

Uma análise biopolítica do parto e da violência obstétrica no Brasil*

A biopolitics analysis of childbirth and obstetric violence in Brazil

Maiquel Angelo Dezordi Wermuth¹
Paulo Ricardo Favarin Gomes²
Joice Graciele Nielsson³

Resumo

A violência contra as mulheres no parto é um tema recorrente na sociedade brasileira. Explícita ou velada, a violência obstétrica contra parturientes é apresentada, no presente estudo, como consequência do processo de excessiva medicalização do parto, que submete a gestante a um processo de absoluta invisibilização em decorrência do saber-poder médico que lhe é imposto, nos moldes da filosofia foucaultiana. Nesse sentido, busca-se compreender, com base no método fenomenológico, em que medida a mulher vítima dessa violência pode ser considerada uma “vida nua”, nos termos da categoria desenvolvida na obra do filósofo italiano Giorgio Agamben.

Palavras-chave: Parto. Medicalização. Violência obstétrica. Biopolítica.

Abstract

Violence against women in childbirth is a recurring theme in Brazilian society. Explicit or veiled, obstetric violence against pregnant women is presented in this study as a result of the excessive medicalization of childbirth process, which submits the pregnant woman an absolute invisibility process as a result of medical knowledge-power that is imposed in the mold Foucault’s philosophy. In this sense, we try to understand, from the phenomenological method, the extent to which women victims of such violence can be considered a “naked life” under the category developed in the work of the Italian philosopher Giorgio Agamben.

Keywords: Childbirth. Medicalization. Obstetric violence. Biopolitics.

* Recebido em: 19/09/2016.

Aprovado em: 13/10/2016.

¹ Doutor em Direito (UNISINOS); Professor do Mestrado em Direitos Humanos da UNIJUÍ e dos Cursos de Graduação em Direito da UNIJUÍ e UNISINOS.

² Bacharel em Enfermagem pela Universidade FEEVALE.

³ Doutoranda em Direito Público pela UNISINOS; Professora do Curso de Graduação em Direito da UNIJUÍ.

1 Considerações Iniciais

A Escola da Defensoria Pública de São Paulo, em parceria com o Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher e a Associação Artemis publicaram, em novembro de 2013, uma cartilha voltada à conscientização sobre a Violência Obstétrica. A cartilha – intitulada “Violência obstétrica: você sabe o que é?”⁴ – identifica as formas de violência mais recorrentes contra a mulher no parto: a) peregrinação em busca de leitos em hospitais e maternidades; b) impedimento da presença do acompanhante escolhido pela parturiente; c) procedimentos/manejos que incidam sobre o corpo da mulher causando dor ou danos físicos (como, por exemplo, indução do parto mediante administração do hormônio ocitocina por conveniência médica, sucessivos exames de toque por pessoas diferentes, corte vaginal – episiotomia –, imobilização de braços e pernas); d) ações verbais que causam humilhação e provoquem sentimentos de inferioridade e medo; e) cesariana sem indicação clínica e sem autorização da parturiente; f) impedimento ou retardo do contato da mãe com o bebê logo após o nascimento, por conveniência institucional; g) impedimento do aleitamento materno por conveniência institucional.

Todas as situações descritas na Cartilha são evidenciadas na realidade cotidiana das mulheres parturientes no Brasil, senão vejamos:

a) Inúmeros estudos apontam os longos percursos percorridos pelas parturientes (peregrinação) em busca de atenção hospitalar, diante da ausência de um sistema de referência efetivo que garanta o leito obstétrico^{5 6 7}, o

que coloca em xeque a ideia de universalidade e igualdade preconizadas pela Lei nº 8.008/1990;

b) Por questões de conveniência hospitalar (institucional), muitas mulheres veem obstaculizado o seu direito de permanecer com um acompanhante durante o processo de parto e/ou encontram restrições quanto à sua escolha, mesmo em se tratando de direitos assegurados pelo art. 19-J e §1º da Lei nº 11.108/2005, regulamentada pela Portaria nº 2.418/2005 do Ministério da Saúde. De acordo com Bassete⁸, dados coletados pela ouvidoria da Rede Cegonha⁹ revelam que, no ano de 2012, mais especificamente no período compreendido entre os meses de maio e outubro, das 54 mil parturientes entrevistadas, 64% não tiveram o seu direito resguardado. No mesmo sentido, é a pesquisa de Santos¹⁰;

c) As intervenções que incidem sobre o corpo da mulher causando dor ou danos físicos também são frequentes. A prática da episiotomia, por exemplo, é um dos procedimentos mais comuns em obstetrícia no Brasil, podendo atingir uma frequência de até 90%. Em muitos casos, é realizada, como “rotina hospitalar”, sem consentimento ou até mesmo ciência prévia da parturiente, prescindindo de uma análise das vantagens e desvantagens para cada parturiente, ou seja, sem um enfoque seletivo, desconsiderando-se os efeitos nefastos da prática do corte vaginal (como infecção, hematoma, rotura de períneo, le-

⁴ A Cartilha referida pode ser consultada em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

⁵ RODRIGUES, Diego Pereira et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Escola Anna Nery*, v. 19, n. 4, p. 614-620, 2015.

⁶ SANTOS, Luciano Marques dos. *Análise da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2010. Disponível em: <http://www3.pgenf.ufba.br/tesesdissertacoes/2010/MULHER%202010/DISSER_PGGENF_258_LUCIANO%20MARQUES.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2016.

⁷ ROCHA, Francisca Auricélia Furtado. *A trajetória de gestantes e parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2004. Disponível em: <[dexSearch=ID>. Acesso em: 22 jun. 2016.](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=420928&in-</p>
</div>
<div data-bbox=)

⁸ BASSETE, Fernanda. 64% das grávidas não tiveram direito a um acompanhante no parto no SUS. *Estadão*, São Paulo, 27 jan. 2013. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,64-das-gravidas-nao-tiveram-direito-a-um-acompanhante-no-parto-no-sus,989603>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

⁹ Instituída pela portaria nº 1.459/2011 do Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha tem por finalidade garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à humanização no processo gestacional – pré-natal, parto e puerpério – com extensão ao neonato, de forma a assegurar seu crescimento e desenvolvimento. Desse modo, objetiva contribuir para a redução da mortalidade do binômio mãe-bebê, bem como fortalecer e aprimorar a assistência às mulheres e às crianças, com idade de zero a vinte e quatro meses, especificamente nas Redes de Atenção à Saúde Materna e Infantil. BRASIL. *Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011*. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 01 jul. 2016.

¹⁰ SANTOS, Luciano Marques dos. *Análise da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2010. Disponível em: <http://www3.pgenf.ufba.br/tesesdissertacoes/2010/MULHER%202010/DISSER_PGGENF_258_LUCIANO%20MARQUES.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2016.

são do nervo podendo etc.)^{11 12 13}. Também são frequentes os exames de toque realizados de modo doloroso, bem como a negativa dos profissionais de saúde em oferecer alívio para a dor¹⁴;

d) As ações verbais violentas também fazem parte das rotinas envolvendo os processos de parto, notadamente na rede pública de saúde¹⁵. Jargões pejorativos e frases moralistas do tipo “Na hora de fazer não chorou”, são utilizadas com frequência nesses espaços^{16 17};

e) A excessiva medicalização do evento do nascimento é outro traço característico do parto no Brasil. As intervenções desnecessárias apenas contribuem para aumentar a carga traumática do parto, o que pode acarretar danos à saúde física e psicológica das mulheres e crianças. Sobre o tema, Gualda¹⁸ refere que nas últimas décadas tem sido intensificada a utilização de drogas no decorrer do parto. Além disso, na assistência à parturiente, “a indução, a estimulação, a sedação e a analgesia têm sido utilizadas com mais intensidade, contribuindo, muitas vezes, para o surgimento das iatrogenias.” A autora, tam-

bém, salienta que a própria sala de parto se transformou em um “arsenal de instrumental cirúrgico e equipamentos” e até mesmo a posição em que a mulher é colocada “é apenas vantajosa para aqueles que conduzem o parto”.

f) A realização da cirurgia cesariana, sem indicação clínica e sem autorização da parturiente, também é frequente no Brasil. Segundo Diniz e Duarte¹⁹, os fatores indicados acima (a, b, c, d, e) são fundamentais para explicar por que, no caso brasileiro, “muitas mulheres recorrem à cesárea para evitar o parto vaginal, cheio de intervenções desnecessárias e dolorosas.” Com efeito, a incidência de partos operatórios aumentou, consideravelmente, nas últimas décadas. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar²⁰ revelam que os planos de saúde, no Brasil, fazem três vezes mais cesarianas do que a média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), superando índices do Chile, México e Turquia. O relatório aponta que entre os anos de 2014 e 2014, 85,1% dos 1,1 milhão de partos realizados por planos de saúde foram cirúrgicos. Em boa medida, essa tendência revela uma preocupação não com a figura da mulher, mas sim com a ansiedade dos profissionais de saúde em reduzir o tempo do parto a todo custo, bem como à interpretação errônea de dados de monitoração fetal contínua²¹. De acordo com Knobel e Buchele²², o aumento considerável do número de cesarianas nos últimos anos leva a crer que o procedimento passou a ser rotineiro e realizado sem indicação médica séria e precisa.

g) Por fim, em que pese estudos da Organização Mundial da Saúde²³ apontarem que colocar a criança na primeira hora de nascimento em contato precoce com a

¹¹ OSAVA, R. H. *Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1997.

¹² OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira V. de; MIQUILINI, Elaine Cristina. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 288-295, 2005.

¹³ ZANETTI, Miriam Raquel Diniz et al. Episiotomia: re- vendo conceitos. *Revista FEMINA*, v. 37, n. 7, p. 367-371, 2009.

¹⁴ VENTURI JR, Gustavo; AGUIAR, Janaina Marques de; HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. *A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado*. 2010. Disponível em: <http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/mesas/13_02.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2016.

¹⁵ VENTURI JR, Gustavo; AGUIAR, Janaina Marques de; HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. *A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado*. 2010. Disponível em: <http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/mesas/13_02.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2016.

¹⁶ DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

¹⁷ CIELLO et al. *Violência obstétrica*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da violência contra as mulheres. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2015.

¹⁸ GUALDA, D. M. R. *Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto*. Curitiba: Maio, 2002. p. 43.

¹⁹ DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. *Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. São Paulo: Unesp, 2004. p. 19.

²⁰ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Mapa assistencial da saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos/mapa-assistencial>>. Acesso em: 27 jul. 2016.

²¹ GUALDA, D. M. R. *Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto*. Curitiba: Maio, 2002.

²² KNOBEL, R.; BUCHELE, F. Mortalidade após procedimentos obstétricos no SUS nos anos de 2002 a 2004: uma reflexão sobre os altos índices de cesáreas no Brasil. In: COELHO, E. B. S.; CALVO, M. C. M.; COELHO, C. C. *Saúde da mulher: um desafio em construção*. Florianópolis: UFSC, 2006. p. 205-216.

²³ BRASIL. Ministério da Saúde. CEBRAP. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006: Relatório Final*. Brasília: MS/CEBRAP, 2008.

aréola da mãe influencia, positivamente, na relação mãe-bebê, uma vez que os neonatos choram menos durante o contato pele a pele com a mãe, o que eleva a prevalência do aleitamento materno e diminui o índice de mortalidade infantil, ainda é comum, no Brasil, o afastamento do recém nascido da mãe logo após o parto²⁴.

Diante do contexto delineado, o exercício a ser empreendido neste artigo é realizar uma análise biopolítica do parto, tal qual ele se dá na contemporaneidade – notadamente sob o aspecto da sua excessiva medicalização. Tradicionalmente, um “assunto feminino”, por se tratar do ato que, efetivamente, “dá a vida”, o parto passou, ao longo dos séculos, a ser cooptado pelo poder soberano, representado pela milenar aliança entre poder, patriarcado e saber, que redundou em uma absoluta “coisificação” da vida feminina. O controle total do soberano, representante do saber patriarcal, sobre todas as decisões relativas ao ato, transforma o parto em um típico momento de exceção, conforme teorizado pelo filósofo italiano Giorgio Agamben²⁶. Parte-se da hipótese de que o parto, tal como conduzido em nossa sociedade representa, talvez, a imagem mais perfeita sobre o modo de operação do biopoder, um poder soberano que age por meio do saber patriarcal, enquanto poder de “fazer viver e deixar morrer”. Ao assumir o controle sobre tal ato, poder disciplinar e poder biopolítico se complementam, realizando um perfeito controle sobre o corpo e sobre a “vida nua” da mulher parturiente.

A presente pesquisa utiliza-se do “método” fenomenológico, compreendido como “interpretação ou hermenêutica universal”, isto é, como revisão crítica dos temas centrais transmitidos pela tradição filosófica por meio da linguagem, como destruição e revolvimento do chão linguístico da metafísica ocidental. Esse método de abordagem visa aproximar o sujeito (pesquisador) e o objeto a ser pesquisado.

A opção pelo referido método deve-se ao fato de

²⁴ MONTE, G. C. S. B.; LEAL, L. P.; PONTES, C. M. Avaliação do 4º passo para promoção do aleitamento materno em hospital amigo da criança. *Revista Rene*, v. 13, n. 4, p. 861-870, 2012.

²⁵ ANTUNES, Marcos Benatti et al. Fatores associados aos impedimentos para a amamentação precoce: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 14, n. 4, 2015. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5129/html_941>. Acesso em: 28 jun. 2016.

²⁶ AGAMBEN, Giorgio. *Estado de exceção*. São Paulo: Boitempo, 2004.

que ele é o único que permite, definitivamente, demonstrar que o modelo de conhecimento subsuntivo próprio do sistema sujeito-objeto foi suplantado por um novo paradigma interpretativo, marcado pela invasão da filosofia pela linguagem a partir de uma pós-metafísica de reinclusão da faticidade que passa a atravessar o esquema sujeito-objeto, estabelecendo uma circularidade virtuosa na compreensão. A ênfase, portanto, passa para a compreensão, em que o compreender não é mais um agir do sujeito, e, sim, um modo-de-ser que se dá em uma intersubjetividade.

No que diz respeito à técnica de pesquisa, optou-se pelo emprego de vasta pesquisa bibliográfica, utilizando-se de textos (artigos, estudos, relatórios, livros) existentes acerca da temática proposta, do fichamento e do apontamento, bem como da legislação.

Quanto à sua estrutura, o texto apresenta-se dividido em três partes. Na primeira delas, busca delinear o caráter biopolítico do sexismo, do machismo e do patriarcado, os quais, a partir do corpo feminino, e mais especificamente, de um órgão, o útero, operam o controle biopolítico sobre a vida nua feminina. Feita tal aproximação teórica, a segunda parte evidencia o quanto a sala de parto configura-se na metáfora perfeita do controle biopolítico e patriarcal da vida feminina, momento no qual o poder de “fazer viver e deixar morrer” se concentra na mão do soberano. Essa análise é feita com base nas mais diversas situações de violência obstétrica verificadas no Brasil, que o tornam as salas de parto espécies de campo de concentração em que se decide a respeito da vida ‘vível’ e a vida que não é digna de ser vivida. Por fim, a parte final analisa o processo de consolidação deste biopoder, a partir do deslocamento da centralidade da mulher do ato de ‘dar a vida’, para as mãos de quem detém o saber especializado, posto a serviço do biopoder patriarcal. O resultado desse processo de controle e apropriação biopolítica do parto são vislumbrados, diariamente, nas mais constantes e dolorosas situações de violência obstétrica a que mulheres são submetidas no Brasil.

2 A biopolítica e o poder de “fazer viver” ou “deixar morrer”

O poder, sempre, foi um elemento crucial nas sociabilidades humanas. Em sua genealogia/arqueologia do poder, o filósofo francês Michel Foucault observa, a partir do século XVII, o surgimento discreto de um novo

mecanismo de exercício do poder, o poder disciplinar, que deixa de agir, apenas, pela negação para atuar na produção e organização de realidades. Será, no termo deste desenvolvimento, aberto pela nova dinâmica do poder disciplinar, que operará um importante deslocamento no poder soberano de impor morte, visto que, na virada para o século XIX, tal poder passará a se afirmar como um “poder que gere a vida”²⁷. Em suma, opera-se aí um importante deslocamento de ênfase: se antes o poder soberano exercia seu direito sobre a vida na medida em que podia matar, de tal modo que nele se encarnava o “direito de fazer morrer ou de deixar viver”, a partir do século XIX se opera a transformação decisiva que dá lugar ao biopoder como nova modalidade de exercício do poder soberano, que agora será um “poder de ‘fazer’ viver e ‘deixar’ morrer”²⁸.

Se o biopoder é aquele que faz viver e deixa morrer, como se decide entre quem vive e quem morre? É aí que a biopolítica moderna irá operar uma série de cesuras, ou seja, separações, diferenciações, entre os seres humanos, a fim de estipular qual vida “vale a pena ser vivida”, e qual vida se torna uma “vida indigna”, e portanto, ‘matável’. Tais cesuras operam por meio de sistemas estruturais e culturais, como o racismo e, mais especificamente, quanto ao tema aqui em estudo, com base no sexismo.

O sexismo, ou seja, a hierarquização dos seres humanos com base no preconceito de sexo e gênero, entre o masculino e o feminino, passa a justificar os mais diversos conservadorismos sociais na medida em que instituem um corte no *continuum* biológico da espécie humana que estabelece a partilha entre “o que deve viver e o que deve morrer”, entre a vida digna de ser vivida, aquela que merece obituário – segundo Butler²⁹ –, e aquela indigna, abjeta, matável. Nesse estado de coisas, a vida masculina tem maior valor, a vida feminina torna-se descartável.

O sexismo, estruturado a partir do patriarcado, opera de modo semelhante e paralelo ao racismo, ao estabelecer a hierarquização das vidas humanas a partir de diferenças biológicas. Neste processo, o feminino, segundo Tiburi³⁰, passa a ser um sistema simbólico, cujas

teias bem armadas estão inscritas em estruturas narrativas que transmitem o discurso ideológico da dominação patriarcal, na qual deve se deitar o corpo morto de toda mulher reduzida a seu próprio sexo. Para compreender esse processo, Tiburi³¹ propõe a análise de um elemento anatômico que assumiu, historicamente, um lugar simbólico, que justificou a cesura implementada e a condição de mera vida nua ao feminino: o útero. Segundo a autora³², o útero, ao longo do tempo, deixou de ser um “mero órgão ou mesmo uma simples metáfora comparativa” para transformar-se em regulador, em “elemento originário de um ser – de um corpo – e de um sistema político”, o patriarcado. Mas, “o que faz o órgão tornar-se função social”, a ponto de justificar a dominação, a imposição, a submissão, atribuída a um corpo inteiro, o corpo de mulher? Esta é a “mágica” realizada pelo sexismo enquanto instrumento da biopolítica.

E essa mágica tem seu pleno desenvolvimento no momento do parto: aqui, o corpo feminino, reduzido a um objeto a ser manipulado por um soberano que domina o saber patriarcal, e que garantirá, a partir de sua interferência e controle, o poder de “fazer viver” – o que significa, correlatamente, em muitos casos, no que se refere à mulher, o “deixar morrer”. E esse controle assumir-se-á, inescapavelmente, um caráter sexual: “de sexo frágil ao belo sexo, é sempre o sexo que a demarca”³³. Sexo que é marcado pela fala e que, quanto muito, encontra uma função submissa ou colaborativa, com o outro sexo, aquele que a submeteu. Do cumprimento ou não dessa função colaborativa, dependerá sua sobrevivência contra a ameaça de morte à qual toda a mulher está sempre submetida, uma vez que “o direito de existência das mulheres sempre foi sustentado pela possibilidade de alcançar o lugar excelente de sua função sexual”.

concentração: as mulheres e a questão da biopolítica. In: TIBURI, Marcia; VALE, Barbara (Org.). *Mulheres, filosofia ou coisas do gênero*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008. p. 53.

³¹ TIBURI, Marcia. Branca de Neve ou corpo, lar e campo de concentração: as mulheres e a questão da biopolítica. In: TIBURI, Marcia; VALE, Barbara (Org.). *Mulheres, filosofia ou coisas do gênero*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008.

³² TIBURI, Marcia. Branca de Neve ou corpo, lar e campo de concentração: as mulheres e a questão da biopolítica. In: TIBURI, Marcia; VALE, Barbara (Org.). *Mulheres, filosofia ou coisas do gênero*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008. p. 54.

³³ TIBURI, Marcia. Branca de Neve ou corpo, lar e campo de concentração: as mulheres e a questão da biopolítica. In: TIBURI, Marcia; VALE, Barbara (Org.). *Mulheres, filosofia ou coisas do gênero*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008. p. 55.

²⁷ FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2012. p. 128.

²⁸ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. 2. ed. São Paulo: WMF M. Fontes, 2010. p. 287.

²⁹ BUTLER, Judith. *Vida precária: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós, 2009.

³⁰ TIBURI, Marcia. Branca de Neve ou corpo, lar e campo de

Esse lugar excelente tem na maternidade sua formulação legal. Por meio dela, que só é possível em função de um órgão que, sempre, foi usado pelo discurso machista como argumento para a cesura e o enclausuramento, é que as mulheres se tornaram presas de seus corpos e de seus lares. Sob a alegação de que sua “natureza” estava sendo protegida. E, com ela, mais que a prole, o *status quo*. “O útero como metonímia e sua formulação em lei serviu de fundamento à prisão das mulheres ao longo da história”³⁴. Nesse processo, as mulheres seriam prisioneiras de seu próprio corpo, e o lar seria a repetição de um desenho já implícito na sua própria anatomia.

Já Simone de Beauvoir³⁵ apontava que o sexo, no caso das mulheres, esteve, historicamente (e unicamente), relacionado à procriação. A mulher, segundo a autora, apenas realiza, integralmente, seu destino fisiológico por meio da maternidade: “é a maternidade sua vocação ‘natural’, porquanto todo o seu organismo se acha voltado para a perpetuação da espécie”. Na ótica da filósofa, é o filho que “deve assegurar à mulher uma autonomia concreta que a dispense de se dedicar a qualquer outro fim”, de modo que, “se como esposa não é um indivíduo completo, ela se torna esse indivíduo como mãe: o filho é sua alegria e sua justificação”, ou seja, é pelo filho “que ela acaba de se realizar sexual e socialmente; é, pois, por ele que a instituição do casamento assume um sentido e atinge seu objetivo.”

Ao historiar a sexualidade, Foucault³⁶ revela como, com o passar do tempo, a mulher passou a ser cuidadosamente trancafiada nos limites da casa, confiscada pela família tradicional conjugal e absorvida inteiramente pela função de reproduzir, gerando um silêncio pudico em relação ao sexo³⁷. Nesse modelo, “o casal, legítimo e

procriador, dita a lei. Impõe-se como modelo, faz reinar a norma, detém a verdade, guarda o direito de falar, reservando-se o princípio do segredo”. Isso faz com que, no espaço social, apareça como legítima uma única sexualidade, aquela que é praticada “no quarto dos pais” com fins reprodutivos. Todas as demais manifestações de sexualidade devem ser escondidas: “o decoro das atitudes esconde os corpos, a decência das palavras limpa os discursos. E se o estéril insiste, e se mostra demasiadamente, vira anormal: receberá este status e deverá pagar as sanções”.

Ocorre que “quando o útero se torna público, uma casa de todos, ele reaparece no bordel: a mulher é, então, a prostituta”. A mulher, que não se “encaixa” nos padrões socialmente construídos, é execrada como “diferente”, sendo a ela atribuída a alcunha de “vagabunda”, “irresponsável” etc. Beauvoir³⁸ transmite muito bem esse sentimento quando provoca o leitor com a seguinte frase: “que um escritor escreva as alegrias e os sofrimentos de uma parturiente, é perfeito”. Com essa pequena proposição evidencia-se como o processo cultural sobre o comportamento feminino é opressor, o que se evidencia quando a sobredita autora segue referindo: “que fale de uma abortante e logo o acusarão de chafurdar na imundície e de descrever a humanidade sob um aspecto abjeto”.

Quando a mulher é pública, ela se torna a “mulher de todos” e, como tal, mercadoria. “Mercadoria da prostituição e da pornografia: corpo sempre reduzido à função sexual. O que sempre está em jogo na definição do público e do privado são os usos do útero, da pragmática à qual é sujeito o corpo das mulheres”³⁹. Corpo reduzido a uma função sexual demarcada em lugares onde se pode exercer seu uso. Nas mesas de parto, por exemplo, mais uma vez, essa metáfora se completa: “*Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?*” “*Não*

³⁴ TIBURI, Marcia. Branca de Neve ou corpo, lar e campo de concentração: as mulheres e a questão da biopolítica. In: TIBURI, Marcia; VALE, Barbara (Org.). *Mulheres, filosofia ou coisas do gênero*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008. p. 55.

³⁵ BEAUVOIR, Simone de. *O segundo sexo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009. p. 644-645.

³⁶ FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2012. p. 5.

³⁷ Acerca do tema, Beauvoir relata como o universo feminino foi “atacado” e manipulado desde sua infância, como a menina é preparada para as maravilhas da maternidade, com todos os seus benefícios morais e com suas obscuridades (deveres e doenças), as monotonias dos afazeres domésticos, sendo tudo isso justificado para somente cumprir seu papel de procriadora. No entanto, pela vontade masculina, para não prejudicar a vida social e profissional de seu companheiro, ela é levada a renunciar sua “condi-

ção”, submetendo-se à subalternidade perante o homem e aguardando que ele faça a “intervenção” sobre seu corpo quando o considerar necessário. Em face dessa situação, a filósofa aduz: “eis que se aguarda ansiosamente a volta do escorrimento vermelho que mergulha a menina no desespero”. Essa afirmação reafirma as questões psíquicas que as mulheres tendem a sofrer durante todas as fases de sua vida. BEAUVOIR, Simone de. *O segundo sexo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

³⁸ BEAUVOIR, Simone de. *O segundo sexo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009. p. 646.

³⁹ TIBURI, Marcia. Branca de Neve ou corpo, lar e campo de concentração: as mulheres e a questão da biopolítica. In: TIBURI, Marcia; VALE, Barbara (Org.). *Mulheres, filosofia ou coisas do gênero*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008. p. 56.

chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo”, são algumas das frases constantemente ouvidas por mulheres em processo de parto no Brasil⁴⁰.

Mais uma vez, o parto reclama papel primordial: apesar de constituir-se em um ato de *dar a vida*, e por isso mesmo tolerável, ele, mais do que todos, também representa o útero que, deixando de ser espaço de aprisionamento, passou a ser de alguém, ou de muitos. Não à toa, interpretações negativas a respeito do processo são frequentes: afinal, o parto diz respeito à própria questão do exercício da sexualidade feminina. A mulher, em processo de parto, é recolocada diante da “culpa” relacionada ao sexo: “*Aguenta, porque na hora de fazer, você gostou, né?*”⁴¹, ouvem as mulheres constantemente.

Essa culpa, que impera na representação cultural do parto – chamada por Foucault⁴² de “hipótese repressiva” –, ganha ainda mais peso em nossa sociedade autoidentificada como cristã: o sofrimento do parto, nesta doutrina, é a maldição imposta à mulher em decorrência do “pecado original”, conforme a bíblia especifica no livro de Gênesis 3:16, “multiplicarei os sofrimentos de teu parto; darás à luz com dores, teus desejos te impelirão para o teu marido e tu estarás sob o seu domínio.”⁴³ Trata-se o parto, com suas dores, na visão mítica das Sagradas Escrituras, de uma espécie de “castigo” que substitui o prazer da concepção, visão essa que interfere na percepção do parto ao longo dos séculos.

Embora negligenciadas, pois fazem parte do círculo subjetivo da mulher que, na maioria das vezes, pouco importa ao saber técnico e especializado que conduz o processo, tais representações simbólicas negativas têm profunda influência e afetam significativamente o processo de parir⁴⁴: são as representações mentais da mulher

grávida e que podem passar despercebidas pela equipe, caso não haja a devida sensibilização. Essas representações são produtos das vivências das mulheres, pelo meio social em que se inserem e que poderão ser exteriorizadas durante o processo de gestação, parto e puerpério, devendo ser objeto de atenção e assistência de todos os envolvidos⁴⁵. Considerar tais fatores constitui a dimensão do cuidado, que, em sua dimensão antropológica, transforma-se em um elemento essencial. Como assevera Gualda⁴⁶, essa compreensão cultural do cuidado “é vital [...] na determinação da intervenção e nas várias formas sob as quais esta intervenção deve-se processar.” Evidencia-se, portanto, segundo Couto⁴⁷, que o parto vai além do conceito biológico, atuando no âmbito social.

Na prática, tal dimensão social do parto e da gestação faz parte do que Eliane Brum⁴⁸, define como “o mito da maternidade”, responsável por esmagar as mulheres há muitos séculos. Para a autora, “ainda hoje, mulheres que não têm filhos são vistas por muitas de suas contemporâneas esclarecidas como uma espécie de ser pela metade. Ora histórica, ora frustrada. Para sempre incompleta.” No entanto, enquanto destino obrigatório de cada mulher, e, desse modo, enquanto coisa “de mulher”, a própria maternidade é desvalorizada em nossa sociedade. Diante deste quadro, as mulheres convivem com a contradição entre a ocupação de um posto no mundo e a disponibilidade de seu corpo para a maternidade⁴⁹. Ao optarem por um ou por outro, terão inúmeros desafios a serem enfrentados, muitas culpas a serem superadas, e muitas dores a serem sentidas.

⁴⁰ CIELLO et al. *Violência obstétrica*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da violência contra as mulheres. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2015.

⁴¹ CIELLO et al. *Violência obstétrica*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da violência contra as mulheres. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2015.

⁴² FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

⁴³ BÍBLIA. Português. *Bíblia sagrada*. São Paulo: Ave Maria, 2005.

⁴⁴ Pode-se afirmar, nesse sentido, que o parto constitui um processo de ajuste às normas socioculturais, uma vez que as sociedades organizam e moldam a vivência da crise biológica do nascimento de maneira peculiar, levando em

consideração as crenças e as práticas relativas à assistência pré e pós-natal, o cuidado no parto, restrições do comportamento perinatal, mecanismos de apoio psicológico e social, bem como o papel que deve ser desempenhado pelos responsáveis pela assistência ao parto. Estas diversas orientações relativas à saúde e ao cuidado no parto refletem a cultura de diferentes grupos étnicos, raciais, religiosos e até mesmo de classe social.

⁴⁵ COUTO, G. *Preparação para o parto*: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural. Loures: Lusociência, 2003.

⁴⁶ GUALDA, D. M. R. *Eu conheço minha natureza*: a expressão cultural do parto. Curitiba: Maio, 2002. p. 45.

⁴⁷ COUTO, G. *Preparação para o parto*: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural. Loures: Lusociência, 2003.

⁴⁸ BRUM, Eliane. A “safada” que “abandonou” o seu bebê. Disponível em: <http://brasil.elpais.com/brasil/2015/10/12/opinion/1444657013_446672.html>. Acesso em: 24 nov. 2015.

⁴⁹ CORSO, Diana L.; CORSO, Mário. *A psicanálise na terra do nunca*: ensaios sobre a fantasia. Porto Alegre: Penso, 2011. p. 39.

3 Biopoder, patriarcado e saber: o estado de exceção e a vida nua feminina

A contemporaneidade apresenta um incremento da biopolítica, ou seja, da implicação cada vez maior da vida natural do homem nos mecanismos e cálculos do poder. Com efeito, essa categoria foucaultiana assume o papel de importante ferramenta conceitual para o diagnóstico e a compreensão das crises políticas da contemporaneidade, bem como do fenômeno da manutenção das desigualdades de gênero em nossas sociedades. Para Agamben⁵⁰, esse irromper da biopolítica representa, apenas, a culminância de um processo: “antes de emergir impetuosamente à luz do nosso século [século XX], o rio da biopolítica, que arrasta consigo a vida *homo sacer*, corre de modo subterrâneo, mas contínuo”. E o seu reflexo mais contundente é, segundo o filósofo italiano, a transformação do estado de exceção em regra.

De acordo com Agamben⁵¹, o estado de exceção “tende cada vez mais a se apresentar como o paradigma de governo dominante na política contemporânea.” Isso ameaça transformar, radicalmente, “a estrutura e o sentido da distinção tradicional entre os diversos tipos de constituição”, dado que o estado de exceção se apresenta “como um patamar de indeterminação entre democracia e absolutismo.”

Efetivamente, a exceção é uma espécie de exclusão singular no que se refere à norma geral, em que aquilo que é excluído não permanece, em razão disso, fora de relação com a norma, mas mantém esse relacionamento sob a forma da suspensão. Mais uma vez, a metáfora do parto se impõe: embora haja uma série de legislações sendo construídas a fim de abordar a temática e, supostamente, proibir algumas práticas, a realidade demonstra que, sob o controle do poder soberano daquele que detém o poder da especialização técnica patriarcal, as decisões são tomadas livremente, a despeito da vontade daquela que está a parir. Por meio de um processo de disciplinamento da parturiente, muitas vezes o espaço é propício para o que se pode denominar de violência (socialmente autorizada) obstétrica – explícita ou não.

Nas exceções constituídas pelas salas de parto bra-

sileiras, evidencia-se, segundo Gualda⁵²: o uso indiscriminado do hormônio sintético ocitocina para indução do parto, bem como o procedimento cirúrgico cesárea sem uma indicação obstétrica precisa, o que tem acarretado experiências cada vez menos agradáveis durante o trabalho de parto, tanto para a gestante quanto para o neonato. A medicalização excessiva e as intervenções desnecessárias apenas contribuem para aumentar a carga traumática do parto, o que pode acarretar danos à saúde física e psicológica das mulheres e crianças. Sobre o tema, Gualda⁵³ refere que, nas últimas décadas, tem sido intensificada a utilização de drogas no decorrer do parto. Além disso, na assistência à parturiente, “a indução, a estimulação, a sedação e a analgesia têm sido utilizadas com mais intensidade, contribuindo, muitas vezes, para o surgimento das iatrogenias.” A autora, também, salienta que a própria sala de parto se transformou em um “arsenal de instrumental cirúrgico e equipamentos” e até mesmo a posição em que a mulher é colocada “é apenas vantajosa para aqueles que conduzem o parto”.

Ainda, pode-se destacar a prática indiscriminada da episiotomia. De acordo com Gualda⁵⁴, a episiotomia afeta estruturas do períneo: vasos sanguíneos, músculos e tendões responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, bem como pela continência urinária e fecal são atingidos, algumas estruturas afetadas tem ligações com o clitóris, minando o prazer feminino. Mesmo assim, pesquisas apontam que a prática da episiotomia ocorre em 94% dos partos normais realizados no Brasil⁵⁵. Ressalta-se que tal prática é “um dos únicos procedimentos realizados sem qualquer consentimento prévio da paciente, prática esta de fundamental importância”⁵⁶. Ou seja, a prática indiscriminada da episiotomia sem o consentimento da parturiente apenas ratifica a ideia de que o momento do parto constitui um espaço de exceção, em que a regra deixa de valer, valendo.

⁵² GUALDA, D. M. R. *Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto*. Curitiba: Maio, 2002.

⁵³ GUALDA, D. M. R. *Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto*. Curitiba: Maio, 2002. p. 43.

⁵⁴ GUALDA, D. M. R. *Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto*. Curitiba: Maio, 2002. p. 43.

⁵⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. CEBRAP. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006: Relatório Final*. Brasília: MS/CEBRAP, 2008.

⁵⁶ MATTAR, R.; AQUINO, M. M. A.; MESQUITA, M. R. S. A prática da episiotomia no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia*, v. 29, p. 2, 2007.

⁵⁰ AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: UFMG, 2010. p. 118.

⁵¹ AGAMBEN, Giorgio. *Estado de exceção*. São Paulo: Boitempo, 2004. p. 13.

Diniz e Duarte⁵⁷, também, salientam outras práticas utilizadas com frequência nessa espécie de campo de concentração, em que a vida nua feminina é projetada, mediante a prática de “procedimentos invasivos, dolorosos e potencialmente arriscados”, como, por exemplo: toques vaginais repetidos⁵⁸, imobilização em uma cama, instalação de soro, medicamentos para aumentar as dores, corte e costura da vagina, peso sobre a barriga, manobra de Kristeller⁵⁹ etc. Todas essas violências são perpetradas e reproduzidas “por meio da hierarquia e dominação do saber médico sobre o corpo da mulher, ferindo diretamente a autonomia a respeito daquilo que somente pertence a elas, os seus corpos.”⁶⁰

Segundo Diniz e Duarte⁶¹, esses fatores são fundamentais para explicar por que, no caso brasileiro, “muitas mulheres recorrem à cesárea para evitar o parto vaginal, cheio de intervenções desnecessárias e dolorosas.” Com efeito, a incidência de partos operatórios aumentou consideravelmente nas últimas décadas. Em boa medida, essa tendência revela uma preocupação não com a figura da mulher, mas sim com a ansiedade dos profissionais de saúde em reduzir o tempo do parto a todo custo, bem

como à interpretação errônea de dados de monitoração fetal contínua⁶². De acordo com Knobel e Buchele⁶³, o aumento considerável do número de cesarianas nos últimos anos leva a crer que o procedimento passou a ser rotineiro e realizado sem indicação médica séria e precisa.

O fato é que a cirurgia cesariana apresenta um risco maior, tanto para a mulher quanto para o bebê, razão pela qual somente deveria ser praticada quando houvesse uma indicação médica formal, ou seja, quando presente um risco para a mãe, para o feto, ou para ambos. Dentre os riscos para a mulher, salienta-se: lacerações acidentais, hemorragias, infecções, embolia pulmonar, íleo paralítico e reações indesejáveis à anestesia, complicações em gestações futuras, limitação do futuro obstétrico da mulher. Em relação à criança, destacam-se os riscos de maior frequência de desconforto respiratório, síndrome da angústia respiratória e prematuridade iatrogênica. Além disso, destaca-se que a rotina de separação do binômio mãe-bebê após o procedimento cirúrgico interfere “no estabelecimento do vínculo mãe filho e com a instalação precoce e bem sucedida da amamentação.” Por fim, em termos institucionais, a cesárea apresenta um maior custo financeiro (centro cirúrgico, dias de internação, pessoal, medicamentos), potencializado pelas complicações acima referidas⁶⁴.

Todo esse cenário permite a aproximação teórica proposta neste estudo: uma análise biopolítica do parto e, portanto, uma análise com base na Teoria da Exceção Agambeniana, segundo a qual “a norma se aplica à exceção desaplicando-se, retirando-se desta”, de modo que o estado de exceção não representa “o caos que precede a ordem, mas a situação que resulta da sua suspensão”; em outras palavras, “não é a exceção que se subtrai à regra, mas a regra que, suspendendo-se, dá lugar à exceção e somente deste modo se constitui com regra, mantendo-se em relação com aquela”⁶⁵.

⁵⁷ DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. *Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. São Paulo: Unesp, 2004. p. 18.

⁵⁸ Sobre o tema, o Dossiê Violência Obstétrica, salienta que “em hospitais escola, é comum ter várias pessoas juntas ou em sequência para realizar exame de toque vaginal. A mulher não é informada dos nomes, da qualificação, da necessidade e riscos do procedimento, ou mesmo das informações sobre a progressão do seu próprio trabalho de parto. Ela também não é consultada a permitir ou negar o procedimento.” Tal prática pode ser vista como humilhante e invasiva, expondo desnecessariamente a parturiente a uma situação vexatória. CIELLO et al. *Violência obstétrica*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da violência contras as mulheres. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2015.

⁵⁹ A manobra de Kristeller consiste na compressão abdominal da gestante, manobra que é realizada geralmente com uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher, ou pressionando seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou até mesmo joelhos. Os próprios profissionais de saúde reconhecem que a manobra em questão já foi há muito reprovada. Porém, continuam a realizá-la, apesar de jamais efetuarem o seu registro em prontuários. LEAL, Maria do Carmo et al. *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.

⁶⁰ ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. M. Violência obstétrica: a dor que cala. In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., 2014, Londrina. *Anais...* Londrina, 2014. p. 4.

⁶¹ DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. *Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. São Paulo: Unesp, 2004. p. 19.

⁶² GUALDA, D. M. R. *Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto*. Curitiba: Maio, 2002.

⁶³ KNOBEL, R.; BUCHELE, F. Mortalidade após procedimentos obstétricos no SUS nos anos de 2002 a 2004: uma reflexão sobre os altos índices de cesáreas no Brasil. In: COELHO, E. B. S.; CALVO, M. C. M.; COELHO, C. C. *Saúde da mulher: um desafio em construção*. Florianópolis: UFSC, 2006. p. 205-216.

⁶⁴ KNOBEL, R.; BUCHELE, F. Mortalidade após procedimentos obstétricos no SUS nos anos de 2002 a 2004: uma reflexão sobre os altos índices de cesáreas no Brasil. In: COELHO, E. B. S.; CALVO, M. C. M.; COELHO, C. C. *Saúde da mulher: um desafio em construção*. Florianópolis: UFSC, 2006. p. 207.

⁶⁵ AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: o poder soberano e a*

A figura da exceção, em determinadas circunstâncias, permite, assim, a suspensão do direito sobre certas pessoas ou grupos, transformando a sua vida em vida nua, ou seja, vida vulnerável, facilmente controlável, plenamente representada na figura de uma parturiente. Nesse rumo, o estado de exceção designa um “estado de lei” no qual a norma está em vigor, porém não se aplica, porque não tem “força”. Contudo, atos que não têm valor de lei adquirem essa “força”; logo, “o estado de exceção é um espaço anômico onde o que está em jogo é uma força de lei sem lei”⁶⁶. Isso significa que, para aplicar uma norma, é necessário, em última análise, suspender sua aplicação, produzir uma exceção, razão pela qual se pode afirmar que o estado de exceção marca um patamar onde lógica e práxis se indeterminam e onde uma pura violência sem logos pretende realizar um enunciado sem nenhuma referência real⁶⁷.

No âmbito do controle biopolítico do parto, a exceção (permanente) criada, como espaço de indistinção em que a norma se aplica desaplicando-se, é o espaço institucionalizado em que este ocorre, seja em hospitais públicos, maternidades, ou instituições de saúde privadas. Um espaço de vida que não faz parte da sociedade política, portanto, não faz parte do mundo do direito, fazendo; aquele que não importa a ninguém, porque afinal, lá dentro tudo é possível com o corpo feminino, abandonado à mercê da vontade/bondade do (patriarcado) soberano: “Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha”⁶⁸, afirma o médico à sua parturiente.

Lá dentro, afirma Agamben⁶⁹, é o soberano quem tem a competência para decidir sobre o estado de exceção. O soberano estaria habilitado a decidir sobre a suspensão dos limites e garantias estabelecidos na Constituição na medida em que julgasse necessário. Logo, na perspectiva em tela, soberano é quem decide sobre o estado de exceção, o que significa dizer que o ordenamento está à disposição de quem decide. O soberano, assim,

está, ao mesmo tempo, dentro e fora do ordenamento jurídico, pois ao utilizar o seu poder de suspender a validade do direito, coloca-se, legalmente, fora da lei: “Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender”⁷⁰, afirma o médico/soberano.

Na sociedade política, tal soberano é aquele instituído pelo contrato social hobbesiano, analisado por Ribeiro⁷¹, o qual, “não assina o contrato - este é firmado apenas pelos que vão se tornar súditos, não pelo beneficiário”, e, portanto, se conserva fora dos compromissos, e isento de qualquer obrigação”. Situação análoga pode ser identificada quando falamos do contrato sexual, que, segundo Carole Pateman⁷², correu, paralelamente, àquele, e instituiu os termos da dominação masculina e do “confinamento” da mulher ao seu campo particular. Nele, mais ainda, a figura do soberano fica evidente uma vez que, em relação a esse contrato, as mulheres nem mesmo figuraram como partes, mas sim como objetos e, enquanto tal, tiveram a decisão sobre sua morte-vida-nua entregues aos detentores do poder patriarcal.

Na biopolítica, em que o sexismo estabelece a cesura entre a vida que merece viver e merece morrer, a decisão entre vida e morte do corpo feminino está entregue às mãos do “soberano homem”, a partir de uma estrutura patriarcal de organização da sociedade. E, no caso do parto, o soberano médico, aquele que detém o poder do saber é que detém tamanho poder. Neste sentido, se Carole Pateman⁷³ situa seu contrato sexual paralelamente ao contrato social que institui a sociedade política da modernidade, Zaffaroni⁷⁴ vai mais longe nos confins da história para identificar uma tão antiga quanto profícua aliança entre poder punitivo e poder patriarcal e saber, enquanto pilares de sustentação do poder. Segundo o criminalista argentino o *poder*, ou o biopoder, estruturado a

vida nua I. Belo Horizonte: UFMG, 2010. p. 24-25.

⁶⁶ AGAMBEN, Giorgio. *Estado de exceção*. São Paulo: Boitempo, 2004. p. 61.

⁶⁷ AGAMBEN, Giorgio. *Estado de exceção*. São Paulo: Boitempo, 2004.

⁶⁸ CIELLO et al. *Violência obstétrica*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da violência contra as mulheres. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2015.

⁶⁹ AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: UFMG, 2010. p. 22-23.

⁷⁰ CIELLO et al. *Violência obstétrica*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da violência contra as mulheres. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2015.

⁷¹ RIBEIRO, Renato Janine. Hobbes: o medo e a esperança. In: WEFORT, Francisco C. (Org.). *Os clássicos da política*. São Paulo: Ática, 2002. v. 1. p. 63.

⁷² PATEMAN, Carole. *O contrato sexual*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

⁷³ PATEMAN, Carole. *O contrato sexual*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

⁷⁴ ZAFFARONI, Eugenio Raúl. El discurso feminista y el poder punitivo. In: SANTAMARÍA, Ramiro Ávila; VALLADARES, Lola (Org.) *El género en el derecho: ensayos críticos*. Quito: V&M, 2009.

partir da hierarquização das diferenças biológicas (sexismo do útero) se estrutura em três vigas de sustentação: o poder punitivo; o patriarcado e; a construção de um saber dominante. A aliança entre poder punitivo e patriarcado, segundo o autor, representou a primeira forma de “privatização” do poder punitivo da história, de modo que, o controle das mulheres foi “privatizado” ao poder patriarcal, que o exercia dentro do confinamento do lar.

Com base nessa aliança/privatização entre poder, agora biopoder, e patriarcado, o controle sobre a vida das mulheres não foi alvo direto das ações do poder, ou do Estado, posteriormente, mas esteve/está nas mãos dos homens/patriarcado, que detêm o poder de vida e morte sobre o corpo (vida nua) feminino, permitindo a sua transformação em *homo sacer*, nos temos agambenianos, e, por fim, em *vida nua*.

Se o poder patriarcal soberano detém o poder de vida e morte e produz a vida nua, a decisão sobre vida e morte dos seres heterodenominados de mulheres está nas mãos do patriarcado, enquanto mera vida nua à disposição da vontade masculina. Seu corpo aparece sempre subjugado ao destino – a maternidade, este destino irremediável ao qual o útero às destina, e para além dela, a apenas à colocação enquanto objeto de realização do desejo masculino, que finda, irremediavelmente, na morte – representado por uma lei, obviamente, ditada pelos homens. A lei, segundo Tiburi⁷⁵, se constitui no próprio patriarcado, do qual o texto é o lugar comum.

O corpo da mulher é, assim, figura fundamental, o que as teorias políticas do século XX chamam de “mera vida” ou “vida nua”⁷⁶. A mera vida natural sujeita à “matabilidade” pelo poder. Núcleo originário do poder soberano (aquele que decide sobre a vida), mera vida seria, segundo Tiburi⁷⁷, o elemento que governa, secretamente, as ideologias da modernidade fundadoras de campos de concentração e dos genocídios que fazem a história da política como história da morte perpetrada pelo ser hu-

mano contra o ser humano. Nesse sentido, coloca-se a tese aqui apresentada: seguindo a interpretação da biopolítica em Agamben e expandindo-a para uma interpretação do patriarcado (a união entre biopoder e patriarcado), ancorado no sexismo (que estrutura desigualdades a partir de diferenças biológicas), a mulher (enquanto categoria definida pelo próprio patriarcado) é eleita como figura da matabilidade, efetiva ou simbólica, pressuposto do controle biopolítico da vida humana.

A sala de parto é a metáfora completa a demonstrar tal situação, afinal, o parto é uma espécie de campo de concentração moderno no qual impera a exceção: não há regras, é o soberano/médico, quem, por meio de seu saber-poder, toma as decisões sobre o *fazer viver* e o *deixar morrer*.

4 A apropriação do parto pelo saber e o controle biopolítico da vida (NUA) feminina

Se o controle do corpo da mulher foi ‘privatizado’ ao patriarcado para que o exercesse dentro do lar, no caso do parto, a privatização se deu àquele que invocava o direito de agir em nome do *corpus* do saber dominante, a terceira viga do biopoder que se completa com poder e patriarcado. Esse *corpus* de saber especializado foi aprisionado pela ciência, às custas, muitas vezes, dos conhecimentos milenares na arte da cura e do cuidado, como aqueles das parteiras por exemplo. A evolução desse conhecimento científico era parte importante do avanço do poder, afinal, segundo Foucault⁷⁸, “a medicina é uma estratégia bio-política”.

A partir do momento em que houve um “apri-sonamento” do saber pela ciência humana, evidencia-se que o corpo dos profissionais de saúde, cada vez mais, se utiliza do “saber” para estabelecer com a parturiente uma relação de “poder”⁷⁹. Grande número de mulheres são levadas – muitas vezes em virtude de discursos falaciosos – a acreditar que não sabem e não podem conduzir o parto de modo natural, e o evento do nascimento é transformado no mais confortável possível para os profissionais de saúde, sem levar em consideração os saberes e desejos da gestante. Esse processo implica a vulnerabilização das parturientes em face da vontade

⁷⁵ TIBURI, Marcia. Diadorim: biopolítica e gênero na metafísica do Sertão. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 191-207, maio 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2013000100010>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

⁷⁶ AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: UFMG, 2010. p. 12.

⁷⁷ TIBURI, Marcia. Diadorim: biopolítica e gênero na metafísica do Sertão. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 191-207, maio 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2013000100010>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

⁷⁸ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 18. ed. São Paulo: Graal, 2003. p. 80.

⁷⁹ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 18. ed. São Paulo: Graal, 2003.

dos profissionais, que passam a estabelecer os critérios que julgam mais adequados para a realização do parto, dentro das técnicas estudadas, dando prioridade às intervenções cirúrgicas.

Esse processo de “aprisionamento” do saber milenar pela ciência médica tem uma longa história, e coincide com a transformação do poder disciplinar ao biopoder. Estudos sobre o parto surgiram no século XVI, na Europa, sendo esquecidos no período da Idade Média e retomados no século XIX. A medida em que a obstetrícia, como estudo e atuação científica, pudesse existir, foi necessário que a mulher se tornasse alvo do saber médico e, obviamente, não parte dele⁸⁰.

Até então, o parto era realizado preponderantemente por mulheres parteiras, razão pela qual não era considerado um ato médico⁸¹. A partir da experiência durante a atuação nos procedimentos considerados de alta complexidade que ocorriam em processos de partos patológicos, nos quais as parteiras não mais tinham êxito nas suas práticas, os cirurgiões começaram a adquirir um grande interesse sobre o corpo feminino, especificamente do útero (aquele mesmo que define e aprisiona a mulher), criando uma série de descrições sobre fenômenos fisiopatológicos relacionados à gravidez e ao parto, evento esse que subsidiou o surgimento da especialidade médica da Obstetrícia e que definiu o processo de parto como uma patologia⁸².

Diante do contexto delineado, a especialidade obstetrícia consolida-se e desloca o parto para o modelo institucional. Segundo Martins⁸³, existem alguns fatores preponderantes para o acontecimento desse processo, por exemplo, a perda de muitas vidas pelo despreparo de muitas parteiras (e médicos) em partos considerados de difícil manejo; o surgimento de maternidades dissociadas dos hospitais gerais com a adoção de medidas de higiene e isolamento, que contribuíram para a considerável redução de óbitos maternos hospitalares; o aprimoramento da técnica cirúrgica cesariana, que foi disseminada na população como um ato de salvar a vida das mães e de

seus respectivos filhos, como excelente técnica de cunho humanitário e filantrópico.

Dessa forma, ao evento do nascimento atribui-se um novo significado, passando de fisiológico, com características sociais e familiares, a um ato médico, com o iminente risco de surgimento de patologias durante o momento do parto, tornando a cesárea uma regra e não somente uma exceção para salvar vidas⁸⁴.

Segundo Nogueira e Lessa⁸⁵, a partir desse processo, pautado pela medicalização excessiva do parto, ele deixou, paulatinamente, de ser uma experiência pertencente ao universo feminino para se transformar em mais um evento médico, no qual “a parturiente foi relegada a um papel secundário no nascimento de seu filho” e no qual “sua satisfação ou insatisfação com a experiência permanece inaudível, como se fosse irrelevante.” Nesse contexto, as mulheres não mais “fazem” o parto, mas o “sofrem”, uma vez que, desde a gestação, são convidadas, “aberta ou indiretamente a delegar o controle ao médico, em vez de por ele ser assistida, estabelecendo uma franca parceria.” Na ótica de Gualda⁸⁶, esses rituais excluem a mulher “do centro do processo de parto” e impõem ao evento do nascimento “características tecnológicas pouco relacionadas com os aspectos fisiológicos da reprodução”.

Em boa medida, essa retirada da mulher do centro do processo de parto deve-se ao fato de que boa parte dos profissionais de saúde ainda se encontra atrelada a paradigmas intervencionistas e, conseqüentemente, agem nas situações de parto a partir de visões estereotipadas do corpo feminino. A fisiologia da mulher é compreendida como algo dependente da tecnologia, como algo frágil e, por isso, perigoso ao bebê. Trata-se daquilo que Diniz e Duarte⁸⁷ denominam “viés de gênero”, ou seja, “um olhar preconcebido sobre a mulher, em que seu corpo é por definição imperfeito e ameaçador, e não potencialmente adequado e saudável” ou seja, a mulher, enquanto *homo sacer*, mera vida, vida matável.

Evidencia-se, assim, um processo de “coisificação”

⁸⁰ MAIA, M. B. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

⁸¹ MAIA, M. B. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

⁸² MARTINS, A. P. V. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

⁸³ MARTINS, A. P. V. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

⁸⁴ MAIA, M. B. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

⁸⁵ NOGUEIRA, A. T.; LESSA, C. *Mulheres contam o parto*. São Paulo: Itália Nova, 2003. p. 21.

⁸⁶ GUALDA, D. M. R. *Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto*. Curitiba: Maio, 2002. p. 44.

⁸⁷ DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. *Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. São Paulo: Unesp, 2004. p. 19.

da mulher, na medida em que ela deixa de ser protagonista do processo de parto e passa a ser apenas um “objeto” de intervenção médica. Esse processo de invisibilização da mulher é descrito por Gualda⁸⁸ quando salienta que, desde a chegada ao hospital, a gestante é “disciplinada”⁸⁹ para o parto, sendo afastada de seus familiares, bem como de questões afetivas/emocionais relacionadas ao evento do nascimento:

quando a mulher chega ao hospital, o primeiro procedimento é o da admissão. Marido e familiares são separados da parturiente e esta é submetida à preparação para o parto. Esta consiste de registro de informações úteis de ponto de vista clínico e obstétrico, das condições físicas da mulher e do feto. Neste momento, são prescritos procedimentos que incluem tricotomia, enteroclistma, banho, utilização de roupa privativa do hospital, repouso e jejum. A mulher não pode caminhar livremente ou, mesmo, acomodar-se à vontade na cama. Seu corpo torna-se propriedade e responsabilidade da equipe que a assiste e dita o comportamento adequado. Da mulher espera-se a passividade na convivência com as intervenções.

Obviamente, tal apropriação é aquela realizada no âmbito do controle biopolítico do parto, permitindo transformar o evento do nascimento em um estado de exceção no qual o soberano, representando do saber patriarcal se apropria da mera vida de uma mulher, e toma para si o poder hipolítico de “fazer viver”.

5 Considerações Finais

Acredita-se que a mulher deve ser a protagonista de sua história e, assim, deve ter poder de decisão sobre seu corpo, liberdade para dar à luz e acesso a uma assistência à saúde adequada, segura, qualificada, respeitosa, humanizada e baseada em evidências científicas. Para tanto, no pré-natal, no parto e no pós-parto, a mulher precisa ter apoio de profissionais e serviços de saúde capacitados que, acima de tudo, estejam comprometidos com a fisiologia do nas-

cimento e respeitem a gestação, o parto e a amamentação como processos sociais e fisiológicos.

O parto e o nascimento de um filho são eventos marcantes na vida de uma mulher. Infelizmente muitas vezes são lembrados como uma experiência traumática na qual a mulher se sentiu agredida, desrespeitada e violentada por aqueles que deveriam estar lhe prestando assistência. A dor do parto, no Brasil, muitas vezes, é relatada como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, com práticas institucionais e dos profissionais de saúde que criam ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e de seu corpo.

Nesse sentido, acredita-se que outras formas de parir e nascer são possíveis e devem ser oferecidas a toda a sociedade. As mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro, devem reivindicar intervenções urgentes na assistência ao parto e nascimento. Parto sem violência, com respeito, com assistência e escolha informada baseada em evidências é o mínimo que deveria ser ofertado às mulheres.

Nesse sentido, a humanização da assistência ao parto também exige por parte dos profissionais de saúde uma atitude ética e solidária. Além disso, é imprescindível a organização da instituição de saúde, de forma a estabelecer um ambiente acolhedor e que adote condutas hospitalares que não estejam relacionadas ao tradicional isolamento imposto à mulher em trabalho de parto. Outrossim, devem ser adotadas medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando-se, assim, toda e qualquer prática intervencionista desnecessária.

Isso significa que é indispensável que ocorram mudanças substanciais no modelo biomédico, que atualmente assume um caráter essencialmente técnico, para que se passe a valorizar também os aspectos sociais e culturais relacionados à gestação e ao parto, de modo que as gestantes e as famílias brasileiras possam experimentar um processo de parto efetiva e verdadeiramente humanizado, nos termos do que preconiza a Portaria nº 371, do Ministério da Saúde, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde, medida adotada pelo Governo brasileiro em atendimento às recomendações da Organização Mundial de Saúde no que se refere à tecnologia apropriada ao parto e ao nascimento e, es-

⁸⁸ GUALDA, D. M. R. *Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto*. Curitiba: Maio, 2002. p. 43.

⁸⁹ De acordo com Foucault, “a disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder.” FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 18. ed. São Paulo: Graal, 2003. p. 107.

pecialmente, em relação às boas práticas do atendimento neonatal⁹⁰.

A falta de perspectiva, dada pelo desconhecimento e pelo desinteresse, demonstrando-se como herança cultural, faz com que as situações de violência contra as mulheres continuem a ocorrer, sem que seja feito algo para modificar isso, na grande maioria dos casos. Nota-se que, mesmo com a existência de movimentos sociais, a grande ocorrência das violências e falta de manifestação por parte das mulheres e seus familiares, ocorre na microesfera.

Dessa forma, observa-se que o desconhecimento tende a tornar a sociedade manipulável e obediente, ainda mais quando o saber é o método utilizado para tal. Por isso, é fundamental que seja promovido o conhecimento na microesfera, pois, a partir do empoderamento das mulheres e da sociedade como um todo, pelo saber, situações de violência tendem a diminuir e podem ser evitadas em muitos casos.

Referências

AGAMBEN, Giorgio. *Estado de exceção*. São Paulo: Boitempo, 2004.

AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Mapa assistencial da saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos/mapa-assistencial>>. Acesso em: 27 jul. 2016.

ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. M. Violência obstétrica: a dor que cala. In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., 2014, Londrina. *Anais...* Londrina, 2014. p. 1-7.

ANTUNES, Marcos Benatti et al. Fatores associados aos impedimentos para a amamentação precoce: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 14, n. 4, 2015. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5129/html_941>. Acesso em: 28 jun. 2016.

BASSETE, Fernanda. 64% das grávidas não tiveram direito a um acompanhante no parto no SUS. *Estadão*, São Paulo, 27 jan. 2013. Disponível em: <<http://saude.estadão.com.br/noticias/geral,64-das-gravidas-nao-tiveram-direito-a-um-acompanhante-no-parto-no-sus,989603>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

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

BÍBLIA. Português. *Bíblia sagrada*. São Paulo: Ave Maria, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. CEBRAP. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006: Relatório Final*. Brasília: MS/CEBRAP, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. *Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 01 jul. 2016.

BRASIL. *Portaria nº 371 de 7 de maio de 2014*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html>. Acesso em: 28 jun. 2016.

BRUM, Eliane. A “safada” que “abandonou” o seu bebê. Disponível em: <http://brasil.elpais.com/brasil/2015/10/12/opinion/1444657013_446672.html>. Acesso em: 24 nov. 2015.

BUTLER, Judith. *Vida precária: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós, 2009.

CIELLO et al. *Violência obstétrica*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da violência contra as mulheres. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2015.

CORSO, Diana L.; CORSO, Mário. *A psicanálise na terra do nunca: ensaios sobre a fantasia*. Porto Alegre: Penso, 2011.

COUTO, G. *Preparação para o parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência, 2003.

DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. *Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. São Paulo: Unesp, 2004.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Trad. Maria Ermantina Galvão. 2. ed. São Paulo: WMF M. Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

⁹⁰ BRASIL. *Portaria nº 371 de 7 de maio de 2014*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html>. Acesso em: 28 jun. 2016.

- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 18. ed. São Paulo: Graal, 2003.
- GUALDA, D. M. R. *Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto*. Curitiba: Maio, 2002.
- KNOBEL, R.; BUCHELE, F. Mortalidade após procedimentos obstétricos no SUS nos anos de 2002 a 2004: uma reflexão sobre os altos índices de cesáreas no Brasil. In: COELHO, E. B. S.; CALVO, M. C. M.; COELHO, C. C. *Saúde da mulher: um desafio em construção*. Florianópolis: UFSC, 2006. p. 205-216.
- LEAL, Maria do Carmo et al. *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.
- MAIA, M. B. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- MARTINS, A. P. V. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- MATTAR, R.; AQUINO, M. M. A.; MESQUITA, M. R. S. A prática da episiotomia no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia*, v. 29, p. 1-2, 2007.
- MONTE, G. C. S. B.; LEAL, L. P.; PONTES, C. M. Avaliação do 4º passo para promoção do aleitamento materno em hospital amigo da criança. *Revista Rene*, v. 13, n. 4, p. 861-870, 2012.
- NOGUEIRA, A. T.; LESSA, C. *Mulheres contam o parto*. São Paulo: Itália Nova, 2003.
- OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira V. de; MIQUILINI, Elaine Cristina. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 288-295, 2005.
- OSAVA, R. H. *Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1997.
- PATEMAN, Carole. *O contrato sexual*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
- RIBEIRO, Renato Janine. Hobbes: o medo e a esperança. In: WEFFORT, Francisco C. (Org.). *Os clássicos da política*. São Paulo: Ática, 2002. v. 1. p. 51-77.
- ROCHA, Francisca Auricélia Furtado. *A trajetória de gestantes e parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=420928&indexSearch=ID>>. Acesso em: 22 jun. 2016.
- RODRIGUES, Diego Pereira et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Escola Anna Nery*, v. 19, n. 4, p. 614-620, 2015.
- SANTOS, Luciano Marques dos. *Análise da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2010. Disponível em: <http://www3.pgenf.ufba.br/tesesdissertacoes/2010/MULHER%202010/DISSER_PGEMF_258_LUCIANO%20MARQUES.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2016.
- TIBURI, Marcia. Branca de Neve ou corpo, lar e campo de concentração: as mulheres e a questão da biopolítica. In: TIBURI, Marcia; VALE, Barbara (Org.). *Mulheres, filosofia ou coisas do gênero*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008.
- TIBURI, Marcia. Diadorim: biopolítica e gênero na metafísica do Sertão. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 191-207, maio 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2013000100010>>. Acesso em: 19 jun. 2016.
- VENTURI JR, Gustavo; AGUIAR, Janaina Marques de; HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. *A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado*. 2010. Disponível em: <http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/mesas/13_02.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. UNICEF. *Baby-friendly Hospital Initiative: revised, updated, and expanded for integrated care*. Geneva: World Health Organization, 2009.
- ZAFFARONI, Eugenio Raúl. El discurso feminista y el poder punitivo. In: SANTAMARÍA, Ramiro Ávila; VAL-LADARES, Lola (Org.) *El género en el derecho: ensayos críticos*. Quito: V&M, 2009.
- ZANETTI, Miriam Raquel Diniz et al. Episiotomia: re- vendo conceitos. *Revista FEMINA*, v. 37, n. 7, p. 367-371, 2009.