UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

AMANDA MAGALHÃES REIS BRITO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E QUESTÃO SOCIAL:
UMA ANÁLISE DA APROPRIAÇÃO CAPITALISTA E PATRIARCAL DO PARTO E SEUS DESDOBRAMENTOS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Salvador
2023

AMANDA MAGALHÃES REIS BRITO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E QUESTÃO SOCIAL:
UMA ANÁLISE DA APROPRIAÇÃO CAPITALISTA E PATRIARCAL DO PARTO E SEUS DESDOBRAMENTOS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Serviço Social do Instituto de Psicologia, na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profª. Drª. Josimara Delgado

Salvador
2023

Dedico este trabalho a todas as mulheres, que escreveram e continuam escrevendo a história da humanidade nas próprias entranhas.

Vocês são parte disto.

Em especial, a Flávia Latina.
Mulher, filha, mãe e amiga.
Aqui, você está eternizada.

AGRADECIMENTOS

Ao olhar essa página ainda em branco, foi inevitável lembrar de toda a minha trajetória até chegar aqui, nessas páginas preenchidas. Me imaginava de outra forma ao chegar aqui, contudo, hoje sinto que eu sou exatamente o que eu precisava ser para resistir, com todas as qualidades e defeitos que fazem de mim humana. Então, gostaria de aqui, para além de agradecer, expor um pouco do que foi a Universidade para mim.

Quando nos tornamos alunos, nós passamos a nos sentirmos menos *gente*, o que é uma grande ironia, já que estudamos sobre um sistema construído por pessoas e lidamos com gente. Contudo, nos tornamos máquinas acadêmicas, robôs de *re-produção* e devemos continuar a fazer nosso papel para que a grande roda continue girando.

Quiçá por conta disso eu tenha me mantido tão instável e inconstante durante a produção deste trabalho, pois foi difícil lembrar do motivo que me fez entrar nesta Universidade. Até certo ponto, me senti menos capaz e não entendia qual era meu lugar na academia. Talvez eu nunca entenda, mas hoje vejo que isso faz parte do meu crescimento enquanto pessoa e profissional.

Não encerrei esse importante processo da forma que imaginei, contudo, encerro sabendo que dei o meu melhor. É difícil ser neurodivergente no campo acadêmico, por isso, agradeço primeiramente a mim e a minha capacidade de resistir e continuar. Ninguém consegue coisa alguma sozinho, mas sem essa força desconhecida que habita aqui dentro e a vontade de acordar e tentar mais uma vez, eu não teria chegado tão longe. Então, agradeço por eu ter me resgatado tantas vezes quando achei que seria impossível voltar a mim.

Agradeço a minha mãe, Verônica, que tanto me inspirou e que nunca desacreditou das minhas capacidades, confiando em mim mais do que eu mesma durante todas as dificuldades. Esse trabalho também é seu. Eu amo você.

Agradeço ao meu pai, Sérgio, que apesar de não poder compreender a importância deste encerramento, me repassou o que tinha de melhor em si. Eu sempre serei sua Amandinha.

Agradeço ao meu tio Marcos, uma das pessoas mais importantes da minha vida, no qual sempre me apoiou de todas as formas que uma pessoa pode apoiar a outra. Eu não seria nada sem você, obrigada por me lembrar quem eu sou. Eu te amo pra sempre.

Agradeço ao meu avô Wilson *(in memorian)*, que me inspirou com toda sua barbaridade e força. Você sempre estará comigo.

Minha segunda mãe, primeira professora e fada madrinha, Suzanne, você me ensinou tudo e um pouco mais. Obrigada por tanta luz e tanto amor, minhas conquistas também são suas. À minha madrinha Neide, que mesmo de longe me acolhe quando eu peço ajuda. Obrigada por todos os conselhos e por todo o amor.

Aos meus irmãos Sérgio, Maurício, Priscila, Karina, Luiza *(in memorian)* e Mariana por toda a contribuição durante a minha vida. Em especial, a Mariana, por tentar sempre me entender e me acolher mesmo diante de todo o caos que a vida insiste em nos trazer. Você é uma mulher incrível e me inspira sempre.

Ao meu eterno amigo Ricardo *(in memorian)*, que sempre me apoiou e acreditou em mim, queria que soubesse que suas palavras ainda ecoam na minha cabeça.

Agradeço também ao avô que a vida me deu, Paulo Torce *(in memorian)*, porque sem você eu não seria metade do que eu sou hoje. Você foi meu tutor, meu professor de inglês, meu avô, meu pai, meu amigo e tudo que eu precisasse ou pedisse.

À minha prima e amiga Bianca, que tanto ansiou por essa minha conquista. Sua ansiedade em me ver concluir a Universidade me lembra da nossa infância cheia de sonhos. Obrigada por todo o afeto, compreensão e preocupação. Agradeço ao seu filho, Seth, que mesmo tão pequeno, muitas vezes foi o que me fez não desistir. Este trabalho também é de vocês.

À minha tia Débora, que me ensina tanta coisa com sua humildade inigualável. Obrigada por estar aqui por mim e por acreditar. Você é uma inspiração pra mim e você também faz parte disso.

À Flávia Latina *(in memorian)*, minha eterna melhor amiga. Nada do que eu falar aqui será suficiente para explicar a pessoa que você foi e é para mim. Eu resisti também por você, mas a vida sem você ainda dói.

Às minhas amigas, Carol, Rana e Thalia. Eu sou extremamente grata por todo o apoio, todo o amor, toda a compreensão e força que vocês me deram dentro desses 5 anos. Eu sempre penso que se a minha vida tivesse sido de outro jeito, eu não teria conhecido vocês. Vocês fazem tudo valer a pena, vocês são minha família. À Carol, meu girassol, minha parceira de escrita (desde o primeiro trabalho), de estágio, de cochilos, de desesperos e de vida. Eu confio mais em você do que em mim, e você já sabe, sem você eu não seria eu. Espero que esse tenha sido só o começo da nossa amizade e parceria. À Rana, que com tantos puxões de orelha me manteve firme e sã. Obrigada por tanta parceria e por ter me aceitado como eu sou. Ter você na minha vida é um privilégio. À Thalia, minha parceira de pesquisa e

de tcc. Obrigada por ter me dado confiança quando eu quis desistir, você foi vital nessa reta final e eu tenho sorte de ter você.

Ao meu melhor amigo Elias, que está ao meu lado há quase uma década. Obrigada por compreender toda a minha ausência e mesmo na minha falta, estar aqui por mim. À minha amiga Larissa, que foi fundamental no papel de me manter sã e não me deixar desistir. Obrigada por cuidar tanto de mim. Te admiro e te amo.

Ao meu ex-companheiro Felipe, que me acompanhou pela maior parte da minha trajetória na Universidade. Você sempre me admirou, confiou e se interessou pelo o que eu tinha a dizer, obrigada por todo o apoio e carinho. Você também faz parte disso.

Aos meus amigos Antonio Barros (que me deu meu Relações Sociais e Serviço Social no Brasil!), Antonio Passos (meu querido amigo que traduziu o abstract de última hora, foi mal), Mateus e Israel, que estiveram presentes e me apoiando durante essa caminhada. Em especial, meu amigo Maurício, que foi incrível e me apoiou de todas as formas possíveis desde o início, me fazendo olhar com um pouco mais de carinho para mim e para o que eu faço. Amo vocês.

À minha amiga Camila Szczotka e ao K. Delano, vocês sabem…

Às minhas gatas, Carmen, Tapioca e Piruleta, que mesmo não sendo humanas sabiam quando eu precisava de amor e lambidas.

À todos os docentes do ensino médio e da Universidade, que me capacitaram para que eu pudesse chegar aqui. Em especial, Vinicius, Louise, Samira e Tamires.

À minha orientadora de pesquisa e monografia Josimara Delgado, por toda a amizade, escuta, paciência, por ter acreditado em mim e por ter me feito continuar.

À todos os nomes que não estão aqui, mas que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação enquanto pessoa e profissional. Sou grata a todos.

Agradeço à PROAE, por ter possibilitado essa conquista. Apesar de todos os cortes e as dificuldades que a Universidade enfrentou, esse programa tão importante se manteve firme.

À UFBA.

À todas as mulheres que *sonham* em serem tratadas dignamente.

Em seus nascimentos.

Seus partos.

Suas vidas.

À nós.

E à mulher disse: Multiplicarei grandemente a tua dor, e a tua conceição; com dor darás à luz filhos; e o teu desejo será para o teu marido, e ele te dominará.

Gênesis 3:16

BRITO, Amanda Magalhães Reis. **Violência obstétrica e questão social: uma análise da apropriação capitalista e patriarcal do parto e seus desdobramentos na sociedade contemporânea**. 2023. 53 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) — Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2023.

RESUMO

O referido estudo tem como intuito analisar a violência obstétrica enquanto manifestação da questão social através de um aparato histórico, considerando a influência do sistema capitalista e patriarcal sobre os corpos femininos. Dessa forma, o trabalho foi realizado diante de uma pesquisa bibliográfica qualitativa tendo como enfoque a apropriação do parto e dos saberes femininos sob a ótica feminista e marxista, apresentando um debate a cerca da naturalização do modelo médico patriarcal e detentor do conhecimento do corpo feminino. Para isso, foi elaborada uma apreensão do contexto geral da criação da medicina obstétrica na Europa e no Brasil, considerando a apropriação de saberes e seus desdobramentos na atualidade.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Questão social. Patriarcado.

BRITO, Amanda Magalhães Reis. **Obstetrical Violence and the Social Question: an analysis about the capitalist and patriarcal appropriation of childbirth and its unfolding in recent times society.** 2023. 53 s. Monography (Undergraduate course in Social Work) — Institute of Psychology, Federal University of Bahia. 2023.

ABSTRACT

The aforementioned study has, as its goal, analyzing obstetrical violence as a manifestation of the social issue through a historical apparatus, considering the capitalist and patriarcal system's influence over female bodies. Thus, this study was made through a qualitative bibliographical research, focusing on how childbirth has been appropriated, through the lenses of feminism and Marxism, presenting debate about naturalizing the patriarcal medical model, which detains knowledge about the female body. General context around the creation of obstetrical ginecology in Europe and Brazil has been produced, considering its appropriation of knowledge and their unfoldings in recent time.

Keywords: Obstetrical violence. Social issue. Patriarchy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
OMS	Organização Mundial da Saúde
SESC	Serviço Social do Comércio
SUS	Sistema Único de Saúde
V.O.	Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **1**

2. CAPITALISMO, PATRIARCADO E CORPOS FEMININOS: UMA DINÂMICA DE VIOLÊNCIA **4**

2.1 Uma história de dominação patriarcal 4

2.2 A caça às "bruxas" e a captura de saberes 9

2.3 Questão social e violência de gênero 13

2.4 O que é violência obstétrica? **15**

3. A HISTÓRIA DA OBSTETRÍCIA E DA APROPRIAÇÃO DO PARTO **19**

3.1 A obstetrícia brasileira e a violência obstétrica 19

3.2 A violência e a mercantilização do parto na contemporaneidade brasileira 26

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS **37**

REFERÊNCIAS **39**

1. INTRODUÇÃO

Este presente trabalho tem como objetivo analisar a violência obstétrica enquanto manifestação da questão social, considerando a influência histórica e seus desdobramentos no sistema de produção capitalista sobre o corpo feminino e a apropriação do parto. Para isso, este estudo busca compreender o contexto geral da criação da medicina obstétrica na Europa e no Brasil, relacionando o patriarcado e o capital diretamente com a violência de gênero, mais especificamente a violência obstétrica.

Em relação à temática, a escolha foi construída a partir de uma indagação estabelecida durante a minha própria trajetória pessoal rumo ao ambiente acadêmico. Essa reflexão iniciou-se na adolescência, quando fascinada por um vídeo de parto natural humanizado realizado em uma piscina de plástico e acompanhado por uma doula e um profissional de saúde, resolvi mostrar a minha mãe. A primeira reação dela foi algo como "Mas e o corte?!". Naquele momento, percebi sua *estranheza* perante um processo natural. Como uma mulher completamente saudável seria capaz de parir sem intervenções? Que grande absurdo.

Com muito diálogo, minha mãe me contou o que ocorreu no parto em que nasci: a médica obstétrica, apressada para as comemorações juninas, ministrou ocitocina sem seu conhecimento para adiantar o trabalho de parto em cinco dias, segundo o previsto; durante o parto, minha mãe sofreu episiotomia sem nenhum tipo de orientação, entre comentários entre risadas das profissionais de saúde, como um "*agora* você vai sentir dor!".

Então, de certa forma, após tantos anos e tantas incertezas do que deveria ser feito, este trabalho também é uma resposta para a violência sofrida pela minha mãe no processo do meu nascimento. Contudo, este estudo não esgota o debate e tampouco inibe tal violência do mundo. Mulheres continuam sendo violadas e violentadas enquanto digito e não há palavras suficientes que cessem suas dores. Enquanto produzia este trabalho, pude realizar outras mulheres próximas encontrando a violência obstétrica durante seus partos.

No ambiente acadêmico, pude abranger minha visão com o auxílio do apanhado teórico, compreendendo o fenômeno da V.O. para além do imediato. Além disso, tive a oportunidade de experienciar um estágio em uma maternidade da cidade de Salvador, que impulsionou tais indagações, também criando outras e resultando em pontos de vista apresentados aqui.

Desde então, notei em diferentes círculos sociais o desconhecimento acerca da violência praticada em relação ao parto. Pois, trata-se de uma violência silenciosa e constantemente ignorada, considerando o fato de que dificilmente é identificada até mesmo

por quem a sofre. Por muitas vezes, quando falei sobre violência obstétrica, escutei comentários relacionados à violência sexual cometido em trabalho de parto, limitando a V.O. em uma só dimensão.

De fato, a violência de gênero se mostra de maneira crescente enquanto uma questão política e pública, contudo, enraizada no processo social-histórico de forma generalizada e naturalizada, qualquer movimento contrário a isso é associado ao comunismo, à subversão e a aniquilação dos *valores familiares*. (Delgado et al., 2022)

Embora seja parte de uma lógica de poder e controle e, assim como a violência de gênero, objeto de políticas públicas específicas, a violência obstétrica não é discutida nos espaços acadêmicos e não possui destaque no debate teórico hegemônico da profissão, apresentando um déficit de produção e de debate acerca da temática no campo do Serviço Social.

Percebi, diante disso, a necessidade de um projeto que analisasse as consequências de uma cultura de violência pouco discutida no Serviço Social, mas tão presente na vida das mulheres brasileiras. No Brasil, 1 a cada 4 mulheres sofrem algum tipo de violência obstétrica, segundo a pesquisa "Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado" realizada em 2010 e organizada pela Fundação Perseu Abramo em conjunto com o Serviço Social do Comércio (SESC), tornando o parto um evento médico e institucional. (Rezende, 2014 *apud* Medeiros, 2021)

Durante a produção deste trabalho alguns casos de V.O. ganharam repercussão, como o da parturiente que sofreu violência obstétrica e sexual durante cesariana em 2022, no Rio de Janeiro, contudo, apesar do aumento das denúncias realizadas no ano de 2022, ainda existe uma alta subnotificação. Enquanto mais de 45% das mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde relatam ter vivido algum tipo de violência obstétrica, as denúncias contam com um número menor.[1] Isso demonstra a necessidade de se debater um tema que, infelizmente, tem estado presente no cotidiano das mulheres brasileiras e no campo da saúde.

É importante salientar também algumas escolhas que foram feitas para a presente análise. A primeira foi o uso do termo *mulheres* para referir-se a mulheres cisgêneras, pois o debate acerca dos homens transexuais em V.O. é tão complexo ao ponto de render um segundo trabalho. A escolha seguinte foi o uso de notas de rodapé para tratar de questões citadas sem fugir do debate corrido. Pois, ainda que carregada de controvérsias, essa escolha

---

[1] FOLHA DE LONDRINA. **Denúncias de violência obstétrica crescem, mas ainda há subnotificação**. Disponível em: <https://www.folhadelondrina.com.br/geral/denuncias-de-violencia-obstetrica-crescem-mas-ainda-ha-subnotificacao-3233457e.html?d=1>. Acesso em 02 de Agosto.

foi realizada com o intuito de democratizar ainda mais o debate e a leitura do estudo na qual diz respeito a todos, afinal, todos nascemos um dia.

Por conseguinte, a pesquisa realizada neste trabalho pode ser classificada como qualitativa, na qual, segundo Minayo, trata [...] com um nível de realidade que não pode ser quantificado, [...] com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis". (2001, p. 22-23)

Considerando os objetivos, esse estudo pode ser caracterizado como uma pesquisa explicativa, pois pretende compreender os efeitos na sociedade atual de uma manifestação da questão social oriunda de um sistema de mercado e consumo: a violência obstétrica. Segundo Gil (2002), as pesquisas explicativas "têm como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. Esse é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas". (p. 42)

Com isso, foi realizado, durante todo o processo de pesquisa, um levantamento bibliográfico com o intuito de explorar a literatura já existente acerca da violência obstétrica, do patriarcado e da história da obstetrícia para subsidiar a análise do estudo. Além dos dados estatísticos da realidade materna brasileira, foi analisado o contexto histórico de práticas violentas já naturalizadas nos ambientes hospitalares, considerando discussões feministas em diálogo com a teoria marxista e suas inquietações.

Assim, o trabalho é dividido em dois capítulos. O primeiro trata da relação entre o sistema capitalista, o patriarcado e a violência, construindo uma análise da transição do feudalismo para o capitalismo, a caça às bruxas na Europa e o surgimento da questão social, além de categorizar a violência obstétrica. No capítulo seguinte, discuto sobre a história da obstetrícia brasileira e a violência obstétrica, relacionando com a mercantilização do parto no Brasil.

2. CAPITALISMO, PATRIARCADO E CORPOS FEMININOS: UMA DINÂMICA DE VIOLÊNCIA

A compreensão do fenômeno da violência obstétrica requer uma ampla análise a qual não se limite à discussão da violência em si, pois é essencial considerar, sobretudo, o contexto das relações sociais em que esse fenômeno se manifesta em nossa sociedade marcada pela dinâmica do sistema capitalista-patriarcal-racista.[2]

Desse modo, analisar as relações históricas entre o capitalismo e o patriarcado, as quais permeiam a vida das mulheres, nos dá a possibilidade de entender as consequências de um sistema de produção construído através da exploração de corpos masculinos e, principalmente, femininos.

2.1 Uma história de dominação patriarcal

Para compreender os aspectos da sociedade contemporânea, é primordial recorrer à perspectiva histórica da humanidade. No contexto contemporâneo do sistema neoliberal, baseado na lógica da dominação capitalista, torna-se evidente a priorização da busca pelo lucro máximo, em detrimento de demais interesses. Trata-se da busca contínua pelo acúmulo de capital construída durante séculos de história do trabalho *humano*[3], ainda que este processo signifique um ciclo de exploração do trabalho, violência, sofrimento e até mesmo de morte.

Esse processo de acúmulo iniciou-se através da expropriação de terras[4] durante a era feudal, período em que a atividade econômica se baseava, fundamentalmente, na agricultura de subsistência e a produção era proporcional ao necessário para consumo. Diante da expulsão dos servos das terras e do acesso às terras comunais[5] pela recente classe burguesa — que em contrapartida possuía cada vez mais capital e poder —, o proletariado expropriado se vê obrigado a vender sua força de trabalho em busca da manutenção de sua subsistência e de

---

[2] O sistema capitalista-patriarcal-racista é uma configuração complexa que desenvolveu-se a partir da convergência de diferentes formas de opressão, violência e dominação. A articulação entre esses três eixos estruturantes da sociedade capitalista atual manifesta-se em diversas dimensões da vida social, incluindo o trabalho, a família, a política, a cultura e a subjetividade (Hooks, 2019). O racismo, por exemplo, manifesta-se de forma interseccional com o patriarcado e, da mesma forma, a exploração do trabalho manifesta-se de forma interseccional com o patriarcado, levando a uma desigualdade sistêmica entre homens e mulheres. (Akotirene, 2018)

[3] Karl Marx conceitua o trabalho como uma atividade exclusivamente humana, devido a sua capacidade teleológica, diferenciando o trabalho no seu sentido transformador da natureza, do trabalho "forçado" inserido na sociedade capitalista de classes antagônicas, situado em uma condição de assalariamento e de alienação, pois o trabalho não atende somente a uma ou mais necessidades, mas é uma necessidade em si, sendo uma manifestação propriamente humana. (Marx, 2013)

[4] "A assim chamada acumulação primitiva não é, por conseguinte, mais do que o processo histórico de separação entre produtor e meio de produção." (Marx, 2013, p. 898)

[5] De uso geral.

sua família (Marx, 1996). Sob a ótica de Federici, as mulheres foram as mais prejudicadas com o afastamento das terras comunais por possuírem menos *poderes* e direitos, já que essas terras seriam o local onde elas desenvolviam suas autonomias e sociabilidades. (2017, p. 138)

O papel da mulher em si também foi alterado durante esse período, pois a remuneração das mulheres diminuía enquanto o preço dos alimentos aumentava, chegando a receberem um terço em comparação a remuneração de um homem exercendo a mesma atividade. Além disso, leis foram promulgadas com o intuito de incentivar o casamento e punir o celibato, seguindo o exemplo de medidas adotadas no período final do Império Romano. (Federici, 2017, p. 173)

O trabalho no âmbito doméstico, bem como o de reprodução, passam a ser inferiorizados, vistos como vocação natural feminina e, por isso, designados às mulheres. Assim, a aliança entre artesãos e autoridades municipais resultou em uma nova divisão sexual do trabalho, conhecida como "contrato sexual". Esse contrato definia as mulheres por seus papéis tradicionais, como mães, esposas, filhas e viúvas, ocultando assim sua condição como trabalhadoras e concedendo aos homens controle sobre seus corpos, trabalho e filhos. (*ibidem)*

Segundo Marx (1996), a busca incessante por lucro pela nova classe burguesa, através da exploração da força de trabalho da classe trabalhadora, é a essência do modo de produção capitalista. Assim, a mais-valia[6] produzida é apropriada pela classe capitalista como lucro. Ou seja, os trabalhadores assalariados passaram a produzir além do necessário e a não receberem a quantia referente ao trabalhado e produzido. Já aos “desempregados”, restava somente a culpabilização, o açoite e até mesmo a morte. Outros eram abrigados pela Igreja enquanto a sociedade atribuía a pobreza a um problema individual, de vagabundagem e imoralidade. (Faleiros, 2000)

Logo, com o intenso empobrecimento da classe trabalhadora durante o século XVI, os homens passaram a vender sua força de trabalho, permanecendo no âmbito público, enquanto grande parte das mulheres trabalhadoras eram mantidas em ambiente doméstico. Como defendido por Gerner (2019), “a substituição do trabalho físico pelo trabalho de máquinas é considerada progresso; apenas as mulheres, sob o ponto de vista deles, estão condenadas pela eternidade a servir à espécie por meio de sua biologia”. (p. 42)

Para Silvia Federici (2017), a descoberta do ouro e prata na América, marcada pela mercantilização, afetou não somente o sistema econômico, mas também teve papel importante

[6] A mais-valia é a discrepância entre o valor produzido pela força de trabalho do trabalhador e o valor pago a ele. (Marx, 2013)

na redefinição da reprodução. Afinal, a Europa passava pelo processo de enfraquecimento do sistema feudal e do crescimento mercantil.

Além do empobrecimento e da criminalização da pobreza, as epidemias também atingiram a classe trabalhadora, nas quais produziram mortes numerosas. Esse aumento da taxa de mortalidade, do abandono de menores e o declínio da natalidade, trazem uma nova crise para o período. Assim, o Estado passa a punir qualquer atitude que seja contrária ao crescimento populacional. (Federici, 2017)

Apesar de Marx não ter reconhecido a procriação enquanto possibilidade de exploração, "o corpo feminino foi transformado em instrumento para a reprodução do trabalho e para a expansão da força de trabalho, tratado como uma máquina natural de criação, funcionando de acordo com ritmos que estavam fora do controle das mulheres". (*ibid.*, p. 178)

As mulheres eram forçadas a "produzir filhas e filhos para o Estado", vivenciando um constante processo de alienação, confinamento, violência e trabalho forçado, apresentando a elas uma nova divisão sexual do trabalho. Ou seja, as mulheres eram excluídas do âmbito público, desvalorizadas enquanto trabalhadoras, vigiadas e invalidadas inclusive sobre o conhecimento de sua própria natureza:

> Esta foi uma derrota histórica para as mulheres. Com sua expulsão dos ofícios e a desvalorização do trabalho reprodutivo, a pobreza foi feminilizada. Para colocar em prática a "apropriação primitiva" dos homens sobre o trabalho feminino, foi construída uma nova ordem patriarcal, reduzindo as mulheres a uma dupla dependência: de seus empregadores e dos homens. (*ibid.*, p. 191-192)

Com isso, a cultura da valorização da mulher no lugar de mãe e esposa era difundida a ponto de estabelecer uma revolta contra mulheres que trabalhavam fora de casa, afinal de contas, o casamento seria sua única carreira. Apesar do empobrecimento, os trabalhadores assalariados encontravam formas de se beneficiarem do trabalho de suas esposas, assim como da possibilidade de adquirir os serviços de prostitutas.

Essa nova ordem patriarcal deu suporte ao desenvolvimento capitalista, tornando possível a venda da força de trabalho dos homens no âmbito público diante do trabalho oculto e acumulado realizado pelas mulheres:

> Com efeito, há provas de que a onda de misoginia que no final do século XV cresceu nas cidades europeias — refletida na obsessão dos homens pela "luta pelas calças" e pela personagem da esposa desobediente, retratada na literatura popular batendo em seu marido ou montando em suas costas como a um cavalo — emanou também dessa tentativa (contraproducente) de tirar as mulheres dos postos de trabalho e do mercado. (*ibid.*, p. 190)

Esse apagamento e dominação históricos trata-se de uma estrutura social e política que tem como objetivo a manutenção da dominação masculina sobre as mulheres: o patriarcado.[7] Portanto, o sistema patriarcal é uma dimensão fundamental do capitalismo, uma vez que a exploração das mulheres é um elemento central do sistema econômico e uma das expressões mais profundas e duradouras do sistema capitalista.

Nesse sentido, a dominação masculina pode ser vista em diferentes esferas, não limitando-se somente à instituição familiar, mas também a todas as esferas da sociedade (Saffioti, 2015). Nas escolas, referem-se ao ser humano como “homem”. Já quando estudamos sobre a história da civilização e dos sistemas econômicos atuais nos contextos acadêmicos ou nas escolas, não encontramos muitos parágrafos sobre a participação das mulheres nos acontecimentos históricos.

Mesmo na atual conjuntura, as mulheres são ensinadas a seguir um determinado papel, designado histórica e culturalmente pelos homens, por um sistema predominantemente criado por eles e para eles. Para Simone de Beauvoir (1980), "o homem sempre considerou a mulher como sua propriedade, como um objeto que lhe pertence e sobre o qual ele tem poder absoluto". (p. 16)

O papel da mulher é sempre de coadjuvante, ainda que seja imprescindível para a história desde o início da humanidade, sendo raramente contado por mulheres, para mulheres ou sobre mulheres. Afinal, até poucas décadas atrás, a história era escrita e contada predominantemente pelos homens, sob a perspectiva do homem patriarca, o que a tornava absoluta. (Lerner, 2019)

De acordo com Lerner, os contextos históricos vivenciados por mulheres foram negligenciados pela falta de registros e reconhecimento, sendo considerados irrelevantes para a história da civilização. Logo, ainda que a exploração sistemática do corpo feminino encontre sua origem diante do advento do capitalismo, segundo a autora, “a apropriação da função sexual e reprodutiva das mulheres pelos homens ocorreu antes da formação da propriedade privada e da sociedade de classes. A transformação dessa capacidade em mercadoria, na verdade, está no alicerce da propriedade privada”. (*ibid.*, p. 29)

Torna-se explícito que o patriarcado e o capitalismo estão intrinsecamente relacionados, ambos enquanto sistemas de poder e exploração, nos quais no primeiro a classe dominante é o homem e a explorada é a mulher; no segundo a burguesia exerce seu domínio

[7] "O patriarcado como um sistema cultural é a criação de uma sociedade dividida em classes; sua origem está estreitamente ligada ao desenvolvimento da divisão em classes e à difusão da propriedade privada" (Lerner, 2019, p. 52)

sobre a classe trabalhadora. Outrossim, o sistema capitalista apropria-se do trabalho doméstico e reprodutivo das mulheres para acumular riquezas[8], afinal, sem o trabalho invisível feito pelas mulheres, os homens não seriam capazes de ingressarem nas guerras, obterem lazer e seguirem com suas jornadas de trabalho. O poder masculino adquirido durante a história só pôde ocorrer diante do trabalho não-pago das mulheres.

Segundo Saffioti (1985), o patriarcado e o capitalismo estabelecem uma relação simbiótica de dominação, abrangendo diversas dimensões sociais, culturais, políticas, ideológicas e econômicas:

> Concebido com todas estas dimensões, que também estão presentes no capitalismo, elimina-se a necessidade da busca das origens da sujeição da mulher pelo homem, exclui-se a hipótese da autonomia relativa, de um lado, da produção de bens, e, de outro, da produção de seres humanos, e, sobretudo, deixa-se de pensar em eventuais tensões entre o patriarcado e o capitalismo, já que o raciocínio encaminha-se para a compreensão da simbiose entre estes dois sistemas (p. 105 *apud* Decarli, 2019, p. 2)

Essa apropriação da sexualidade feminina e da família foi um elemento fundamental para a garantia do aumento de produtividade e lucros para o capital, limitando as mulheres à esfera da reprodução, e da "continuidade da linhagem masculina e a herança privada". (Federici, 2017, p. 69)

Embora Marx tenha reconhecido o fenômeno do crescimento populacional decorrente do desenvolvimento capitalista, o autor o considera enquanto um *efeito natural* desse sistema. Contudo, argumenta-se que a intensificação da perseguição às mulheres rotuladas como "bruxas" e a implementação de novos métodos disciplinares pelo Estado, com o intuito de regular a procriação e minar o controle das mulheres sobre sua própria reprodução, tenham surgido como resposta a essa crise populacional, como trataremos adiante. (*ibid.*)

Em suma, enquanto os homens produziam nas indústrias, as mulheres eram compelidas a seguir a mesma lógica de produção em casa. Essa dinâmica perpetuou a desigualdade de gênero e limitou a autonomia das mulheres, que passaram a ser instrumentalizadas enquanto parte invisível e não remunerada da força de trabalho, resultando em um processo histórico de exploração e violência sistemáticas. Assim, de certa forma, as mulheres tornaram-se a terra que os homens perderam.

---

[8] "O patriarcado mantém e sustenta a dominação masculina, baseando- se em instituições como a família, as religiões, a escola e as leis. São ideologias que nos ensinam que as mulheres são naturalmente inferiores. Foi, por exemplo, por meio do patriarcado que se estabeleceu que o trabalho doméstico deve ser exercido por mulheres e que não deve ser remunerado, sequer reconhecido como trabalho. Trata- se de algo visto de modo tão natural e instintivo, que muitas e muitos de nós sequer nos damos conta. Portanto, ler e falar sobre o patriarcado é desnaturalizar nossa existência.". (Aronovich, L. Prefácio. *In*: Lerner, 2019, p. 17)

2.2 A caça às “bruxas” e a captura de saberes

De certa forma, a Igreja Católica também teve papel fundamental para o fortalecimento da maternidade compulsória. Diante da inserção do arquétipo de Maria, é possibilitada a superação da imagem da mulher pecadora "filha de Eva"[9], dando lugar para a mãe e esposa pura, virgem e livre do pecado. Ou seja, a mulher poderia encontrar, assim, sua salvação na devoção à família e à maternidade.

A partir do papado de Pio IX, a Igreja passa por um período de descredibilização, respondido através das conhecidas bulas papais, as quais traziam reflexões sobre a sociedade e suas questões da época, inclusive sobre a maternidade e o “*lugar da mulher*” no mundo (Lima; Teixeira, 2008). Tal como, ainda durante o século XVII, as mulheres aristocratas burguesas eram indiferentes à maternidade, pois viam nesse processo o impedimento de desenvolverem-se pessoal e culturalmente, fortalecendo o hábito da contratação de amas de leite para amamentar seus filhos. (Collin; Laborie, 2009, p. 134)

Ao contrário do senso comum fomentado pela sociedade, a maternidade não se dá de forma natural e instintiva: assim como todo o universo moderno, a maternidade é um processo inventado e construído cultural e historicamente. Com isso, foi somente na metade do século XVIII que a ideologia do *amor materno* foi difundida entre a sociedade civil. (Collin; Laborie, 2009)

Nesse período, as mulheres curandeiras eram procuradas pelas famílias quando parentes adoeciam, no pré-parto, parto e pós-parto, ou na interrupção de uma gestação, mantendo durante suas práticas a conexão entre a mulher, a natureza e a comunidade, reconhecendo a gestação e o parto como processos naturais e sagrados.

Portanto, o parto era um processo que ocorria diante da presença dessas mulheres que possuíam ampla experiência sobre ervas medicinais, massagens, banhos e outros recursos terapêuticos, os quais auxiliavam o trabalho de parto e o pós-parto. (Maldonado, 2002 *apud* Vendrúscolo; Kruel, 2015, p. 97)

No entanto, após o início da obsessão estatal no controle da natalidade através da intervenção na sexualidade e reprodução das mulheres, uma nova guerra contra os direitos reprodutivos femininos foi travada. Ainda, vizinhos e parentes eram incentivados a espionar as mulheres e informar sobre sua vida sexual. (Federici, 2017, p. 174)

---

[9] “No plano do imaginário, a narrativa do Gênesis consolida a ideia de Eva como a primeira ré, a transgressora primordial que fez de Adão sua vítima ao desobedecer às leis de Deus, o grande monarca e juiz. Sua culpa está associada não só à sua atitude corpórea e ardil, vinculada aos prazeres da carne, mas à sua debilidade, marcada ‘pela imbecillitas de sua natureza (Delumeau, 1993, p. 317).” (Silva, 2011, p. 37)

Em diferentes países, leis foram promulgadas para registrar novas gestações e punir mulheres cujos bebês vinham a óbito antes do batismo, resultando em penas de morte e perseguição a mães solteiras. Na Alemanha, o projeto de aumento da natalidade era tão selvagem que as mulheres eram punidas se não demonstrassem esforço suficiente durante o parto ou se não expressassem entusiasmo suficiente por seus filhos.

Além de estabelecer novos parâmetros para julgar e punir mulheres, iniciou-se uma perseguição às bruxas, na qual foi estigmatizada qualquer forma de sexualidade não voltada à procriação ou controle de natalidade, ao mesmo tempo em que acusava as mulheres de sacrificar crianças ao demônio. (Federici, 2017)

Nesse contexto, as parteiras foram marginalizadas e substituídas por médicos homens dentro do contexto do parto, não devido à suposta incompetência das parteiras, mas principalmente pelo medo do infanticídio. Algumas parteiras mantêm-se "espiãs do Estado", comunicando sobre qualquer nascimento ocorrido em segredo ou fora do matrimônio, em troca da continuidade de suas atividades.

Consequentemente, a caça às bruxas impregnou o ideário da população, causando medo nas classes mais ricas às mais pobres e afastando as mulheres do poder de seus corpos. Logo, qualquer controle de natalidade era associado ao pecado, ao demônio e às bruxas, sustentando “um desejo quase fanático por aumentar a população [que] predominou em todos os países durante o período em que o mercantilismo esteve em seu apogeu, no final do século XVII”. (Hecksher, 1966, p. 158 *apud* Federici, 2017, p. 173)

Apesar da criminalização do controle próprio desses corpos, esses conhecimentos passaram a resistir de forma clandestina. Contudo, a partir do século XVI, as penalidades para contracepção, aborto e “infanticídio” foram severamente intensificadas pelos governos europeus, coincidindo com o retorno dos barcos portugueses da África, que traziam negros sequestrados e posteriormente escravizados. (King, 1991, p. 10 *apud* Federici, 2017, p. 174)

O infanticídio, em particular, antes tratado com indulgência para mulheres pobres na Idade Média, tornou-se um crime punível com a pena de morte, sendo sancionado com maior severidade do que crimes cometidos por homens, por exemplo. Com isso, as mulheres passam a ser processadas em larga escala, sendo responsáveis legalmente, pela primeira vez, pelos seus próprios atos: “práticas” de bruxaria e “assassinato” de crianças. (Federici, 2017)

No Brasil, algumas políticas passaram a exigir pré-requisitos para as parteiras entrarem nos hospitais, como uma quantia de alta de dinheiro, capacidade de leitura, escrita e até fluência em outra língua, por exemplo. Logo, podemos aprofundar nosso entendimento

dessa conduta compreendendo que ainda não havia uma presença significativa dos médicos em solo brasileiro para atender todas as pacientes.

Além disso, é de se esperar que, diante de tais exigências, apenas parteiras brancas e de classe média conseguissem ingressar ao espaço hospitalar, dificultando o acesso de parteiras pretas e pobres. Porém, mesmo com a permanência de algumas parteiras no ambiente médico, elas também passavam por um processo de vigilância constante, enquanto passavam seus conhecimentos adquiridos e repassados por gerações para essa nova classe.

Para que essas mulheres passassem a parir nos hospitais, indo de encontro à cultura dos rituais de nascimento, foi construída a ideia de que o hospital seria o ambiente mais propício para o parto, devido a ideia de maior controle, dos equipamentos e do médico. Contudo, ainda houve resistência por parte das mulheres no período inicial, afinal, os hospitais são diretamente associados à morte e a doenças, logo, elas não compreendiam a relação da instituição hospitalar com o fenômeno do nascimento. Assim, foi necessária a busca por estratégias sistêmicas, a fim de provocar uma mudança de cultura já enraizada historicamente.

Desse modo, as mulheres, que antes pariam em suas casas com a companhia de parteiras, passaram a parir nos primeiros hospitais diante da presença médica. Medeiros (2021) ainda aponta que as políticas utilizadas enquanto estratégia para o ingresso hospitalar não pretendiam banir a presença dessas parteiras, mas sim "regulá-las". Ainda segundo a autora, eram oferecidos alguns cursos sobre higiene básica de forma que elas se adequassem à lógica hospitalar.

Um trecho extraído de um relatório escrito pelo Secretário de Negócios para o Governador da Província de Santa Catarina, em 1893, demonstra a hostilidade em que essas parteiras eram recebidas nos hospitais:

> Na recusa de terem ao seu lado um médico, preferem entregarem-se a essas mulheres, essas entendidas, satisfazendo-lhes todos os caprichos, todas as exigências que lhes sugerem a ignorância e a estupidez, entra a aplicação dos inseparáveis e infalíveis bentinhos, e sua baforada de nauseabundos cachimbos. Mal sabe a parturiente o perigo que corre sua vida com a presença dessas harpias, cujas garras imundas, infeccionadas, lhes vão tocar o corpo (Tornquist, 2004 *apud* Medeiros, 2021, p. 19)

Ou seja, da mesma forma em que eram desprezadas, eram mantidas próximas para que todo seu conhecimento e técnicas sobre o corpo feminino, adquirido e repassado de geração em geração, pudessem ser absorvidos pelo poderio médico (Tornquist, 2004 *apud* Medeiros, 2021, p. 19-20). Esse processo pode ser denominado enquanto "captura de saberes"[10], e o

[10] (Medeiros, 2021)

parto, que era tratado como um evento íntimo de cooperação entre mulheres, passa a ser masculinizado, assim como outras práticas médicas:

> Com a marginalização das parteiras, começou um processo pelo qual as mulheres perderam o controle que haviam exercido sobre a procriação, sendo reduzidas a um papel passivo no parto, enquanto os médicos homens passaram a ser considerados como "aqueles que realmente davam vida" (Federici, 2017, p. 177)

Assim, as intervenções no parto normal, bem como a cesariana, tornaram-se progressivamente mais presentes e as mulheres substituídas dos seus espaços, afinal, "as parteiras causaram incômodo e afronta às autoridades da época por terem uma assistência intervencionista, uma vez que davam conselhos e amenizavam a dor do parto numa época em que se acreditava que a mulher deveria sofrer a expiação do pecado original". (Spink, 2013 *apud* Vendrúscolo; Kruel, 2015, p. 98)

Na Era da Razão, as mulheres acusadas de falar demais eram tratadas como cães, tendo focinheiras colocadas em seus rostos e sendo exibidas nas ruas. Prostitutas eram castigadas com chicotadas, enjauladas e submetidas a simulações de afogamento, enquanto mulheres condenadas por adultério eram sentenciadas à pena de morte. (Underdown, 1985a, p. 117 e segs. *apud* Federici, 2017, p. 203)

Enfim, esse processo visava desmantelar as estruturas de poder e organização femininas, além de consolidar a dominação patriarcal e capitalista, resultando na perda de autonomia e status social das mulheres. Logo, a caça às bruxas resultou na destruição das práticas e conhecimentos femininos que eram fundamentais para o poder das mulheres na Europa pré-capitalista e sua resistência ao feudalismo. (Federici, 2017, p. 205)

Esse processo consolidou a desvalorização da vida, da voz e do bem estar das mulheres, o que as afasta do mínimo de poder sobre seus corpos e suas vidas, perpetuando e retroalimentando um sistema patriarcal e capitalista, baseado em valores que conservam a opressão e controle exercidos sobre o corpo, trabalho e capacidade reprodutiva das mulheres.

Mesmo após décadas dos exemplos históricos apresentados, a sociedade continua a violentar e subjugar o ser social, o corpo e o útero das mulheres, utilizando-as enquanto instrumentos de acordo com os interesses dominantes, como veremos adiante acerca da violência obstétrica e a apropriação de seus processos naturais em busca de controle e lucro.

2.3 Questão social e violência de gênero

Diante do processo de degradação do sistema feudal e transição para o capitalismo com o trabalho assalariado, o fenômeno de expropriação das terras e acumulação de riquezas, citado por Karl Marx (2004) como acumulação primitiva do capital, dá início ao processo de pauperização, trazendo a desigualdade como expressão da questão social.

O termo "questão social" é recente, utilizado há pouco mais de cento e setenta anos, segundo Netto (2001), para referenciar no campo das ciências sociais fenômenos[11] que passaram a apresentarem-se de forma sistemática, sendo expressões indissociáveis ao sistema capitalista e sua lógica de produção e acumulação.

Esses fenômenos fazem parte do pauperismo, um processo advindo diante dessa nova dinâmica social e de pobreza pós-feudalismo, onde "pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas" (*ibid.*, p. 42). Ou seja, anteriormente a pobreza podia ser vista através de uma escassez crônica e, a partir desse processo de transição entre sistemas econômicos, ela passa a ser relacionada diretamente ao acúmulo de capital e a exploração da força de trabalho.

A partir disso, Marx desenvolve a ideia da violência enquanto uma "potência econômica" que emerge a partir de uma complexa interação de determinantes históricos, nos quais abarcam desde os momentos de expropriação dos meios de produção e subsistência do povo até a exploração das diferentes formas de força de trabalho — livre, servil ou escravizada. Como aqui exposto, essa potência econômica também atinge questões étnicas, raciais, de gênero e geracionais, expondo a violência enquanto estratégia capitalista dentro de múltiplos contextos históricos. (Castelo, 2021)

Assim, considerando os desdobramentos históricos citados e a gênese capitalista na história do Brasil colônia, que será discutida no capítulo adiante, compreendemos que a violência foi, e ainda é, o principal recurso utilizado para acumulação primitiva (Federici, 2017). Ainda segundo Karl Marx,

> Tais métodos, como, por exemplo, o sistema colonial, baseiam-se, em parte, na violência mais brutal. Todos eles, porém, lançaram mão do poder do Estado, da violência concentrada e organizada da sociedade, para impulsionar artificialmente o processo de transformação do modo de produção feudal em capitalista e abreviar a transição de um para o outro. *A violência é a parteira de toda sociedade velha que está prenhe de uma sociedade nova. Ela mesma é uma potência econômica.* (2013, p. 932, *grifos meus*)

[11] Como o desemprego, a violência, doenças, a desigualdade e a pobreza.

Enquanto fenômeno presente desde os primórdios da humanidade, a violência é nomeada através do latim *violentia*, sendo o ato de violar outro ou a si (Paviani, 2016). Para Marilena Chauí, a violência "é tudo que age usando a força para *ir contra a natureza de algum ser*; é todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém; é *todo ato de violação de alguém* ou de alguma coisa valorizada positivamente por uma sociedade; é todo ato de transgressão contra aquelas coisas e ações que alguém ou uma sociedade definem como justas e como um direito. (Paviani, 2016, p. 19, *grifos meus*)

Naturalizada nas relações sociais e até mesmo na relação entre o Estado e sociedade, a violência tem sido sempre presente na história, manifestando-se enquanto expressão da questão social de diferentes maneiras. Por conseguinte, o uso da violência como estratégia diante de possíveis conflitos tem sido uma característica conhecida ao longo da história do mundo e do Brasil, como a escravização dos indígenas e dos povos negros, a ditadura militar e as opressões de gênero, classe e raça, por exemplo. (Minayo, 2006, p. 27 *apud* Silva, 2014, p. 127)

Essa relação entre sistemas de opressão e exploração se retroalimenta nas raízes do sistema de classes, conectando-se diretamente com o lucro e o controle sobre a população trabalhadora, sobretudo, feminina e negra. O mapa da violência mostra que nas últimas três décadas 92 mil mulheres foram assassinadas no Brasil. (Waiselfiz, 2012 *apud* Silva, 2014, p. 133)

Como apresentado no tópico anterior, o patriarcado trata-se de uma estrutura hierárquica de relações de gênero e permeia todos os estratos da sociedade pública e privada, representando um alicerce de poder enraizado tanto na ideologia quanto na violência.

Apesar dos avanços alcançados ao longo da trajetória dos direitos humanos, os direitos das mulheres permanecem em constante ameaça, sendo constantemente violados, refletindo a lógica cultural na qual naturaliza a violência como fator intrínseco e determinante nas dinâmicas sociais. Logo, as diferentes formas de violência de gênero (por meio de trabalho precário, violência doméstica, sexual, institucional, obstétrica), mesmo atualmente, são frequentemente minimizadas e consideradas questões individuais e pouco relevantes.

Assim, a opressão e a exploração vividas pelas mulheres não são elementos naturais, mas construções sociais que devem ser debatidas e reconstruídas, como no caso da violência obstétrica, que será discutido a seguir.

2.4 O que é violência obstétrica?

Pouco debatida durante o processo de formação acadêmica do Serviço Social e em produções científicas da área, a violência obstétrica trata-se de uma violência histórica, que encontra raízes no patriarcado e no controle aos corpos das mulheres, mas também, pode ser vista enquanto uma *violência perfeita*, pois ocorre dentro de um ambiente quase inquestionável: o âmbito hospitalar, um sinônimo de cuidado na contemporaneidade.

Durante o estágio obrigatório realizado em uma maternidade de referência, pude perceber a carência da oferta de capacitação da equipe psicossocial acerca da temática, acarretando na dificuldade do reconhecimento e averiguação da violência, que muitas vezes era sequer considerada nos atendimentos.[12] Afinal, a instituição hospitalar atribui o conhecimento absoluto ao saber médico, trazendo a fragmentação do trabalho na saúde e um caráter biologizante, o qual é focado no médico e estruturado para atender exclusivamente à doença.

Segundo o levantamento *Nascer no Brasil* de 2012, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 45% das mulheres atendidas pelo SUS sofreram algum tipo de violência obstétrica. A V.O. pode ser entendida como qualquer ato que desrespeite a autonomia da mulher e a ela própria, seu corpo e seu processo reprodutivo, sendo identificada de forma física, psicológica, verbal, sexual, através de ofensas e xingamentos, culpabilização e intervenções desnecessárias — sem o embasamento de evidências científicas —, antes/durante/após o nascimento do bebê ou do processo de abortamento.

A violência obstétrica abrange diversas práticas que podem ser classificadas em diferentes tipos, podendo ocorrer através de calúnias, difamações e injúrias à honra da mulher, constrangimento, ameaças, humilhação, manipulação, isolamento, entre outras atitudes que causam sofrimento mental por parte da equipe de saúde, tratamento humilhante, rude, repreensivo, xingamentos e insultos. Violências comuns são a proibição de acompanhantes no pré-parto, parto e pós parto, a falta de privacidade e exposição de informações pessoais, intervenções invasivas como a episiotomia, o "ponto do marido", mutilação da vagina, a manobra de *Kristeller*, cesáreas marcadas sem fundamentos científicos (cesarianas eletivas), a privação do primeiro contato com o recém-nascido, o ato de amarrar a parturiente, manter a gestante sem água e comida e sem movimentar-se, assédio, contatos físicos forçados, excesso de toques vaginais — que ocorrem muitas vezes sem o aviso prévio e o devido consentimento

[12] Pude presenciar relatos que demonstraram a hierarquização hospitalar, onde profissionais da equipe multiprofissional, como a do Serviço Social, por exemplo, não se sentia "capaz" de adentrar ao *universo* médico e "dar palpites".

—, depilar a vulva para “facilitar” a sutura, administrar o “sorinho” com ocitocina para acelerar o trabalho de parto sem o conhecimento e autorização da gestante, fazer puxo dirigido, forçar a posição litotômica, que dificulta a passagem do bebê, entre outros. Por fim, a V.O. também ocorre quando as gestantes são abandonadas, negligenciadas ou recusadas em atendimento de forma injustificada ou discriminatória. (Santos, et al., 2020, p. 6)

Algumas legislações estaduais no Brasil abordam a violência obstétrica, ainda que não haja uma lei federal específica, como a Lei nº 17.097 de Santa Catarina e a Lei nº 6.144 do Distrito Federal, que visam proteger gestantes e parturientes contra a violência obstétrica. Outros estados, como São Paulo e Paraná, possuem projetos de lei relacionados ao combate da violência obstétrica, estabelecendo diretrizes para a proteção dos direitos das mulheres durante o pré-natal, o parto e o pós-parto. (Magalhães, 2019)

A OMS recomenda o plano de parto para toda gestante, sendo um documento importante no qual a mulher constrói junto ao profissional e à equipe de saúde, expondo o que deseja e o que não deseja no seu parto. Apesar disso, o plano de parto não é um documento amplamente utilizado e sequer conhecido abertamente. O SUS também prevê o direito ao atendimento humanizado, de qualidade e digno através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, Portaria 569/2000.

Além disso, através da Lei Federal n° 11.108, de 7 de abril de 2005, a gestante/puérpera possui o direito de um acompanhante de sua preferência durante o trabalho de parto e o parto. Algumas recomendações do Ministério da Saúde para os profissionais de saúde, através da Rede Cegonha[13], são a promoção do direito da amamentação do recém-nascido ainda em sua primeira hora de vida, possibilitar o contato pele a pele imediato e, quando possível, esperar o cordão umbilical parar de pulsar para realizar o corte.

O profissional de saúde também precisa explicar a razão de todas as intervenções e alternativas. É direito da mulher entender sobre seu estado de saúde e os procedimentos que serão feitos e isso é resguardado no Art. 34 do Código de Ética Médica, ainda que não seja amplamente respeitado.

Contudo, é fundamental reconhecer que a V.O., assim como tantos outros elementos sociais, manifesta-se de diferentes formas diante das diferentes classes sociais das mulheres envolvidas, compreendendo também as particularidades dos setores privado e público.

Segundo os Indicadores de Atenção Materna e Neonatal, atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2019, o Brasil obteve uma taxa de 69,97% de

---

[13] MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede Cegonha**. Acesso em 19 de maio de 2022. <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/rede-cegonha>

partos cesáreos, sendo 56,71% realizados antes da gestante entrar em trabalho de parto, enquanto a Organização Mundial de Saúde recomenda uma taxa entre 10% e 15% de cesáreas. Essa taxa costuma ser maior em hospitais do setor privado.

Nos hospitais públicos, onde os partos vaginais ainda são maioria[14], intervenções como a episiotomia são atividades cotidianas, sendo ela o único procedimento cirúrgico realizado em um indivíduo saudável sem a necessidade de seu consentimento (Kampf; Dias, 2018 *apud* Serrão, 2019). Em 2014, a taxa de episiotomia no Brasil chegou a mais de 50% entre os partos normais, ainda que a OMS recomende que o procedimento não ultrapasse uma taxa de 10%. (Serrão, 2019)

Dessa forma, ainda nos partos normais/vaginais, podemos identificar uma sequência de procedimentos e intervenções nos quais não são, em sua maioria, alinhados aos princípios de humanização e respeito ao tempo da mulher e o bebê, que vivenciam uma experiência humana única. Logo, observa-se uma priorização de abordagens práticas e convenientes para a equipe de saúde, que reflete uma lógica produtiva orientada para a eficiência, controle e coisificação dos corpos. Assim, essa lógica de *linha de produção* acaba negligenciando as dimensões emocionais e sociais da gestante e do bebê.

Por outro lado, nas instituições de saúde privadas, a promoção da cesariana enquanto alternativa segura de parto é intensa, sendo, praticamente, via de regra, e muitas vezes influenciada por um sistema mercantilista, como veremos adiante. Essa abordagem traz riscos à parturiente e ao bebê, que são colocados como sujeitos secundários da própria história em benefício da entidade hospitalar, além do ataque à autonomia da gestante e às necessidades individuais de cada caso específico.

Os médicos oferecem frequentes justificativas para que a cesariana seja realizada, ainda que isso ocorra nos momentos finais da gestação, ou até mesmo no momento de pré-parto, para que haja uma maior receptividade da família, quando ainda não considerada a cirurgia. Algumas das desculpas comuns incluem questões com a saúde do bebê, como alegações de que o bebê é muito grande para um parto vaginal seguro, bebê em posição pélvica, circular de cordão, ou a gestante possui impedimentos para um parto normal devido a miopia, hemorróida, cesárea anterior, falta de dilatação, presença de mecônio, obesidade, entre outros.

---

[14] "[...] a quantidade de cesarianas no setor privado corresponde a quase 80% dos procedimentos para nascimentos; enquanto o Sistema Único de Saúde (SUS), está próximo à 30%" (Guimarães, et al., 2021, p. 11944)

É importante notar que muitas dessas justificativas podem não ser baseadas em evidências médicas sólidas e podem refletir preferências pessoais, conhecimentos defasados e sem atualização ou questões financeiras das instituições de saúde.

Como por exemplo, segundo Amorim, et al., "a desproporção cefalopélvica representa uma das mais frequentes indicações de cesariana, porém frequentemente é diagnosticada de forma inadequada. O diagnóstico de desproporção cefalopélvica *só pode ser realizado durante o trabalho de parto*, baseado nos dados de sua evolução, conforme registro no partograma" (2010, p. 417, *grifos meus*). Já o bebê "atravessado", ainda segundo os autores, apresenta uma forte questão pois "muitos obstetras na atualidade não têm o treinamento e a habilidade necessária para a condução do parto pélvico, de forma que irão preferir a cesariana para reduzir os riscos neonatais". (*ibid*, p. 418)

Outras alegações seriam a previsibilidade da cesariana, pois agendar um parto cirúrgico é mais conveniente tanto para a equipe médica quanto para a gestante, em contraponto ao parto normal, onde não há previsibilidades — e acaba por ser interrompido por uma cirurgia antes que iniciasse o processo de dilatação necessário —, e a alegação mais particular, que auxilia o enfraquecimento da autoestima materna: a presença de possíveis desconfortos ou dores associadas ao parto vaginal, na qual sugere que uma cesariana proporciona um processo mais suave e menos doloroso.

Além disso, alguns médicos relatam que a cesariana é realizada devido a um desejo próprio da gestante. Porém, segundo a pesquisa *Nascer no Brasil* (Fiocruz), realizada entre 2021 e 2022, quase 70% das mulheres desejavam realizar um parto normal no início da gestação, nas quais somente 15% conseguiram realizá-lo quando atendidas por um hospital privado.

Como evidencia a pesquisa[15] realizada por Maria do Carmo Leal, pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) através dos relatos de parturientes, há também disparidades raciais acerca do acesso ao atendimento de saúde de qualidade às mulheres brancas e negras.

Segundo a pesquisa Nascer no Brasil[16] realizada em 2017, 32% das mulheres brancas entrevistadas pariram em instituições privadas, seguido de pouco mais de 14% das mulheres pardas e em torno de 8% das mulheres negras. Dentro da mesma pesquisa, foi observada uma taxa de parto normal de quase 54% de mulheres negras e 39% de mulheres brancas. Já sobre a

---

[15] CARTA CAPITAL. **Racismo na saúde: nas maternidades do Brasil, a dor também tem cor**. <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/racismo-na-saude-nas-maternidades-do-brasil-a-dor-tambem-tem-cor/>. Acesso em 25 de junho de 2023.

[16] Dados apresentados no artigo "A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil", de CARMO, et al., 2017.

episiotomia, a taxa foi de 58% das mulheres negras e 50% das brancas. Das mulheres que receberam o temido corte no períneo, 10,7% das mulheres pretas não receberam anestesia local adequada antes da intervenção, contra 8% das mulheres brancas.

Ou seja, a violência obstétrica afeta de maneira específica e diferenciada mulheres negras, diante de procedimentos falsamente baseados em fundamentações científicas. Assim, essas mulheres são submetidas a procedimentos sem a devida anestesia, enfrentam maior risco de mortalidade, têm suas vontades negligenciadas por profissionais de saúde, sendo vítimas até de esterilizações forçadas baseadas em um discurso médico elitista.

Diante da centralização do parto na figura do hospital e do médico, a violência sofrida pela parturiente é mitigada, pois seu algoz “trouxe seu filho ao mundo com vida” e é isso o que importa no final do dia. No entanto, é necessário compreender que esse processo de naturalização de práticas violentas e de lucro ocorre dentro de um sistema onde todas as relações se tornam consumo e mercadoria, até mesmo os corpos biológicos e sociais de mulheres sobreviventes de um sistema patriarcal e capitalista, sustentado por uma dinâmica de sofrimento e exploração histórica.

O parecer publicado pelo Conselho Federal de Medicina (2018) repudia o termo V.O. e o considera uma ofensa à classe e aos "conhecimentos científicos consagrados", sustentando a ideia de que "a autonomia da mulher deve ter limites". No ano seguinte, em 2019, o termo foi considerado impróprio para uso pelo Ministério da Saúde, considerando a honra médica e ignorando a importância do reconhecimento da V.O. na busca de um atendimento mais humanizado — sendo essa humanização uma política nacional do SUS.

3. A HISTÓRIA DA OBSTETRÍCIA E DA APROPRIAÇÃO DO PARTO

Neste capítulo, continuarei tratando acerca da história do parto e seus desdobramentos, porém com um enfoque no Brasil e seu passado colonial, período que dá contexto ao início da obstetrícia e a institucionalização do corpo feminino. Adiante, discutirei sobre a mercantilização do parto presente na violência obstétrica.

3.1 A obstetrícia brasileira e a violência obstétrica

Como já citado, a resposta à crise demográfica vivenciada na Europa e nas Américas assumiu diferentes formas. Enquanto na Europa a submissão das mulheres à reprodução foi adotada como estratégia, nas Américas, especialmente após a devastação da população nativa, o tráfico de escravos emergiu como uma solução para suprir a demanda por mão de obra.

Embora se conteste a visão de que seus corpos se destinavam à procriação, as mulheres negras escravizadas foram as principais afetadas pela imposição da maternidade, dado que sua reprodução era incentivada e associada ao lucro. (Medeiros, 2021)

Com isso, o processo de medicalização e mercantilização do parto emergiu gradualmente no Brasil, tal qual um sistema organizado por boicotes e ataques à cultura do parto domiciliar e às parteiras, iniciado diante da instrumentalização dos corpos femininos enquanto objeto de reprodução biológica, principalmente os das mulheres negras, as quais eram escravizadas dentro do sistema colonial e violentadas pelos *seus* senhores.[17]

Durante o período inicial do Brasil Colônia, o sistema escravista prevalecia sendo a principal base econômica do país, ao mesmo tempo em que a Igreja Católica exercia seu domínio sobre os povos originários e africanos trazidos para o Brasil. Consequentemente, o interesse conjunto do Estado português em escravizar um grande contingente de trabalhadores para a extração de matérias-primas e obter produtividade e lucro, juntamente com o interesse da Igreja em aumentar sua base de fiéis devido aos desafios enfrentados durante a Reforma Protestante, resultou em uma sinergia estratégica que impulsionou o processo de colonização do Brasil. (Medeiros, 2021, p. 13-14)

Nessa perspectiva, a chegada dos colonizadores europeus em terras brasileiras trouxe a imposição violenta dos seus moldes religiosos, culturais e ideológicos eurocêntricos sobre a população originária, juntamente com a instauração de um novo sistema patriarcal e racista que desenvolveu-se para constituir o sistema capitalista brasileiro atual.

É possível afirmar que o nascimento do capitalismo brasileiro se deu dentro de um cenário de colonização violenta provocada pelos povos europeus e da exploração e violência vivida pelos povos negros e indígenas.[18] Isto é, a questão racial é o nó da questão social no Brasil: as desigualdades raciais e sociais estão relacionadas entre si e uma não pode prevalecer sem a outra. (Gonçalves, 2018)

Por conseguinte, esse novo sistema de valores desvaloriza os traços, as culturas e as práticas tradicionais afro-brasileiras e indígenas, construindo a dominação e o padrão eurocêntricos refletidos em diversos aspectos da vida cotidiana e das relações sociais dos

---

[17] [...] a escrava de cor criou para a mulher branca das casas grandes e das menores, condições de vida amena, fácil e da maior parte das vezes ociosa. Cozinhava, lavava, passava a ferro, esfregava de joelhos o chão das salas e dos quartos, cuidava dos filhos da senhora e satisfazia as exigências do senhor. Tinha seus próprios filhos, o dever e a fatal solidariedade de amparar seu companheiro, de sofrer com os outros escravos da senzala e do eito e de submeter-se aos castigos corporais que lhe eram, pessoalmente, destinados. [...] O amor para a escrava [...] tinha aspectos de verdadeiro pesadelo. (Hahner, 1978, p. 120-121 *apud* Gonzales, 1984, p. 229)

[18] Apesar de existir um processo de escravização do povo africano anterior à colonização brasileira, e haver uma estrutura hierarquizada onde se via escravos dentro do próprio povo, ela não se tratava de uma estrutura tão perversa, sistemática e profunda quanto a construída no Brasil Colônia.

brasileiros e, principalmente, brasileiras. Com isso, a influência da Igreja Católica substituiu as crenças africanas e indígenas, que também trazem seus cuidados medicinais, pelos milagres e pelas santas, especialmente a Nossa Senhora do Bom Parto. (Medeiros, 2021, p. 15)

Assim como ocorrido na Europa, esse processo de substituição suprimiu gradualmente as tradições ancestrais, permitindo a inserção dos costumes e crenças da Igreja no imaginário da população brasileira, que aliada aos costumes morais da época, promoveu a alienação das mulheres em relação aos seus corpos. (*ibid.*)

Afinal, uma vez que a influência patriarcal se manifesta, sobretudo, nas relações de gênero, nas quais as mulheres são socialmente construídas como inferiores e submissas aos homens, a classe feminina viu-se privada da autonomia de seu corpo de forma sistêmica, tanto na escravização, nos frequentes estupros e até mesmo durante os partos de seus filhos.

Ainda citado por Medeiros (2021), um médico francês chamado J. M. Imbert ofereceu aos fazendeiros brasileiros um prêmio às mulheres escravizadas que não interrompessem suas gestações. Essa abordagem revela a exploração sistemática e desumanizante das mulheres negras, tratando-as como meras máquinas de reprodução para a obtenção de lucro.

Dessa forma, a valorização máxima da mulher era delineada sob uma perspectiva patriarcal, vista no êxito do processo de gestação e do parto. Ou seja, como mero instrumento para a reprodução, e as mulheres, por sua vez, passaram a ser frequentemente excluídas dos processos decisórios e de controle de seus próprios corpos.[19] Logo, as mulheres brasileiras foram destituídas da autonomia de "si" de forma sistêmica, tanto na escravização, nos frequentes estupros e nos seus partos.

Nesse sentido, a nova *subjetividade* da mulher no Brasil enquanto frágil e descontrolada, construída a partir da disseminação realizada pela Igreja, foi utilizada para estimular a importância dos médicos para o cuidado de seus corpos. Tal dinâmica patriarcal ainda impactou o contexto obstétrico da época, sendo considerado o ambiente mais seguro para o parto o que proporcionava controle e possuía a presença do médico, o único profissional que, em tese, detinha conhecimento científico sobre tais processos. (Medeiros, 2021, p. 18)

Destarte, "normalmente, 'os médicos eram chamados apenas ocasionalmente, em situações de partos difíceis, mas, ainda assim, nesta época, o poder de decisão continuava

---

[19] Nesse momento, a imagem dos santos era mais valorizada do que a dignidade da classe feminina, como mostra a fala de Freyre (2003): "Enquanto quem dirigisse doestos aos santos tinha a língua tirada pelo pescoço e quem fizesse feitiçaria amorosa era degredado para os ermos da África ou da América; pelo crime de matar o próximo, de desonrar-lhe a mulher, de estuprar-lhe a filha, o delinqüente não ficava, muitas vezes, sujeito a penas mais severas que a de 'pagar de multa uma galinha' ou a de 'pagar mil e quinhentos módios'". (p. 82)

sendo da mulher, sua família e/ou amigas"' (Helman, 2003 *apud* Vendrúscolo; Kruel, 2015, p. 98). Afinal, a medicina não possuía conhecimento abrangente em relação ao parto e ao corpo feminino, sendo *um elemento feminino*, realizado em casa e guiado por parteiras nas quais eram consideradas o melhor tipo de assistência ao parto.[20] (Storti, 2004 *apud* Vendrúscolo; Kruel, 2015, p. 97)

Assim, a figura do homem-médico assumiu o papel de autoridade respeitada e detentora do conhecimento perante a sociedade, determinando os métodos e procedimentos durante e após o parto. Pois, ao perceberem a relação entre o crescimento populacional e a prosperidade das nações, os médicos passaram de meros tratadores de enfermos a responsáveis pela saúde da população, tornando-se peças-chave para o desenvolvimento do Estado. (Medeiros, 2021, p. 16-17)

Por conseguinte, a obstetrícia foi incorporada na medicina brasileira no século XIX, sendo chamada de "Arte Obstétrica", tendo a duração de quatro anos e enquanto requisitos para a matrícula no curso, a habilidade de leitura e escrita. Segundo Brenes (1991), a recomendação para o curso era somente a de "que entendam as línguas inglesa, francesa etc." (p. 137-138). Após a aprovação, era necessário prestar um juramento aos Santos Evangélicos[21], explicitando o caráter religioso que a profissão apresentava, dado o período histórico.[22]

O curso teve sua primeira reformulação somente a partir do decreto de 26 de fevereiro de 1812, diante da nomeação do médico baiano Manuel Luiz Álvares de Carvalho como Diretor dos Estudos Médicos e Cirúrgicos da Corte e dos Estados. Com isso, a duração do curso foi ampliada para cinco anos. Todavia, até 1815 o ensino da Arte Obstétrica continuou sem mudanças maiores, focando em disciplinas de Cirurgia e Anatomia. (Brenes, 1991)

Apesar de, em 1816, o Dr. Manuel Luiz implementar seu plano de estudos, foi somente em 1818 que o curso de Obstetrícia foi iniciado na Bahia, quando os alunos já matriculados desde as novas implementações finalmente alcançaram o quarto ano do curso (Brenes, 1991). Contudo, o curso apresentava dificuldades quanto ao ensino prático, pois a instituição não possuía uma enfermaria em suas instalações para receber grávidas e puérperas.

---

[20] "Tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Estas detinham um saber empírico e assistiam domiciliarmente as mulheres durante a gestação, parto e puerpério (como também nos cuidados com o recém-nascido). Estas mulheres eram de inteira confiança do mulherio e eram consultadas sobre temas vários, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio." (Brenes, 1991, p. 135)

[21] (*Ibid.*, p. 138)

[22] O Brasil possuiu o catolicismo enquanto dogma oficial até o ano de 1891.

Assim, nos seus primeiros anos, o curso tratava-se de um ensino "especulativo e abstrato", na qual:

> A formação de profissionais da Medicina no Brasil funcionou precariamente nos primeiros anos do século XIX, pois em meio a agitação política de várias ordens, que determinava a Proclamação da Independência, depois da abdicação do primeiro Imperador e a falta de paz interna, acabaram relegando a segundo plano quaisquer medidas de aprimoramento do ensino. (*ibid.*, p. 139)

Com o fechamento do Hospital Militar na Bahia, em 1832, escola e hospital foram transferidos para o Hospital da Santa Casa de Misericórdia em 1833, um modelo hospitalar instalado no país no contexto do Brasil Colônia. Porém, com a falta de uma enfermaria para a internação das mulheres grávidas, os ensinos práticos obstétricos eram impossibilitados de serem realizados[23], permanecendo com o ensino precarizado por aproximadamente 60 anos. (Brenes, 1991)

Além disso, a vinda da Corte portuguesa para o Brasil desencadeou a necessidade de ordenação e modernização do país, especialmente na cidade do Rio de Janeiro. A criação da Junta de Higiene Pública, em 1850, fortaleceu o discurso e as práticas higienistas, que surgiram com a premissa de "organizar o país" através do controle populacional. (Medeiros, 2021)

Somente em 1875 foi instalada uma enfermaria obstétrica no Hospital de São Cristóvão, tendo enquanto professor da cadeira, o Barão de Itapuã. Contudo, o serviço era incompleto e as instalações com poucos aparelhos em péssimas condições. Em 1879 iniciou-se uma reforma do ensino obstétrico, inaugurando a cadeira de Clínica Obstétrica e Ginecológica, ainda na enfermaria do Hospital São Cristóvão, seguida com a posse do professor Climério de Oliveira em 1885. (Brenes, 1991)

Entretanto, mesmo com a reforma, poucas mulheres procuravam esses serviços de saúde, pois assim como ocorrido na Europa, a cultura das parteiras e do parto domiciliar resistiu à institucionalização da parição por muitos anos. A precariedade da obstetrícia continuou por quase duas décadas, até a mudança do Hospital da Santa Casa de Misericórdia para o Hospital Santa Izabel, no bairro de Nazaré, em Salvador. Com novas instalações e aparelhagens, a clínica de parto possuía uma enfermaria, na qual era dividida com a Ginecologia e Pediatria da instituição. Segundo Brenes, a partir desse momento, houve um crescimento da presença de gestantes e puérperas no ambiente hospitalar no qual citaremos mais adiante. (Souza, 1967 *apud* Brenes, 1991)

---

[23] Até mesmo as "Irmãs de Caridade" inviabilizavam a realização de partos ou acomodação dos estudos acerca do tema, pois "consideravam o parto uma falta de pudor". (Souza, 1967 *apud* Brenes, 1991, p. 140)

Adiante, a primeira maternidade brasileira foi inaugurada no Brasil enquanto anexo à Faculdade de Medicina em 1910 e a partir desse ano passou a abarcar o curso de Obstetrícia. É importante salientar que Climério de Oliveira foi idealizador da Maternidade que carrega seu nome[24], e funciona até os dias atuais ainda no bairro de Nazaré, em Salvador. (Brenes, 1991)

A inserção do fórceps no século XVI nos partos julgados com risco de mortalidade enquanto uma possibilidade mais positiva perante as tentativas fracassadas das cesarianas, também marcou o processo de transformação nas concepções e intervenções relacionadas ao parto (Maldonado, 2002 *apud* Brenes, 1991 p. 98). À medida em que os cirurgiões passaram a desempenhar um papel mais proeminente na assistência ao parto, as parteiras foram gradualmente substituídas e seus conhecimentos marginalizados. (Tornquist, 2002 *apud* Medeiros, 2021)

Outro ponto importante é que no início do século XX, houve um crescimento significativo da atuação médica na área da puericultura. No período, os médicos propagavam a ideia da maternidade científica, conforme suas próprias interpretações, atribuindo um papel social atribuído à mãe, considerada fundamental para a formação de cidadãos e para o futuro da nação. O Brasil encontrava-se marcado pelo nacionalismo, após o fim do período escravocrata na tentativa de se restabelecer durante a instauração de um novo regime político. (Freire, 2009 *apud* Medeiros, 2021, p. 20)

A carência de recursos financeiros da maior população para contratar os serviços médicos e ainda a falta de interesse dos médicos portugueses na migração para o Brasil colônia tornou ineficaz a proibição da atuação de parteiras devido à escassez de profissionais (Medeiros, 2021, p. 15). Assim, apesar da censura dos saberes femininos pela Igreja e da institucionalização da medicina, é possível observar no contexto brasileiro uma preservação relativamente maior dos cuidados e conhecimentos das mulheres em comparação com a Europa. (Federici, 2017)

Segundo Medeiros (2021), "a criação de enfermarias e maternidades junto a escolas de medicina veio muito mais de uma necessidade de os médicos aprenderem sobre parto do que de uma preocupação com o atendimento à população" (p. 18) e, de certa forma, a medicalização do parto foi encarada enquanto um movimento civilizatório de grande parte da

[24] "As verbas que o Governo Federal forneciam eram insuficientes, então Climério lançou uma campanha para ajudar a construção. Formou um Comitê de Senhoras da Sociedade Baiana; este realizou espetáculos no Teatro Politeama, com renda destinada à construção. O espetáculo era o drama A Maternidade, escrito pelo professor Climério de Oliveira. O Governo Federal e a Prefeitura também contribuíram, ficando a obra pronta cinco anos depois de iniciada e levou, ainda, algum tempo com retoques finais e aparelhamento, sendo inaugurada em 30 de outubro de 1910" (Souza, 1967 *apud* Brenes, 1991, p. 144)

população, sendo fundamentada através das estratégias utilizadas na Europa, como o uso de periódicos médicos, por exemplo, para convencer os demais quanto à legitimidade da atuação médica.

Contudo, algumas parteiras ainda eram "bem-vindas" para os médicos em determinados momentos, como quando atendiam gestantes em suas residências e utilizavam das parteiras para serem substituídos, afinal de contas, um médico não poderia aguardar por mais de vinte e quatro horas para a finalização de um parto. Além disso, alguns médicos acreditavam que alguns cuidados referentes ao parto eram melhores desempenhados pelas mulheres.[25] (Palharini; Figueirôa, 2018)

Enfim, esse processo medicalizante[26] sequestrou do conhecimento popular práticas tradicionais e indígenas relacionadas ao parto no Brasil, nas quais representam um rico patrimônio de saberes ancestrais. Assim, essa transformação histórica conferiu aos médicos um poder inquestionável, o que atualmente dificulta a contestação dos discursos e intervenções no parto e logo, a influência patriarcal na medicina ocidental contribuiu para a supressão dos conhecimentos tradicionais e a imposição de um modelo de saúde de caráter hospitalocêntrico.

Ou seja, o parto passou a ser visto como um processo perigoso, que necessita de agilidade e controle e as tradições foram suprimidas e substituídas por versões adaptadas, permitindo gradualmente que os costumes e crenças da Igreja penetrassem no imaginário da população brasileira. (Vendrúscolo; Kruel, 2015)

A partir disso, foi necessário ressignificar o fenômeno e o processo do nascimento[27] para que a presença de tantas figuras masculinas fizesse sentido para uma cultura que valorizava os conhecimentos centenários das parteiras. Essa estratégia pode ser vista diante do fortalecimento de ideias voltadas à desvalorização da mulher, sua natureza e seu corpo, além da desapropriação do parto das mulheres e das mãos femininas de quem auxiliava os partos.

Outra manobra de influência foi a não recomendação de transferência de gestantes com complicações do parto para os hospitais, que germinava o receio das parturientes de não parirem nos hospitais. Adiante, tornou-se rotineira a internação das gestantes, afastando a maior quantidade possível de mulheres dos partos domiciliares, ainda que não houvesse potenciais riscos de complicação para a mãe e o bebê. Assim, as parteiras tradicionais

---

[25] Esses ideais ainda podem ser vistos nos ambientes hospitalares e suas divisões hierárquicas quanto a importância suprema dos médicos e a desvalorização das enfermeiras.

[26] Medicalização é o processo pelo qual eventos não médicos passam a ser tratados como problemas, doenças ou desordens médicas, passíveis de serem resolvidos ou tratados através da medicina. (Menezes, 2017 *apud* Medeiros, 2021, p. 22)

[27] (Arney, 1982, p. 21 *apud* Palharini; Figueirôa, 2018, p. 1042)

passaram a sofrer condenações judiciais e foram gradativamente "sendo esquecidas" perante o medo popular, de forma semelhante ao ocorrido na Europa. (Medeiros, 2021)

Em suma, o fenômeno do parto passa a ser desapropriado das mulheres e dominado pelos homens, seja pelo enfraquecimento da confiança, e por que não da autoestima, nos seus próprios corpos, ou pela sabotagem na atuação das mulheres parteiras. É importante salientar que durante esse período, poucas mulheres tinham acesso aos cursos de medicina, afinal foi somente em 1879 que as mulheres foram autorizadas a ingressarem nos cursos de medicina. (Palharini; Figueirôa, 2018)

Em 1871, a primeira mulher foi recebida como membro titular na Academia Imperial de Medicina: Maria Josefina Matilde Durocher (1808-1893), francesa diplomada em 1834 no Rio de Janeiro como parteira. Segundo Souza (1967), Madame Durocher vestia-se com roupas ditas masculinas, pois considerava a obstetrícia uma profissão masculina (*apud* Brener, 1991, p. 139). Em 1887 o Brasil formou sua primeira médica, a Dra. Rita Lobato Velho Lopes, na Faculdade da Bahia. (Souza, 1967 *apud* Brener, 1991, p. 140) (Palharini; Figueirôa, 2018, p. 1040)

Em conclusão, a partir da institucionalização do parto, a família e a comunidade passaram por um processo de desapropriação do fenômeno do nascimento.[28] Afinal, a estrutura hospitalar e as novas intervenções médicas não foram concebidas com a finalidade do cuidado centrado na parturiente, mas sim no hospital, com a finalidade de atender às exigências dos profissionais de saúde.

3.2 A violência e a mercantilização do parto na contemporaneidade brasileira

O período da caça às bruxas foi um movimento crucial para a perda de privacidade, da autonomia das mulheres no âmbito do parto e de seus próprios corpos, substituindo e legitimando a participação dos médicos nesse processo que evidencia a estrutura em que o corpo feminino foi inserido: a mulher gestante, de sujeito, passa a ser mero objeto de intervenção da equipe de saúde. Dessa forma, o evento do parto, onde a mulher, o bebê e a família deveriam ser protagonistas, passa a ser regrada e medicalizada para melhor atender o hospital — não de forma inversa. (Vendrúscolo; Kruel, 2015, p. 96)

---

[28] "[...] em todas as culturas, as mulheres, durante o trabalho de parto, sempre foram assistidas por uma ou mais pessoas que, a princípio, eram representantes do sexo feminino: parentes, amigas, parteiras e, posteriormente, no ambiente hospitalar, por um obstetra com formação médica, enfermeira e técnicas de enfermagem" (Helman, 2003 *apud* Vendrúscolo; Kruel, 2015, p. 97)

Assim, o momento do parto é permeado por imposições protocolares estabelecidas pela instituição hospitalar, acarretando na alienação da mulher sobre os processos naturais do seu próprio corpo e suas necessidades (Diniz, 2001 *apud* Vendrúscolo; Kruel, 2015, p. 98). Por conseguinte, a mulher perde seus direitos de decisão acerca de onde/como/quando ocorrerá o parto e quem a acompanhará, sendo a partir desse momento, constantemente submetida a procedimentos *anaturais*. (Tornquist, 2002 *apud* Vendrúscolo; Kruel, 2015, p. 98)

> Com o parto sendo realizado no ambiente hospitalar, a mulher perde a autonomia, inclusive, da escolha da melhor posição de parir, uma vez que passa a ser ditada também a posição em que as mulheres deveriam parir, elas teriam que ficar em posição de litotomia, para ser mais confortável ao médico na utilização de seus instrumentos. (Cordeiro; Salbatino, 1997; Hassen, 1998 *apud* Vendrúscolo; Kruel, 2015, p. 98)

Devido a resistência persistente das mulheres brasileiras em parir nos hospitais, a corporação médica organizou-se estrategicamente em prol do acesso aos corpos femininos, pois a preparação do hospital e o fortalecimento da confiança na imagem do médico não haviam sido suficientes para o ingresso das parturientes no ambiente hospitalar (Nunes, 1846 *apud* Brenes, 1991, p. 145). Logo,

> A partir desta problemática, o discurso médico criou como que um "jogo" com a população feminina do Brasil Império. [...] o ponto de apoio deste discurso que criou a mulher da sociedade imperial foi a sexualidade feminina. Sexualidade que foi descrita a fundo, com acurada precisão fazendo a mulher um ser frágil e inconstante, a quem somente os médicos poderiam orientar, por serem os únicos que a conheciam. Deste "jogo" surgiram "o mito do amor materno", a "mãe dedicada", "boa esposa", "a rainha do lar", as histéricas, as mundanas e toda uma série de tipos femininos que ocupariam a literatura médica e o imaginário social do século XIX. A mulher criada no século XIX, que povoou as páginas do romance nacional, destacava-se pela sua constituição frágil e débil. (Nunes, 1846 *apud* Brenes, 1991, p. 145)

O ato de parir é natural, biológico, mas também social e cultural, tendo sido construído sob a ótica da medicalização, como um evento que necessita de controle. Segundo Carneiro (2015), “a medicalização da sociedade poderia ser interpretada ao mesmo tempo com o advento da medicina higiênica e do discurso de controle dos corpos, ou seja, como um dos instrumentos para a manutenção da ordem e produção dos corpos dóceis e produtivos”. (p. 25)

Dentro dessa estrutura capitalista, as mulheres vivenciaram um processo histórico de alienação do fenômeno do parto, sendo-lhes retirada a possibilidade de transformação do *natural* para o ser social e do controle do próprio corpo. Como resultado, sua capacidade biológica de parir é apropriada pela imagem do homem-branco-médico, “que detém as capacidades que são na verdade dela”. (Decarli, 2019, p. 2)

No contexto brasileiro, a medicalização do parto teve origem na assistência a grupos marginalizados, como mulheres escravizadas, mães solteiras, prostitutas e mulheres de baixa renda. Essas mulheres foram utilizadas enquanto cobaias pelos estudantes de medicina para o aprimoramento da prática obstétrica. Logo, "tal aperfeiçoamento era propiciado pelo exercício prático de atenção ao parto graças ao atendimento àquelas mulheres marginalizadas socialmente" (Palharini; Figueirôa, 2018). À vista disso, podemos considerar que como ocorrido na Europa com a caça às bruxas, o período escravocrata no Brasil foi um laboratório de testes para o uso de métodos de intervenção, controle e opressão sobre os corpos das mulheres negras escravizadas.

Assim, o controle do corpo feminino, exercido historicamente pela Igreja e pelo Estado, passou a ser desempenhado também pela medicina, intervindo tanto no ser quanto na sociedade, por meio de intervenções *tecnológicas* muitas vezes desnecessárias. Sobrepondo-se, muitas vezes, à autonomia e à fisiologia das mulheres, e impondo normas que afetam não somente a saúde, mas também o corpo social. (Galvão, et al., 2023, p. 340)

A cultura histórica estabelecida de que a autoridade médica se torna quase inquestionável reforça a instituição médica como o mais congruente para tomar decisões relacionadas à saúde das(os) pacientes[29] (Campbell, 2021 *apud* Galvão, et al., 2023, p. 345). Paralelamente, as mulheres são mantidas em um estado de desinformação e alienação, atribuindo confiança aos profissionais de saúde para orientar as decisões pertinentes ao processo de parto e nascimento. Esse estado de desinformação é resultado da gradual desapropriação das mulheres acerca de seus próprios corpos e de sua natureza. (Campbell, 2021 *apud* Galvão, et al., 2023, p. 345)

Nesse sentido, a medicina assume uma posição estratégica e biopolítica ao apropriar-se dos interesses demográficos e da regulação da natalidade, caracterizando-se enquanto uma forma específica de poder e controle social, onde o Estado busca o poder da "regulamentação da espécie", denominada por Foucault como biopoder. Ou seja, como argumenta Galvão et al. (2023), "o saber médico é um exemplo de exercício de relações de poder sobre o indivíduo e se realiza sobre a vida, que se torna objeto político de intervenções". (p. 341)

---

[29] Isso pôde ser observado durante meu período de estágio obrigatório em uma maternidade da rede pública, onde pude ouvir de alguns profissionais da Psicologia e do Serviço Social, quando questionados acerca de possíveis casos de violência obstétrica na instituição, falas voltadas em defesa das capacidades do médico e da necessidade de confiança no profissional. Além disso, alguns profissionais expuseram a hierarquia existente dentro do ambiente hospitalar, onde ainda que haja a atuação de uma equipe multiprofissional, a voz do médico sempre será a mais alta e mais ouvida.

Ao analisar as circunstâncias que culminaram na substituição da assistência ao parto, torna-se evidente a conexão entre a prática médica e a manipulação do corpo feminino, sobretudo no que tange à saúde reprodutiva e sexual, com a premissa de diminuir as taxas de mortalidade. Nesse contexto, o conhecimento médico exerce poder sobre o indivíduo, sendo o parto medicalizado uma manifestação dessa tecnologia de poder que afeta a população como um todo. (Galvão, et al., 2023)

Conferindo ao médico um papel central na assistência obstétrica e de desvalorização ao protagonismo da mulher nesse processo, o modelo medicalizado do parto é amplamente aceito. Esse modelo é considerado algo *quase* "natural" no imaginário popular, devido à idealização de segurança estrategicamente construída ao longo dos anos, ainda que esse fenômeno impacte negativamente a cultura obstétrica diante da problemática da alta taxa de cesarianas no Brasil, além de outras intervenções de rotina. (Nicida, 2020 *apud* Galvão, et al., 2023)

Essa medicalização também é potencializadora da violência obstétrica, pois facilita a venda da cesariana como uma solução para evitar possíveis sofrimentos[30], adiantar o parto e/ou evitar "avarias" no órgão sexual feminino, por exemplo, bem como outras justificativas discutidas no ponto 2.3 deste trabalho. Portanto, compreendemos que o aumento da violência obstétrica é resultado não somente da dinâmica capitalista e patriarcal, mas também de um sistema baseado no medo e na imposição.

Esse fenômeno cultural da cesariana é tão enraizado e normalizado que possuímos enquanto senso comum o contrário do que se é esperado: "caso nada dê errado, você terá um parto normal", ao invés de "você terá um parto normal, mas caso necessário, faremos intervenções". Além disso, é comum encontrar ouvir relatos de pacientes reproduzindo o discurso médico sobre a falta de capacidade do corpo feminino em parir ou sobre o medo da dor do parto normal.

A ideologia dominante do sistema capitalista é a de produção, logo, a menopausa e a menstruação são tidas como defeitos que afetam essa produção (Martin, 2006 *apud* Medeiros, 2021). Assim, o corpo da mulher é vítima de mais intervenções, considerado defeituoso, incompleto e que necessita de reparos.

Embora a medicina tenha trazido avanços científicos fundamentais para a segurança do parto, como a assepsia, a analgesia e a possibilidade da cirurgia cesariana, a análise do processo de medicalização do parto e marginalização das parteiras, conduzida por Osawa,

---

[30] (Galvão, et al., 2023, p. 349)

Riesco e Tsunechiro (2006), evidencia que, os riscos associados ao trabalho das parteiras não eram significativamente distintos dos enfrentados pelos médicos da época. (p. 700)

De fato, é pertinente reconhecer que a prática desempenhada pelas parteiras envolvia riscos reais para a saúde tanto da mãe quanto do bebê, porém estudos analisaram que, durante o século XIX, as mulheres inglesas aumentavam em seis vezes suas chances de morte ao darem à luz em maternidades do país. (Osawa; Riesco; Tsunechiro, 2006)

Isto é, ainda que a medicina tenha contribuído para a saúde materno-infantil, se faz necessário analisar a complexidade dessa dinâmica e os interesses que permearam a consolidação do seu poder, pois como trazido neste trabalho, o poder médico não foi estabelecido no controle do parto apenas em virtude dos benefícios proporcionados pelos avanços científicos.

É necessário compreender a substituição das parteiras para além da mercês ao povo, considerando os ganhos diante desse processo de apropriação da estrutura patriarcal e do sistema capitalista sobre o parto. Afinal, como citado anteriormente, a medicalização do parto também é uma manifestação construída socialmente do biopoder, pois "gerar filhos vivos e saudáveis possibilita o aumento da população e, consequentemente, o desenvolvimento e a riqueza de um país. A mulher, instrumento do biopoder por sua capacidade reprodutiva, é assim colocada como alguém a serviço da população". (Rohden, 2000 *apud* Galvão, et al., 2023, p. 344)

Como citado no tópico 2.1, enquanto os homens são obrigados a produzirem lucro no ambiente de trabalho assalariado, as mulheres são obrigadas a (re-)produzirem lucro. À vista disso, mulheres e bebês tornam-se coisas, números de leitos, mercadorias, afinal, "[...] através da chegada de um bebê existe toda a lógica produtiva que encontra a mercadoria, o valor monetário dos serviços de saúde a ideologia mercantilizada, fetichizada e alienada" (Decarli, 2019, p. 2). Sendo assim, o termo "mercantilização do parto":

> [...] diz respeito ao movimento de lucro em cima do processo de gestação, parto e maternagem, evoca principalmente a violência obstétrica: é mais lucrativo forçar cesarianas ou apressar partos naturais com episiotomia que respeitar o ciclo completo de horas exigido por um trabalho de parto natural [...] aqui a restrição à mulher enquanto sujeito de direito com posse sobre si é motivada pelo lucro de outro sujeito. (Medeiros, 2019, p. 169)

Para além, foi construído um conceito de mulher moderna e atualizada, que fazia uso de meios tecnológicos para ter bebês para superar o conceito da mulher antiga e ultrapassada (Medeiros, 2021). Esse processo revela a confluência entre a medicalização do parto, a estrutura patriarcal e a lógica capitalista, em que o poder médico se apropria do sistema

obstétrico, substituindo a presença e a atuação das parteiras tradicionais. Ainda como citado pela autora Decarli,

> O processo de parto passa a ser considerado trabalho a partir da ideologia do sofrimento, do pecado, da dor. Diante dos processos mercantilizados que vive-se no interior da sociedade capitalista, o trabalho de parto também está relacionado com o fundamento trabalho. Estabelecendo relação, seria possível entender que o trabalho de parto envolve uma série de categorias que podemos chamar aqui também de fundantes do ser humano. O nascimento de outro ser humano envolve toda a socialização da mulher, da comunidade e cultura na qual ela está inserida, da rede de apoio que ela tem ou não, dos direitos sexuais e reprodutivos, da sexualidade etc. (2019, p. 3-4)

Nessa abordagem mercantilista, o foco é no resultado final: o nascimento de um bebê vivo, negligenciando as nuances do próprio processo, o submetendo a uma perspectiva de tempo acelerado e espaço reduzido, alinhada à lógica da produção em massa. Contudo, na busca pela lucratividade na eficiência, a cultura hospitalar adota um método de parto que desconsidera a natureza humana, o bebê e o corpo da mulher, cultivando um solo fértil para diversos tipos de violência obstétrica. (Decarli, 2019, p. 5-6)

Ligia Sena (2016), na epígrafe de sua tese de doutorado, apresenta a fala de uma mulher que perdeu a visão do seu olho esquerdo durante o parto, devido à negligência médica ocorrida diante da carência do contrato do plano de saúde da parturiente, demonstrando a força da concepção mercantilista no campo da saúde:

> "Passei por um clínico, a minha pressão estava em 14/9 e eu fui encaminhada pro centro de obstetrícia. Assim que entrei na sala, a plantonista começou a reclamar da carência do plano. E disse pro meu marido que ele tinha que sair, que não era nem pra ele ter entrado comigo. Tudo que eu não queria, ficar sozinha. A plantonista continuou a reclamar, disse que ia ter dor de cabeça comigo e pediu pra verificarem o que poderia ser feito. Eu fiquei em observação numa maca. Pouco depois uma enfermeira veio dizer que iam me preparar pra transferir porque o meu marido não tinha dinheiro pra pagar pelo parto. A plantonista disse que não autorizava por causa do risco de convulsão na ambulância e que ela não queria assumir a responsabilidade caso algo desse errado. Ela disse pra eu continuar lá, até alguém decidir o que fazer e solicitou uns exames. Estavam tentando falar com o diretor do hospital. Eu nunca senti tanto medo, vergonha, nunca me senti tão só quanto naquele dia. Eu não sabia onde o meu marido estava, não sabia o que ia acontecer comigo e com a minha filha, tinha que ouvir a médica fazendo comentários desagradáveis e ríspidos... [...] Minha filha nasceu, a pediatra levou pra eu ver, não pude tocá-la porque os meus braços estavam amarrados e ela foi levada. Eu falei pra médica que não estava mais enxergando do lado esquerdo, ela disse que isso era normal, que minha visão voltaria quando a minha pressão estabilizasse. [...] A médica continuou com os comentários, ela dizia que aquilo era culpa do pessoal da recepção que me deixou entrar naquele estado, que daqui a pouco outras grávidas iam aparecer lá só pra ganhar um parto de graça, que ela queria ver quem ia pagar aquela conta e que não queria que nada fosse descontado do salário dela. Ela falou que ia reclamar na próxima reunião, que não deveriam nem fazer contrato com grávidas. A minha pressão continuava alta [...] minha cabeça doía muito. No dia seguinte, uma obstetra veio ver as outras mulheres que já iam receber alta. Elas foram orientadas sobre os cuidados com a cirurgia, amamentação, etc. Eu pedi pra falar com ela, ela disse que iria ver outras pacientes e voltaria em seguida. Mas não voltou. No segundo dia a enfermeira disse que eu receberia alta quando a obstetra viesse me ver no fim da

> tarde. Pouco depois outra enfermeira disse que eu já podia ir embora porque o quarto precisava ser desocupado. [...] Saí de lá sem ser avaliada por um obstetra, sem falar sobre a perda da minha visão do olho esquerdo, sem prescrição de remédio pra pressão (que continuava alta), analgésico, nada. Fui ao oftalmologista com doze dias após a cesárea e ele disse pra eu esperar mais um pouco até o meu organismo se recuperar, que deveria voltar ao normal quando a pressão estabilizasse. [...] Consultei outro oftalmologista cerca de um mês depois e ele disse que eu tinha sofrido uma atrofia nos nervos ópticos, que não tinha reversão. Eu chorei tanto na volta pra casa naquele dia… Três meses após a cesárea eu procurei outro oftalmologista que confirmou a atrofia e que era irreversível". (Trecho do relato de GIULIA) (s/p)

Como já citado no capítulo dois, as mulheres são encaradas como máquinas e precisam *(re-)*produzir boas mercadorias, tendo sua importância desvalorizada, enquanto a figura médica assume o controle e é enaltecido como figura central (Martin, 2006, *apud* Decarli, 2009). Por conseguinte, a experiência do parto passa por um processo de alienação e fetichização, refletindo a estrutura patriarcal e capitalista da sociedade atual:

> Assim, o fato é que o nascimento de outro ser humano envolve todo o complexo social e sua dinâmica [...] onde ela é afastada pelo estruturado conhecimento de seu corpo no parto (contrações, dilatação, movimentos, alívios não farmacológicos de dor, respeito ao corpo) como pode ter dificuldades de criar e construir vínculos com seu bebê e não reconhecer que ela foi principal sujeito gerando uma nova vida através de sua ação de partejar. A classificação dos corpos das mulheres estabelece terreno para a medicina moderna intervencionista e tecnológica pela lógica econômica considerando os corpos como eficientes ou ineficientes, hábeis ou inábeis, sãos ou doentes. (Decarli, 2009, p. 3-4)

Ou seja, a procriação era, em certo nível, a escravização das mulheres da época. Pois, rompendo com a autonomia que possuíam na Idade Média, onde o uso de métodos contraceptivos era permitido e elas ainda exerciam controle sobre o processo de parto, os corpos femininos tornaram-se politizados e controlados pelos homens e pelo Estado, carregando o propósito de servir à acumulação capitalista por meio da reprodução e vivenciando uma profunda alienação de seus corpos e de seus processos naturais.

Essa abordagem desvaloriza a potencialidade da capacidade das mulheres de parir[31], relegando-as a uma posição passiva em relação ao nascimento de seus filhos. Diante disso, ao considerar o corpo feminino como ineficiente, perde-se de vista a singularidade e complexidade dos processos fisiológicos e emocionais envolvidos no parto, além de subestimar o impacto emocional, psicológico e social que a medicalização excessiva pode acarretar nas mulheres, em suas experiências de maternidade e até mesmo na saúde dos bebês, como visto anteriormente.

---

[31] É importante frisar que o trabalho escreve sobre mulheres que, por algum motivo, escolheram vivenciarem o processo que é parir.

Tornando-se refém de uma violência *perfeita* e do domínio da equipe de saúde, a violência obstétrica sofrida é minimizada e por muitas vezes é sequer percebida pela parturiente e outros profissionais de saúde, sendo essas violações justificadas como necessárias pela equipe para garantir a segurança do bebê, com alegações nas quais não possuem embasamento científico. (Decarli, 2009)

De certa forma, a crescente medicalização do parto, especialmente por meio da popularização da cesariana[32], reflete uma visão que trata o corpo feminino enquanto uma máquina falha que requer reparos. Com isso, a cesariana é enfatizada como uma solução para contornar a suposta ineficiência do corpo feminino no processo de parto e situações que, supostamente, colocam a vida do feto em risco.

Ao transformar o parto em um procedimento medicalizado, abre-se espaço para a comercialização de serviços relacionados ao nascimento. Os médicos, por sua vez, passam a adotar práticas como a realização de cesarianas desnecessárias, partos mais rápidos e passivos de controle, seja de marcação do início, tempo de duração, métodos utilizados, etc.[33] Isto posto, os profissionais da saúde, seguindo uma lógica capitalista, transformam o processo natural de nascimento em uma linha de produção, transformando mulheres em meras mercadorias.

Essa abordagem reducionista e desumanizadora, enxerga o corpo das mulheres enquanto objetos a serem manipulados em prol do lucro e da eficiência. Afinal, o foco é direcionado para a padronização e a rapidez, negligenciando a individualidade e as necessidades específicas de cada mulher. Assim, essa lógica mercantilista desconsidera a importância do atendimento humanizado e do respeito aos direitos e desejos das gestantes, colocando em risco a saúde física e emocional das mulheres.

É importante destacar brevemente um outro movimento de parto humanizado, oferecido por doulas, as “novas parteiras”, por valores inacessíveis, em sua maioria. A partir disso, o parto humanizado também torna-se um mercado, esse limitado a poucas mulheres que possuem poder aquisitivo para acessá-los.

---

[32] Durante a década de 50, um médico chamado Lamaze foi um dos questionadores das novas técnicas de parto aplicadas nas mulheres. Lamaze participou de uma missão soviética e aprendeu técnicas russas de parto, baseadas na teoria de Pavlov. Ao trazer tais técnicas para a França, criou o movimento Parto Sem Dor, no qual orientava as parturientes acerca de técnicas corporais em busca da melhora da dor e da busca do protagonismo feminino. O movimento Parto Sem Dor chegou ao Brasil em 1970, sendo interpretado erroneamente diante de um discurso de superação da dor através da modernidade e medicalização. Ainda hoje, associamos o parto sem dor à intervenções médicas, anestésicas e cesarianas, ainda que o movimento tenha surgido com a premissa oposta à medicalização e apropriação. (Tornquist, 2004 *apud* Medeiros, 2021)

[33] Enquanto uma cirurgia cesariana dura cerca de duas horas, pode ser necessário mais de oito horas, até um dia para realizar um parto normal, que é iniciado de forma espontânea.

Para além, a humanização é comumente associada a velas, bolas, piscinas e banheiras, contudo, o parto humanizado, independentemente do local a ser realizado, tem como protagonista a mulher e seus processos. Nesse espaço seguro, a parturiente é respeitada e ouvida. Podemos citar o Hospital Maternidade Sofia Feldman, por exemplo, situado em Belo Horizonte, Minas Gerais, e é referência no que tange à humanização do parto.

Como discutido no ponto 2.3.1., os médicos também têm desempenhado um papel determinante na disseminação do medo e da desinformação em relação ao parto normal, sobre os riscos e a dor envolvidos. Outro ponto é a mídia, que também tem contribuído para essa narrativa, retratando o parto normal como algo perigoso e doloroso, enquanto promove a cesariana como uma opção mais segura e conveniente. Essa manipulação da informação busca favorecer os interesses econômicos da indústria médica, uma vez que a cesariana é um procedimento mais lucrativo.[34]

Ao criar um ambiente de medo e insegurança em torno do parto normal, os médicos acabam direcionando as escolhas das gestantes, levando-as a optar pela cesariana sem uma real necessidade médica. Ao distorcer informações e criar uma atmosfera de terror, os médicos podem privar as gestantes de uma experiência mais positiva e gratificante, além de expô-las a riscos desnecessários associados à cirurgia da cesariana.

Uma pesquisa realizada por Nicida (2018) buscou reconhecer quais as orientações repassadas nos manuais de obstetrícia publicados no Brasil acerca da assistência ao parto. Foi feita uma busca nos portais das bibliotecas da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade de São Paulo, Universidade Estadual de Campinas e da Fundação Oswaldo Cruz.

Em sua análise, Nicida (2018) constatou que as práticas repassadas nesses manuais correspondem à perpetuação de uma rotina de procedimentos de intervenção, nos quais deveriam ser utilizadas pontualmente ou são não recomendadas pela OMS. A episiotomia, por exemplo, trazida neste trabalho enquanto violência obstétrica, é realizada sem restrições nas parturientes:

> É a episiotomia, quase sempre, indispensável nas primiparturientes, e nas multíparas nas quais tenha sido anteriormente praticada. Feita com tesoura ou bisturi, poderá ser mediana (perineotomia), médio-lateral, que tem nossas preferências, e lateral (Fig. 6); a ferida incisa, de mais fácil e segura recomposição, substitui-se a lesão contusa da rotura. (Rezende, 2002, p. 340 *apud* Nicida, 2018, p. 1152)

---

[34] A Justiça Federal determinou que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) coloque em prática algumas medidas para reduzir o número de cesáreas na rede particular de saúde, tendo como principal medida que os profissionais de saúde da rede privada recebam três vezes mais por um parto normal em relação à cesariana, em busca de estimular a realização dos partos normais.

Um tipo de V.O. comumente encorajado é a permanência na posição litotômica, que é defendida em outro manual[35] enquanto a "posição preferencial", conservando a passividade na atuação da mulher em seu próprio parto. Além disso, nenhum manual indicou a escuta de desejos e necessidades da parturiente. (Nicida, 2018, p. 1153)

A autora ainda discute a definição da ciência obstétrica nesses manuais, sendo colocada como "parte da Medicina que estuda os fenômenos da reprodução, na mulher. Ocupa-se, assim, com a gestação, o parto e o puerpério — investigando-lhes a fisiologia, a patologia e os acidentes — e *dita* as regras de sua assistência, *em circunstâncias normais* e sob condições anômalas" (Rezende, 2002, p. 1 *apud* Nicida, 2018, p. 1153, *grifos meus*). Em outros autores, a obstetrícia é apresentada como "a ciência responsável pela reprodução de uma nação, em que se relaciona com diferentes fatores que influenciarão a quantidade e a qualidade de seus cidadãos". (Nicida, 2018, p. 1153)

A atribuição da obstetrícia de ditar regras e tomar decisões sobre os procedimentos do parto, mesmo em situações normais, cria uma dinâmica em que o obstetra possui o poder de conduzir a assistência sem a consulta ou participação efetiva da mulher ou de outros envolvidos. Isso resulta em uma relação assimétrica de poder e controle na assistência obstétrica, onde a mulher tem pouca — ou nenhuma — influência nas decisões que afetam o seu próprio processo de parto, perpetuando e alimentando a lógica patriarcal de violência e subjugação feminina enquanto o capital lucra através dessa opressão construída historicamente.

É importante ressaltar que o parto normal é um processo natural, seguro e fisiológico para a maioria das mulheres saudáveis. Segundo a Revista Lancet, o Brasil apresenta uma taxa de quase 60% de cesarianas, sendo o segundo país do mundo que mais realiza a cirurgia. Para o Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia a epidemia de cesáreas se dá ao maior lucro às clínicas de saúde, a comodidade de sua marcação e a incompetência de equipes médicas em acompanhar partos normais "difíceis".[36]

Assim como citado na introdução deste trabalho, é questionável que a esmagadora maioria das mulheres brasileiras apresentem tantas condições que justifiquem uma taxa tão

---

[35] (Kondo, 2011, p. 634 *apud* Nicida, 2018, p. 1153)

[36] VEJA. C**om hora certa: o que explica o recorde histórico de cesarianas no Brasil.** Disponível em: <https://veja.abril.com.br/comportamento/com-hora-certa-o-que-explica-o-recorde-historico-de-cesarianas-no-brasil>. Acesso em: 04 jul. 2023; FOLHA DE SÃO PAULO. **Brasil é o segundo país com maior taxa de cesáreas do mundo.** Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2018/10/brasil-e-o-segundo-pais-com-maior-taxa-de-cesareas-do-mundo.shtml>. Acesso em: 04 jul. 2023.

alta e discrepante para cesarianas quando comparada à taxa recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de 15%.

Segundo os Indicadores da atenção à saúde materna e neonatal da ANS, dos quase 6 milhões de partos realizados entre 2017 e 2020 por instituições privadas — seja através de remuneração por plano de saúde, SUS ou desembolso direto — 68,9% foram cesarianas. As taxas de cesárea entre as mulheres pardas e pretas ficam na faixa dos 60%, enquanto a das mulheres brancas ultrapassa os 70%.

A lógica de linha de produção também impacta os partos normais, pois muitas vezes os profissionais de saúde utilizam intervenções para acelerar um processo natural e único, mesmo que tais práticas não sejam recomendadas e possam afetar negativamente a saúde da mulher e do bebê. Isso poderia ser explicado devido a busca de uma maior eficiência e rapidez, que negligencia a individualidade e necessidades específicas de cada indivíduo, tornando o fenômeno mais natural da humanidade, um processo desumano.

O patriarcado e o capitalismo históricos desempenharam um papel significativo na configuração das relações de poder durante o processo de parto, resultando em um contexto onde o corpo feminino é subjugado, a sexualidade é controlada e as escolhas das mulheres são desvalorizadas. Através de um exame crítico histórico, pode-se observar que em virtude desse processo essas estruturas de poder contribuíram na perpetuação da medicalização excessiva do parto, na qual parte da formação da obstetrícia no Brasil ocorreu sem o embasamento em evidências.

Esse processo de naturalização da medicalização e mercantilização do parto demonstra a profundidade em que a classe trabalhadora se encontra imersa em uma lógica capitalista que a trata como mercadoria, desde o momento de seu nascimento. Como discutido, o contexto de exploração e alienação inerente ao sistema capitalista permeia todas as esferas da vida, inclusive o próprio ato de nascer.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender a violência obstétrica enquanto expressão de uma sociedade onde as relações sociais são fundamentadas historicamente na lógica de produção, de lucro e de exploração, considerando o processo de apropriação gradual do parto, a partir de uma análise bibliográfica feminista e de cariz marxista.

Diante disso, analisamos o contexto amplo da origem da medicina obstétrica na Europa e no Brasil, estabelecendo uma intersecção entre o patriarcado e o sistema capitalista, com o intuito de apreender acerca das raízes da violência de gênero, em particular a violência obstétrica.

Enfim, ao observar a transmutação das relações de gênero ao longo da história, desde a expropriação de terras até a transição para o sistema capitalista, podemos concluir que a opressão das mulheres e o controle sobre seus corpos atravessa os interesses do capital. Em síntese, a forma de produção de uma sociedade reflete diretamente nas suas relações sociais.

Dessarte, a responsabilização das mulheres pela reprodução, além da influência da Igreja Católica, a substituição das parteiras e a destituição de seus saberes pela medicina e a mercantilização do parto, ocorridos ao longo da história da humanidade, contribuíram para a consolidação dessa lógica de violência de gênero.

Como apresentado, esse processo de dominação e de imposição de normas e práticas médicas sobre as mulheres e a mercantilização do parto revelam a complexa interação entre patriarcado, capitalismo e violência de gênero. A medicalização do parto, embora muitas vezes apresentada como segura e eficiente, esconde uma realidade em que a saúde física e emocional das mulheres é frequentemente comprometida em prol do lucro e da eficiência.

Em um contexto contemporâneo, a naturalização do modelo médico perpetuado socialmente e a alienação da mulher sobre seu próprio corpo são fatores que contribuem para a persistência da violência obstétrica e para a perpetuação de uma cultura que desvaloriza a autonomia e a dignidade das mulheres.

Ou seja, a classe trabalhadora, em posição subalterna na sociedade de classes, é explorada para gerar lucro ao capital e vivencia um processo de *mercantilização* desde seu nascimento, tornando-se mero produto para o hospital.

É importante salientar que o posicionamento deste estudo não é contrário ao uso da cesárea, uma cirurgia necessária e um avanço para a medicina, mas analisa o movimento contemporâneo de direcionar mulheres, com frequentes argumentos já refutados pela ciência,

utilizando do seu poder médico para seguir uma via de parto conveniente ao lucro e produtividade.

Todas as mulheres devem ter a liberdade de escolha de seus partos — e se os querem —, contudo, é imprescindível que essa escolha seja feita a partir de informações embasadas e transparentes acerca dos riscos, prós e contras de cada método. Essa liberdade não se limita somente à via de parto, mas principalmente à informação e consciência de seus corpos, à segurança dos procedimentos, ao respeito à mulher e ao recém-nascido, à humanização da saúde, à certeza de que não sofrerão nenhum tipo de violência.

Para além, a carência do entendimento sobre o fenômeno e do reconhecimento desse cenário, impossibilita o acesso ao apoio legal e institucional, relegando as mulheres a um estado de invisibilidade e aceitação.

Contudo, este estudo não esgota o debate e tampouco inibe tal violência do mundo. Essa escrita deve ser vista enquanto uma contribuição de continuação para trabalhos futuros, nos quais abracem mais dimensões específicas que atravessam a realidade das mulheres brasileiras. Pois, discutir essa temática demanda a compreensão da relação desigual entre os gêneros e o resgate da violência enquanto transgressão dos direitos básicos humanos, e não como questões isoladas e individuais.

Portanto, percebemos a necessidade de um movimento que analise as consequências de uma cultura de violência pouco discutida, mesmo no Serviço Social, mas tão presente na vida das mulheres brasileiras. O desafio reside em promover uma abordagem humanizada e respeitosa ao parto e empoderar as mulheres a exercerem controle sobre seus próprios corpos e experiências de maternidade diante de tais estruturas. Afinal, somente por meio de uma transformação profunda nas relações de gênero e no sistema capitalista poderemos sonhar em alcançar uma sociedade verdadeiramente justa e igualitária.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Cesáreas respondem por 84% dos partos realizados por planos em 2019.** Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-08/cesareas-respondem-por-84-dos-partos-realizados-por-planos-em-2019. Acesso em: 8 jul. 2022.

AKOTIRENE, Carla. **O que é interseccionalidade?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

AMORIM, Melania; SOUZA, Alex Sandro; PORTO, Ana Maria. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **FEMINA**. Agosto 2010, vol 38, nº 8.

BEAUVOIR, S. de. **O Segundo Sexo.** 4. ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1980.

BRASIL. **Código de Ética Médica**. Capítulo V – Relação com pacientes e familiares. Res. (1931/2009).

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [Diário Oficial da União de 08/04/2005] (p. 1, col. 3). Distrito Federal, 2005.

BRASIL. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Distrito Federal, 2000.

BRENES, Anayansi C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v.7, n.2, p.135-149. 1991.

CASTELO, Rodrigo. A violência como potência econômica na gênese da "questão social" no Brasil. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 21, n. 42, p. 94-109, jul./dez. 2021.

COLLIN, Françoise; LABORIE, Françoise. Maternidade. **Dicionário crítico do feminismo.** Helena Hirata, at al. (Orgs.) Rio de Janeiro: Editora Unesp, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL. **Processo-consulta cfm nº 22/2018 – Parecer cfm nº 32/2018**. Violência obstétrica. 2018. Disponível em: <http://estaticog1.globo.com/2019/05/07/ParecerCFMViolenciaObstetrica.pdf>

DECARLI, M. Alienação, Coisificação da Mulher e Ideologia Dominante no Ambiente do Parto. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2019, Brasília. **XVI CBAS - Anais do Congresso**, 2019.

DELGADO, Josimara; TAVARES, Márcia; NORONHA, Valéria. Violências de gênero contra as mulheres, feminismos e serviço social: desafios políticos à categoria. **Revista Gênero.** Niterói, v. 22, n. 2, p. 198-222, 1. sem 2022.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 6.144, de 07 de junho de 2018**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e paridas sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à proteção delas no cuidado da atenção obstétrica no Distrito Federal. Brasília, 2018.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do estado capitalista.** 8 ed. rev. São Paulo: Cortez, 2000.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Editora Elefante, 2017.

FOLHA DE LONDRINA. **Denúncias de violência obstétrica crescem, mas ainda há subnotificação**. Disponível em: <https://www.folhadelondrina.com.br/geral/denuncias-de-violencia-obstetrica-crescem-mas-ainda-ha-subnotificacao-3233457e.html?d=1>. Acesso em 02 de Agosto.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Brasil é o segundo país com maior taxa de cesáreas do mundo.** Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2018/10/brasil-e-o-segundo-pais-com-maior-taxa-de-cesareas-do-mundo.shtml>. Acesso em: 04 jul. 2023.

FREYRE, Gilberto. **Casa grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. ed. 48. São Paulo: Editora Global, 2003.

G1. **Ministério diz que termo 'violência obstétrica' é 'inadequado' e deixará de ser usado pelo governo.** <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml>. Acesso em 30 de julho de 2023.

GALVÃO, Kayo; CARVALHO, Conceição; CUTRIM, Ilza; FAÇANHA, Luciano; FREITAS, Flávio. Medicalização do parto: reflexão acerca do (bio)poder sobre o corpo feminino. **Boletim de Conjuntura**. Ano V, vol. 14, n. 41, Boa Vista, 2023.

GIL, Antônio Carlos, 1946 - **Como elaborar projetos de pesquisa**/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002.

GONÇALVES, Renata. Quando a questão racial é o nó da questão social, **R. Katál.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 514-522, set./dez. 2018

GONZALES, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, 1984, p. 223-244.

GUIMARÃES, Nara, et al. Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das partutientes. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.2, p. 11942-11958 feb. 2021.

HIRATA, Hélène. **Novas configurações da divisão sexual do trabalho.** In: ASCHIERI, Flávio; PINHEIRO, Patrícia (Orgs.). Trabalho, políticas públicas e cidadania. São Paulo: Cortez, 2007. p. 137-146.

HOOKS, Bell. **Erguer a voz: Pensar Como Feminista, Pensar Como Negra**. São Paulo: Editora Elefante; 1ª edição, 2019.

HUMANISTA: JORNALISMO E DIREITOS HUMANOS. **Violência obstétrica atinge 1 em cada 4 gestantes no Brasil, diz pesquisa**. Disponível em: https://www.ufrgs.br/humanista/2018/01/28/violencia-obstetrica-atinge-1-em-cada-4-gestantes-no-brasil-diz-pesquisa/. Acesso em: 8 jul. 2022.

IAMAMOTO, Marilda. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**. São Paulo: Cortez, 2012.

LERNER, Gerda. **A Criação do Patriarcado: História da Opressão das Mulheres pelos Homens.** Editora Cultrix, 1º ed., Prefácio: Lola Aronovich. São Paulo, SP. 2019.

LIMA, Raquel; TEIXEIRA, Igor. Ser mãe: o amor materno no discurso católico do século XIX. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 6, n. 12, p.113-126, jun. 2008.

MAGALHÃES, Roberta. Violência obstétrica enquanto violência de gênero e seu viés racial. **Revista caderno virtual.** Página inicial. V.3, n. 45. 2019. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/cadernovirtual/article/view/3949>

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos**. 1 ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.

MARX, Karl. **O Capital - Livro 1: Crítica da economia política. Livro 1: O processo de produção do capital (Coleção Marx e Engels) (Portuguese Edition)** (p. 1017). Boitempo Editorial. Edição do Kindle. 2013.

MATOS, Maurílio Castro de. Cotidiano, **Ética e Saúde: O Serviço Social frente à contra-reforma do Estado e à criminalização do aborto**. São Paulo: PUC, 2009.

MEDEIROS, Camila. **Meu Corpo Regras do Estado: A violência obstétrica como controle de corpos no Brasil.** 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede Cegonha.** Acesso em 19 de maio de 2022. <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/rede-cegonha>

NASCER NO BRASIL: GRUPO DE PESQUISA SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Nascer no Brasil Inquérito nacional sobre parto e nascimento (2011 a 2012).** Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil. Acesso em: 8 jul. 2022.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da questão social. **Temporalis**. Ano II, nº 3 - Janeiro a Junho de 2001.

NICIDA, Lucia Regina de Azevedo. **A medicalização do parto no Brasil a partir do estudo de manuais de obstetrícia.** 288 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Saúde da Mulher e da Criança: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF). Rio de Janeiro, 2020.

OSAWA, Ruth Hitomi; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: interface de profissões afins, porém distintas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 699-702, 2006. Acesso em: 07 jul. 2023.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição "Mulheres e práticas de saúde". **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1039- 1061.

PAVIANI, Jayme. **Conceitos e formas de violência.** Maura Regina Modena (Org.). Caxias do Sul, RS: Educs, 2016.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero patriarcado violência**. / Heleieth Iara Bongiovani Saffioti. — 2.ed.— São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SANTA CATARINA. **Decreto nº 1.269, de 18 de agosto de 2017.** Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 18 de agosto de 2017.

SANTOS, Vanessa; MORAIS, Aisiane; SOUZA, Zannety; DA SILVA, Indinara; RAMOS, Rayciane; SANTOS, Jaciele; SANTOS, Juliana; NOGUEIRA, Sara. [Violência Obstétrica na Perspectiva de Raça/Cor: Uma Revisão Integrativa]. **Rev Paul Enferm** [Internet]. 2020;31. Disponível em: <https://repen.com.br/revista/wp-content/uploads/2021/08/REPEn_2020_v31_Violencia-Obstetrica-na-Perspectiva-de-Raca-Cor.pdf>

SENA, Ligia. **"Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração": A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica** / Ligia Moreiras Sena / orientador, Charles Tesser - Florianópolis, SC, 2016. 268 p.

SERRÃO, Tobias. Taxa de episiotomias em uma maternidade pública de média e alta complexidade no estado do Pará. **Biodiversidade** - n.18, v.3, 2019 - pág. 163.

SILVA, Edlene. As filhas de Eva: religião e relações de gênero na justiça relações de gênero na justiça medieval portuguesa. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 19(1): 312, janeiro-abril/2011.

SILVA, Eliana. Gênero e violência. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP v. 13, n. 1 (17) p. 127-140 jan./jun. 2014.

VENDRÚSCOLO, Cláudia; KRUEL, Cristina. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

VEJA. **Com hora certa: o que explica o recorde histórico de cesarianas no Brasil.** Disponível em: <https://veja.abril.com.br/comportamento/com-hora-certa-o-que-explica-o-recorde-historico-de-cesarianas-no-brasil>. Acesso em: 04 jul. 2023.