondo de estratégias e técnicas para a “construção de poder que orienta e controla os corpos, a saúde e a vida de uma população inteira através da regulação da reprodução, fertilidade e mortalidade” (WITCHTERICH, 2015, p. 25). Dessa forma, o “dispositivo da reprodutividade” atribui ao feminino a capacidade de propagar a vida. Por outro lado,

também atribui a este sujeito a capacidade de propagar a morte “através da transmissão reprodutiva, uma possibilidade que pressupõe a legibilidade da procriação como uma governamentalidade” (NIELSSON, 2019, p. 885). Assim, muitos fatores influenciam na construção e alteração dos desejos em relação às necessidades, interesses sexuais e reprodutivos, sob uma ótica individualista, sendo através de “normas de interação social, regras e leis feitas pelos Estados Nacionais; desenvolvimento da biomedicina e das tecnologias reprodutivas e das indústrias biomédicas e farmacêuticas; bem como esforços civis e movimentos sociais [...]” (WITCHTERICH, 2015, p. 20). Todavia, Vieira (2003, p. 23) destaca que os cuidados com o corpo feminino foram transformados em apropriação médica, sendo utilizado como objeto de saber. Segundo a autora,

embora date do início do século XVI a aproximação dos médicos ao parto, será durante os séculos XVIII e XIX que a prática dos cuidados com o corpo feminino, considerada como competência exclusiva dos médicos, irá desenvolver-se, organizar-se, enfim, legitimar-se. A história da apropriação do corpo feminino pelo saber médico foi efetivamente marcada pelo desenvolvimento de um conhecimento cirúrgico e tecnológico promovido pela aproximação da medicina com um momento do parto, a partir do qual esse saber se ordena e se sistematiza com o nome de obstetrícia. Esta dará origem a outras disciplinas médicas que pretendem cuidar do corpo feminino, tal como a ginecologia e outras relativas à reprodução humana, como a embriologia, a genética, a contracepção. Será também a partir da obstetrícia que se irá promover a expansão da assistência médica à gravidez e ao parto, através de serviços e programas específicos.

Diante dessa apropriação médica sobre os corpos femininos, instituiu-se uma relação de poder no qual a mulher está em condição objetificada perante o saber médico. Tendo em vista essa objetificação do corpo feminino, torna-se possível, então, o surgimento das violências obstétricas, em suas diferentes formas e dimensões. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), “é considerada violência obstétrica desde abusos verbais, restringir a presença de acompanhante, procedimentos médicos não consentidos, violação de privacidade, recusa em administrar analgésicos, violência física, entre outros”⁷. De acordo com a rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro “Parto do

⁷ Referênciã disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/violencia-obstetrica-e-violacao-dos-direitos-humanos-diz-oms>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa”⁸, a violência obstétrica, também chamada de violência institucional na obstetrícia, trata-se da violência contra a mulher grávida, englobando também a sua família, durante a utilização dos serviços de saúde seja durante o pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e nos casos de aborto. A referida rede (“Parto do Princípio”) menciona que a violência obstétrica pode ser realizada verbalmente, fisicamente, psicologicamente ou até mesmo de forma sexual, podendo ser expressa de maneira explícita ou velada, sendo que as formas mais comuns são

humilhar, xingar, coagir, constranger, ofender a mulher e sua família; fazer piadas ou comentários desrespeitosos sobre seu corpo, sua raça ou sobre sua situação socioeconômica; realizar procedimentos sem esclarecimentos ou desconsiderar a recusa informada; utilizar inadequadamente procedimentos para acelerar partos e vagar leitões; prestar assistência sem observar as melhores evidências científicas disponíveis da segurança e/ou da efetividade das intervenções; submeter a mulher a jejum, nudez, raspagem de pelos, lavagem intestinal durante o trabalho de parto; não oferecer condições para a amamentação e para o contato do bebê sadio com a mãe; violar direitos da mulher garantidos por lei; descumprir normativas e legislação vigente; e coagir mulheres a contratarem serviços e planos (como fotografia e filmagem ou plano do tipo “apartamento”) como única forma de garantir direitos já adquiridos por lei às mulheres (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2015).

Todavia, muitas mulheres grávidas não percebem que estão sendo violentadas e aceitam várias intervenções para conhecer seu bebê mais rápido, alicerçadas na ideia construída socialmente de que um bom parto está relacionado com um processo breve e ter um bebê saudável. Ademais, dentro do próprio serviço de saúde, as usuárias e as profissionais não associam as agressões ocorridas na assistência ao parto como uma forma de violência obstétrica. Não bastasse isso, “fatores como a diferença racial, o estrato sociodemográfico, a renda e a escolaridade influenciam a percepção das usuárias sobre o atendimento ao parto e ao parto em si” (ZANARDO et al, 2017, p. 6). A violência obstétrica é fortemente alicerçada nos preconceitos de gênero. Sendo assim, no ano de 2012 a rede Parto do Princípio elaborou o Dossiê denominado Violência Obstétrica – “Parirás com

⁸ Referência disponível em: <<https://www.partodoprincipio.com.br/o-que---viol-ncia-obst-trica>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

Dor”⁹ para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra as Mulheres.

Neste documento (Dossiê) constatou-se que o Brasil está em primeiro lugar no “ranking mundial de cesáreas e tem que reduzir drasticamente essa taxa para se adequar às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelecem que até 15% dos nascimentos podem ser operatórios” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 8). O alto índice de cesáreas realizadas no Brasil significa que muitas mulheres estão sendo submetidas a uma cirurgia de grande porte, que na maioria das vezes é desnecessária, porém, não são informadas acerca dos riscos e complicações oriundas deste procedimento e das alternativas para a não realização de um procedimento tão invasivo (GOMES, 2021).

Tendo em vista esse cenário alarmante em nosso país, no que diz respeito ao uso excessivo de operações cesarianas, buscou-se qualificar a atenção à gestante para garantir que sua decisão considere os ganhos em saúde e os possíveis riscos do procedimento. Para tanto, visando a informar de maneira clara e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde que a atende, foi elaborado, em abril do ano de 2015, pela Coordenação Geral de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde o relatório de recomendação “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana”¹⁰ objetivando a qualificação do modo de nascer no Brasil, sendo que este documento é acompanhado também pelas “Diretrizes de Atenção à Gestante: o parto normal”. Visando à informação de todos os envolvidos no procedimento, o objetivo deste documento é “orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e conduta, baseado nas melhores evidências científicas disponíveis” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 5). As “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana” informam que

o momento do nascimento determina questões sobre o processo do parto e via de parto, autonomia da gestante na escolha da via de parto e nas estratégias de saúde envolvidas para redução de morbimortalidade materna. A taxa de cesariana no Brasil situa-se ao redor de 56%, com ampla

⁹ Dossiê disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

¹⁰ Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2021.

variação entre os serviços públicos e privados (40% nos serviços públicos e 85% nos serviços privados) (1). Como as indicações de cesariana têm despertado divergência de opiniões no país, propõem-se esta diretriz para orientar profissionais de saúde e população em geral sobre as melhores práticas relacionadas ao tema baseado nas evidências científicas existentes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 9).

Em que pese todo esse arcabouço de documentação visando à informação tanto da gestante quanto das equipes de profissionais envolvidas nos procedimentos, tentou-se silenciar a expressão “violência obstétrica” no Brasil. Com efeito, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção Básica, proferiu despacho¹¹ em 03 de maio de 2019, no processo nº 2500.063808/2019-47, concluindo pela

[...] impropriedade da expressão “violência obstétrica” no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano [...] Pelos motivos explicitados, ressalta-se que a expressão “violência obstétrica” não agrega valor e, portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada.

Diante desta decisão, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), durante a 317^a Reunião Ordinária, aprovou nos dias 16 e 17 de maio de 2019, a Recomendação sob o nº 024¹², para que o Ministério da Saúde:

Interrompa qualquer processo de exclusão da expressão “violência obstétrica” tendo em vista o seu reconhecimento nacional e internacional e a sua utilização pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo governo de vários países e pela sociedade brasileira; e 2. Que possa trabalhar com maior intensidade e firmeza no combate a tais práticas e maus tratos nas maternidades, conforme recomenda a OMS.

Ainda, o referido documento mencionou que “os dados do Ministério da Saúde revelam o alto índice de cesarianas (55,4% em 2016), muitas delas fora de contexto,

¹¹ Despacho da Coordenação de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção Básica proferido no processo nº 2500.063808/2019-47 em 03 de maio de 2019 disponível em: <https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706dob729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d87ofe89dcf1014bc76a32d2a28d8foa2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0>. Acesso em: 30 jul. 2021.

¹² Recomendação nº 024, de 16 de maio de 2019, do Conselho Nacional de Saúde, disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Rec0024.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2021.

configurando violência obstétrica” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019). O Conselho Nacional de Saúde (2019) reconhece “a realidade da violência de gênero contra as mulheres na atenção obstétrica e o aumento da mortalidade materna de 2015 para 2016”. Além do mais, refere também outras formas de violência obstétrica, como, por exemplo, o

procedimento irrestrito denominado “Manobra de Kristelle” (36%) e do uso do soro de ocitocina (Ocitocina 1º e 2º estágios – 36,5%) para acelerar o trabalho de parto, em desacordo com as Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento, estabelecidas desde 1996 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) [...] (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019).

O que podemos perceber é que a violência obstétrica afeta de forma agressiva e traumática a experiência de parir das mulheres, fazendo com que haja resistência sobre a qualidade dos serviços de saúde, principalmente os serviços de atenção ao parto. A rede Parto do Princípio elencou algumas razões¹³ que motivam a banalização da cesárea na rede de saúde suplementar:

1. Preferência médica em indicar a cesárea, podendo planejar suas férias e feriados, não precisando desmarcar consultas ou outros compromissos, ou ir ao hospital nos fins de semana.
2. Valorização da formação cirúrgica do médico obstetra. A formação acadêmica não valoriza a assistência ao parto normal.
3. Remuneração equivalente do médico para assistência ao parto normal e cesárea. Independentemente do tempo dedicado, na saúde suplementar o médico recebe a mesma remuneração por procedimento.
4. Excesso de intervenções desnecessárias e procedimentos desaconselhados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A cascata de procedimentos usados rotineiramente na assistência ao parto nos hospitais dificultam o processo natural do parto, podendo levar uma mulher a necessitar de uma cesárea. Impedir entrada do acompanhante, manter a mulher deitada, o uso rotineiro de ocitócitos, são alguns exemplos de procedimentos usados como rotina que são desaconselhados pela OMS.
5. Cesárea e laqueadura conjuntas. Alguns médicos indicam cesáreas para mulheres que desejam realizar laqueadura. Ou seja, a mulher e o bebê são submetidos a uma cirurgia de grande porte para obter uma laqueadura, que é um procedimento de pequeno porte. Mãe e bebê estão sujeitos a maiores riscos de infecção, entre tantos outros riscos agregados.
6. Cesáreas a pedido. A falta de informação sobre os riscos da cesárea podem levar mulheres a solicitar uma cirurgia sem indicação médica. Seria ético um médico defender a cesárea a pedido?

¹³ Informações disponíveis em: < <https://www.partodoprincipio.com.br/den-ncia--altas-taxas-de-ces-reas>>. Acesso em: 30 jul. 2021.

Tendo em vista as razões acima elencadas, torna-se evidente que o saber médico é dotado de poder, sendo este exercido através da violência obstétrica perante a mulher e/ou seus familiares. Não bastassem estas “motivações” para a banalização da cesárea na rede suplementar, o “saber médico” se utiliza de “mitos” para que a mulher opte pelo procedimento cirúrgico. A rede Parto do Princípio informa e rebate os principais mitos¹⁴ mencionados pelos obstetras para evitar que a mulher opte pela realização do parto normal, sendo estes:

“Falta de dilatação”: Tecnicamente não existe falta de dilatação em mulheres normais. Só não acontece quando o médico não espera o tempo suficiente. “Bacia estreita”: Aproximadamente 5% dos partos estão sujeitos à desproporções em que o bebê é grande demais para a bacia da mulher, ou em que o bebê está em uma posição que não permite o encaixe. Além disso, não é possível saber se o bebê vai passar ou não até que o trabalho de parto aconteça, a dilatação chegue ao seu máximo e o bebê se encaixe. “Parto seco”, “Bolsa rompida”: Depois que a bolsa se rompe, o líquido amniótico continua a ser produzido. Além disso, há produção de muco que serve de lubrificante natural para o parto. “Parto demorado”: O parto nunca é rápido demais ou demorado demais enquanto mãe e bebê estiverem bem, com boas condições vitais. Cada parto tem sua duração. Os batimentos cardíacos do bebê são a referência da condição do bebê, e não o tempo de trabalho de parto. “Cordão enrolado”: O cordão umbilical é preenchido por uma gelatina elástica que dá a capacidade de se adaptar a diferentes formas. O oxigênio vem para o bebê através do cordão direto para a corrente sanguínea. O cordão enrolado no pescoço do bebê não o sufoca. “Não entrou em trabalho de parto”: A mulher só não vai entrar em trabalho de parto se a operarem antes disso. “Não tem dilatação no final da gestação”: O trabalho de parto não depende da dilatação verificada no exame de toque nas últimas semanas de gravidez. É possível chegar a 42 semanas sem qualquer sinal de dilatação, sem contrações fortes e mesmo assim ter um parto normal seguro. “Placenta envelhecida”: No exame de ultrassom, o grau da placenta isoladamente não tem significado. A maioria das mulheres têm um “envelhecimento” normal e saudável da placenta no final de gravidez.

Na pesquisa realizada por Paulo Ricardo Favarin Gomes (2021), em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na região do Vale do Rio dos Sinos, no Estado do Rio Grande do Sul, a partir das entrevistas realizadas foi constatado que a maioria das gestantes tinham o desejo de realizar o parto normal, porém, diante de dificuldades encontradas durante o processo pré-natal, as gestantes acabavam “optando” pela

¹⁴ Informações disponíveis em: < <https://www.partodoprincipio.com.br/den-ncia--altas-taxas-de-ces-reas>>. Acesso em: 30 jul. 2021.

cesariana. Ainda, analisando a narrativa das entrevistadas, verificou-se que a decisão pela via de parto era quase exclusivamente uma decisão médica, ou seja, a decisão para escolha da modalidade de parto era direcionada (GOMES, 2021, p. 44). Dessa forma, “a decisão soberana como ato político revela que as relações sociais constroem o contexto para politizar a vida a partir de um histórico sistema patriarcalista que tem decidido sobre seus direitos e imposto uma ordem sobre elas” (NIELSSON, 2019, p. 896). É importante que uma mudança aconteça, e para que seja viável essa mudança é necessária que haja uma definição acerca do conceito de violência obstétrica, esclarecendo então a população sobre esse assunto para que possam reconhecer esse fenômeno e denunciá-lo. Ainda, faz-se necessária uma legislação que defina e estabeleça as devidas sanções – civis, administrativas e penais – à violência obstétrica, tendo em vista a legislação brasileira não conta com marcos legais que delimitam e que facilitam a proposição de medidas para enfrentar essa situação (ZANARDO et al, 2017). A violência obstétrica é mais uma forma do sistema masculino para controlar os corpos femininos, exercendo, através do poder atribuído ao saber médico, várias maneiras de violência contra a mulher, utilizando-se inclusive de “mitos” para manipulação e convencimento dos interesses patriarcais, não existindo então espaço para o interesse e vontade da mulher.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo buscou refletir sobre a violência obstétrica no Brasil, sob uma perspectiva da biopolítica como forma de controle sob os corpos femininos, tendo em vista o alto índice de cesáreas realizadas no Brasil, cerca de 55,4% em 2016, de acordo com o Ministério da Saúde. Nesse sentido, visualizou-se que o índice de cesárea realizado no Brasil vai de encontro às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelecem que até 15% dos nascimentos podem ser operatórios. Dessa forma, o alto índice de cesáreas realizadas no território brasileiro significa que muitas mulheres estão sendo submetidas a uma cirurgia de grande porte, que na maioria das vezes é desnecessária. Porém, não são informadas acerca dos riscos e complicações oriundas deste procedimento e das alternativas para a não realização de um procedimento tão invasivo.

Devido ao uso excessivo da realização de procedimentos cirúrgicos para a realização do parto, o Ministério da Saúde, como tentativa de censurar a violência que ocorre contra

inúmeras mulheres, decidiu pela “impropriedade da expressão ‘violência obstétrica’ no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Todavia, o Conselho Nacional de Saúde reconheceu a importância nacional e internacionalmente, da expressão “violência obstétrica”, recomendando então ao Ministério da Saúde que interrompesse qualquer processo de exclusão da referida expressão, mencionando inclusive a sua utilização pela Organização Mundial da Saúde, pelo governo de vários países e pela sociedade brasileira. Diante disso, conclui-se que o silêncio que ainda paira sobre a violência obstétrica no Brasil, durante o pré-natal, parto e/ou puerpério sustentam o controle do sistema patriarcal sob os corpos femininos, sendo utilizado o saber médico para exercer o poder disciplinar perante a mulher e/ou seus familiares.

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, Naiara Andreoli. A biopolítica sobre a vida das mulheres e o controle jurídico brasileiro. Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito, Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba, n. 3, p. 225-245, 2015.

ESPOSITO, Roberto. **BIOS**: biopolítica e filosofia. Lisboa: Edições 70, 2010.

FOUCAULT, Michel. **EM DEFESA DA SOCIEDADE**: Curso no Collège de France (1975-1976). Trad. Maria Ermantina de Almeida Prado Galvão. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

_____. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Editora Paz & Terra, 2014.

_____. O nascimento da medicina social. In. **FOUCAULT**, Michel. Microfísica do poder. 18. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003, p. 79-98.

_____. **VIGIAR E PUNIR**: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 42. ed. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

GOMES, Paulo Ricardo Favarin. **BIOPOLÍTICA E CONTROLE DE CORPOS FEMININOS**: uma análise a partir de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) materno-infantil do Rio Grande do Sul. Santa Cruz do Sul: Essere nel Mondo, 2021.

NIELSSON, Joice Graciele. **CORPO REPRODUTIVO E BIOPOLÍTICO**: a hystera homo sacer. Revista Direito e Práxis, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 880-910, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rdp/a/MC5VRnhpJrWSpFDk8GxsyNn/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

NIELSSON, Joice Graciele. **DE QUEM É ESTE CORPO?** A instrumentalização dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como estratégia biopolítica. In. **STURZA**, Janáina Machado; **NIELSSON**, Joice Graciele; **WERMUTH**, Maiquel Ângelo Dezordi. Biopolítica e Direitos Humanos: entre desigualdades e resistências. Santa Cruz do Sul: Essere nel Mondo, 2020. p. 15-43.

PERROT, Michelle. As mulheres ou os silêncios da história. Bauru: EDUSC, 2005.

ROHDEN, Fabíola. **UMA CIÊNCIA DA DIFERENÇA**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; **URIBE**, Magaly Calderón; **NADAL**, Ana Hertzog Ramos de; **HABIGZANG**, Luísa Fernanda. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL**: uma revisão narrativa. Revista Psicologia & Sociedade, v. 29, p. 1-11, 2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/abstract/?lang=pt#>>.
Acesso em: 3 out. 2021.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; **CRUZ**, Murilo Galvão Amancio. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface Botucatu*, p. 721-731, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/nmQnN5Q5RpqPWrDj5vHjwCf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 28 jul. 2021.

WERMUTH, Maiquel Ângelo Dezordi; **GOMES**, Paulo Ricardo Favarin; **NIELSSON**, Joice Graciele. Uma análise biopolítica do parto e da violência obstétrica no Brasil. *Universitas JUS*, v. 27, n. 2, p. 87-101, 2016. Disponível em: <<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/jus/article/view/4273>>. Acesso em: 30 set. 2021.

WICHTERICH, Christa. *Direitos sexuais e reprodutivos*. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2015.

WITZEL, Denise Gabriel. Discurso, história e corpo feminino em antigos anúncios publicitários. *ALFA: Revista de Linguística*, São Paulo, p. 525-539, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/alfa/a/B39JM7MGqfBSBjZnN56h5Zp/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2021.