

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

SANA GIMENES ALVARENGA DOMINGUES

“ MEU CORPO ME PERTENCE? ” MATERNIDADE, ABORTO E PODER MÉDICO EM
CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ

Tese de Doutorado apresentada à
Universidade Estadual do Norte Fluminense
Darcy Ribeiro como parte das exigências do
Programa de Pós-graduação em Sociologia
Política, para obtenção do título de Doutora,
sob orientação da Prof.^a Dr.^a Marinete dos
Santos Silva.

CAMPOS DOS GOYTACAZES
2015

SANA GIMENES ALVARENGA DOMINGUES

“ MEU CORPO ME PERTENCE? ” MATERNIDADE, ABORTO E PODER MÉDICO EM
CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ

Tese de Doutorado apresentada à
Universidade Estadual do Norte Fluminense
Darcy Ribeiro como parte das exigências do
Programa de Pós-graduação em Sociologia
Política, para obtenção do título de Doutora,
sob orientação da Prof.^a Dr.^a Marinete dos
Santos Silva.

Aprovada em 15 de dezembro de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Dr.^a Marinete dos Santos Silva - Orientadora
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

Dr. André de Faria Pereira Neto
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Dr.^a Vera Lúcia Marques da Silva
Faculdade de Medicina de Campos (FMC)

Dr. Nilo Lima de Azevedo
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

Dr. Vitor de Moraes Peixoto
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

CAMPOS DOS GOYTACAZES
2015

AGRADECIMENTOS

Mais uma vez, o meu grande agradecimento vai para minha orientadora, Dr. ^a Marinete dos Santos Silva, por estar há mais de uma década me conduzindo pelos caminhos da pesquisa e tolerando minhas falhas com firmeza, mas paciência, em uma relação não só profissional, mas também de amizade. A partir daqui começo a caminhar com minhas próprias pernas, mas sem deixar de reconhecer e ser grata pela sua marca indelével na minha trajetória.

Não posso deixar de ser grata também à Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro pelo ensino público de qualidade do qual usufruí na graduação, no mestrado e no doutorado e também pelo apoio financeiro durante minha pós-graduação. Aproveito também para agradecer ao programa de Pós-graduação em Sociologia Política na figura de sua coordenadora, Dr. ^a Wânia Mesquita, pelo suporte e compreensão na reta final da feitura da tese.

Agradeço aos amigos que ao longo dos anos do doutorado me derem apoio emocional para seguir em frente e acreditar que seria possível, mesmo diante de algumas adversidades. Em especial, agradeço aos colegas do ATEGEN (Ateliê de Estudos de Gênero) pelo trabalho intelectual conjunto e às minhas amigas queridas, e também doutoras “uenfianas”, Lorena e Lara, por dividirem comigo as angústias da escrita de uma tese que só quem faz uma tese sabe mensurar.

Agradeço aos meus pais, Armonia e Renato, pois sem eles não teria sido possível me dedicar à vida acadêmica. Espero que eles possam ter orgulho da pequena trajetória que me ajudaram a construir. Não poderia deixar de mencionar meu marido Breno. Ainda que um forasteiro no mundo acadêmico, ele acompanhou todo esse processo desde o começo e tentou compreendê-lo, além de me ajudar a chegar até aqui.

Agradeço imensamente ao Hospital dos Plantadores de Cana e à Faculdade de Medicina de Campos por estarem abertos a esta pesquisa e, principalmente, a todas as médicas e médicos que cederam um pouco do seu já tão pouco tempo para contar suas experiências em condições nem sempre ideais.

E por fim, mas nem por isso com menor importância, agradeço sinceramente a todas as usuárias entrevistadas por confiarem a mim seus relatos tão íntimos e, por vezes, dolorosos, porém, tão fundamentais para o enriquecimento desta pesquisa.

A tod@s, o meu muito obrigada!

“Há o homem, isso é fato. Custa é haver o humano”.

Mia Couto

RESUMO

O presente trabalho tem como escopo discutir como a apropriação social do corpo feminino, através do controle da sexualidade e da função reprodutiva das mulheres, é legitimada pelo discurso e pelas práticas médicas. Tal processo de medicalização pode resultar em atendimento desumanizado e produzir a chamada violência obstétrica, que é todo o tipo de violência, física ou psicológica, praticada durante a gestação, o parto, o puerpério e mesmo nos casos de abortamento. Para compreender como tal problemática está atrelada à formação dos médicos obstetras, elegeu-se como campo de investigação o Hospital dos Plantadores de Cana de Campos dos Goytacazes (HPC), uma vez que esta é a instituição de saúde onde se realiza a residência médica em obstetrícia da Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes (FMC). Desse modo, foi possível evidenciar as dificuldades relativas à implementação da política de humanização do atendimento médico-hospitalar e também como se dá a reprodução de condutas não necessariamente baseadas em evidências científicas na formação dos médicos obstetras da cidade. A pesquisa foi conduzida de forma qualitativa, por meio de entrevistas com obstetras e residentes do hospital, bem como com pacientes que pariram e que passaram por um abortamento, provocado ou não, no Hospital dos Plantadores de Cana.

Palavras-chave: Gênero, Direitos Sexuais e Reprodutivos, Violência Obstétrica, Medicalização.

ABSTRACT

This work has the objective to discuss how the social appropriation of the female body, by controlling the sexuality and reproductive function of women, is legitimized by the medical discourse and their practices. This process of medicalization may result in dehumanized care and can produce the so-called obstetric violence, which is all kind of violence, physical or psychological, practiced during pregnancy, childbirth, postpartum and even in cases of abortion. To understand how this problem is linked to the training of obstetricians, the Hospital of Planters Cane Campos dos Goytacazes (HPC) was elected as a research field, since this is the health institution where the residency program of obstetrics at Medical School of Campos dos Goytacazes (FMC) it's practiced. Thus, it was possible to highlight the difficulties relating to the implementation of the humanization of the hospital and medical care policy and also how the training of obstetricians in the city it is not necessarily based on scientific evidences. The research was conducted in a qualitative way, through interviews with obstetricians and hospital residents, as well as patients who delivered and who have undergone an abortion, provoked or not, at the Hospital of Planters Cana.

Keywords: Gender, Sexual and Reproductive Rights, Obstetric Violence, Medicalization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| AMIU | Aspiração Manual Intra-Uterina |
| CEDAW | Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher |
| CNRM | Comissão Nacional de Residência Médica |
| FMC | Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes |
| HEAA | Hospital Escola Álvaro Alvim |
| HPC | Hospital dos Plantadores de Cana de Campos dos Goytacazes |
| MS | Ministério da Saúde |
| OEA | Organização dos Estados Americanos |
| OIT | Organização Internacional do Trabalho |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PAISM | Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| SESC | Serviço Social do Comércio |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| RESUMO..... | 05 |
| ABSTRACT..... | 06 |
| INTRODUÇÃO..... | 10 |
| CAPÍTULO 1: O GÊNERO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE: DA MILITÂNCIA À ACADEMIA..... | 19 |
| 1. BREVE TRAJETÓRIA DO MOVIMENTO FEMINISTA..... | 19 |
| 1.1. PRIMEIRA ONDA DO FEMINISMO..... | 20 |
| 1.2. SEGUNDA ONDA DO FEMINISMO..... | 23 |
| 1.3. TERCEIRA ONDA DO FEMINISMO..... | 25 |
| 2. DIREITOS REPRODUTIVOS COMO DIREITOS HUMANOS..... | 27 |
| 3. HISTÓRIA DAS MULHERES E POLÍTICA FEMINISTA..... | 35 |
| 4. ESTUDOS DE GÊNERO..... | 40 |
| CAPÍTULO 2: DAR A VIDA E DAR A MORTE: MATERNIDADE E ABORTO NA PERSPECTIVA MÉDICA..... | 46 |
| 1. A CONSTRUÇÃO CULTURAL DO SEXO..... | 46 |
| 2. CRISTIANISMO, MULHERES E SEXUALIDADE..... | 53 |
| 3. A BIOPOLÍTICA..... | 61 |
| 5. A MEDICINA COMO PRÁTICA DE CONTROLE SOCIAL..... | 64 |
| 5.1. O PARTO MEDICALIZADO..... | 69 |
| 5.2. A MATERNIDADE NO DISCURSO MÉDICO..... | 77 |
| 5.3. O ABORTO NO DISCURSO MÉDICO..... | 81 |
| CAPÍTULO 3: A MEDICINA OBSTÉTRICA NO HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA..... | 89 |
| 1. RESIDÊNCIA MÉDICA EM OBSTETRÍCIA NO BRASIL E EM CAMPOS DOS GOYTACAZES..... | 89 |
| 2. PERFIL DOS MÉDICOS OBSTETRAS DO HPC..... | 95 |
| 3. AS PERCEPÇÕES DOS MÉDICOS OBSTETRAS DO HPC..... | 101 |
| 3.1. ESCOLHA PROFISSIONAL..... | 101 |
| 3.2. DIFICULDADES NO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO..... | 105 |
| 3.3. HUMANIZAÇÃO DO PARTO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA..... | 110 |

| | |
|--|-----|
| 3.4. PROCEDIMENTOS DO PARTO..... | 120 |
| 3.5. MATERNIDADE E ABORTO..... | 134 |
| 3.6. IGUALDADE DE GÊNERO..... | 142 |
| 4. PERFIL DOS MÉDICOS RESIDENTES DO HPC..... | 145 |
| 5. AS PERCEPÇÕES DOS MÉDICOS RESIDENTES DO HPC..... | 147 |
| 5.1. ESCOLHA PROFISSIONAL..... | 147 |
| 5.2. DIFICULDADES NO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO..... | 150 |
| 5.3. HUMANIZAÇÃO DO PARTO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA..... | 152 |
| 5.4. PROCEDIMENTOS DO PARTO..... | 156 |
| 5.5. MATERNIDADE E ABORTO..... | 161 |
| 5.6. IGUALDADE DE GÊNERO..... | 164 |
| CAPÍTULO 4: ATENDIMENTO DE PARTO E ABORTAMENTO NO HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA..... | 166 |
| 1. PERFIL DAS PARTURIENTES..... | 168 |
| 2. SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO..... | 171 |
| 3. PERCEPÇÕES SOBRE MATERNIDADE, ABORTO E IGUALDADE DE GÊNERO..... | 181 |
| 4. PERFIL DAS MULHERES ATENDIDAS EM PROCESSO DE ABORTAMENTO..... | 183 |
| 5. SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO..... | 187 |
| 6. PERCEPÇÕES SOBRE MATERNIDADE, ABORTO E IGUALDADE DE GÊNERO..... | 191 |
| CONCLUSÃO..... | 195 |
| REFERÊNCIAS..... | 202 |
| APÊNDICES..... | 210 |

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surgiu a partir de uma inquietação pessoal a respeito das causas que impedem uma verdadeira igualdade de gênero em pleno século XXI. Tendo uma formação sociológica marcada pelos estudos de gênero desde a graduação e já tendo estudado questões teóricas e práticas sobre o papel das mulheres na sociedade, uma constatação pareceu-me clara: independentemente dos avanços conquistados, ainda é a partir e sobre o corpo feminino que se legitima um tratamento desigual para os gêneros.

Inicialmente, minha intenção era estudar a prática de abortos¹ ilegais no Estado do Rio de Janeiro, tendo como objeto de análise os processos criminais a esse respeito. Isso porque o direito ao aborto, para além das questões morais e religiosas envolvidas, é uma conquista necessária para o reconhecimento de que a mulher é senhora do seu corpo e de que seus direitos como indivíduo prevalecem sobre os interesses sociais. Não existindo uma ampla legalização do aborto na legislação brasileira², mas havendo, por outro lado, baixíssima incriminação da prática³, caberia verificar como o discurso sobre o aborto se coloca no âmbito jurídico. Desse

¹ Existe certa divergência sobre a expressão correta ser aborto ou abortamento. Em um sentido mais clínico, abortamento não se confunde com aborto, já que abortamento é a ação e o aborto é o resultado da ação. O termo abortamento, segundo a definição da OMS, é a interrupção da gestação antes de 20 a 22 semanas de gestação ou com peso fetal inferior a 500g. Aborto, nessa definição, é o produto do abortamento. Contudo, prevalece acadêmica e cotidianamente o uso das expressões aborto e abortamento como sinônimas, o que será adotado aqui. (Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf>. Acesso em 21 de agosto de 2015).

² No Brasil, há previsão de duas únicas hipóteses de aborto legal, quais sejam: o aborto terapêutico ou necessário, que é aquele realizado por razões médicas, quando a gravidez colocar a vida da gestante em risco e o aborto sentimental ou humanitário, quando a gestação decorrer de estupro. Em abril de 2012, fazendo uma interpretação do Código Penal conforme a Constituição Federal, o Supremo Tribunal Federal decidiu também que não é crime a interrupção da gravidez de fetos anencefálicos, tendo em vista que, juridicamente, o feto está morto. Tal decisão tem eficácia contra todos, sendo de observância obrigatória em todo o país.

³ As pesquisas mostram que há raros processos de aborto no judiciário e os existentes envolvem quase sempre mulheres pobres, negras, pouco instruídas e moradoras de periferia (EMMERICK, Rulian. **Aborto: (des)criminalização, direitos humanos e democracia**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008). Segundo Danielle Ardaillon: “Após verificar que o aborto é hoje um crime raramente punido quando as acusadas são as gestantes, levemente penalizado no caso das parteiras e outros agentes, mesmo quando esses mesmos agentes provocam a morte das gestantes, só posso concluir pela existência de uma incongruência entre o enorme investimento da sociedade na sua proibição, basicamente um policiamento da sexualidade feminina, e o pouco interesse de fato, por parte dos jurados - representantes dessa mesma sociedade -, na sua penalização”. Contudo a autora também destaca que: “Entretanto, mesmo aquilo que denominei de ‘Intenção absolutória’, que transforma o dito crime em ato com ‘exclusão de ilicitude’ ao invocar um ‘estado de necessidade’, não é inspirada pelo reconhecimento às mulheres de um direito de decidir sobre o rumo de suas vidas e sobre o exercício de sua sexualidade. A Justiça como instituição tende a **menorizar** as mulheres, que devem ser protegidas ou corrigidas”. (ARDAILLON, Danielle. O lugar do íntimo na cidadania do corpo inteiro. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.05, n. 02, p.376-388, 1997, p. 379).

modo, além de poder continuar trabalhando na linha dos estudos de gênero, eu poderia aproximar minha formação sociológica da minha formação jurídica como advogada e professora de Direito, analisando também as questões técnico-jurídicas referentes à legalização do aborto.

Essa pretensão de pesquisa acabou sendo abandonada em razão da publicação de um amplo estudo⁴, em 2012, feita pelo grupo *Direitos Humanos, Poder Judiciário e Sociedade*, da UERJ, que tratou, justamente, das mulheres incriminadas pelo crime de aborto no Rio de Janeiro e da visão dos atores do Poder Judiciário a esse respeito. Além de afetar a originalidade do tema da minha tese, era forçoso reconhecer que, sozinha, não poderia produzir um trabalho mais rico do que o já apresentado pelo grupo.

Cogitei a possibilidade de estudar, então, o aborto legal na única unidade de saúde cadastrada para tal prática no Estado do Rio de Janeiro⁵, a Maternidade Fernando Magalhães, que se localiza na capital do Estado. Porém, antes de efetivamente iniciar os trabalhos tive acesso a uma pesquisa produzida pela Fundação Perseu Abramo, em parceria com o SESC⁶ que mostrou que, pelo menos, uma em cada quatro mulheres já sofreu algum tipo de violência, antes, durante, ou depois do parto, perpetrada pelos profissionais de saúde da área obstétrica, tanto em hospitais públicos, como em hospitais privados.

Além de ser uma temática que eu desconhecia e que até o momento era muito pouco discutida no país, esse dado me fez refletir que, mesmo cumprindo seu papel social (e supostamente natural) e abraçando a maternidade, as mulheres sofrem algum tipo de violência. Minha orientadora, Dr. ^a Marinete dos Santos Silva, apontou a importância de estudar também o atendimento referente ao aborto induzido, já que o mesmo, certamente, ocorreria com as mulheres que rompem essa lógica e se submetem a abortos ilegais. Assim, “dando a vida, ou dando a morte”⁷, as mulheres sofreriam com a violência de gênero. Além disso, só a classe

⁴ A pesquisa se chama “Mulheres incriminadas por aborto no RJ: diagnóstico a partir dos atores do sistema de justiça”. Ela está disponível em <<http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/09/Relat%C3%B3rio-FINAL-para-IPAS.pdf>>. Acesso em 12 de janeiro de 2013.

⁵ Existem divergências entre os dados do Ministério da Saúde sobre os serviços cadastrados e a efetividade dos mesmos na prática, conforme aponta pesquisa nacional recente, financiada pela Secretaria de Políticas Especiais para Mulheres, que deverá ser publicada em breve e se intitula: “Serviços de Aborto Legal no Brasil – um estudo nacional”. Segundo a mesma, dos 62 serviços de aborto legal cadastrados, somente 37 o realizam de fato. E há sete Estados brasileiros que sequer possuem esse tipo de infraestrutura (MARIZ, Renata. Barreiras do aborto legal. **O Globo**. Rio de Janeiro, 05 de julho de 2015. Sociedade, p. 06).

⁶ A pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” foi realizada em agosto de 2010 e divulgada em 2011. Foram entrevistadas centenas de homens e mulheres em mais de 170 municípios brasileiros com o objetivo de traçar um panorama sobre a evolução do pensamento e do papel das mulheres brasileiras na sociedade. Dentre os temas abordados, destaca-se a saúde reprodutiva da mulher. Pesquisa disponível em: <<http://www.fpa.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em 20 de janeiro de 2013.

⁷ Expressão usada pela Dr. ^a Marinete dos Santos Silva.

social (embora essa variável seja, também, muito importante) não daria conta de explicar as condições objetivas que as pessoas possuem em sociedade. Desse modo, o estudo dos direitos sexuais e reprodutivos, a partir da chamada violência obstétrica, me pareceu um caminho interessante e pouco explorado para refletir acerca da manutenção das hierarquias de gênero que se baseia no controle sobre o corpo da mulher e tem como fontes modernas de legitimidade o saber médico e suas práticas.

No Brasil, a violência contra a mulher só passa a ser tema de estudo e intervenção na área da saúde a partir dos anos noventa do século XX, quando a temática também se estabelece, internacionalmente⁸, como um problema de direitos humanos⁹. Todavia, se os estudos que relacionam violência e saúde lançaram luzes sobre as limitações do atendimento hospitalar a mulheres em situação, por exemplo, de violência sexual e doméstica, eles parecem não ter conscientizado os próprios profissionais de saúde acerca do fato de que eles também podem ser autores de uma violência muito particular (e ainda pouco estudada pelas Ciências Sociais¹⁰) contra as mulheres: a chamada violência obstétrica.

A violência obstétrica pode ser caracterizada como um tipo específico de violência de gênero e como uma consequência do processo de medicalização do corpo feminino. É importante destacar que quando se fala nesse tipo de violência, não se está referindo apenas à violência física, como a realização de intervenções médicas inadequadas, ou não autorizadas que podem levar a danos corporais, mas também à violência psicológica, ou ao desrespeito de garantias legais que as gestantes podem sofrer.

Nessa linha, as pesquisas apontam que a violência obstétrica, além de ser um problema mais amplo de violência de gênero, também está relacionada à formação dos profissionais de saúde que oferecem, muitas vezes, um atendimento autoritário e desrespeitoso

⁸ A II Conferência Mundial de Direitos Humanos que ocorreu em Viena, em 1993, e foi organizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), declarou que os direitos das mulheres são parte integral e indivisível dos direitos humanos. A atuação do movimento feminista foi determinante para que a Declaração de Viena redefinissem a fronteira entre o espaço público e a esfera privada, superando a divisão que até então caracterizava as teorias clássicas do direito. A partir desta reconfiguração, os abusos que têm lugar na esfera privada - como o estupro e a violência doméstica - passam a ser interpretados como crimes contra os direitos da pessoa humana. (Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/viena/viena.html>>. Acesso em 10 de maio de 2015). Regionalmente, a Convenção de Belém do Pará, em 1994 (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher), editada pela Organização dos Estados Americanos (OEA), teve um papel importante nesse mesmo sentido.

⁹ D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, agosto de 2009, p. 1038.

¹⁰ Os trabalhos disponíveis costumam ser produzidos por pesquisadores das ciências da saúde.

às gestantes.¹¹ Visto apenas a partir de uma perspectiva biomédica, o corpo feminino se torna um ente despersonalizado.

O que se pode apreender desse tipo de atendimento é uma atenção à saúde recortada no acometimento físico-biológico, estando longe de contemplar a integralidade de atenção à saúde, que envolve outras dimensões como: social, cultural, jurídica e psicológica¹².

A violência obstétrica é tipificada como crime na Argentina e na Venezuela¹³, sendo definida nos códigos legais destes países como:

A apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres¹⁴.

É possível falar, então, em violência obstétrica em três situações distintas: durante a gestação, no parto e em situações de abortamento.¹⁵ No Brasil, embora não exista uma tipificação criminal própria para esse tipo de prática, existe um conjunto de normas jurídicas que tenta evitar que essa violência ocorra e isso se daria por meio da humanização do atendimento à gestação, ao parto, ao puerpério e ao abortamento.

Nesse sentido, é preciso destacar, por exemplo, que muito embora a Lei nº 11.108/2005 assegure a toda parturiente o direito a um acompanhante livremente nomeado antes, durante e depois do parto (normal ou cirúrgico),¹⁶ esse direito é, geralmente, negado, mesmo na rede privada de saúde. Além disso, o Brasil apresenta a maior taxa de partos

¹¹ AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-91, 2011.

¹² VIEIRA, Elisabeth Meloni et al. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 566-577, Dezembro de 2009, p. 568.

¹³ Em novembro de 2006, a República Bolivariana da Venezuela aprovou a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência. Esta nova lei tipificou 19 formas de violência contra a mulher, tendo incluído a violência obstétrica. Em março de 2009, a República Argentina sancionava a Lei nº 26.485 de “Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais”, na qual estão tipificados seis tipos de violência contra a mulher, a saber: violência doméstica, institucional, laboral, violência contra a liberdade reprodutiva, obstétrica e midiática.

¹⁴ REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Dossiê Violência obstétrica: parirás com dor, 2012, p. 32-33. Disponível em: < <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em 14 de agosto de 2015.

¹⁵ Essa é a indicação jurídica dada pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Sobre o assunto ver: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>>. Acesso em 05 de setembro de 2015.

¹⁶ BRASIL. **Lei 11.108/05**. Brasília: Senado Federal, 2005.

operatórias (cesarianas) do mundo.¹⁷ Estima-se que, atualmente, tal taxa já seja de 55%¹⁸ contra os 15%, no máximo, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que são, de fato, necessários,¹⁹ o que parece ser mais um indício de uma atuação equivocada por parte do corpo médico e de uma objetificação do corpo feminino. E tudo isso quando a própria OMS e também o Ministério da Saúde (MS) consideram a violência de gênero como um problema de saúde pública²⁰.

Outro dado preocupante é que o número de episiotomias é extremamente alto e muito além daqueles indicados pela OMS²¹. A episiotomia é o corte cirúrgico do períneo usado para facilitar a saída do bebê no parto normal e evitar uma laceração irregular da região. Ocorre que esse procedimento pode produzir sequelas físicas graves, como problemas de cicatrização, deformidades, dores permanentes na região vaginal e anal, além de, em casos extremos, ligação do canal vaginal com o canal anal e até mesmo a morte. A realização de episiotomias no Brasil é vista como um procedimento de rotina, mesmo sendo considerada uma violação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres²² e a despeito dos custos financeiros que impõe ao SUS²³. Isso mostra mais uma faceta da violência de gênero. Nessa linha, muitos estudos apontam que sua prática continua a ser propagada, pois há um forte apelo simbólico (sem embasamento científico, mas presente mesmo no imaginário médico) em preservar a vagina da passagem do bebê e mantê-la apta à prática sexual.²⁴ E, além disso, a realização da episiotomia acelera indevidamente o parto normal, o que facilita o trabalho da equipe médica.

¹⁷ Somente o Brasil e o Chipre possuem, em todo o mundo, uma taxa de partos cirúrgicos mais alta do que a de partos normais. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>>. Acesso em 20 de maio de 2015.

¹⁸ Na rede privada esse percentual é ainda mais alto, sendo estimado em 84% do número total de partos. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar>>. Acesso em 30 de janeiro de 2015.

¹⁹ Segundo OMS, mais do que estabelecer uma taxa específica de cesáreas, o maior esforço deve ser no sentido de que as cesáreas sejam feitas nas ocasiões em que são necessárias, já que, como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo, tanto para a mulher, quanto para o seu filho. Todavia, desde 1985 que a entidade reconhece que a taxa ideal de cesáreas giraria em torno de 10 a 15% de todos os partos. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2015.

²⁰ O Ministério da Saúde considera que as elevadas taxas de cesarianas são fatores determinantes para a mortalidade materna e perinatal. Além disso, os partos operatórios têm sido associados a condições como o retardo na recuperação puerperal, tempo aumentado de internação, início tardio da amamentação e grande elevação de gastos para o sistema de saúde (Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33908>. Acesso em 20 de abril de 2013.).

²¹ A episiotomia é feita em quase 55% dos partos normais no Brasil, quando a OMS indica que esse número não deva ultrapassar os 10%.

²² Disponível em: <<http://www.clam.org.br/pdf/sdiniz.pdf>>. Acesso em 22 de agosto de 2013.

²³ Estima-se que seja possível economizar 134 milhões de dólares por ano na América Latina com a redução das episiotomias desnecessárias, isso sem contar os custos relativos às complicações que podem decorrer da prática. (TOMASSO, Giselle et al. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**, Caracas, v.62, n.2, p.115-121, 2002).

²⁴ Usa-se, no jargão médico, a expressão “ponto do marido” que é o aperto reforçado da sutura da episiotomia de forma a deixar a vagina mais “apertada” para as relações sexuais e o prazer masculino. Sobre o tema ver: <<http://www.clam.org.br/pdf/sdiniz.pdf>>. Acesso em 22 de agosto de 2013.

Se mesmo as mulheres que cumprem seu papel social de reprodução estão expostas a esse tipo de rotina, o que esperar, então, do tratamento hospitalar dispensado àquelas que rompem essa lógica e renegam a maternidade ao se submeterem ao aborto induzido, especialmente, os abortos ilegais?

No que tange ao aborto provocado, pesquisas apontam que ele é uma das principais causas de mortalidade materna no país, além de onerar severamente o Sistema Único de Saúde (SUS)²⁵, até porque a curetagem pós-aborto é a cirurgia mais realizada pelo SUS no Brasil.²⁶ Embora não seja possível diferenciar a curetagem decorrente do aborto espontâneo daquela decorrente do aborto provocado nas estatísticas oficiais, o próprio Ministério da Saúde reconhece que boa parte das curetagens decorre de abortos induzidos, pois os abortos espontâneos não costumam requerer internação hospitalar.²⁷ Vale destacar que esses dados se referem apenas ao serviço público de saúde, o que evidencia a grandeza do problema.

O maior estudo sobre a magnitude do aborto no país²⁸ mostra que, aos quarenta anos, mais de uma em cada cinco mulheres brasileiras já fizeram um aborto ilegal. Além disso, mais da metade destas mulheres teve que ser internada após a realização do aborto, o que significa que o sistema de saúde tem sido sobrecarregado em decorrência das complicações do aborto inseguro. Todavia, as pesquisas também apontam para o despreparo médico em atender a essas mulheres²⁹ mesmo quando se tratam de abortos legais e mesmo em hospitais, teoricamente, especializados nesse tipo de atendimento.³⁰

Convém ainda destacar que nos últimos anos e especialmente a partir do ano de 2014, a violência obstétrica e o aborto ilegal têm gerado mais discussão. Tal fato decorre, de

²⁵ Trata-se da quinta causa de morte materna no país segundo o Ministério da Saúde e se estima que ocorra 1 milhão de abortos clandestinos anualmente no Brasil. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/governo-afirma-onu-que-aborto-clandestino-no-pais-problema-de-saude-publica-15550664>>. Acesso em 15 de agosto de 2015.

²⁶ YU, Pai Ching. **Registro nacional de operações não cardíacas**: aspectos clínicos, cirúrgicos, epidemiológicos e econômicos. Tese de Doutorado (Faculdade de Medicina - Programa de Cardiologia) São Paulo: USP, 2010, 115 f, p. 65.

²⁷ Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf>. Acesso em 25 de abril de 2013.

²⁸ DINIZ, Débora, MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, vol.15, nº.1, p.959-966, Rio de Janeiro, 2010.

²⁹ FAÚNDES, Aníbal et al. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.26, n.02, p.89-96, março de 2004.

³⁰ Sobre o tema, ver: FARIAS, Rejane Santos. **Avanços e desafios na viabilização ao acesso ao aborto legal no Hospital Municipal Fernando Magalhães na perspectiva dos profissionais de saúde**. Trabalho de conclusão de curso (Escola de Serviço Social). Rio de Janeiro: UFRJ, 2009, 131 f e RANGEL, Maria do Carmo Petrucci. **Aborto em Campos dos Goytacazes: o caso do Hospital dos Plantadores de Cana**. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais). Campos dos Goytacazes: UENF, 2004, 125 f. Em breve também será publicada uma pesquisa de âmbito nacional sobre o tema que já aponta, em seus dados preliminares, a mesma realidade (MARIZ, Renata. Barreiras do aborto legal. **O Globo**. Rio de Janeiro, 05 de julho de 2015. Sociedade, p. 06).

um lado, do maior número de denúncias de violência obstétrica em várias unidades da federação que têm mobilizado alguns grupos sociais³¹ e também os próprios órgãos governamentais, como o Ministério Público Federal ou a Defensoria Pública da União³² e mesmo o próprio Poder Legislativo.³³ E, de outro, dos debates políticos que surgem acerca da legalização do aborto, seja em razão de projetos legislativos que vão de encontro aos direitos reprodutivos das mulheres, como o Estatuto do nascituro,³⁴ ou da aproximação das eleições que sempre trazem à tona esse tipo de debate.

Uma questão fundamental que não pode ser esquecida é que a violência institucional praticada contra as mulheres em atendimento obstétrico é uma violência velada e que não é denunciada já que as próprias gestantes naturalizam esse processo.³⁵ Isso acontece, pois a violência de gênero, antes de ser uma violência concretamente perceptível, é também uma violência simbólica, que é aquela que mantém os códigos das relações de poder entre os homens e mulheres e faz com que próprios dominados introjetem uma visão depreciativa sobre si mesmos, reproduzindo condutas em seu próprio desfavor.³⁶ Por essa razão, é possível afirmar que as estatísticas sobre esse tipo de violência médica no Brasil sejam ainda maiores do que as registradas.³⁷

Por todo o exposto, parece fundamental desnudar as representações de gênero dos profissionais de saúde que atuam na área obstétrica, especialmente, as dos médicos obstetras. Mais do que isso, é necessário dar voz às próprias mulheres atendidas pelo serviço de obstetria para que elas relatem suas experiências a respeito do controle sobre seus próprios corpos.

³¹ Em 2013, foram lançados dois documentários nacionais que trouxeram mais visibilidade para o problema da violência obstétrica: “A dor além do parto”, de autoria de Amanda Rizério, Letícia Campos, Nathália Machado e Raísa Cruz e “O renascimento do parto”, de Eduardo Chauvet e Érica de Paula.

³² Em São Paulo e no Espírito Santo o Ministério Público Federal tem atuado no sentido de combater a violência obstétrica. Ver notícias em: <<http://maternar.blogfolha.uol.com.br/2014/03/12/mulheres-denunciam-violencia-obstetrica-saiba-se-voce-foi-vitima/> e <http://agenciapatriciagalvao.org.br/direitos-sexuais-e-reprodutivos/defensoria-publica-vai-investigar-violencia-obstetrica-ocorrida-na-santa-casa-de-vitoria/>>. Acesso em 10 de julho de 2014.

³³ Vide o projeto de lei 7633/14, do Deputado Federal Jean Wyllys (PSOL-RJ), que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal (incluindo-se, também, o abortamento, espontâneo ou provocado) na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e em estabelecimento privado de saúde suplementar.

³⁴ O Estatuto do nascituro, projeto de lei 487/2007, prevê a proteção integral e a prevalência dos direitos do nascituro sobre quaisquer outros. Desse modo, ele ameaça mesmo as hipóteses de aborto já legalizadas e também a fertilização artificial e a pesquisa com células-tronco, pois inclui no conceito de nascituro o óvulo fertilizado quando não implantado no útero. Além disso, o projeto visa criminalizar todo tipo de manifestação pró-aborto, bem como cria a modalidade de aborto culposo, o que significa que qualquer ato da mulher que possa levar a um aborto espontâneo seria considerado crime.

³⁵ WALDOW, Vera Regina; WOLFF, Leila Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 17, n.3, p. 138-151, 2008, p. 139.

³⁶ BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

³⁷ WALDOW, Vera Regina; WOLFF, Leila Regina, *op. cit.*, 144-146.

Escolhendo como base empírica a residência médica em obstetrícia da Faculdade de Medicina de Campos (FMC)³⁸ que é realizada no hospital de referência no atendimento de gestantes em situação de alto risco, o Hospital dos Plantadores de Cana de Campos dos Goytacazes (HPC)³⁹, buscou-se, com a presente pesquisa, responder às seguintes questões: a) A residência médica em obstetrícia reforça a violência de gênero? b) De que maneira é feito o atendimento hospitalar às parturientes no HPC? c) Como é o atendimento médico às mulheres submetidas ao procedimento de curetagem pós-aborto, no HPC, considerando que este procedimento é consequência, na maior parte dos casos, de complicações de um aborto induzido?

Para responder a essas perguntas, foi utilizada uma metodologia qualitativa. Entre abril de 2014 e julho de 2015 foi realizada uma observação participante na maternidade e em ambulatórios do HPC. Também foram produzidas 60 (sessenta) entrevistas conduzidas de forma semiestruturada (e quase sempre gravadas), decorrentes dos depoimentos dos obstetras e residentes em obstetrícia do hospital, bem como de parturientes e mulheres que passaram por um abortamento no local. Além disso, foram feitos registros de conversas informais com outras usuárias do serviço e seus acompanhantes, bem como com profissionais que atuam junto ao serviço obstétrico do HPC, mas que não estão vinculados formalmente à residência médica do hospital.⁴⁰

A pesquisa se apresenta da seguinte maneira: no primeiro capítulo, são discutidas as bases teóricas dos estudos de gênero, particularmente no que se refere às visões sobre o corpo da mulher, pois elas serviram de guias norteadores de toda a tese. Além disso, se apresenta uma breve história do movimento feminista, uma vez que o surgimento do gênero como categoria analítica é fruto de um processo político. Ademais, se aborda a consolidação dos direitos sexuais

³⁸ Na verdade, a residência da FMC é em ginecologia e obstetrícia. Contudo, cada uma dessas especialidades é conduzida por um grupo de professores e é praticada em hospitais diferenciados. A ginecologia é ministrada no Hospital Escola Álvaro Alvim e a obstetrícia é ministrada no HPC, que é conveniado à FMC. Ambos os hospitais possuem ambulatório e atendimento cirúrgico para suas respectivas especialidades. O foco da pesquisa será apenas no ensino da obstetrícia, uma vez que se quer estudar a questão relativa à aceitação ou negação da maternidade e suas consequências para o atendimento médico.

³⁹ É importante mencionar que o HPC é um hospital privado, inaugurado em 1963 e que, tradicionalmente, atendia à classe média campista. Desde 1975, porém, há uma parceria com o Governo Federal, de modo que, hoje, boa parte de seu atendimento está direcionada ao SUS (Sistema Único de Saúde). Porém, como o HPC ainda é referência no atendimento obstétrico, nele prestam serviços profissionais conceituados no cenário da medicina obstétrica local. Não deixa de ser sugestivo, finalmente, que o nome empresarial dessa instituição de saúde seja “Associação Fluminense de Assistência à Mulher, à Criança e ao Idoso” (Dados disponíveis em: <http://cnes.datasus.gov.br/Cabecalho_Reduzido_Competencia.asp?VCod_Unidade=3301002298317 >. Acesso em 20 de agosto de 2013).

⁴⁰ Inicialmente, a proposta era analisar os dados de prontuários médicos para o levantamento de estatísticas sobre o atendimento obstétrico. Contudo, como o HPC estava em obras durante o trabalho de campo, esse tipo de registro não foi devidamente encontrado, o que fez com que o trabalho de campo se limitasse à observação participante e às entrevistas com os principais atores envolvidos naquele cenário.

e reprodutivos das mulheres como direitos humanos. O segundo capítulo trata de como a maternidade e o aborto são encarados pelo discurso médico ao longo da história. Discute-se, aqui, como o corpo generificado se estabeleceu e a ascensão do poder médico como instância legitimadora da organização social e da assimilação de papéis sociais, em substituição ao papel da Igreja, o que se articula através da chamada biopolítica. Além disso, se analisa o surgimento da obstetrícia como especialidade médica e os aspectos desse campo de atuação no Brasil, além dos embates relativos ao estabelecimento dessa especialidade. No terceiro capítulo, se estuda, especificadamente, a residência médica em obstetrícia realizada no HPC, razão pela qual são analisadas as entrevistas com o corpo docente e discente dessa pós-graduação. O objetivo foi explicitar quais são as percepções de gênero que embasam sua prática profissional, suas visões sobre a obstetrícia e o perfil que esses profissionais possuem. Foram realizadas 40 (quarenta) entrevistas no total, sendo 29 (vinte e nove) com médicos obstetras e 11 (onze) com médicos residentes. Já no quarto capítulo a análise recai sobre as entrevistas feitas com parturientes e mulheres que passaram por um abortamento no HPC. Foram entrevistadas 10 (dez) mulheres que tiveram seu parto no hospital e 10 (dez) que passaram por uma curetagem na instituição de saúde. O objetivo das entrevistas foi traçar um perfil dessas pacientes⁴¹, incluindo suas percepções sobre a questão de gênero, e também avaliar as expectativas das mesmas sobre a maternidade, sobre o tipo de atendimento que receberiam, bem como evidenciar a atenção médico-hospitalar que, de fato, foi oferecida pelo HPC. Por fim, em sede de conclusão, são apontados alguns caminhos para que o discurso e a prática médica se coloquem mais no sentido de compreender a posição da mulher e da reprodução na sociedade atual e contribuir para a superação dos mitos sobre a hierarquia de gênero que ainda rondam a medicina.

Como já foi dito, apesar de todas as conquistas feministas ao longo do tempo, em especial, durante o século XX, ainda há uma enorme desigualdade fática de direitos entre homens e mulheres. Além disso, muitas dessas conquistas se veem ameaçadas nos dias de hoje. E é por essas razões que uma questão basilar para discussão acerca das relações de gênero ainda permanece em aberto: afinal, a quem pertence o corpo feminino?

⁴¹ O termo paciente ainda é universalmente utilizado, mas atualmente se discute se os termos “usuário” (de caráter mais genérico) ou mesmo “cliente” (de caráter mais consumerista) não seriam mais adequados a um modelo de atenção médica em que o atendido tem mais autonomia, não se colocando em uma posição de subalternidade. Apesar da pertinência do debate, não se trabalhou, aqui, com esse tipo de distinção.

CAPÍTULO 1 - O GÊNERO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE: DA MILITÂNCIA À ACADEMIA

Historicamente, é a partir das diferenças corporais estabelecidas entre homens e mulheres que se formaliza uma ideologia sexista que equaciona diferença como desigualdade, enxergando o corpo feminino como um corpo inferiorizado e, a partir daí, atribuindo às mulheres características depreciativas. A questão da reprodução, nesse cenário, é imprescindível para definir o papel social “adequado” a homens e mulheres.

O movimento feminista teve um papel fundamental ao mostrar a importância da autonomia no gerenciamento da sexualidade e da reprodução para a construção de uma sociedade mais igualitária, da perspectiva das relações de gênero. Tornou-se fundamental a produção de conhecimento em torno das práticas de controle efetivamente adotadas e das representações que a circundam. Temos assistido à produção de um largo conjunto de trabalhos que enfatizam a distância existente entre o comportamento sexual e reprodutivo de mulheres e homens em diferentes contextos e as agendas e orientações mais oficiais centradas na lógica médica ou nas políticas de população.⁴²

Sendo assim, para que se possa compreender como essas diferenças se tornaram um objeto de análise dentro das ciências sociais, é preciso retomar a história da inclusão da categoria gênero nos estudos acadêmicos, o que passa, necessariamente, pela própria história do movimento feminista.

1. BREVE TRAJETÓRIA DO MOVIMENTO FEMINISTA

O movimento feminista é um movimento fragmentado, no sentido de possuir, historicamente, objetivos e formas de organização muito diversas. Adota-se, aqui, no entanto, o conceito de feminismo como toda ação política que busca a transformação da condição social da mulher, seja através da prática ou da teoria. Além disso, a noção de feminismo considera a mulher como um agente político relevante.⁴³

⁴² ROHDEN, Fabíola. **A arte de enganar a natureza**: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p.13.

⁴³ Por esse motivo, muitos textos falam em “feminismos” no plural, já que “ideias e práticas feministas nunca foram homogêneas. Contudo, as feministas têm sido unânimes na convicção de que a opressão às mulheres deveria acabar, na rejeição de ideias tradicionais – como a inferioridade natural das mulheres e a necessidade de submissão feminina – e na crença de que a ampliação de papéis e opções para as mulheres criaria um mundo melhor para

Historicamente, e para fins didáticos, é possível segmentar a trajetória do movimento feminista em três momentos distintos, também conhecidos como ondas. A primeira onda do movimento feminista iria da Revolução Francesa até as primeiras três décadas do século XX. A segunda onda estaria situada nas décadas de 1960 e 1970 e a terceira onda teria começado em meados da década de 1980 e permaneceria até o momento atual.

1.1 PRIMEIRA ONDA DO FEMINISMO

Desde a Revolução Francesa se verificam formas, mais ou menos organizadas, de luta pela cidadania feminina. A luta contra a noção da superioridade natural entre os homens propiciou o debate sobre a inserção, também da mulher, no universo público. Alguns revolucionários, como Nicolas de Condorcet ou Pierre Guyomar, defenderam publicamente a igualdade entre os sexos⁴⁴. A grande maioria, todavia, se manteve contrária a estender a cidadania às mulheres. Emmanuel Sieyès, o organizador do sufrágio francês, em 1789, fazia, inclusive, uma distinção entre cidadãos ativos e passivos. E considerava que as mulheres eram cidadãs passivas, assim como os loucos e as crianças. Assim, elas teriam direito à proteção de sua pessoa, mas não teriam direito de participar ativamente dos poderes públicos.⁴⁵

Vê-se, então, que os homens que lutaram pela conquista de direitos durante a Revolução Francesa acabaram sendo os mesmos que excluíram as mulheres do gozo desses direitos. Se esses homens queriam acabar com o patriarcado político, eles não queriam o mesmo fim para o patriarcado familiar.⁴⁶

A relação homem/mulher inscreve-se num sistema geral de poder que comanda a relação dos homens entre si. Isso explica porque, inicialmente, os primeiros golpes contra o patriarcado foram dados pelos homens, e não pelas mulheres. Antes de pensar em arruinar o poder familiar do pai, primeiro era preciso destruir o poder político absoluto do soberano, e solapar seus fundamentos religiosos. Esta é a evolução que todas as sociedades ocidentais conhecem, através de revoluções e de reformas, até o século XX. Mas se os homens se empenharam em construir uma nova sociedade, fundada sobre a igualdade e a liberdade, seu projeto, primeiro político, depois econômico e social, só dizia respeito a eles próprios, uma vez que desejavam ser os únicos beneficiários.⁴⁷

todos” (PINSKY, Carla Bassanezi e PEDRO, Joana Maria. Igualdade e especificidade. In: PINSKY, Jaime e PINSKY, Carla Bassanezi (orgs). **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, p. 265-309, 2003, p. 286).

⁴⁴ BADINTER, Elisabeth. **Palavras de Homens**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.

⁴⁵ PERROT, Michelle. **Mulheres públicas**. São Paulo: UNESP, 1998.

⁴⁶ BADINTER, Elisabeth. **Um é o outro: relações entre homens e mulheres**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

⁴⁷ *Ibidem*, p.67.

A participação de mulheres na própria Revolução Francesa não foi suficiente para mantê-las no cenário público posteriormente. Mulheres como Olympe de Gouges⁴⁸, uma das pioneiras na luta feminista, foram rapidamente silenciadas. Pode-se dizer que o saldo da Revolução para as mulheres foi estabelecer uma cidadania seletiva. Elas tiveram acesso a uma cidadania civil restrita, mas não tiveram uma cidadania política assegurada⁴⁹. Por essa razão, o movimento sufragista surgiu como reflexo da primeira forma de feminismo organizada.

Na Europa, a luta pelos direitos políticos da mulher tem sua primeira manifestação importante na Inglaterra. Tal movimento surgiu, de forma ainda embrionária, no século XVIII, com a publicação da obra *Uma defesa dos direitos da mulher*, de Mary Wollstonecraft, em 1792. Ganhou mais força, porém, apenas em 1860, com a publicação do livro *A sujeição das mulheres* de John Stuart Mill, bem como com a posterior eleição de Mill, defensor do voto feminino, em 1865, para o Parlamento Inglês.

Pode-se dizer que a grande marca do sufragismo inglês foram as ações radicais e, até mesmo, violentas, com passeatas nas ruas e confrontos diretos com a polícia. As militantes dessa linha mais extrema como, por exemplo, Emmeline Parkurst, ficaram conhecidas como *suffragettes* e o escândalo de suas ações fez com que muitas feministas (inclusive a maior parte das brasileiras) buscassem outras formas de atuação⁵⁰. Na Inglaterra, as mulheres puderam votar de forma restrita, a partir de 1918, e sem restrições a partir de 1928⁵¹.

O feminismo francês cresceu nas Revoluções de 1789, 1848 e 1871⁵², porém, quando o sufrágio “universal” foi conseguido, em 1848, poucos pareceram perceber que as mulheres, metade da população, não estavam incluídas. Acostumadas a participação nos movimentos revolucionários, as francesas só se organizaram na luta pelo sufrágio no começo do século XX. Neste momento, muitos juristas e parlamentares já eram favoráveis ao voto das mulheres. Mas apenas em 1944 as mulheres francesas obtiveram o direito de votar. O atraso francês pode ser explicado pela intensa campanha, pós 1ª Guerra Mundial, para que as mulheres

⁴⁸ Em 1791, quando a Assembléia Nacional francesa preparava a redação do texto da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, Olympe de Gouges redigiu a Declaração dos Direitos da Mulher e da Cidadã, para que esta fosse incorporada àquela. Tal reivindicação, todavia, foi desconsiderada, pois, rompia com os papéis considerados próprios a uma mulher. Sobre o papel de Olympe de Gouges para a trajetória feminista ver: SCOTT, Joan Wallach. **A cidadã paradoxal: as feministas francesas e os direitos do homem**. Editora Mulheres: Florianópolis. 2002.

⁴⁹ Não se quer dizer com isso que a Revolução Francesa não tenha tido um peso importante para a emancipação da mulher. Ao contrário, a Revolução trouxe modificações significativas para o estatuto jurídico do sexo feminino, como o estabelecimento do casamento civil, do divórcio e o direito das mulheres à sucessão. Além disso, mesmo que não tenha sido da vontade dos revolucionários, os ideais que eles próprios propagavam acabaram sendo utilizados como aparatos ideológicos pelo incipiente movimento feminista.

⁵⁰ ALVES, Branca Moreira. **Ideologia e Feminismo: a luta da mulher pelo voto no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1980.

⁵¹ De 1918 a 1928, somente as inglesas maiores de 30 anos podiam votar. A partir de 1928 o sufrágio foi estendido a todas as mulheres maiores e capazes.

⁵² Durante as três primeiras repúblicas francesas.

abandonassem os postos de trabalho ocupados em razão da ausência dos homens e assumissem suas funções “legítimas” no lar.

Nas Américas, o movimento sufragista se organizou, pela primeira vez, nos Estados Unidos, onde as primeiras manifestações pelos direitos da mulher aconteceram ainda no século XIX. Tal fato está atrelado a certas características da própria sociedade americana, como o tipo de colonização familiar lá existente, mais aberta ao trabalho feminino, e a preponderância do protestantismo, religião voltada à reflexão individual. Além disso, o movimento abolicionista também teve papel fundamental para a luta feminista, uma vez que a libertação da mulher poderia seguir o mesmo caminho da libertação dos negros. A principal estratégia do movimento americano foi a ação política por meio de artigos em jornais, da realização de conferências e de campanhas de confecção de abaixo-assinados reivindicativos dirigidos ao Congresso Americano. Ao conquistarem o apoio de parlamentares, as feministas americanas conseguiram que a Constituição fosse emendada, de maneira a incluir, definitivamente o sufrágio feminino em 1920 através da 19ª Emenda Constitucional.

O movimento sufragista brasileiro descende do movimento inglês, mas, sobretudo, do movimento norte-americano. Ele se organizou, basicamente, nos primeiros anos do século XX e teve em Bertha Lutz sua figura de maior destaque⁵³. O movimento brasileiro pode ser definido, inclusive, como um dos mais amplos e importantes da América Latina⁵⁴ e através de uma atuação engajada junto às próprias instâncias do poder político, as mulheres brasileiras obtiveram o direito ao voto em 1932, com a devida confirmação constitucional em 1934.⁵⁵

É possível afirmar que essa primeira onda do feminismo é marcada por um “feminismo igualitário”, seja através de uma vertente liberal ou de uma vertente marxista. Em linhas gerais, pode-se dizer que a ideia de igualitarismo passa pela defesa da igualdade de direitos entre homens e mulheres, rejeitando a valorização de diferença. O feminismo igualitário do tipo liberal questionava a naturalização da inferiorização feminina. As ideias de Hobbes, Locke e Rousseau, que serviram de base ao recém-consolidado Estado liberal, trouxeram, de diferentes formas, a legitimação para a exclusão feminina do mundo político.⁵⁶ Assim, tal

⁵³ Sobre a atuação política e a trajetória de Bertha Lutz, ver: SOIHET, Rachel. **O Feminismo Tático de Bertha Lutz**. Florianópolis: Editora Mulheres, 2006.

⁵⁴ PINTO, Céli Regina Jardim. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003. Apesar da importância do movimento brasileiro, cumpre destacar que o primeiro país da América Latina a garantir o direito de voto para as mulheres foi o Equador, em 1929.

⁵⁵ Em 24 de fevereiro de 1932 entrou em vigor o Decreto-Lei 21.076 que reformou o Código Eleitoral. Tal decreto permitia somente às mulheres casadas (com autorização dos maridos) e às viúvas e solteiras que tivessem renda própria, o exercício dos direitos políticos. Em 1934, as restrições ao voto feminino foram eliminadas do Código Eleitoral, embora a obrigatoriedade do voto fosse um dever apenas masculino. Só em 1946, a obrigatoriedade do voto foi estendida também às mulheres.

⁵⁶ Sobre o tema, ver: PATEMAN, Carole. **O contrato sexual**. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

vertente feminista buscou a desconstrução desse discurso, através da eliminação das discriminações legais e da valorização da educação das mulheres. O feminismo igualitário marxista, por sua vez, se baseou na crítica socialista de que as causas da dominação, inclusive a feminina, repousariam na própria economia. Para essa vertente, os direitos sociais das mulheres, principalmente os trabalhistas, eram os mais visados. Além disso, para a linha marxista, o feminismo defendido pela ideologia liberal acabaria enfocando apenas a classe burguesa. Desse modo, superada a exploração classista, também estaria superada a exploração das mulheres.

O que se nota, neste primeiro momento, foi a luta pela igualdade formal, ou seja, de direito, entre homens e mulheres. Contudo, a igualdade formal acaba sendo uma faca de dois gumes, pois apesar de estabelecer que todos devem ser tratados de forma similar, pode acabar negando a proteção especial que certos grupos, como as mulheres, necessitam.

Independentemente da vertente ideológica desse feminismo do começo do século XX, pode-se dizer, então, que suas principais conquistas se referiram a um avanço no status jurídico das mulheres. Tal mudança acabou sendo consolidada pelas duas Grandes Guerras mundiais, quando as mulheres foram levadas a ocupar os postos de trabalho outrora ocupados pelos homens que estavam lutando. Os períodos do pós-guerra, todavia, representam um retrocesso para as mulheres que foram chamadas a retornar aos lares e reassumir sua função “natural” e mais importante que é a maternidade. Por outro lado, o questionamento da redução feminina ao papel reprodutivo começa a se tornar mais forte e é embasado, academicamente com a publicação de obras como *O segundo sexo*, de Simone de Beauvoir⁵⁷ e, posteriormente, *A mística feminina*, de Betty Friedan.⁵⁸ É lançado, assim, o caminho para uma nova eclosão da militância feminista.

1.2. SEGUNDA ONDA DO FEMINISMO

A chamada Segunda Onda do feminismo eclodiu em razão de toda efervescência cultural e política vivenciada pela Europa e pelos Estados Unidos, entre as décadas de 60 e 70 do século XX. Esse contexto foi propício para a organização de movimentos sociais para a

⁵⁷ Lançado em 1949, o livro de Beauvoir é uma extensa análise da condição da mulher na sociedade, mostrando que não existe uma natureza feminina e sim uma condição culturalmente construída (BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo**. 2ª ed. 2 vol. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009).

⁵⁸ O livro de Friedan, lançado em 1963, discute, justamente, o sentimento de insatisfação das mulheres ao serem forçadas a se limitar à vida doméstica depois de terem alcançado a esfera pública e também o uso que a indústria do consumo fez da figura da dona de casa. (FRIEDAN, Betty. **Mística feminina**. Petrópolis: Vozes, 1971).

inclusão das minorias políticas e para a luta pela ampliação dos direitos civis. A transformação dos costumes, através das reivindicações desses movimentos de contestação, como os movimentos estudantil, negro e, até mesmo, o incipiente movimento LGBT, atrelada aos avanços na contracepção com a comercialização da pílula anticoncepcional possibilita uma verdadeira revolução sexual. Por essa razão, a Segunda Onda do movimento feminista é marcada pelo questionamento dos papéis sociais tradicionalmente atribuídos aos sexos. O estabelecimento de uma visão de sexualidade sem ligação necessária com a reprodução fez com que o corpo feminino fosse encarado para além de seu papel maternal. Slogans feministas como “o privado também é político” e “nosso corpo nos pertence” foram consagrados nessa época. Ademais, também se vislumbra o fortalecimento de um processo de internacionalização dos direitos femininos, começado pós Segunda Guerra Mundial.

Nesse sentido, uma real igualdade de gênero passaria, necessariamente, pela igualdade de direitos, inclusive sexuais e reprodutivos, entre homens e mulheres. Isso porque:

Os Direitos Reprodutivos são constituídos por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana. É, portanto, o direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, e ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza⁵⁹.

Nesse cenário de questionamento houve, inclusive, abertura para o desenvolvimento acadêmico de uma teoria propriamente feminista. A política feminista e os estudos acadêmicos de gênero fizeram, assim, parte de um mesmo projeto político: contestar a distribuição de poder existente⁶⁰.

A Segunda onda do movimento destacou que apesar do direito ao voto e do trabalho extra lar, as mulheres ainda sofriam, na prática, discriminação. Por essa razão, passa-se a exigir não apenas a igualdade formal de gênero, mas também a material, ou de fato. Porém, a igualdade substancial pode abrir uma porta perigosa para essencialização de papéis culturais, razão pela qual vozes importantes do feminismo preferiram aceitar os efeitos negativos da igualdade formal. Outro problema é que a definição dos critérios para orientar um tratamento

⁵⁹ VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3ª ed. rev. amp. São Paulo: UNFPA, 2009, p. 21.

⁶⁰ Desde suas primeiras manifestações no começo do século XX, até sua segunda fase na década de 1970, o movimento feminista tem sido um movimento de mulheres intelectualizadas, não apenas no Brasil, mas no mundo. Não é um movimento que possa ser caracterizado como popular. É por isso que muito do que se produziu, em termos acadêmicos, sobre o movimento provém de suas próprias fileiras. Esta questão será melhor discutida na próxima seção do trabalho.

diferenciado é determinada por padrões sociais do que é “ser homem” e do que é “ser mulher” e isso é definido pelo próprio discurso da dominação masculina⁶¹.

El problema de la igualdad substancial es que ponde a las mujeres em uma situación de absoluta ambigüedad: queremos ser tratadas iguales, por aquello em que somos iguales, pero diferentes por aquello em que somos diferentes. Sin embargo, encontrar los parámetros de lo que nos divide sexualmente es muy difícil. Biológicamente, somos diferentes, pero determinar qué diferencias biológicas son importantes como para exigir um tratamiento diverso es algo más complicado de haver. Por lo demás, ni siquiera es claro qué parte de un individuo está biológicamente definido y qué partes de un individuo han sido culturalmente construídas⁶².

Desse modo, a Segunda Onda é marcada pelo debate entre o feminismo de cunho igualitarista e o feminismo de cunho diferencialista. O feminismo diferencialista acredita que existem diferenças importantes entre os sexos e que estas devem ser consideradas, sob pena de se estar aceitando padrões masculinos. O feminismo igualitarista, por sua vez, acredita que esse tipo de reivindicação é essencialista e reforça os estereótipos sexuais.

Scott⁶³, porém, destaca que:

Não existem soluções simples para as questões, debatidas calorosamente, da igualdade e da diferença, dos direitos individuais e das identidades de grupo; de que posicioná-los como conceitos opostos significa perder o ponto de suas interconexões. Pelo contrário, reconhecer e manter uma tensão necessária entre igualdade e diferença, entre direitos individuais e identidades grupais, é o que possibilita encontrarmos resultados melhores e mais democráticos.

Pode-se dizer, então, que é nesta Segunda Onda que o feminismo alcança sua maior amplitude, posto que se relaciona não apenas com a prática política e com a militância por direitos iguais, mas também se estabelece como objeto de estudo legítimo que traz importantes transformações sobre a própria forma de produzir o conhecimento científico.

1.3. TERCEIRA ONDA FEMINISMO

A partir da metade da década de 1980, começa-se a falar em uma Terceira Onda do movimento feminista. Esta etapa contemporânea é muito atrelada ao pós-modernismo e à crítica da ciência tradicional. Passa-se a enfatizar a questão da diferença e da subjetividade. E criticar

⁶¹ SÁEZ, Macarena. Breve Análisis de las tendencias feministas contemporáneas y su relación com el derecho. In: BULIONE, Samantha e VENTURA, Miriam (orgs.). **Direito à reprodução e à sexualidade**: uma questão de ética e justiça. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 137-176, 2010, p. 142-148.

⁶² *Ibidem*, p. 145.

⁶³ SCOTT, Joan Wallach. O enigma da igualdade. **Revista Estudos Feministas**, vol. 13, nº. 01, Florianópolis, p.11-30, 2005, p. 12.

lacunas da fase anterior, como a não incorporação de um olhar mais amplo capaz de abranger as especificidades de classe, etnia e orientação sexual.

O desafio nesta fase do feminismo é pensar, simultaneamente, a igualdade e a diferença na constituição das subjetividades masculina e feminina. Nesta terceira fase do movimento feminista, observa-se intensamente a intersecção entre o movimento político de luta das mulheres e a academia, quando começam a ser criados nas universidades, inclusive em algumas universidades brasileiras, centros de estudos sobre a mulher, estudos de gênero e feminismos”.⁶⁴

A terceira onda também é marcada pelo combate à homofobia e o questionamento da heteronormatividade⁶⁵. Os transgêneros, historicamente estigmatizados, passam a ter maior visibilidade e o movimento LGBT se consolida ao redor do mundo ocidental como um dos movimentos sociais mais fortes e importantes. As diferentes “feminilidades” e “masculinidades” e mesmo o rompimento com esse tipo de estruturação binária fazem parte do campo de estudos desta Terceira Onda feminista. Busca-se abandonar a concepção de que há uma natureza universal do homem ou da mulher, ou uma crença no singular da identidade feminina e da identidade masculina. É nesse contexto que emerge a chamada Teoria Queer⁶⁶. Embora não seja uma teoria coesa, em linhas gerais, é possível defini-la como uma teoria sobre gênero que não acredita em papéis sexuais essenciais, de maneira que as orientações sexuais das pessoas podem ser múltiplas. Tal teoria critica o binarismo tanto do par de oposições homem/mulher, quanto hetero/homossexual. Aliás, para a vertente Queer, tais pares só fariam sentido, inclusive, se tomados juntos.

Assim, se, por um lado, a presente fase do movimento feminista está marcada por um comprometimento em mostrar como a reprodução humana e a parentalidade são fenômenos transformados socialmente para reforçar a dominação masculina, por outro, também surgiram vertentes⁶⁷ que são acusadas de reforçar o naturalismo, ao exaltar supostas características

⁶⁴ NARVAZ, Martha Giudice e KOLLER, Sílvia Helena, Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 647-654, set./dez., p.647- 654, 2006.

⁶⁵ Para Daniel Welzer-Lang, a homofobia pode ser definida, justamente, como a discriminação contra pessoas que mostram características que são atribuídas a outro gênero. O heterossexismo, ou heteronormatividade, seria a promoção constante da superioridade da heterossexualidade, adotada como padrão, pelos indivíduos e instituições (WELZER-LANG, Daniel. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Revista Estudos feministas**. Universidade Federal de Santa Catarina. v. 09. n. 02, p. 460- 481, 2001).

⁶⁶ A palavra “queer” (que pode ser traduzida como “bizarro”) é tradicionalmente usada para se referir de forma pejorativa aos homossexuais. Tal termo foi reapropriado no sentido de simbolizar aquilo que vai de encontro aos padrões normativos.

⁶⁷ Dentre essas vertentes estariam o feminismo ecológico e o feminismo radical norte-americano. Diz Badinter que: “O feminismo pós-beauvoiriano é variegado e até mesmo contraditório. O único ponto do qual todos concordam é na crítica à ancestral. Ela teria desconhecido a diferença entre os sexos, negado a existência da identidade feminina e apregoado o universal abstrato que, na verdade, não passa da máscara do universal masculino” (BADINTER, Elisabeth. **Rumo equivocado: o feminismo e alguns destinos**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005, p.43).

morais da mulher, bem como a maternidade. E o grande problema é que “ao deduzir o feminismo da capacidade materna, define-se a mulher pelo que ela é, e não pelo que escolhe ser. Inversamente, não há uma definição simétrica do homem, sempre apreendido pelo que faz, e não pelo que é”.⁶⁸ Elisabeth Badinter chama essas vertentes de novo feminismo e as situa como uma Segunda Onda do movimento feminista, já que para ela a Primeira Onda teria perdurado até a década de 1970, abarcando a luta pelos direitos reprodutivos. Na verdade, esse novo feminismo seria um desdobramento do feminismo diferencialista que já existia.⁶⁹ Em suas palavras:

Em menos de um decênio (fim dos anos 1970, início dos anos 1980), a teoria feminista operou uma virada de 180°. Dando as costas à abordagem culturalista de Simone de Beauvoir, que preconiza a igualdade política e de coeducação em virtude de suas semelhanças (o que os une é mais importante do que aquilo que os distingue), uma segunda onda do feminismo descobre que a feminilidade é não apenas uma essência, mas também uma virtude da qual a maternidade é o cerne. A igualdade – dizem as feministas – será sempre um engodo enquanto não se tiver reconhecido a diferença essencial que comanda todo o resto.⁷⁰

Mesmo com toda sua diversidade, o movimento feminista conseguiu conquistas importantes e assegurou que os direitos das mulheres, inclusive os sexuais e reprodutivos⁷¹, fossem considerados direitos humanos com a correspondente proteção dos organismos internacionais. Faz-se mister proceder a uma breve historização desse processo.

2. DIREITOS REPRODUTIVOS COMO DIREITOS HUMANOS

Não é possível conceber uma sociedade justa e igualitária e consagrar um Estado Democrático de Direito sem que sejam protegidos os direitos humanos. Neste diapasão, Norberto Bobbio assevera que:

⁶⁸ BADINTER, Elisabeth. **Rumo equivocado**: o feminismo e alguns destinos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005, p.157.

⁶⁹ *Ibidem*, *passim*.

⁷⁰ BADINTER, Elisabeth. **O conflito**: a mulher e mãe. Rio de Janeiro: Record, 2011, p. 71.

⁷¹ Como o foco desse trabalho é a violência obstétrica, destacam-se os direitos reprodutivos das mulheres (envolvendo o direito à saúde), tendo como base seus direitos sexuais. Contudo, os direitos sexuais não passam necessariamente, pelos direitos reprodutivos. Historicamente, tais direitos estiveram muito atrelados à noção de vulnerabilidade feminina, seus direitos reprodutivos e à questão da saúde sexual (e este ainda é um eixo analítico importante no que se refere à construção de um saber sobre a sexualidade). Todavia, na linha do que defende Roger Raupp, um direito democrático da sexualidade pode ser construído para além dessas vertentes de análise, abordando outros grupos, identidades, práticas sexuais e mesmo atividades economicamente vinculadas à sexualidade (RIOS, Roger Raupp. Para um direito democrático da sexualidade. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 71-100, jul./dez. 2006).

Direitos do homem, democracia e paz são três momentos necessários do mesmo movimento histórico: sem direitos do homem reconhecidos e protegidos, não há democracia; sem democracia, não existem as condições mínimas para a solução pacífica dos conflitos. Em outras palavras, a democracia é a sociedade de cidadãos, e os súditos se tornam cidadãos quando lhe são reconhecidos alguns direitos fundamentais; haverá paz estável, uma paz que não tenha a guerra como alternativa, somente quando existirem cidadãos não mais deste ou daquele Estado, mas do mundo.⁷²

Tais direitos são aqueles direitos intrínsecos a todos os seres humanos, independentemente de quaisquer distinções (inclusive as de sexo e gênero) e que se baseiam na proteção da dignidade da pessoa humana. No entanto, são direitos consagrados juridicamente ao longo da história, especialmente a partir da Era Moderna (chamada por Bobbio, por esse motivo, de “Era dos Direitos”) com o objetivo de aprimorar a convivência humana. Não são formalmente o mesmo que os direitos fundamentais do cidadão, pois extrapolam as fronteiras nacionais que definem a cidadania, ainda que possam ser materialmente confundidos com estes. Nas palavras de Ingo Sarlet:

Em que pese sejam ambos os termos (“direitos humanos” e “direitos fundamentais”) comumente utilizados como sinônimos, a explicação corriqueira e, diga-se de passagem, procedente para a distinção é de que o termo “direitos fundamentais” se aplica para aqueles direitos do ser humano reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado, ao passo que a expressão “direitos humanos” guardaria relação com os documentos de direito internacional, por referir-se àquelas posições jurídicas que se reconhecem ao ser humano como tal, independentemente de sua vinculação com determinada ordem constitucional, e que, portanto, aspiram à validade universal, para todos os povos e tempos, de tal sorte que revelam um inequívoco caráter supranacional (internacional).⁷³

Atualmente é usual a afirmação de que os direitos das mulheres são considerados direitos humanos. E isso é fruto da intensa luta do movimento feminista, especialmente, a partir de sua Segunda Onda. No entanto, até recentemente tais direitos não eram constituídos como tais porque “os direitos humanos refletem um construído axiológico, a partir de um espaço simbólico de luta e ação social (...). Invocam uma plataforma emancipatória voltada à proteção da dignidade humana”.⁷⁴

⁷² BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Nova Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004, p. 01.

⁷³ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 6ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006, p. 35-36.

⁷⁴ PIOVESAN, Flávia e SILVA, Roberto B. Dias da. Igualdade e diferença: o direito à livre orientação sexual na Corte Europeia de Direitos Humanos e no Judiciário brasileiro. In: BULIONE, Samantha e VENTURA, Miriam (orgs.). **Direito à reprodução e à sexualidade: uma questão de ética e justiça**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, p. 65-105, 2010, p. 66.

Tendo em vista esta historicidade dos direitos humanos, é possível afirmar que o movimento de internacionalização de direitos tem seu marco contemporâneo com a Carta das Nações Unidas, que criou a ONU, em 1945 e, posteriormente, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, ambos documentos frutos da preocupação internacional surgida após a 2ª Guerra Mundial⁷⁵.

O temor à diferença marcou essa primeira fase de proteção dos direitos humanos, ainda muito influenciada pelas atrocidades do nazismo e centrada na necessidade do reconhecimento da igualdade formal. Porém, considerar o indivíduo de forma genérica e abstrata tornou-se insuficiente, de maneira que foi necessário especificar o sujeito de direito e ampliar a noção de igualdade que não se relaciona apenas com uniformidade. Assim, mulheres e outras minorias passaram a ser tratadas a partir de sua condição social específica, o que fez com que o direito à diferença também passasse a ser reconhecido como um direito fundamental.

Assim, com relação ao abstrato sujeito “homem”, que já encontrara uma primeira especificação no “cidadão” (no sentido de que podiam ser atribuídos ao cidadão novos direitos com relação ao homem em geral), fez-se valer a exigência de responder com nova especificação à seguinte questão: que homem, que cidadão?

Essa especificação ocorreu com relação seja ao gênero, seja às várias fases da vida, seja à diferença entre estado normal e estados excepcionais na existência humana. Com relação ao gênero, foram cada vez mais reconhecidas as diferenças específicas entre a mulher e o homem.⁷⁶

Por essa razão, Piovesan e Silva falam em três vertentes de igualdade que garantem o exercício dos direitos humanos⁷⁷: uma igualdade formal, que é a noção de que todos são iguais perante a lei; uma igualdade material, relacionada à ideia de justiça social e distributiva e pautada em um critério socioeconômico; e uma igualdade material relacionada à ideia de justiça como o reconhecimento de identidades (como raça, gênero, orientação sexual, idade, etc.).⁷⁸

Na mesma linha segue Benevides ao defender que há quatro dimensões da identidade democrática:⁷⁹ uma igualdade perante a lei; uma igualdade de participação política;

⁷⁵ Vale destacar que já em 1919, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) regulou a proteção à maternidade, impondo limites ao trabalho das mulheres grávidas. Posteriormente, a OIT passou a integrar o sistema ONU como uma de suas agências, responsável pela promoção da justiça social e internacionalização dos direitos humanos relativos ao trabalho (VENTURA, Miriam, *op. cit.*, p. 25).

⁷⁶ BOBBIO, Norberto, *op. cit.*, p.59.

⁷⁷ PIOVESAN, Flávia e SILVA, Roberto B. Dias da., *op. cit.*, p. 67.

⁷⁸ Essa vertente, segundo Flávia Piovesan e Roberto da Silva, tem inspiração nas ideias de Nancy Fraser com sua concepção bidimensional de justiça, já que para Fraser não basta redistribuição para haver justiça, mas também o reconhecimento de identidades, já que nem tudo se resumiria a questão de classe. Essas duas dimensões teriam, inclusive, uma relação dialética, já que discriminação implica pobreza e pobreza implica discriminação (*Ibidem*, p. 67-68).

⁷⁹ BENEVIDES, Maria Victoria. Democracia de iguais, mas diferentes. In: BORBA, Ângela; FARIA, Nalu. GODINHO; Tatau (orgs.). **Mulher e Política: gênero e feminismo no Partido dos Trabalhadores**. São Paulo. Fundação Perseu Abramo, p. 137-152, 1998, p. 141-142.

uma igualdade no direito de preservar a diferença, mantendo a identidade, mas garantindo um tratamento específico para essas diferenças e igualdade de condições socioeconômicas básicas.

Na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, os direitos humanos passam a ser entendidos como universais, indivisíveis e também interdependentes, o que afastaria, em tese, qualquer discriminação baseada no gênero.

Universalidade porque clama pela extensão universal dos direitos humanos, sob a crença de que a condição de pessoa é o requisito único para a titularidade de direitos, considerando o ser humano como um ser essencialmente moral, dotado de unidade existencial e dignidade – esta como valor intrínseco à condição humana. Indivisibilidade porque a garantia dos direitos civis e políticos é condição para a observância dos direitos sociais, econômicos e culturais e vice-versa. Quando um deles é violado, os demais também são. Os direitos humanos compõem, assim, uma unidade indivisível interdependente e interrelacionada, capaz de conjugar o catálogo de direitos civis e políticos com o catálogo de direitos sociais, econômicos e culturais.⁸⁰

Mais especificamente sobre a situação feminina ao redor do mundo, ainda em 1948 e com caráter regional, ocorreu a Convenção Interamericana Sobre a Concessão dos Direitos Civis à Mulher, que outorgava às mulheres os mesmos direitos civis de que gozam os homens. Já em 1953, teve lugar a Convenção sobre os Direitos Políticos da Mulher na cidade de Nova Iorque, considerando que o sufrágio feminino ainda era um fenômeno recente na maior parte dos países do mundo ocidental.

A Primeira Conferência Internacional de Direitos Humanos das Nações Unidas, realizada em Teerã, em 1968, reconheceu a importância dos direitos humanos da mulher e a necessidade de promoção dos mesmos. Mas somente na década seguinte a temática ganhou mais peso no cenário internacional, em razão das transformações sociais já mencionadas anteriormente. Assim, a Assembleia Geral das Nações Unidas declarou o ano de 1975 como o Ano Internacional da Mulher (com a I Conferência Mundial Sobre a Mulher no México) e estabeleceu o decênio de 1976-1985 como a década da mulher, voltada para a melhoria de suas condições de vida. Em 1979, foi promulgada a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW). Em 1980, em Copenhague, e em 1985, em Nairóbi, ocorreram, respectivamente, a I e a II Conferência Mundial Sobre a Mulher.⁸¹

Em 1993 a Conferência Mundial de Direitos Humanos de Viena declarou que os direitos humanos das mulheres são parte integral e indivisível dos direitos humanos, devendo ser buscado o fim da discriminação de gênero e da violência associada a ela. Em 1994, ocorreu

⁸⁰ PIOVESAN, Flávia e SILVA, Roberto B. Dias da., *op. cit.*, p.71.

⁸¹ RIOS, Roger Raupp. Para um direito democrático da sexualidade. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 71-100, jul./dez. 2006, p. 76.

a III Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo e foi introduzido internacionalmente conceito de direitos reprodutivos, sendo incluído aí o direito à livre escolha do número de filhos, o direito à informação sobre o tema, além da declaração de que a saúde reprodutiva implica capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos⁸².

Em 1995, foi realizada em Pequim a IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, reafirmando as diretrizes do Cairo. Aqui aparece, pela primeira vez, o conceito de direitos sexuais, ainda que puramente associado à ideia de saúde sexual. É importante mencionar, também, que regionalmente, em 1994 ocorreu a Conferência de Belém do Pará destinada a combater a violência contra a mulher.

Da leitura desses vários instrumentos normativos, pode-se inferir que foram consagrados (e de forma não exaustiva) no rol de proteção dos direitos humanos: o acesso a serviços de saúde reprodutiva sem discriminação de gênero, a inclusão da violação sexual como modalidade de tortura (no caso de conflitos armados como crimes contra humanidade), a proibição da esterilização involuntária, a denúncia médica da prática de aborto como violação do direito à intimidade e a livre tomada de decisões reprodutivas sobre o próprio corpo.⁸³

É preciso dizer que no que se refere, especificamente, ao direito ao aborto, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994, já reconhecia o aborto inseguro como um grave problema de saúde pública. Os Comitês da ONU sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) e sobre Eliminação da Discriminação contra a Mulher (CEDAW) recomendam expressamente ao Brasil desde 2003 a revisão da legislação sobre o aborto, de maneira a descriminalizá-lo. E, além disso, em 2005, o Comitê de Direitos Humanos da ONU reconheceu que “negar acesso ao aborto legal é uma violação dos direitos mais básicos da mulher”⁸⁴.

Em setembro de 2014, a OMS publicou uma declaração⁸⁵ em seis idiomas combatendo a violência obstétrica e qualificando esse tipo de violência como uma afronta aos direitos humanos das mulheres. Diz a declaração:

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. Esta declaração convoca maior ação,

⁸² RIOS, Roger Raupp. Para um direito democrático da sexualidade. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 71-100, jul./dez. 2006, p. 76.

⁸³ *Ibidem*, p. 77.

⁸⁴ ONU. Comitê de Direitos Humanos (2003). Comunicação n. 1153/2003. K. L. vs. Perú.

⁸⁵ OMS. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde (2014).

diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos.

Tal documento aponta as medidas que devem ser tomadas pelos governos do mundo inteiro para garantir uma assistência obstétrica respeitosa. São elas: 1) Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos. 2) Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência. 3) Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto. 4) Produzir dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitosas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais. 5) Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas.

Como já foi dito, é possível observar que os primeiros instrumentos de proteção dos direitos humanos e os de caráter mais genérico trataram apenas da proteção dos direitos humanos na perspectiva de uma igualdade formal. Já os instrumentos que tratam de proteção específica às mulheres e os mais recentes abordam a questão sobre o prisma da igualdade material, o que reflete, inclusive, as próprias divergências internas do movimento feminista.

Também é necessário lembrar que o Brasil é signatário dos acordos mencionados e membro do chamado sistema internacional de direitos humanos. Isso quer dizer que não há discrepância entre os direitos humanos e os direitos fundamentais do país, muito ao contrário. Ademais, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 protege tanto a igualdade formal⁸⁶, quanto a igualdade material⁸⁷ (entendida tanto em um sentido distributivo como em um sentido identitário)⁸⁸. Sendo um Estado Democrático de Direito, o Brasil é um Estado laico e sem moral única, pois, “na verdade, a democracia é o regime em que todos têm, igualmente, direito a cultivar seus próprios valores e modos de vida, *desde que isso não importe em subordinar ou oprimir outros grupos e pessoas*”.⁸⁹ Assim, pelo menos em tese, o Brasil deveria proteger os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

O reconhecimento da natureza dos Direitos Reprodutivos como direitos humanos é fundamental para a reconstrução dos direitos e obrigações, que envolvem o exercício

⁸⁶ Vide o Art. 5º, inciso I que estabelece que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações. (BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988).

⁸⁷ Como por exemplo o Art. 3º, inciso IV da Constituição Federal que estabelece como um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (*Ibidem*).

⁸⁸ PIOVESAN, Flávia e SILVA, Roberto B. Dias da., *op. cit.*, p. 79.

⁸⁹ BENEVIDES, Maria Victoria, *op. cit.*, p. 142.

das funções reprodutivas e da sexualidade. Com esse reconhecimento, diferenças de gênero, geração, classe, cultura e outras passam a ser consideradas, ao mesmo tempo em que são reconhecidas necessidades sociais específicas. A partir daí, são gerados instrumentos políticos e normativos com o objetivo de intervir no grave quadro de desigualdades e de iniquidades, e permitir o exercício efetivo e igualitário dos direitos reconhecidos.⁹⁰

Na verdade, mesmo antes mesmo da Constituição de 1988 e das Conferências do Cairo (1994) e de Pequim (1995), o Brasil de forma pioneira no cenário mundial já dava aos direitos reprodutivos das mulheres uma conotação de direitos humanos. Isto porque em 1984 o Ministério da Saúde criou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), seguindo não só as diretrizes internacionais que se estabeleciam na ONU, mas também de acordo com as reivindicações do movimento feminista.⁹¹ É importante destacar que tal programa rompeu com a visão tradicional das políticas de saúde nacionais, baseadas apenas na proteção materno-infantil, e estabeleceu a atenção integral à saúde da mulher, a partir de uma perspectiva mais ampla do que o simples atendimento médico⁹².

A Constituição Federal atual, não por acaso chamada de Constituição Cidadã, é um marco na proteção dos direitos das mulheres, consagrados também como como direitos fundamentais. Embora o conceito de cidadania tenha variado bastante conforme o tempo e o espaço (mesmo no Ocidente moderno ele ainda é um conceito plural), ele está ligado à ideia de direito a ter direitos. Em linhas gerais, a cidadania pode ser resumida como a participação na vida da cidade, abarcando os direitos e deveres inerentes a esta participação. Tem-se como referência clássica a concepção de Thomas Marshall⁹³ sobre o tema, que propôs a primeira teoria sociológica da cidadania, analisando o desenvolvimento dos direitos do cidadão ao longo da história. A partir da realidade britânica e tendo em vista os conflitos entre capitalismo e igualdade, o sociólogo inglês estabeleceu uma tipologia dos direitos de cidadania. Assim, os direitos de primeira geração, os direitos civis e os políticos, teriam sido conquistados nos séculos XVIII e XIX, respectivamente. Já os direitos sociais, que seriam de segunda geração, teriam sido conquistados no século XX.

Os direitos civis seriam aqueles que garantem a liberdade individual e a igualdade formal, como o direito à propriedade, a liberdade e à igualdade. Já os direitos políticos seriam aqueles que asseguram a participação dos indivíduos no governo da sociedade, ou seja, o direito de eleger e ser eleito. Os direitos sociais, por sua vez, têm a ver com a garantia mínima de bem-

⁹⁰ VENTURA, Miriam, *op. cit.*, p. 37.

⁹¹ Essa temática será desenvolvida no capítulo 3.

⁹² OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 1, p. 25-32, 1998, p. 26.

⁹³ MARSHALL, Thomas. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

estar material, o que pode ser interpretado como o a participação de todos os indivíduos na riqueza coletiva. Conforme explica José Murilo de Carvalho⁹⁴, a aquisição das três dimensões de cidadania torna o indivíduo um cidadão pleno. Cidadãos incompletos seriam os que possuísem apenas alguns desses direitos. E os que não se beneficiassem de nenhum dos direitos mencionados seriam não cidadãos. Na Inglaterra analisada por Marshall, a introdução de uma geração de direitos esteve ligada ao exercício pleno da geração de direitos anterior, não apenas em razão de uma mera lógica cronológica, mas por garantir as condições ideais para que o povo estivesse apto a lutar por novos direitos. No Brasil, por outro lado, o exercício desses direitos muitas vezes não é uma prática comum (a despeito do que apregoa a Constituição), o que torna difícil a sua plena realização, em especial, no que se refere aos grupos minoritários como as mulheres. Isso tem a ver, na visão de Carvalho, justamente com a forma como os direitos fundamentais foram aqui obtidos, em uma sequência invertida em relação à história inglesa analisada por Marshall e, por isso, não protagonizada devidamente pelo povo e sim pelo próprio Estado. Neste raciocínio, primeiro teriam vindo os direitos sociais, implantados por Getúlio Vargas nos anos de 1930, em um período de supressão dos direitos políticos e de redução dos direitos civis. Aliás, este seria um traço marcante da realidade brasileira: autoritarismo atrelado ao paternalismo social do Estado.

Em linha semelhante, Bobbio desenvolveu sua teoria sobre os direitos humanos a partir de uma ordem cronológica e geracional. Os direitos humanos seriam divididos em três gerações⁹⁵ (ou dimensões)⁹⁶ tendo como acontecimento inaugural a Revolução Francesa⁹⁷, já que a partir desse evento foi disseminada a ideia de que o indivíduo tem direitos, ao invés de apenas obrigações, conforme o que apregoa a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789. Desse modo, os direitos de primeira geração são os direitos de liberdade que se relacionam com os direitos civis e políticos e estão ligados à igualdade formal entre os indivíduos. Tais direitos, em regra, pressupõem uma não intervenção do Estado na vida privada. Os direitos de segunda geração são os direitos de igualdade, no sentido de uma igualdade material e se referem aos direitos econômicos, sociais e culturais que normalmente exigem do

⁹⁴ CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

⁹⁵ O próprio Bobbio, porém, apontou a existência de novas gerações. Ele fala em uma quarta geração que estaria ligada ao desenvolvimento da engenharia genética e a proteção ao patrimônio genético dos seres humanos (BOBBIO, Norberto, *op. cit.*, p. 5-6).

⁹⁶ Parte da literatura prefere a palavra dimensão ao invés de geração, pois ela explicita melhor a ideia de que os direitos humanos são indivisíveis e interdependentes, não havendo substituição de uma geração para outra (SARLET, Ingo Wolfgang, *op. cit.*, p. 55).

⁹⁷ Cada uma das gerações está ligada a diferentes acontecimentos históricos, mas o lema da Revolução Francesa, “liberdade, igualdade e fraternidade”, serve para identificar cada uma delas, na linha do que propôs o jurista tcheco Karel Vasak e foi desenvolvido por Bobbio.

Estado algum tipo de prestação. Já a terceira geração é a dos direitos de fraternidade ou de solidariedade. Tais direitos têm um caráter transindividual e heterogêneo e dizem respeito à humanidade como um todo, como o direito ao desenvolvimento, ao meio ambiente sadio e à comunicação.

Se utilizando, então, dessa classificação dos direitos humanos, é possível afirmar que a partir da liberdade e da igualdade formal dos direitos de primeira geração é necessário garantir a liberdade, autonomia, integridade e privacidade no que se refere à sexualidade e à reprodução femininas.⁹⁸

Em uma segunda geração, também são protegidos os direitos das mulheres, tendo em vista a necessidade de prestações específicas do Estado como no que se refere à educação sexual, aos serviços de saúde sexual e reprodutiva ou à seguridade social na maternidade.⁹⁹ Aliás, como Carvalho já apontou, o direito brasileiro tem protegido juridicamente os direitos fundamentais ou humanos (incluídos aqui os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres) especialmente a partir da perspectiva dos direitos sociais de segunda geração.

Por fim, o exercício da sexualidade e da capacidade reprodutiva também pode repercutir para além dos indivíduos, em uma lógica meta-individual (que remeteria à terceira geração de direitos humanos), como no que se refere às campanhas sobre cuidados sexuais e reprodutivos ou ao acesso a uma melhor tecnologia reprodutiva.¹⁰⁰

Por tudo isso, fica claro, então, que a luta feminista, especialmente, a partir da segunda metade do século XX, teve um papel decisivo para o reconhecimento dos direitos das mulheres como direitos que devem ser protegidos não apenas no plano internacional, mas também no plano interno, ainda que, como se verá ao longo do trabalho, exista problemas no que se refere à sua efetividade. E a militância feminista, em especial, no período supracitado tem uma ligação essencial com a academia. Por conseguinte, é importante repisar o debate acerca da inserção do feminismo nas pesquisas acadêmicas.

3. HISTÓRIA DAS MULHERES E POLÍTICA FEMINISTA

A História teve um papel importante para o feminismo, pois esta foi a primeira disciplina que funcionou como instrumento para a produção de um saber sistematizado acerca

⁹⁸ RIOS, Roger Raupp, *op. cit.*, p. 85.

⁹⁹ *Ibidem*, p. 86.

¹⁰⁰ *Ibidem*, p. 88.

da diferença sexual. A partir das transformações historiográficas que surgiram com a chamada Escola dos Annales passou-se a entender a História para além do simples registro de fatos. Foi preciso romper com uma narrativa linear e observar um relato mais complexo dos acontecimentos. Essa mudança de paradigma foi crucial, pois se baseando em uma visão positivista não se poderia avançar muito, já que era preciso verificar não apenas que as mulheres foram atores históricos, mas porque, durante tanto tempo, isso foi ignorado. Assim, se origina nos anos de 1960, a chamada “história das mulheres”. Joan Scott¹⁰¹ chama esse campo intelectual de “movimento” de história das mulheres, tendo em vista não apenas a disseminação e consolidação desse enfoque intelectual para a academia e sociedade em geral, mas também o seu caráter eminentemente político. Essa conexão direta entre política e academia tem a ver com a presença crescente de mulheres no mercado de trabalho e, conseqüentemente, nas universidades, mulheres estas que se identificavam com a militância feminista, e que começaram a realizar pesquisas buscando demonstrar o papel das mulheres nos processos históricos e também explicitar a história de opressão das mulheres. A abertura a esse tipo de estudo parece estar muito ligada, também, com a politização do mundo privado, já que para o dualismo público/privado o lar e a família são vistos em termos naturais e só a esfera pública é entendida como uma instância histórica. E o lar seria o local ideal para o desenvolvimento das potencialidades femininas como a própria maternidade¹⁰².

A existência, por si só, das historiadoras feministas mostra que não seria possível uma avaliação imparcial desse processo. Ao exporem a ideologia sexista e, também, as condições mais precárias de trabalho e falta de representação no próprio meio acadêmico, elas foram acusadas de serem más historiadoras. Todavia:

A pluralidade de possibilidades de olhares sobre o passado mostrando que este pode ser desvendado a partir de múltiplas questões, entre elas algumas que são motivadas pelo presente permite perceber toda uma vinculação entre a produção acadêmica e a emergência dos movimentos feministas e de mulheres. Este esclarecimento se faz necessário quando nos damos conta de que a história não recupera o real no passado, não narra o passado, mas constrói um discurso sobre este, trazendo tanto o olhar, quanto a própria subjetividade, do historiador que recorta e narra o passado¹⁰³.

As relações de poder dentro do campo científico fizeram com que muitos historiadores de mulheres apenas desejassem acrescentar a mulher como sujeito histórico,

¹⁰¹ SCOTT, Joan. História das mulheres. In: BURKE, Peter (org.). **A escrita da história: novas perspectivas**. São Paulo: UNESP, p.63-95, 1992.

¹⁰² MATOS, Maria Izilda. História das mulheres e gênero: usos e perspectivas. **Caderno Espaço Feminino**, v.03, n. 1/2, p. 277-289, 1997, p. 285.

¹⁰³ *Ibidem*, p. 280.

abandonando a complexidade metodológica e epistemológica do processo. Porém, os questionamentos sobre o lugar da mulher na história atacaram o mito do homem universal. Ou seja, não se tratou apenas de incorporar a mulher a uma narrativa histórica já acabada, mostrando que elas também tiveram um papel nos processos históricos, e sim de destacar a complexidade da relação entre homens e mulheres nos diferentes papéis que eles podem ocupar. Assim, os pesquisadores que queriam explorar os limites da história e das ciências sociais em geral foram atraídos por essa temática. Nos anos de 1980, os trabalhos historiográficos focaram do período colonial ao começo do século XIX, mostrando a mulher no espaço urbano e sua importância para o sustento familiar. Já os estudos sobre os séculos XIX e XX destacaram, justamente, a disciplinarização do comportamento, com estudos sobre a sexualidade e a reprodução e também dos discursos jurídico e médico por trás desse processo. Dentro dessa linha de renovação das temáticas tradicionais, pode-se destacar, também, a recuperação da história do corpo, especificamente, do corpo feminino. Como lembra Perrot, o silêncio sobre as mulheres na história é enorme e começa, justamente, sobre o seu corpo, reduzido à função impessoal da reprodução¹⁰⁴.

A história do corpo feminino trouxe à luz as inúmeras construções estigmatizadoras e misóginas do poder médico, para o qual a constituição física da mulher por si só inviabilizaria sua entrada no mundo dos negócios e da política. O questionamento das mitologias científicas sobre sua suposta natureza, sobre a questão da maternidade, do corpo e da sexualidade foi fundamental em termos da legitimação das transformações libertadoras em curso¹⁰⁵.

Ademais:

A descoberta da ‘mãe moderna’ a partir do modelo rousseauísta proposta por Elisabeth Badinter, por exemplo, foi fundamental para se reforçar o questionamento do padrão de maternidade que havia vigorado até os anos 60 e reforçar a luta feminista pela conquista de novos direitos¹⁰⁶.

No que se refere à acusação de uma possível politização da ciência, as historiadoras feministas mostraram que já se havia politizado, previamente, organizações não políticas. E também foi fundamental desconstruir o pensamento tradicional de que o domínio de uma área depende apenas de técnica e boa educação. Ficou claro que a pretensa imparcialidade da produção científica era, na verdade, marcada por uma visão androcêntrica de mundo.

¹⁰⁴ PERROT, Michelle. Os silêncios do corpo da mulher. MATOS, Maria Izilda S. e SOIHET, Rachel (org). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003.

¹⁰⁵ RAGO, Margareth. Epistemologia feminista, gênero e história. In: PEDRO, Joana e GROSSI, Miriam. **Masculino, feminino, plural: gênero na interdisciplinaridade**. Santa Catarina: Editora Mulheres, 2006, p.35.

¹⁰⁶ *Ibidem*, mesma página.

Nos anos de 1970, começa a ocorrer um afastamento desse viés diretamente político e a história das mulheres vai se consolidando no campo científico. Já nos anos de 1980, surge o conceito de gênero, que será discutido mais a frente, e há um rompimento maior com a militância política, embora nunca tenha havido uma dissociação total entre essas duas esferas. De qualquer modo, o campo intelectual dos estudos de mulheres se legitimou, ao longo do tempo, no cenário acadêmico. Nesta esteira, o termo gênero foi disseminado, pois pareceu mais desprovido de um propósito ideológico, uma vez que ele abarca uma perspectiva relacional entre mulheres e homens.

Para alguns, essa trajetória foi benéfica, pois houve maior resgate dos processos históricos e para outros foi prejudicial, pois houve despolitização e o tema se tornou apenas mais uma disciplina acadêmica. “A emergência da história das mulheres como um campo de estudo envolve, nesta interpretação, uma evolução do feminismo para as mulheres e daí para o gênero; ou seja, da política para a história especializada e daí para a análise”.¹⁰⁷ Contudo, mesmo que não se assumam como feministas, os estudiosos que trabalham neste campo não podem negar que foi o movimento social feminista o responsável por essas novas perspectivas científicas e a importância da militância para a academia¹⁰⁸.

Evidencia-se, nesse diapasão, que a emergência dessa nova temática não se deu sem confrontos. As cientistas feministas foram acusadas (e ainda são) de parcialidade ao expor a ideologia sexista que permeia a academia por detrás de uma máscara de neutralidade. Isso porque, para traçar essa nova história das mulheres, foi preciso romper com as narrativas lineares que prevaleciam na historiografia e trabalhar com uma complexidade metodológica e epistemológica até então desconhecida. Na verdade, o que o feminismo acadêmico fez foi deixar claro que qualquer relato histórico sempre é político.

Os estudos da mulher e, mais recentemente, os estudos sobre relações de gênero, sempre tiveram por finalidade conhecer a situação dos indivíduos socialmente discriminados, visando propor a superação desta condição. Uma perspectiva transformadora, uma dimensão política, sempre estiveram no cerne dos estudos sobre a condição feminina (...). Os estudos da mulher endossaram uma reflexão que também predominava nas universidades brasileiras: a crítica e a rejeição a uma ciência neutra e objetiva¹⁰⁹.

¹⁰⁷ SCOTT, Joan, *op. cit.*, p. 65.

¹⁰⁸ MACHADO, Lia Zanotta. Estudos de gênero: para além do jogo entre intelectuais e feministas. In: SCHPAN, Mônica Raisa (org). **Gênero sem fronteiras: oito olhares sobre mulheres e relações de gênero**. Florianópolis: Editora Mulheres, p.93-139, 1997.

¹⁰⁹ BRUSCHINI, Cristina. O uso de abordagens quantitativas em pesquisas sobre relações de gênero. In: COSTA, Albertina e BRUSCHINI, Cristina (ORG). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 289-309, 1992, p. 290.

Por tudo isso, os estudos feministas são, muitas vezes, definidos como um campo de confronto entre intelectuais e militantes. É um campo que não trouxe apenas a inserção de uma nova temática, mas também o questionamento da neutralidade de gênero na produção intelectual. O feminismo tem produzido uma alternativa crítica à ciência dominante e à forma de produzir o conhecimento, o que estaria relacionado à criação de um projeto feminista de ciência ou mesmo de uma epistemologia feminista:

Epistemologia define um campo e uma forma de produção do conhecimento, o campo conceitual a partir do qual operamos ao produzir o conhecimento científico, a maneira pela qual estabelecemos a relação sujeito-objeto do conhecimento e a própria representação de conhecimento como verdade com que operamos¹¹⁰.

Assim,

A perspectiva feminista introduz e exige a construção do objeto a partir de um olhar situado. Como a cultura científica tradicional jamais constituiu o feminino como paradigma do neutro, o sujeito que se diz metodologicamente feminino e feminista jamais passará por uma fala neutra, não podendo repetir o feito da visão masculina que propicia o contínuo deslizamento entre masculino e neutro¹¹¹.

Pode-se dizer, em resumo, que o que define esse campo intelectual é o diálogo entre uma postura militante e a ortodoxia científica. E apesar das diversas vertentes teóricas que ele abarca, ele pode ser definido como um campo intelectual, pois há um consenso mínimo sobre as regras que vigoram entre os membros do campo.

Pierre Bourdieu chegou, inclusive, a criticar esse novo campo como se ele se dissesse descobridor de uma nova temática, o que, de fato, não aconteceu¹¹². Porém, o que há de novo no campo é uma nova abordagem de análise sobre um tema já trabalhado nas ciências sociais (as relações de poder entre homens e mulheres). Ou seja, nem o movimento e nem o campo de estudos feministas “descobriram” o caráter social das diferenças sexuais, mas foram eles que propuseram uma nova perspectiva, voltada para o bem-estar das mulheres e não para legitimar sua submissão.

O perigo de que essa nova epistemologia (ou epistemologias) levasse a uma reafirmação do sujeito mulher e dos atributos que ele tem para o imaginário social foi superado, justamente, pelo uso da categoria gênero, considerada mais objetiva. Cabe, aqui, entender melhor como se opera essa categoria analítica.

¹¹⁰ RAGO, Margareth, *op. cit.*, p. 23.

¹¹¹ *Ibidem*, p. 135.

¹¹² BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005. Curiosamente, o próprio Bourdieu teve papel importante na legitimação deste campo, pois ele próprio se reconhece nele ao escrever “A dominação masculina”.

4. ESTUDOS DE GÊNERO

O termo gênero foi, inicialmente, usado pelas feministas da academia norte-americana para se referir à organização social das relações entre os sexos¹¹³. Tal termo buscava fugir do determinismo biológico que a palavra “sexo” poderia ensejar e também demarcar o caráter relacional da definição dos papéis atribuídos a homens e mulheres¹¹⁴. Vulgarmente, porém, ele ainda é usado como sinônimo de mulher já que foi mais acolhido por estudiosos dessa seara.

Tendo entre suas preocupações evitar as oposições binárias fixas e naturalizadas, os estudos de gênero procuram mostrar que as referências culturais são sexualmente produzidas através de símbolos, jogos de significação, cruzamentos de conceitos e relações de poder, conceitos normativos, relações de parentesco, econômicas e políticas¹¹⁵.

Além disso, como já foi visto, a utilização desse termo está ligada à proposição de que esta seria uma categoria que poderia mudar a ciência¹¹⁶, não apenas por inserir um novo objeto de estudo (através da história das mulheres), mas também por modificar a própria forma de fazer ciência. Tal categoria evidenciou, portanto, a insuficiência dos marcos teóricos existentes para explicar a relação entre homens e mulheres e a existência das desigualdades. Ou seja, “a crítica feminista historiciza a ciência e indaga como ela será quando os que a praticam forem diferentes e quando a categoria de gênero for levada em consideração”.¹¹⁷

Scott, em sua importante definição da categoria gênero, frisa que este conceito seria uma forma primeira de dar significado as relações de poder¹¹⁸. Ou seja, as relações de gênero são elementos constitutivos das relações sociais baseadas nas diferenças hierárquicas que distinguem os sexos. A autora propõe que do conceito de gênero se depreendem mais quatro elementos relacionados entre si. Em primeiro lugar, se coloca a necessidade de perceber como o gênero se relaciona com os símbolos culturalmente disponíveis em uma sociedade, assumindo

¹¹³ As acadêmicas francesas costumam usar a expressão “relações sociais de sexo”.

¹¹⁴ SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, vol. 20, n° 2, jul./dez. 1995, pp. 71-99, p.72.

¹¹⁵ MATOS, Maria Izilda, *op. cit.*, P.284.

¹¹⁶ Para uma leitura aprofundada sobre o tema ver: SCHIENBINGER, Londa. **O feminismo mudou a ciência?** Bauru: EDUSC, 2001.

¹¹⁷ FARGANIS, Sondra. O feminismo e a reconstrução da ciência social. In: JAGGAR, Alison M. e BORDO, Susan. (orgs.) **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1997, p. 229.

¹¹⁸ SCOTT, Joan Wallach, *op. cit.*, p.86.

representações múltiplas e, muitas vezes, contraditórias. Em segundo lugar, é preciso explicitar o caráter de normatização por detrás da interpretação desses símbolos. Em terceiro lugar, a análise de gênero precisa evocar a ideia de poder e de política, sendo entendida como base para as instituições e organizações sociais. E o quarto, e último elemento, é que o gênero cria identidades subjetivas que legitimam certos comportamentos sociais, tidos como masculinos ou femininos¹¹⁹.

É preciso destacar, porém, que o gênero não é a única categoria que pode dar sentido às relações de poder, já que se poderia destacar, por exemplo, a classe ou a etnia, mas ele é uma forma recorrente e, historicamente, eficaz de dar significado a essas relações nas tradições judaico-cristãs (e, também, islâmicas) que é o foco do presente estudo¹²⁰. Nessa linha, “gênero” é uma categoria social recorrente imposta sobre um corpo sexuado”.¹²¹

Autores como Judith Butler¹²², figura proeminente da teoria Queer, questionam, inclusive, se o termo sexo oferece algum tipo de evidência em si próprio e se ele pode dar conta das diferentes identidades que surgem no mundo pós-moderno. Para ela, os estudos feministas ao trabalharem (até então) com o binarismo de gênero, masculino e feminino, seguem a mesma lógica do que eles pretendem criticar. Assim, a autora argumenta que nem o sexo, nem a sexualidade e nem mesmo o gênero são verdades essenciais, mas construções históricas voltadas para a manutenção de relações de poder¹²³. Em uma linha semelhante, Thomas Laqueur¹²⁴ já havia mostrado como a própria noção de sexo seria historicamente datada. Nesta vertente, o corpo só ganharia sentido e um sexo em um contexto de relações de poder¹²⁵. Assim, o corpo materno não é a base para um sistema cultural. “Ao invés disso, o seria como efeito ou consequência de um sistema de sexualidade em que se exige do corpo que ele assuma a maternidade como essência do seu eu e lei de seu desejo”.¹²⁶

¹¹⁹ SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. 1995, pp. 71-99, p.86-88.

¹²⁰ *Ibidem*, p.88

¹²¹ *Ibidem*, p.75.

¹²² BUTLER, Judith. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. 3ª ed. Civilização Brasileira: Rio de Janeiro, 2010.

¹²³ Isso não quer dizer que a autora negue o feminismo ou seja uma pós-feminista. Na verdade, apesar das críticas, ela se reconhece como uma feminista.

¹²⁴ Para Laqueur, é apenas na virada do século XVIII para o XIX que o modelo de dois sexos se consolida. Até então, as diferenças corporais não eram irrelevantes e invisíveis, mas também não eram determinantes, podendo haver, inclusive, a “conversão” de um sexo no outro. O objetivo de Laqueur, e também de Butler, é, enfim, questionar o consenso sobre o qual a categoria gênero foi construída, como se o sexo fosse imutável e natural (LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2001).

¹²⁵ FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade**: a vontade de saber. 19ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009.

¹²⁶ BUTLER, Judith., *op.cit.*, p.138

O gênero acabaria, então, sendo um tipo de segunda natureza. Para Butler, o discurso formula o corpo e também o sexo e o gênero seria, então, uma permanente estilização do corpo, dentro de uma lógica cultural regulatória (e heteronormativa) que busca produzir uma ideia de naturalização. É algo que se faz e não que se é, sendo, portanto, performativo. E sendo o gênero performativo, a autora argumenta que ele não é “original”, de forma que a performatividade pode falhar e é aí que residiria para ela a possibilidade de abertura para uma ressignificação dos gêneros e dos papéis sociais.

Apesar dessas críticas, parece inegável que há uma universalidade da assimetria de gênero em todas as sociedades já estudadas pela Antropologia¹²⁷, mesmo naquelas que não produziram mitos de justificação quanto ao lugar social dos homens e das mulheres¹²⁸. E a categoria gênero, compreendida em sua complexidade, pode dar conta sim, do estudo das hierarquias sexuais. O uso da natureza, expressada na diferença corporal entre homens e mulheres¹²⁹, como uma base lógica para se estabelecer essa teoria tem uma grande força explicativa¹³⁰. Nessa esteira, Daniel Welzer-lang¹³¹ aponta que as relações entre homens e mulheres são definidas por um duplo paradigma naturalista: a pretensa superioridade da natureza masculina que gera a dominação masculina e impõe barreiras difíceis de serem superadas nas relações entre os gêneros e uma visão heterossexuada do mundo, no qual apenas a heteronormatividade é reconhecida e tida como legítima e as outras formas são, na melhor das hipóteses, diferentes. Desse modo,

Da mesma maneira, acolher a ideia de que existe o dimorfismo sexual da espécie não impede que se reconheça que o sexo possa ser uma categoria historicamente datada. As concepções sobre a diferença sexual não abolem o fato de que existe uma diferenciação nos corpos e que ela importa até o presente momento no modo como a humanidade se reproduz. Talvez este comentário possa suscitar a crítica de essencialismo, tão comum nos discursos que se querem desconstrutivistas, mas em verdade não se trata de afirmar que a existência de dois sexos na natureza implique

¹²⁷ Os estudos antropológicos afirmam que há uma universalização de sexo e idade como base de diferenciação social, mas a divisão social do trabalho que daí decorre é extremamente diferente de sociedade para sociedade (ROMANI, Jacqueline Pitanguy de. *Mulher: natureza e sociedade*. In: LUZ, Madel T. (org.). **O lugar da mulher: estudos sobre a condição feminina na sociedade atual**. Rio de Janeiro: Edições Graal, p. 59-71, 1982, p. 62).

¹²⁸ BOZON, Michel. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004, p. 21.

¹²⁹ Embora Butler questione “existe um corpo físico anterior ao corpo percebido? Questão de resposta impossível”, e trabalhe negando a existência de um corpo “in natura”, a própria autora também reconhece que os diferentes “estilos de carne” existem e que são justamente corpos marcados pelo gênero. (BUTLER, Judith, *op.cit.*, p. 166).

¹³⁰ “Apesar de que, excluindo-se a gestação e a lactação não há nenhum determinante biológico no que se refere à atribuição à mulher do espaço doméstico, este é considerado, via de regra, inerente a natureza feminina, da mesma forma que o espaço público seria inerente à natureza masculina. Tais espaços, demarcados a nível concreto, são sobretudo marcos de referência na representação simbólica do feminino e do masculino” (ROMANI, Jacqueline Pitanguy de. *op. cit.*, p. 64-65).

¹³¹ WELZER-LANG, Daniel. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Revista Estudos feministas**. Universidade Federal de Santa Catarina. v. 09. n. 02, p. 460- 481, 2001.

alguma característica substantiva universal, apenas que a estrutura subjacente à montagem das relações de gênero mantém um pendor assimétrico¹³².

Além disso, é possível defender que existe algo de similar na experiência feminina. Todas as mulheres fazem parte de uma categoria praticamente fixa de gênero e esta as identifica; elas têm ocupado uma posição de subordinação (pelo menos no imaginário da cultura geral e da linguagem) e seus corpos vivem os mesmos processos (ainda que culturalmente eles possam representar coisas diferentes), o que sugere que elas são afetadas de modo semelhante pelos conceitos médico a respeito de sua constituição física. “Assim, masculino e feminino, masculinidade e feminilidade são conceitos que, partindo de uma caracterização biológica, definem-se, sobretudo, pela atribuição de papéis sociais, representações e expectativas de comportamento”.¹³³ Por tudo isso, parece evidente que existe uma genitalização de identidades e que esta termina por definir relações sociais.¹³⁴

Por fim, e neste mesmo diapasão, ainda existe uma questão que pode representar o traço distintivo fundamental e a razão pela qual a hierarquia de gênero se estabelece ao longo da história e em diferentes contextos sociais: o poder de fecundidade feminino e a vontade masculina de controlá-lo. Para Françoise Héritier, residiria aí a causa da chamada valência diferencial dos sexos¹³⁵. De todo modo:

Embora haja um debate que atualmente divide os que mantêm um pensamento mais radical (o corpo como *produto* da discursividade) e uma perspectiva que defende uma *materialidade* do corpo ‘anterior ao discurso’ ou como de certa forma um substrato da cultura, os trabalhos de autoras/es que escrevem a partir de ambas as posições contribuem para pensar a questão da construção dos corpos como femininos e masculinos, relação fundamental em uma ordem de poder – ou biopoder, como diria Foucault – de gênero¹³⁶.

Como já foi mencionado, existem várias teorias que podem ser chamadas de feministas e duas de suas principais vertentes são a corrente diferencialista, que busca reconhecimento de uma identidade feminina própria, seja ela biológica, seja ela cultural; e a

¹³² HEILBORN, Maria Luiza. Gênero: um olhar estruturalista. In: PEDRO, Joana e GROSSI, Miriam. **Masculino, feminino, plural**: gênero na interdisciplinaridade. Santa Catarina: Editora Mulheres, 2006, p.53.

¹³³ ROMANI, Jacqueline Pitanguy de. *op. cit.*, p. 65.

¹³⁴ BENTO, Berenice. **O que é transexualidade?** São Paulo: Brasiliense (Coleção Primeiros Passos) 2008, p. 209. Para ilustrar essa afirmação, Bento menciona o estudo de Fabíola Rohden (que é amplamente usado neste trabalho) que mostra as 22,3% das teses de medicina produzidas na Faculdade de Medicina da UFRJ, entre 1833 e 1940 tratavam, justamente, de reprodução e sexualidade. Tais teses eram o último requisito para a obtenção do grau de doutor em medicina. (ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001)

¹³⁵ HÉRITIER, Françoise. **Masculino/Feminino**: o pensamento da diferença. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

¹³⁶ ADELMAN, Miriam. Mulheres atletas: re-significações da corporalidade feminina. In: **Revista Estudos Feministas**, 11 (2), julho/dezembro Florianópolis, p. 445-465, 2003, p. 449.

corrente igualitarista, que acredita que a diferença leva à desigualdade e desvalorização. O campo intelectual brasileiro se constitui como fruto da influência de ambas as correntes e, conseqüentemente, do campo intelectual americano (*women's studies* e *gender studies*) e do campo intelectual francês (pesquisas sobre mulheres e estudos sobre relações sociais de sexo), de maneira que se notam as duas vertentes.

Para o campo francês, o conceito de diferença é rejeitado. Adota-se um projeto iluminista de razão que trabalha com a noção de ser humano universal. Neste contexto, a diferença seria considerada “uma categoria despolitizante e conservadora”.¹³⁷ Já a tradição americana possibilitou o desenvolvimento não de um indivíduo abstrato e universal, mas do indivíduo concreto, marcado por especificidades. Na verdade, as correntes diferencialistas e igualitaristas estão presentes em ambos os países e em todos onde há movimento feminista. Mas no diferencialismo francês há um tom de universalidade, pois a alteridade é reconhecida para uma categoria única de mulher.

No Brasil, porém, essas duas vertentes parecem ter se encontrado. De todo modo, não parece contraditória a exigência de um tratamento igualitário, mas baseado no reconhecimento de uma especificidade. Assim:

A ideia de igualdade parece não estar colada a uma identidade uniforme. Igualdade e diferenças não seriam antinômicas no cenário político brasileiro. O resgate da diferença tem sido a forma de alcançar visibilidade e voz no cenário nacional enquanto ator social, embora a questão da desigualdade social seja a todo tempo evocada e referida como a ela articulada. A politização em favor da igualdade parece ser compatível com a politização em favor da diferença. O campo simbólico parece exigir, não o contraste entre os dois conceitos, mas a articulação¹³⁸.

Além disso,

Há um aspecto da ambivalência constante entre correntes igualitaristas e diferencialistas nos movimentos feministas, que deve ser atribuído ao lugar paradoxal do estatuto das mulheres na constituição das sociedades individualistas: seu acesso assimétrico à categoria de indivíduo e de humano que lhes atribui experiências de vida e percepções, tanto semelhantes quanto diferentes dos indivíduos masculinos. As reivindicações seguem duas linhas paradoxais: a atribuição de sentido positivo às experiências de mulheres até então invisibilizadas e a atribuição de sentido positivo à igualdade entre homens e mulheres¹³⁹.

Como o presente trabalho tem como pano de fundo uma especificidade do corpo feminino que é a gestação¹⁴⁰ e suas conseqüências para o lugar que a mulher ocupa na

¹³⁷ MACHADO, Lia Zanotta, *op. cit.*, p. 112.

¹³⁸ *Ibidem*, p. 124.

¹³⁹ *Ibidem*, p. 119.

¹⁴⁰ Não quer dizer que todas as mulheres passem ou queiram passar por essa experiência, mas é a partir da capacidade que engravidar que o corpo-fêmea é entendido pela sociedade.

sociedade, a combinação das duas vertentes teóricas supracitadas parece fornecer à categoria analítica do gênero uma maior força explicativa. Cabe, agora, compreender como o corpo tem sido encarado ao longo da história como fonte de legitimação para a dominação masculina e o papel da medicina nesse processo.

CAPÍTULO 2 – DAR A VIDA E DAR A MORTE: A MATERNIDADE E O ABORTO NA PERSPECTIVA MÉDICA

Como foi discutido no capítulo anterior, os estudos feministas possibilitaram uma reflexão mais profunda sobre a maneira pela qual a anatomia dos corpos é definida e também serve como marco de definição a respeito do papel social atribuído aos indivíduos. Passa a ser preciso compreender o corpo para além de signos biológicos, desnaturalizando sua construção cultural, bem como demonstrando como as formas de policiamento do corpo se inserem em um processo sociopolítico mais amplo, no qual o saber científico ascende, no século XIX, como protagonista. O corpo feminino mereceu uma especial domesticação já que é ele que desempenha um papel fundamental para a reprodução, produção e, conseqüentemente, para a divisão sexual do trabalho.

1. A CONSTRUÇÃO CULTURAL DO SEXO

A análise dos valores culturais que permearam a medicina antiga lança luzes sobre as possíveis representações culturais presentes na medicina contemporânea. Isso porque:

É difícil ver como nossas ideias científicas correntes estão permeadas por pressupostos culturais; é mais fácil ver como conceitos científicos do passado, ideias que agora parecem erradas ou simplistas, podem ter sido afetados por conceitos culturais de uma época distante¹⁴¹.

Até o final do século XVIII, por exemplo, era aceito pela literatura médica que os corpos masculinos e femininos eram similares. Os órgãos internos da mulher seriam análogos aos órgãos externos dos homens. Laqueur esclarece que as diferenças de gênero sempre precedem as diferenças de sexo, ou seja, o sexo, assim, como o gênero, foi construído historicamente¹⁴². Isso quer dizer que não houve uma cronologia de descobertas científicas que

¹⁴¹ MARTIN, Emily. **A mulher no corpo**: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond, 2006, p. 67.

¹⁴² LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2001, p.75.

justificasse as diferentes concepções sobre a divisão (ou não) sexual entre homens e mulheres e sim uma modificação das visões sobre o corpo físico a partir de pressupostos culturais.

Roy Porter¹⁴³ também mostra que não são as novas descobertas científicas que alteram as noções que se têm sobre os corpos, mas sim as novas representações culturais que se tem sobre eles. Do mesmo modo, o autor destaca que a história do corpo tem sido negligenciada, uma vez que, na tradicional visão dualista mente *versus* corpo, o corpo ocuparia um lugar menos importante.

Os estudiosos advertiram de que seria simplista demais assumir que o corpo humano existiu eternamente como um objeto natural não problemático, com necessidades e desejos universais, afetado de maneiras variadas pela cultura e pela sociedade (em uma época “reprimido”, em outra, “liberado” etc). Tal divisão grosseira entre natureza e cultura seria obviamente inútil; e seria equivocado - e irônico!- proporcionar ao velho dualismo mente/corpo uma nova vida, tentando estudar a história (“biológica”) do corpo independente das considerações (“culturais”) da experiência e da expressão na linguagem e na ideologia¹⁴⁴.

Se a desigualdade de gênero se estabelece e ganha contornos de imutabilidade em razão de uma pretensa destinação biológica inserida no corpo da mulher, nada mais lógico do que retomar a história do corpo para tentar compreender o problema.

Desde a antiguidade, se observa que o discurso da dominação se inscreve no corpo da mulher, que seria um corpo defeituoso. Aristóteles, por exemplo, dizia que “os animais são machos e fêmeas. O macho é mais perfeito e governa; a fêmea o é menos, e obedece, a mesma lei se aplica, naturalmente, a todos os homens”.¹⁴⁵ Para ele, porém, os corpos masculinos e femininos seriam semelhantes, mas o homem teria mais calor vital e seria o responsável pela causa eficiente (e superior) que leva à procriação, por meio de seu esperma. A mulher forneceria apenas a causa material, com o sangue menstrual, para o desenvolvimento do corpo de um novo ser humano e atuaria como um receptáculo¹⁴⁶ da vitalidade masculina¹⁴⁷.

É importante destacar que para estudar os governos Aristóteles, primeiramente, analisou a origem dos seres e suas formas de associação, já que sendo as famílias uma porção e a base do Estado, um tratado sobre política deveria versar, justamente, sobre as virtudes e papéis próprios ao senhor, à mulher, aos filhos e aos escravos. Assim:

¹⁴³ PORTER, Roy. História do Corpo. In. BURKE, Peter. **A Escrita da História: novas perspectivas**. São Paulo. UNESP, p. 291-326, 1992.

¹⁴⁴ *Ibidem*, p.295.

¹⁴⁵ ARISTÓTELES, **A Política**. Trad. Nestor Silveira Chaves. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011, p. 26.

¹⁴⁶ É interessante mencionar que a etnografia realizada por Françoise Héritier sobre os Samo, de Burkina Faso, mostrou que há, entre este povo, uma concepção muito semelhante à ideia do receptáculo de Aristóteles (HÉRITIER, Françoise. **Masculino/Feminino: o pensamento da diferença**. Lisboa: Instituto Piaget, 1996).

¹⁴⁷ Antes de Aristóteles, Hipócrates, considerado o “pai” da medicina, também acabou reforçando a ideia de que a “semente” masculina é sempre a mais forte.

Deve-se, antes de tudo, unir dois a dois os seres que, como o homem e a mulher, não poderão existir um sem o outro, devido à reprodução. Isso não é neles o feito de uma ideia preconcebida; inspira-lhe a natureza, como aos outros animais e até mesmo às plantas, o desejo de deixarem após si um ser que se lhes assemelhe. Há também, por obra da natureza e para a conservação das espécies, um ser que ordena e um ser que obedece¹⁴⁸.

Contudo, foi Galeno quem consolidou, no século II, um modelo anatômico de sexo único que só foi derrubado no século XVIII. Para o célebre anatomista, a mulher seria um homem imperfeito, com uma genitália invertida, em decorrência da falta de calor corporal para os órgãos sexuais descerem. A vagina seria o pênis invertido, os lábios vaginais o prepúcio, o útero seria o escroto e os ovários seriam os testículos. Percebe-se, assim, que mesmo com a crença no isomorfismo, o corpo masculino era tomado como referência.

Ao contrário do que se possa supor, com a Renascença e o desenvolvimento dos estudos anatômicos por meio das dissecações, o modelo de sexo único continuou prevalecendo. As dissecações do século XVI não levaram a uma negação da ideia de corpo único, mas a uma confirmação, por meio da investigação empírica de que o corpo feminino era uma versão do masculino. As ilustrações da época, de fato, apontam que a vagina é um pênis invertido.

No século XVIII, com uma nova política cultural, passa-se a acreditar que as diferenças sexuais entre homens e mulheres possam ser biologicamente constatáveis. Não só os sexos seriam diferentes em seu aspecto físico, como também no moral. Assim, a visão dominante passa a ser a de que existiriam dois sexos opostos e estáveis e que todos os demais aspectos da vida dos seres humanos se definiriam a partir daí. É só nesta época que surgem os termos específicos para nomear os órgãos sexuais femininos e os masculinos.

Laqueur sustenta que antes do século XVIII o sexo era uma categoria sociológica e não ontológica¹⁴⁹. Nos textos pré-iluministas, o que hoje se chama de gênero era o real e o sexo, ou o corpo, seria convencional. Exatamente o oposto do que se faz atualmente. Pode-se afirmar, por essa razão que, “a diferença e a igualdade mais ou menos recônditas estão por toda parte, mas quais delas importam e com que finalidade, isso é determinado fora dos limites da investigação empírica”.¹⁵⁰ Ou seja, os saberes científicos são influenciados por uma agenda política e os objetos de estudo não são dados a priori. Sendo assim, se fosse culturalmente relevante, haveria evidências científicas do sexo único. Da mesma forma, quando fosse necessário, se pontuaria o dimorfismo sexual. Só houve interesse em demarcar dois sexos

¹⁴⁸ ARISTÓTELES, *op. cit.*, p. 20.

¹⁴⁹ LAQUEUR, Thomas, *op. cit.*, p.117.

¹⁵⁰ *Ibidem*, p. 23.

distintos, quando as diferenças passaram a ser politicamente relevantes, especialmente a partir do desenvolvimento das ideias iluministas e liberais e das mudanças concretas que elas ocasionaram no espaço social¹⁵¹. Ou seja, a onda de igualitarismo advinda da Revolução Francesa não originou uma revolução também nas representações médicas sobre a natureza, muito ao contrário. Houve uma reafirmação sem precedentes dos papéis atribuídos a cada sexo em razão de sua anatomia.

As novas reivindicações liberais de Hobbes e Locke no século XVII e a Revolução Francesa foram fatores que levaram à perda da certeza que a ordem social poderia ser fundamentada na ordem natural. Se a ordem social era meramente uma convenção, ela não poderia fornecer uma base suficientemente firme para manter homens e mulheres em seus lugares¹⁵².

Assim, a ciência ainda tentaria legitimar a ideia de superioridade masculina. Agora, porém, a hierarquia não estaria baseada na inferioridade do corpo feminino, a partir do grau de calor corporal ou de contribuição para a fecundação¹⁵³, mas sim no próprio atributo reprodutor da mulher que fundaria a ideia de complementaridade de papéis¹⁵⁴. Em um contexto de liberdade e contestação revolucionária e de valorização da razão humana, fez-se necessário apelar para uma distinção morfológica a fim de manter a demarcação do espaço público e do espaço privado e justificar a exclusão das mulheres dos ideais de igualdade e cidadania¹⁵⁵.

As reivindicações universais por liberdade e igualdade humana durante o Iluminismo não excluíam inerentemente a metade feminina da humanidade. A natureza tinha que ser buscada se os homens quisessem justificar seu domínio na esfera pública, cuja distinção da esfera privada se estabeleceria, cada vez mais, em termos de diferença

¹⁵¹ Sobre a inserção da mulher no espaço público a partir das ideias liberais e, especialmente, pós Revolução Francesa ver: PERROT, Michelle. **Mulheres Públicas**. São Paulo: UNESP, 1998.

¹⁵² MARTIN, Emily, *op. cit.*, p.73.

¹⁵³ Até porque ganhava cada vez mais adeptos a concepção de Galeno de que o homem não seria o único responsável pela geração e que também existiria o “sêmen” feminino (embora mais fraco). “Dessa forma, os doutores (...) mesmo concebendo de uma maneira mais positiva os atributos peculiares do sexo feminino, continuavam a reproduzir uma justificativa natural para a sua circunscrição ao mundo doméstico e sua exclusão da vida pública” (BELLINI, Lígia. Concepções do corpo feminino no Renascimento: a propósito de De universa mulierum medicina, de Rodrigo de Castro (1603). In: MATOS, Maria Izilda S. e SOIHET, Rachel (org). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003, p.39-40).

¹⁵⁴ É interessante notar que, até então, o prazer feminino era não apenas reconhecido, mas considerado importante para a fecundação, o que se altera, frontalmente, com a chegada do séc. XIX e a ameaça de uma maior libertação sexual feminina.

¹⁵⁵ Outro dado relevante é que, até esse momento, ainda sob a chancela do modelo de sexo único, havia muitos relatos de mudança de sexo em decorrência de comportamentos impróprios em termos de gênero. Em geral, essas transformações se davam de mulheres para homens, e eram justificadas, biologicamente, através da argumentação de que a natureza buscaria a perfeição e que seria possível desenvolver mais calor vital em razão da assunção de práticas masculinas. Por essa razão, Bento argumenta que como só havia uma diferença de grau ente homens e mulheres, a genitália não seria um elemento seguro para a distinção sexual. Além disso, antes da modernidade, sob a égide do isomorfismo, não poderia haver conflitos entre o gênero atribuído e corpo sexuado, motivo pelo qual a transexualidade, por exemplo, é considerada um fenômeno moderno (BENTO, Berenice. *Op. cit.*, p. 25-36).

sexual. A argumentação dos enciclopedistas de que o casamento é uma associação voluntária entre partes iguais – uma relação na qual nenhum dos dois parceiros faz uma reivindicação intrínseca de poder – depara-se imediatamente com a contra-argumentação de que alguém tem de se encarregar da família e que esse alguém é o homem, em razão de sua “força maior de espírito e corpo” (posição essencialmente Lockiana)¹⁵⁶.

Carole Pateman discorre longamente sobre o assunto em sua obra “O contrato sexual”.¹⁵⁷ A autora desconstrói os mitos de liberdade, igualdade e fraternidade do (fictício) contrato social que dá origem à sociedade civil. Para ela, existe também um contrato anterior, que é o sexual, que fundamenta a dominação masculina e legitima o patriarcado moderno. Tudo isso tendo como base, justamente, a diferenciação biológica entre homens e mulheres. Desse modo, os teóricos contratualistas oferecem, também, todo um arcabouço teórico para excluir as mulheres da vida pública.

Com exceção de Hobbes todos os contratualistas clássicos argumentam que as mulheres são naturalmente desprovidas de capacidade para participar de contratos. Elas não são iguais aos homens. A entrada no contrato original é um ato racional e as mulheres são tidas como seres irracionais. E mesmo Hobbes acaba legitimando a ausência das mulheres na feitura do contrato social em razão da maternidade que as fragiliza e faz com que elas já estejam submetidas ao poder de um homem na transição do chamado estado de natureza para a sociedade civil. Dentre esses teóricos, porém, nenhum teve a mesma importância de Rousseau no que se refere à defesa da desigualdade feminina e do condicionamento da mulher a um projeto nascente de sociedade burguesa. Ao escrever *Emílio ou da Educação*, o autor lançou as bases ideológicas sobre as quais se assentam, até hoje, os modelos de educação adequados para homens e mulheres¹⁵⁸. Assim:

Efetivamente, Rousseau era o grande triunfador do fim desse século. A publicação do *Emílio*, em 1762, havia cristalizado a revolução das mentalidades, dando-lhe sua justificação filosófica. A aspiração à felicidade que marca a segunda metade do século XVIII buscava sua realização num novo modelo familiar, fechado para o exterior e centrado no amor conjugal e parental. Nesse momento, tudo dependia da mulher e de

¹⁵⁶ LAQUEUR, Thomas, *op. cit.*, p. 242.

¹⁵⁷ PATEMAN, Carole. **O contrato sexual**. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

¹⁵⁸ Segundo Rousseau: “As mulheres não são feitas para correr; quando fogem, é para serem alcançadas. Correr não é a única coisa que fazem desajeitadamente, mas é a única coisa que fazem com pouca graça; os cotovelos para trás e colados ao corpo dão-lhe uma atitude ridícula, e os altos saltos sobre os quais se empoleiram fazem com que pareçam gafanhotos querendo correr sem saltar” (ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Emílio ou da educação**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.p. 644). A respeito da construção social dos corpos vale mencionar o texto “A construção cultural do corpo feminino ou o risco de transformar meninas em ‘antas’”. Tal artigo, escrito por um professor de educação física, discorre sobre como as diferenças de hábitos corporais entre homens e mulheres acarretam na deficiência motora da maioria das mulheres (DAOLIO, Jocimar. A construção cultural do corpo feminino ou o risco de transformar meninas em “antas”. In: ROMERO, Elaine. **Corpo, mulher e sociedade**. Rio de Janeiro: Papirus, p.79-91, 1995).

sua aptidão para bem representar os papéis que lhe eram destinados: esposa virtuosa e fiel, mãe até o sacrifício de si mesma, dona de casa consumada. Com essas três condições a felicidade do homem e da sociedade estavam inteiramente garantidas. Rousseau teve o gênio de mostrar que elas estavam inscritas na natureza dos sexos: eminentemente complementar¹⁵⁹.

Não se quer, com tudo isso, negar que a materialidade do corpo é um dado natural, mas apenas afirmar que as noções que se estabelecem sobre ele, boas ou ruins, são socialmente construídas, variando conforme o tempo e o espaço e, muitas vezes, independendo de comprovações científicas. O próprio Laqueur deixa claro que mesmo que o que sabemos sobre o corpo seja historicamente contingente, a carne, em si, tem peso¹⁶⁰, de maneira que “o fato de nos tornarmos humanos com a cultura (...) não nos dá licença para ignorar o corpo”.¹⁶¹ E esta é, inclusive, a ideia de gênero adotada por Scott¹⁶² e que norteia o presente trabalho, na medida em que o gênero é entendido como uma forma primária de dar sentido as relações de poder, se valendo da oposição binária homem/mulher e, ao mesmo tempo, a criando.

Assim, para se compreender a história do corpo, não se pode ficar apenas nos aspectos físicos e nem apenas nas representações sobre ele, há que se conjugar ambos, ou seja:

A busca da história do corpo não é, portanto, somente uma questão de triturar as estatísticas vitais sobre o físico, nem apenas um conjunto de métodos para a decodificação das “representações”. É antes um chamado para a compreensão da ação recíproca dos dois¹⁶³.

Até porque ainda que, tradicionalmente, tenha sido atribuída à condição biológica da mulher a sua subordinação (que estaria inscrita na própria lógica da criação do mundo), será que a razão para a dominação masculina é primária e essencialmente física (fragilidade especialmente em razão das gestações)? Se assim fosse, por que a desigualdade ainda existe, mesmo com uma (suposta) emancipação biológica da mulher através de direitos como a contracepção e o aborto? A resposta a essa indagação aponta os perigos para uma falsa dicotomia. Ou seja, nem tudo é sociocultural e nem tudo é biocientífico.

¹⁵⁹ BADINTER, Elisabeth. **Palavras de Homens**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991, p. 19.

¹⁶⁰ Mesmo Butler, que nega um conceito universalista e binário de homem e mulher e destaca que o corpo natural seria um construto social, questiona “Existe um corpo físico anterior ao corpo percebido? Questão de resposta impossível”. Para a autora, existem, é claro, diferentes estilos de “carne corporal”, mas estes seriam corpos marcados pelo gênero (BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 3ª ed. Civilização Brasileira: Rio de Janeiro, 2010, p.166).

¹⁶¹ LAQUEUR, Thomas, *op. cit.*, p.25.

¹⁶² SCOTT, Joan Wallach. “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, p. 71 - 99, julho-dezembro de 1995.

¹⁶³ PORTER, Roy, *op. cit.*, p.301.

O que se deve ter em mente é que não estão em debate questões biológicas sobre os corpos humanos, mas as questões políticas com relação à “natureza” da mulher que, por sua vez, determinam as questões biológicas sobre seu corpo. Desta forma,

Nas sociedades ocidentais, sob a influência do desenvolvimento das ciências “naturais” e da medicina, ligou-se, a partir do século XVIII, a identidade sexual ao sexo biológico e, especialmente, as mulheres foram ancoradas aos seus corpos, entregando-os ao destino de uma feminilidade natural¹⁶⁴.

E ainda:

A relação de dominação (...) exerce-se essencialmente através da violência simbólica, quer dizer, através da imposição de princípios de visão e de divisão incorporados, naturalizados, que são aplicados às mulheres e, em particular, ao corpo feminino. Quando é percebido através de tais categorias, e pelas próprias mulheres, o corpo feminino (que como ser segundo Aristóteles, poderia, dizer-se de múltiplas maneiras) confere uma justificação de aparência natural à visão da mulher e à divisão do trabalho entre os sexos (que é, na realidade, o seu fundamento).¹⁶⁵

No século XIX, finalmente, o sexo biológico ganha seu peso fundamental, servindo como um fundamento aparentemente neutro para a dominação de gênero. Nas palavras de María Emma Mannarelli “encontrar os fundamentos para a distinção sexual na Biologia é um signo da modernidade”.¹⁶⁶ O crescimento urbano e tecnológico acaba exigindo, ainda mais, uma reorganização do espaço público e do espaço privado. É nesse cenário que a Medicina se solidifica não como uma prática autorizada pelos saberes biológicos¹⁶⁷, porém mais propriamente como uma “ciência” do social. Antes da autoridade da ciência assumir o controle dos papéis sociais e da sexualidade, essa tarefa cabia à Igreja. Na verdade, muitas das pretensas recomendações médicas dos séculos XIX e XX ainda estão impregnadas de um viés religioso, assim como estão as justificativas para a submissão feminina. “A decisão sobre sua vida ou morte é transferida dos senhores onipotentes de preto para os senhores onipotentes de branco”.¹⁶⁸ Cabe aqui fazer uma breve digressão sobre o tema.

¹⁶⁴ PERROT, Michelle. **Mulheres Públicas**. São Paulo: UNESP, 1998, p. 140.

¹⁶⁵ BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005, p.58.

¹⁶⁶ MANNARELLI, María Emma. Medicina, sociedade e corpo feminino: Lima, 1900-1930. In: COSTA, Albertina de Oliveira. Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina. São Paulo: Ed. 34, 1997, p. 197-224, p. 215.

¹⁶⁷ Até mesmo a palavra “geração” acaba sendo substituída por “reprodução”, por esta ter uma conotação mais objetiva e científica.

¹⁶⁸ RANKE-HEINEMANN, Uta. **Eunucos pelo reino de Deus: mulheres, sexualidade e a Igreja Católica**. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1996, p. 317.

2. CRISTIANISMO, MULHERES E SEXUALIDADE

Se existe um mito disseminado que associa a mulher a uma categoria secundária é necessário buscar as origens desse mito, até mesmo porque ele serve de base para as representações cristãs, judaicas e mesmo mulçumanas sobre os papéis de gênero¹⁶⁹. A importância desses mitos pode ter, aparentemente, se relativizado, “no entanto, continuam sendo objeto de história tudo o que esses mitos representaram na construção imaginária e real da diferença dos sexos. (...) A criação das mulheres continua sendo um desafio do presente¹⁷⁰”. Assim, tanto o mito de Pandora, na tradição grega, quanto o de Eva, na tradição judaico-cristã, merecem uma breve análise.

Na mitologia grega, Pandora, a primeira mulher, foi criada para ser uma vingança de Zeus, e a causadora da perdição dos homens. Ela seria um “belo mal”, já que quando ainda não existiam mulheres no mundo, os homens viviam em paz, sem cansaço ou sofrimento. Um dia, porém, Prometeu roubou o fogo que só os deuses possuíam e o deu aos homens para que eles tivessem uma vida mais confortável. Zeus considerou tal ato uma grande afronta e elaborou um castigo para a humanidade. Assim, ele mandou que Hefesto, o deus ferreiro, com ajuda de Atena, criasse a primeira mulher, Pandora, e cada um dos deuses dotou-a com uma das suas características, inclusive, Hermes que lhe deu a capacidade de dissimular.

Zeus ofereceu Pandora de presente a Epimeteu, irmão de Prometeu. E mesmo tendo sido advertido por Prometeu quanto a aceitar presentes de Zeus, Epimeteu se casou com Pandora. Ela trazia consigo um presente dado por Zeus: uma jarra lacrada (conhecida como a caixa de Pandora) e que ela estava proibida de abrir. Todavia, movida pela curiosidade, Pandora abriu a jarra e dela escaparam todos os males que, até então, não afligiam o mundo, como a doença e a guerra.

A mitologia cristã, o Gênesis também retrata a mulher como a responsável pela ruína da humanidade em razão de sua curiosidade. Eva foi criada para fazer companhia a Adão, o primeiro ser humano, mas foi a responsável pela expulsão de toda a espécie humana do paraíso ao não respeitar a proibição divina sobre comer o fruto da árvore do conhecimento. Como punição, ela (e todas as mulheres) passaram a parir com dor e Adão (e todos os homens) tiveram que ganhar o pão com suor. Pauline Schmitt- Pantel enumera os motivos que fazem com que o Gênesis sirva de fonte para uma misoginia vulgar.¹⁷¹ Em primeiro lugar, foi um Deus

¹⁶⁹ SCHIMITT- PANTEL, Pauline. “A criação da mulher”: um ardid para a história das mulheres. In: MATOS, Maria Izilda S. e SOIHET, Rachel (org). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003.

¹⁷⁰ *Ibidem*, p. 154.

¹⁷¹ *Ibidem*, p.136.

masculino que criou o homem. E o homem foi criado primeiro, o que mostra que o homem é superior. A mulher foi criada para satisfazer as necessidades do homem e de uma forma antinatural, já que nasceu de um homem, e por meio da cessão de sua costela. Desse modo, a mulher tem uma existência derivada. Foi o homem que deu nome à mulher, o que evidencia sua posição de poder. O homem deixou a família do pai (Deus) para constituir uma outra família patriarcal com sua mulher. Foi a mulher que levou o homem ao pecado, o que destaca que ela tem um espírito fraco. Por sua má conduta a mulher recebeu uma punição mais severa do que a do homem, foram as dores do parto. O desejo da mulher pelo homem foi, justamente, a forma que Deus encontrou de mantê-la fiel e submissa. Por tudo isso, conclui-se, então, que Deus deu ao homem o direito de dominar a mulher.

Pandora não representa a criação do princípio feminino na cosmogonia grega, apenas das mulheres, ou seja, é o primeiro exemplar de sua espécie. Isso porque o feminino já existia (Gaia é a primeira Deusa que surgiu da entidade neutra chamada Caos). Contudo, foi o mito de Pandora criado pelo poeta Hesíodo que serviu de base para a exclusão das mulheres na sociedade grega até Plutarco (século I-II DC), quando há alguma valorização em relação à mulher¹⁷².

Do mesmo modo, a cosmogonia cristã também oferece uma outra representação feminina digna de valor e exaltação, qual seja, a da Virgem Maria. Todavia, Maria é apresentada como a encarnação da aceitação das ordens divinas e um exemplo de castidade ou pureza, ou seja, a boa mulher que se submete à vontade masculina e se realiza no seu papel maternal¹⁷³. Percebe-se, então, que o elemento feminino tem sido deificado em várias civilizações, mas isso só ocorre no campo do simbólico. Até porque “reificar, deificar a mulher é uma maneira de colocá-la ‘em seu lugar’, sobre os altares, isto é, à parte e em parte nenhuma”.¹⁷⁴ O uso do feminino como alegoria reflete o fato de que a mulher é uma forma universal, não tem individualidade e tudo pode significar. Ela é volúvel e moldável. Ela é o bem e também o mal.

Ao contrário do que o senso comum costuma imaginar, não foi o cristianismo que trouxe os valores do ascetismo e do autocontrole ao mundo pagão. Desde a antiguidade há uma hostilidade ao prazer, especialmente, o feminino. Porém, diferentemente dos cristãos que refutavam a sexualidade em razão de ser, supostamente, um pecado, os pagãos já acreditavam

¹⁷² SCHIMITT- PANTEL, Pauline. *op. cit.*

¹⁷³ Na linha do receptáculo aristotélico, Maria já foi chamada na Igreja de “vaso sagrado do Senhor” o que representaria a situação de todas as mulheres (PEDRO, Joana Maria. As representações do corpo feminino nas práticas contraceptivas, abortivas e no infanticídio – século XX. In: MATOS, Maria Izilda S. e SOIHET, Rachel (org). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003.).

¹⁷⁴ PERROT, Michelle. De Marianne a Lulu: as imagens da mulher. In: SANT’ANNA, Denise (org.). **Políticas do Corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995, p. 182.

em razões médicas para tanto. A título de exemplo, Pitágoras, Aristóteles, Platão e os médicos Hipócrates e Galeno pregavam a moderação sexual como caminho para uma vida saudável¹⁷⁵ e para o bom desenvolvimento dos seres humanos¹⁷⁶. Michel Bozon¹⁷⁷ corrobora essa ideia ao argumentar que:

A institucionalização do cristianismo no Ocidente e a ética sexual restritiva que o acompanhava não corresponderam a uma ruptura total com a Antiguidade tardia. São Paulo, por exemplo, estava bastante próximo dos filósofos estoicos em matéria de moral sexual. A verdadeira inovação é que as práticas do conjunto dos fiéis estão, de agora em diante, sob a vigilância de um aparelho de controle institucionalizado, e os comportamentos são exigidos em função de princípios absolutos e sagrados, aplicados a todos.

Para a dogmática da Igreja Católica, Jesus teria sido avesso a qualquer prazer sensual. Além disso, Maria e José teriam vivido de forma fraterna e ela teria concebido virgem¹⁷⁸ e permanecido assim ao longo da vida, mesmo depois do parto de Cristo. Tudo isso, simbolicamente, resulta na dificuldade da vivência do prazer sexual, mesmo dentro do casamento cristão. Se mesmo nas relações conjugais o prazer deveria ser reprimido, mais ainda se fazia necessário nas demais esferas da vida. O ato sexual deveria ser, então, apenas um ato de procriação, contido sempre que possível¹⁷⁹.

Uta Ranke-Heinemann, em um extenso estudo teológico mostra que a legitimação para esse processo está na própria Bíblia, com suas passagens sexistas, frutos do contexto histórico em que foram escritas, e, sobretudo, das traduções conduzidas de forma antisssexual ou antifeminina a fim de reforçar o discurso da Igreja perante a sociedade. Desse modo, o prazer sexual foi associado ao pecado original e as mulheres são descritas, em geral, como impuras. Para a autora, “a alegação de que o cristianismo representou a libertação da mulher é tão falsa quanto duradoura”.¹⁸⁰

Santo Agostinho e São Tomaz de Aquino¹⁸¹ podem ser considerados os principais responsáveis pela consolidação dessa moralidade sexual cristã que prevalece ainda nos dias de

¹⁷⁵ RANKE-HEINEMANN, Uta. *op. cit., passim*.

¹⁷⁶ As relações sexuais muito frequentes ou muito fogosas tornariam, inclusive, o leite materno ruim, o que poderia provocar até o envenenamento das crianças (FINE, Agnès. Leite envenenado, sangue perturbado: saber médico e sabedoria popular sobre os humores femininos (séculos XIX e XX). In: MATOS, Maria Izilda S. e SOIHET, Rachel (org). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003).

¹⁷⁷ BOZON, Michel. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004, p. 26.

¹⁷⁸ Maria teria dado à luz sem sentir dor, justamente, pois concebeu Jesus sem pecado.

¹⁷⁹ O triunfo da teologia hostil ao sexo fez com que o celibato se tornasse obrigatório. Pela mesma razão, a homossexualidade é condenada.

¹⁸⁰ RANKE-HEINEMANN, Uta. *op. cit.*, p.11.

¹⁸¹ Grande discípulo das ideias aristotélicas.

hoje, bem como pela misoginia com a qual as mulheres são tratadas nas religiões cristãs¹⁸². Agostinho dizia que o demônio se dirigiu a Eva por ela ser o elemento inferior dos dois humanos, na mesma linha da inferioridade apregoada desde a Antiguidade, por Aristóteles.

As mulheres podem ter ficado surpresas em saber que só eram boas para a reprodução, e desqualificadas para qualquer outra coisa que dissesse respeito à mente e à inteligência. Essa ideia foi formulada por Tomás de Aquino em conexão com Agostinho da seguinte maneira: a mulher é simplesmente útil na procriação (*adiutorium generationis*) e para cuidar da casa. Para a vida intelectual do homem não tem significado. Assim, Agostinho foi o brilhante inventor do que os alemães chamam de três kas (Kinder, Küche, Kirche – filhos, cozinha, igreja), uma ideia ainda viva, que com efeito continua a ser posição teológica primária das mulheres na hierarquia da Igreja¹⁸³.

A inferioridade feminina justificaria seu recolhimento ao lar e sua redução ao trabalho de procriação. Para os maiores teólogos da Igreja, as mulheres seriam servas dos maridos. Assim, contraditoriamente à ideia de que o prazer deve ser evitado, a recusa da esposa ao sexo era considerada um pecado mortal, posto que isso poderia levar ao adultério do marido, um pecado ainda mais grave do que o sexo por prazer. Nessa linha, não se pode negar que a exploração das mulheres esteve na base do ideal de moralidade sexual católica.

Além disso, o casamento e a própria família não seriam baseados no amor, mas em uma necessidade de cooperação. Observa-se que a primeira tentativa de uma relação amorosa mútua entre homens e mulheres aparece no século XII, como o amor cortês, mas só a partir do século XVIII, o amor passa a ser um sentimento esperado entre os cônjuges. A Igreja Católica, porém, só estabelece o amor como fundamento de um casamento no século XX¹⁸⁴. A “invenção” do amor conjugal aconteceu, então, dentro de um longo processo de criação de um domínio para a intimidade¹⁸⁵. Norbert Elias¹⁸⁶ descreve esse processo ao falar da passagem de uma sociedade em que as funções corporais e emoções são visíveis para um mundo em que as pessoas devem controlar seus sentimentos e manifestações corporais, da alimentação à sexualidade. Philippe Ariès¹⁸⁷ segue na mesma linha ao abordar a criação de um espaço íntimo, em que passa a existir uma dualidade de esferas da vida, o público e o privado, de forma bem marcada. Ariès também destaca que, até então, as crianças recebiam poucos cuidados, já que

¹⁸² Mesmo Lutero repetiu os ensinamentos sobre o sexo de Agostinho. Para ele, mesmo o sexo entre cônjuges se praticado para fins de prazer era um pecado como o adultério.

¹⁸³ RANKE-HEINEMANN, Uta, *op. cit.*, p. 101.

¹⁸⁴ BOZON, Michel, *op. cit.*, p. 33.

¹⁸⁵ *Ibidem*, p. 34.

¹⁸⁶ ELIAS, Norbert. **O processo civilizador: uma história dos costumes**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

¹⁸⁷ ARIÈS, Philippe. **Historia social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

não existia a noção de infância sacralizada e separada da vida adulta, até mesmo em termos de sexualidade. Nas palavras de Elias:

O sentimento de vergonha que cerca as relações sexuais humanas tem aumentado e mudado muito no processo de civilização. Isto se manifesta com especial clareza na dificuldade experimentada por adultos, nos estágios mais recentes de civilização, em falar com crianças sobre essas relações. Hoje, porém, esta dificuldade parece quase natural. Afigura-se que, por razões quase biológicas, a criança nada sabe sobre as relações entre os sexos e que é tarefa extremamente delicada e difícil esclarecer a meninas e meninos em crescimento o que está acontecendo com eles e o que acontece em volta. A extensão em que esta situação, muito longe de ser evidente por si mesma, constitui mais um resultado do processo civilizatório, só é entendida se observarmos o comportamento das pessoas em um estágio diferente de desenvolvimento.¹⁸⁸

Por essa razão, ainda que configurasse crime, o infanticídio era uma prática comum e com baixa incriminação. Pode-se dizer que seria como o aborto nos dias de hoje, já que criança tinha uma condição liminar tal qual a do feto. Em verdade, “a família era uma realidade moral e social, mais do que sentimental”.¹⁸⁹

O infanticídio, o aborto e a contracepção passaram a ser duramente perseguidos por essa moralidade católica, sendo causas de condenações à morte, na Idade Média e excomunhões nos dias de hoje. Muitas parteiras foram levadas à fogueira acusadas de acobertar esses tipos de práticas ilícitas. A esse respeito, porém, convém lembrar que a visão do aborto pela Igreja Católica mudou muito ao longo do tempo, não sendo uniforme. A concepção de que a vida humana começa na concepção somente foi incorporada à doutrina oficial da Igreja em 1869, com a publicação da Apostólica Sedis pelo Papa Pio IX. Antes disso, o feto não era considerado pessoa, razão pela qual boa parte da legislação do mundo ocidental também não previa a criminalização dessa prática¹⁹⁰.

E essa mudança da Igreja se liga, exatamente, à propagação dos ideais liberais e modernos dos séculos XVIII e XIX que levaram a uma redefinição do papel de homens e mulheres na sociedade. Até então, o aborto era um pecado por desvincular o sexo da procriação, ou seja, para proteger uma moral sexual (e também para preservar o direito do pai ou mesmo para proteger a vida da mulher) e não por ser um ato contrário a vida.

Até existir uma autoridade papal centralizada, as penitências para o aborto eram muito variadas e a prática não era assemelhada ao homicídio. Além disso, havia distinção entre o aborto praticado para encobrir prática sexual ilícita, que era um grave pecado, e aquele que

¹⁸⁸ ELIAS, Norbert, *op. cit.*, p. 169-170.

¹⁸⁹ ARIÈS, Philippe, *op. cit.*, p. 158.

¹⁹⁰ CITELI, Maria Teresa e TALIB, Rosângela. **Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004)**. São Paulo: Cadernos Católicas pelo Direito de Decidir, 2005.

não tinha essa função e era praticado no começo da gravidez (quando a maioria dos teólogos entendia não haver vida). Santo Agostinho, inclusive, comungava da opinião de que a vida só se iniciaria depois de algum tempo de desenvolvimento do feto.¹⁹¹

Com a propagação da teoria da hominização retardada, desenvolvida por São Tomás de Aquino, passa-se a acreditar que deve haver unidade entre corpo e alma (já que Jesus é humano e divino ao mesmo tempo), mas os seres humanos só seriam a ligação de corpo e alma depois de totalmente formados, ou mesmo depois de nascidos. Assim, por volta do século XII, com a compilação das Leis Canônicas, o aborto passa a ser equiparado ao homicídio, mas só depois do desenvolvimento do feto.

Foi a preocupação com a prostituição em massa em Roma que levou o Papa Sisto V a criar, já no século XVI, a Bula *Effraenatum* que condenou a anticoncepção e o aborto em qualquer tempo, tendo como penitência a excomunhão. Depois de sua morte, porém, o Papa Gregório XIV considerou a medida muito severa e publicou a *Apostólica Sedis* que dizia não haver homicídio no caso de abortos praticados no início da gestação.¹⁹²

Embora houvesse divergências internas, a teoria da hominização retardada chegou a Era Moderna como a teoria mais aceita, mas a partir daí começa a se consolidar a teoria da hominização imediata, no sentido de que desde a concepção existiria um corpo com alma. E foi por isso que, em 1869, o Papa Pio IX declarou na *Apostólica Sedis* que o aborto, em qualquer tempo, deve ser considerado um homicídio e tem como pena a excomunhão.¹⁹³

De qualquer forma, à medida que as teses iluministas vão se consolidando, o poder explicativo da Igreja vai decrescendo e a razão científica prevalece sobre os dogmas religiosos.

Os enciclopedistas assimilaram as preocupações e as novas orientações dos médicos do iluminismo. Livrando-se pouco a pouco da influência dos antigos e da Igreja, estes se propõem a elaborar uma ciência médica racional, fundada na observação da anatomia e da fisiologia que permitisse descobrir toda a verdade sobre a natureza humana. Os médicos se afastaram do modelo unissex até então prevalente, que considerava o corpo feminino uma variante inferiorizada do masculino e aderem à diferença dos sexos¹⁹⁴.

¹⁹¹ EMMERICK, Rulian. **Aborto:** (des)criminalização, direitos humanos e democracia. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008, p. 112.

¹⁹² *Ibidem*, p. 111.

¹⁹³ Em 1917, a nova Lei Canônica trouxe a punição não apenas para a mãe, mas também para quem realiza o aborto. Em 1924, a Igreja abriu exceções para abortos terapêuticos de gravidez tubária e em caso de câncer de útero, mas desde que as medidas não se dirigissem, diretamente, para matar o feto, mas sim para salvar a mãe. Apesar de muitas críticas, essa ainda é a posição da Igreja nos dias de hoje.

¹⁹⁴ HOUBRE, Gabrielle. Inocência, saber, experiência: as moças e seu corpo. Fim do século XVIII/ começo do século XX. In: MATOS, Maria Izilda S. e SOIHET, Rachel (org). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003, p. 94.

Nesse contexto, os médicos assumiram a função disciplinadora e o monopólio do discurso, desqualificando outras falas¹⁹⁵. Desse modo, a partir do século XVII passa a ocorrer uma perda de poder por parte da Igreja e uma progressiva autonomia para a medicina¹⁹⁶.

Até o final do século XVIII, três grandes códigos explícitos – além das regularidades devidas dos costumes e das pressões de opinião – regiam as práticas sexuais: o direito canônico, a pastoral cristã, e a lei civil. Eles fixavam, cada qual à sua maneira a linha divisória entre o lícito e o ilícito. Todos estavam centrados nas relações matrimoniais: o dever conjugal, a capacidade de desempenhá-lo, a forma pela qual era cumprido, as exigências e as violências que o acompanhavam, as carícias inúteis ou indevidas às quais serviam de pretexto, sua fecundidade ou a maneira empregada para torná-lo estéril, os momentos em que era solicitado (períodos perigosos da gravidez e da amamentação, tempos proibidos da quaresma ou das abstinências), sua frequência ou raridade: era sobretudo isso que estava saturado de prescrições.¹⁹⁷

E ainda:

Pode ser, muito bem, que a intervenção da Igreja na sexualidade conjugal e sua repulsa às “fraudes” contra a procriação tenham perdido, nos últimos 200 anos, muito de sua insistência. Entretanto, a medicina penetrou com grande aparato nos prazeres do casal: inventou toda uma patologia orgânica, funcional ou mental originada nas práticas sexuais “incompletas”; classificou com desvelo todas as formas de prazeres anexos; integrou-os ao “desenvolvimento” e às “perturbações” do instinto; empreendeu a gestão de todos eles.¹⁹⁸

Ou seja, a medicina ganha espaço como uma normatividade mais técnica sobre a sexualidade humana. Convém notar, todavia, que não se observa, necessariamente, um rigor metodológico na ascensão da medicina científicista. Surge, então, “uma prática médica insistente e indiscreta, volúvel ao proclamar suas repugnâncias, pronta a correr em socorro da lei e da opinião dominante; mais servil antes às potências da ordem do que dócil às exigências da verdade”.¹⁹⁹ A título de exemplo, embora Santo Agostinho não fosse especialista em medicina, sua perseguição ao prazer sexual foi incorporada pela literatura médica antiga. Isso mostra que, por vezes, o estado da ciência diz muito pouco sobre o tipo de conhecimento que ela produz. Até porque “naqueles dias, a medicina e a teologia faziam juntas pesadas exigência à fé das pessoas”.²⁰⁰ Alguns podem afirmar, inclusive, que o mesmo ainda se passa nos dias de

¹⁹⁵ Não se quer dizer, com isso, que a Igreja não tenha continuado desempenhando um papel importante em termos de regulação social.

¹⁹⁶ FOUQUET, Catherinne, KNIBIEHLER, Yvonne. *op. cit., passim*.

¹⁹⁷ FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade**: a vontade de saber. 19ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009, p. 44.

¹⁹⁸ *Ibidem*, p. 48.

¹⁹⁹ *Ibidem*, p. 62.

²⁰⁰ RANKE-HEINEMANN, Uta, *op. cit.*, p. 217.

hoje. Assim, a medicina pode ser vista como um discurso e como uma prática e através dela é possível analisar as continuidades e as mudanças de uma sociedade²⁰¹.

Para Michel Foucault²⁰², o final do século XVIII marca o surgimento da medicina cientificamente legitimada, em razão de mudanças na estrutura dos estudos e da prática médica. Antes disso, a medicina era exercida de forma bastante dispersa e diversificada, não sendo baseada em um conjunto de saberes propriamente científico. Assim, é a partir da racionalidade científica que os corpos passam a ser vistos como objetos da medicina, através de uma análise pretensamente neutra e do estabelecimento de leis universais.

Foucault²⁰³ também destaca que não se pode entender esse processo sem analisar a relação do que ele chama de “nascimento da clínica” médica com o contexto social de formação da sociedade capitalista e da necessidade do papel político da medicina nesse cenário, especialmente no que se refere à questão demográfica e ao controle social através das políticas higienistas. Além disso, as noções de saúde e doença são legitimadas a partir da racionalidade médica, mas tendo como base a observância ou não dos papéis sociais. O discurso médico serve, então, ao disciplinamento social. Não se está falando de um mero adestramento individual dos corpos, como ocorria até então, mas de uma verdadeira política de Estado.

Para o autor, é necessário condicionar os corpos e a sexualidade às exigências dessa sociedade em transformação, ou seja, normatizá-los ou “normalizá-los”. O controle da sexualidade tem a ver, então, com a ascensão burguesa, já que para esta era necessário se diferenciar da nobreza, considerada degenerada e também dos operários, tidos como desregrados. Além disso, a modernidade trouxe toda uma preocupação com a higiene e com novas práticas corporais. O que Foucault está mostrando é que o biológico se torna um importante instrumento político. É a ascensão da biopolítica (ou de mecanismos de biopoder) que serve como uma estratégia para o governo da população²⁰⁴. Giorgio Agamben também disserta sobre como os processos biológicos se tornam questões de Estado.²⁰⁵ Em linha semelhante, o longo estudo de Elias analisa a ligação entre os movimentos civilizatórios e as restrições corporais.²⁰⁶ Ou seja, o processo civilizatório seria marcado pela criação de uma reserva íntima, uma vontade de interpretar a sexualidade, bem como por um recalçamento das

²⁰¹ MATOS, Maria Izilda Santos de. Delineando corpos: as representações do feminino e do masculino no discurso médico (São Paulo 1890-1930). In: MATOS, Maria Izilda S. e SOIHET, Rachel (org). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003.

²⁰² FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

²⁰³ *Ibidem*, passim.

²⁰⁴ FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade I: a vontade de saber**. 19ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009.

²⁰⁵ AGAMBEN, Giorgio. **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua**. Editorial Presença: Lisboa, 1998.

²⁰⁶ ELIAS, Norbert, *op. cit., passim*.

funções corporais e emoções.²⁰⁷ É necessário, pois, analisar como a política se converte em biopolítica.

3. A BIOPOLÍTICA

O controle sobre o corpo e a sexualidade sempre se fizeram presentes na história da humanidade, mas o saber sobre o corpo se tornou o poder sobre o corpo justamente na Idade Moderna. Neste contexto, o controle sobre o corpo feminino se intensifica e o que antes era “o pecado original passa a ser pecado sexual”.²⁰⁸

Segundo Foucault, a sexualidade é importante nesse processo por duas razões: sendo um comportamento corporal depende de controle disciplinar individualizado e tendo efeitos reprodutivos tem a ver com o controle da população.²⁰⁹ Ou seja, ela está no cruzamento do corpo e da população. A vida natural começa a ser incluída nos cálculos de poder do Estado na Idade Moderna e a política se transforma em biopolítica.

Todavia, para o autor, o poder como uma entidade una e estável não existe. O que existe são relações de poder que estão em toda parte e que não são, necessariamente, verticalizadas na clássica noção de um poder soberano. Tendo formas díspares e em constante transformação, é fundamental estudar o poder a partir de uma perspectiva histórica:

O poder não existe. Quero dizer o seguinte: a ideia de que existe, em um determinado lugar, ou emanando de um determinado ponto, algo que é um poder, me parece baseada em uma análise enganosa e que, em todo caso, não dá conta de um número considerável de fenômenos. Na realidade, o poder é um feixe de relações, mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado (...). Se o objetivo for construir uma teoria do poder, haverá sempre a necessidade de considerá-lo como algo que surgiu em um determinado ponto, em um determinado momento, de que se deverá fazer a gênese e depois a dedução. Mas se o poder na realidade é um feixe aberto, mais ou menos coordenado (e sem dúvida mal coordenado) de relações, então, o único problema é munir-se de princípios de análise que permitam uma análise das relações de poder.²¹⁰

Assim, Foucault demonstra que ao longo dos séculos XVII e XVIII ocorre uma transição importante de um poder soberano (baseado no Estado territorial) para um poder disciplinar (baseado no Estado populacional). O direito de vida e de morte, ou seja, o de deixar viver e o de fazer morrer (matar), que pertencia ao soberano e era representado, inclusive, por

²⁰⁷ BOZON, Michel, *op. cit.*, p. 17-20.

²⁰⁸ EMMERICK, Rulian, *op. cit.*, p. 45.

²⁰⁹ FOUCAULT, Michel, *op. cit.*, p. 151-152.

²¹⁰ FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 28ª ed. Rio de Janeiro: Paz de Terra, p.369-370.

suplícios físicos, vai sendo substituído por um poder de adestramento através de instituições como escola, presídios, fabricas, etc. Nesta linha, o Panóptico de Bentham²¹¹ é a representação espacial do modelo de controle usado para efetivar o poder disciplinar, com uma vigilância permanente e invisível, de maneira que os indivíduos se achem vigiados mesmo quando não estão.²¹²

As transformações que surgem com a Revolução industrial, sejam elas econômicas, sociais, jurídicas, políticas ou científicas dão lugar ao surgimento, primeiramente, do poder disciplinar e depois do chamado biopoder. Ou seja, vai se configurando uma transformação no direito político, que passa a ser o de fazer viver e deixar morrer.

O biopoder surgiria como um complemento necessário do poder disciplinar, diante dessas novas demandas sociais. Passa-se, portanto, do controle do ser-humano enquanto corpo para o controle do ser humano enquanto espécie. Tal poder é um mecanismo de disciplina não de corpos individuais, mas de massas populacionais, já que em um novo modelo capitalista se fazia necessário controlar essas massas para que elas fossem mais produtivas. Nas palavras do autor:

Esse bio-poder, sem dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos. Mas o capitalismo exigiu mais do que isso; foi-lhe necessário o crescimento tanto de seu esforço quanto de sua utilizabilidade e sua docilidade; foram-lhe necessários métodos de poder capazes de majorar forças, as aptidões, a vida em geral, sem, por isto torná-las mais difíceis de sujeitar; se o desenvolvimento dos grandes aparelhos de Estado, como instituições de poder, garantiu a manutenção das relações de produção, os rudimentos de anátomo e de bio-política, inventados no século XVIII como técnicas de poder presentes em todos os níveis do corpo social e utilizadas por instituições bem diversas (a família, o Estado, a escola, a polícia, a medicina individual ou a administração de coletividades), agiram no nível dos processos econômico (...), garantindo relações de dominação e efeitos de hegemonia (...). O investimento sobre o corpo vivo, sua valorização e a gestão distributiva de suas forças foram indispensáveis naquele momento.²¹³

O melhor exemplo da integração do poder disciplinar com o biopoder é justamente a sexualidade, pois ela tem a ver com indivíduos singulares, mas também com a unidade da população. Neste diapasão, a vida natural do ser humano (como no que se refere à fecundidade ou à natalidade) passa a ser envolvida nos cálculos de poder surge a chamada biopolítica, de

²¹¹ Concebido por Jeremy Betham, o Panóptico é um modelo arquitetônico que pode ser usado para diversas finalidades (presídios, escolas, fábricas) e que permite, em razão de sua construção em forma de anel com uma torre de vigilância no meio, um controle permanente, sem que os vigiados possam ver o vigilante.

²¹² FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2004, p.166-167.

²¹³ FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: a vontade de saber**. 19ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 2009, p. 153-154.

maneira que a técnica de poder não é mais individualizante, mas sim massificante. E se antes era a potência da morte que simbolizava o poder soberano, agora é a própria gestão da vida.

Agamben, também estudioso do tema, segue na mesma linha afirmando que

O desenvolvimento e o triunfo do capitalismo, muito particularmente, não teriam sido possíveis, nesta perspectiva, sem o controle disciplinar levado a cabo pelo novo biopoder, que se criou, digamos assim, através de uma série de tecnologias apropriadas, ou ‘corpos dóceis’ de que tinha necessidade.²¹⁴

Diferentemente de Foucault, porém, Agamben quer construir uma teoria política no clássico modelo jurídico-institucional, mas se valendo de uma análise que leve em conta o modelo biopolítico de poder.²¹⁵

(...) o entrelaçamento de política e vida tornou-se tão apertado que não se deixa analisar facilmente. À vida nua e aos seus avatares da modernidade (a vida biológica, a sexualidade, etc) está inerente uma opacidade que é impossível esclarecer sem tomar consciência do seu caráter político; inversamente, a política moderna, uma vez tendo entrado em íntima simbiose com a vida nua, perde a intelegibilidade que nos parece caracterizar ainda o edifício jurídico-político da política clássica.²¹⁶

Além disso, ele acredita que a biopolítica não marca apenas a modernidade, mas está na própria base da política ocidental, sendo também inerente à ideia de soberania. Para Agamben, a grande marca da modernidade (e da contemporaneidade) seria o fato de que o espaço da chamada vida nua (vida natural) se confunde com o espaço da vida política. Assim, o corpo se torna portador de liberdades, mas ainda sujeito à soberania. O problema é que esta inserção da vida natural não é necessariamente marcada, conforme ensina Aristóteles, pela procura do bem viver, de maneira que pode se tornar a marca do estado de exceção. Nos Estados totalitários, o controle do corpo e a redução de certos indivíduos a vida nua, é a principal referência para a tomada de decisões políticas. “Dessa forma, a vida e a morte deixam de ser um conceito científico para se tornarem um conceito político que adquire seu significado através de uma decisão”.²¹⁷

Por tudo isso, vê-se que o surgimento de uma “ciência do sexo” é uma forma (talvez a mais eficaz) de reprimir e controlar populações. E o corpo feminino tem um papel estratégico nessa conjuntura. Ou seja, o projeto médico é também um projeto político para organizar o próprio casamento e a fecundidade. A histerização das mulheres, por exemplo, se inseriu no

²¹⁴ AGAMBEN, Giorgio, *op. cit.*, p. 13

²¹⁵ *Ibidem*, p. 14.

²¹⁶ *Ibidem*, p.116.

²¹⁷ EMMERICK, Rulian, *op. cit.*, p. 43.

processo de medicalização de seus corpos e de seu sexo e à serviço da responsabilidade reprodutiva, da educação das crianças e da manutenção familiar²¹⁸. Desse modo, fica claro que “a sexualidade é uma elaboração social que opera dentro dos campos do poder, e não simplesmente um conjunto de estímulos biológicos que encontram ou não liberação direta”.²¹⁹

4. A MEDICINA COMO PRÁTICA DE CONTROLE SOCIAL

Até o século XVIII, a medicina ainda não havia feito os progressos necessários para mudar o seu próprio status, como aconteceria depois. Isso se deveu ao iluminismo²²⁰ que possibilitou o estudo das doenças de uma outra maneira²²¹. O rigor científico começa a adentrar a clínica e a ciência experimental é usada para entender as doenças e descobertas importantes são feitas, como a antissepsia e a analgesia.

Desde a Idade Média, especialmente a partir do século XIII, o discurso médico serviu para justificar o papel exigido da mulher dentro da família e da sociedade²²². Porém, como pontua Mannarelli, a crescente liberdade feminina a partir do século XIX na Europa e nos Estados Unidos (e, mais especificamente, no começo do século XX, na América Latina), faz com que o discurso médico precise redefinir fronteiras. A biologia passa a ser a legitimação definitiva para demandas que são da ordem do social e a medicina ganha protagonismo no estabelecimento do discurso normativo. “Apelava-se à natureza, na busca de um suporte que sustentasse a dominação masculina no mundo público e a diferenciação entre este e o privado”.²²³ Esse processo pode ser chamado de medicalização.

Medicalizar significa transformar questões sociais em objetos da medicina, de maneira a manter certos padrões sociais, “biologizando” comportamentos que são culturais. Nas palavras de Bozon:

A medicalização da sexualidade é parte de um processo mais geral de medicalização da sociedade, que consiste em atribuir uma natureza médica a representações, práticas e problemas que, até então, não eram apreendidos nesses termos (...). E quando o problema médico toma o seu lugar no espaço coletivo e suscita uma política de saúde

²¹⁸ FOUCAULT, Michel, *op. cit.*, p. 160.

²¹⁹ GIDDENS, Anthony. A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: UNESP, 1993, p. 33.

²²⁰ Em razão da Revolução Francesa é na França que se percebem as primeiras transformações na medicina moderna.

²²¹ A introdução do estudo do corpo morto para compreender o corpo vivo foi fundamental nesse processo.

²²² BERRIOT-SALVADORE, Evelyne. El discurso de la medicina y da ciencia. In: DUBY, George e PERROT, Michelle. **Historia de las mujeres en occidente**. Madrid: Taurus, 1992, v. 04, 109-151, p.109.

²²³ MANNARELLI, María Emma, *op. cit.*, p. 203.

pública destinada a reorientar as condutas da população, um patamar suplementar da medicalização é alcançado²²⁴.

A medicalização é fruto do poder médico que se estabelece a partir do século XVIII, quando a medicina se consolida através da ciência, atrelada a um papel político de normatização social.²²⁵ Nesse sentido,

...os médicos deixam de ser meramente praticantes de uma arte específica de cuidar do corpo para se tornar homens de peso na vida cultural de sua época. Embora a maioria mais modesta continue presa à prática cotidiana, outros se dedicam a incursões jornalísticas e literárias ou mesmo a colecionar objetos de arte. Os médicos constituem uma classe de homens esclarecidos e cultivados que frequentemente inspiram os personagens centrais dos romances contemporâneos. Além disso, muitas vezes são eles mesmos que se tornam escritores ou se lançam na crônica científica, a qual se torna moda nos jornais da época. Eles são especialmente dotados para informar aos leitores os progressos da época – como a fotografia, a eletricidade, o clorofórmio ou o Raio X – que atestam as vitórias da ciência²²⁶.

Nesse diapasão, pode-se dizer que:

A expansão da teoria de Pasteur e a ideia de contágio transformaram a visão que se tinha da doença, dos corpos e da higiene: era preciso mudar hábitos e atitudes, de tal modo que o papel do médico tornou-se decisivo na configuração das pautas culturais e normativas. Assim, o cientificismo imperante nesse período permitiu aos médicos expandir o controle sobre a vida de homens e mulheres, normatizando os corpos e os procedimentos, disciplinando a sociedade, ordenando a sexualidade e os prazeres. Nesse sentido, o discurso médico apresentava a sociedade como um organismo caótico que necessitava ser regrado, estabelecendo uma oposição entre uma desordem real e uma ordem ideal, sendo a interferência do médico considerada indispensável²²⁷.

Em resumo:

Deve-se, portanto, entender a medicina vinculando o seu aspecto de saber científico ao de prática social que se constrói, a partir do significado que este saber vai adquirindo por meio das representações sociais que vão sendo (re) elaboradas sobre ele²²⁸.

Susan Bordo²²⁹ afirma que o corpo é um agente da cultura, uma poderosa forma simbólica através da qual se estabelecem as hierarquias e as normas centrais de uma sociedade.

²²⁴ BOZON, Michel. *Op. cit.*, p. 141.

²²⁵ BERRIOT-SALVADORE, Evelynne. El discurso de la medicina y da ciencia. In: DUBY, George e PERROT, Michelle. **Historia de las mujeres en occidente**. Madrid: Taurus, 1992, v. 04, 109-151, p.114.

²²⁶ ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 200, p. 22.

²²⁷ MATOS, Maria Izilda Santos de. *Op. cit.*, p. 109.

²²⁸ VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p.20.

²²⁹ BORDO, Susan R. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: BORDO, Susan R e JAGGAR, Alison M. (orgs.). **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro Rosa dos Tempos, p. 19-41, 1997.

A autora vai ainda mais longe e afirma que o corpo não é apenas um “texto” da cultura, mas o próprio “lugar prático” do controle social, tendo por base as teorias de Bourdieu e Foucault. Nas palavras de Bordo:

Vistos historicamente, o disciplinamento e a normatização do corpo feminino – talvez as únicas opressões de gênero que se exerçam por si mesmas, embora em graus e formas diferentes dependendo da idade, da raça, da classe e da orientação sexual – têm de ser reconhecidos como uma estratégia espantosamente durável e flexível de controle social.

Nesse contexto, é necessária uma medicina atrelada ao Estado, que dará a chancela necessária para que os cuidados domésticos amadores (inclusive das parteiras) sejam substituídos pelo tratamento médico especializado. Desse modo, a medicina adquire um caráter público, o que contribui para o seu aperfeiçoamento.²³⁰ A emergência da teoria darwinista coloca o homem no centro do universo e da criação. Inspirados por essa teoria, os médicos adotam o determinismo biológico²³¹ e desenvolvem o pensamento eugênico. Além disso, eles ganham as arenas políticas, sendo cada vez mais expressiva a presença de médicos nos cargos políticos.

Essa relação com o Estado comporta outra faceta, a do interesse mútuo na instauração de uma política de higiene pública e de campanhas de medicalização dos indigentes e assalariados. Os médicos, resguardados pela intenção intervencionista do Estado, traçam um programa sanitário que tem como principais metas a luta contra os flagelos sociais representados pelo alcoolismo, a tuberculose, as doenças venéreas, a prostituição, a criminalidade. E mais do que o combate específico contra esses males, estava em jogo a ideia da formação de uma população saudável que garantisse o futuro de cada nação. Os dois polos dessa política são, por um lado, a luta contra a degeneração, ou seja, contra tudo o que representasse a degradação progressiva e hereditária; por outro, o incentivo e controle do nascimento de novos cidadãos saudáveis. Neste caso, o gerenciamento da reprodução é fundamental, expresso em um interesse maior na gravidez, no parto, no aleitamento, na puericultura e até mesmo no casamento²³².

A noção de doença passa a ser associada à ideia de anormalidade e degeneração social. Na seara das relações de gênero, a normalidade passaria pelo casamento, pois ele também tem um papel importante na organização do espaço público e do privado. Conseqüentemente, se estabelece a necessidade de normatizar a sexualidade e a reprodução femininos, como se o futuro de uma sociedade organizada e com cidadãos sadios dependesse do comportamento das mulheres, especialmente, em relação à maternidade.

²³⁰ FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013, p. 20-39.

²³¹ A partir da teoria de Darwin também se acreditava na superioridade masculina, já que a dominação masculina seria fruto da seleção natural.

²³² MATOS, Maria Izilda Santos de. *Op. cit.*, p. 23.

A forma como o corpo físico é percebido está relacionada com o corpo social: a experiência física do corpo sustenta uma visão particular de sociedade, de modo que há um contínuo intercâmbio de significados entre essas duas classes de experiência corporal²³³.

A única sexualidade aceita é, então, aquela dirigida para um fim social legítimo. Nesse sentido, ao contrário dos séculos passados, a concepção dissociada do prazer feminino passa a ser majoritariamente aceita, até mesmo porque não faria sentido a nova ciência médica analisar esse tipo de subjetividade²³⁴.

Para a medicina do século XIX, o corpo feminino é um corpo frágil e doente, necessitado de cuidados especiais²³⁵. “O saber médico é cheio de conotações negativas sobre as funções corporais femininas, sobretudo as relacionadas às funções reprodutivas, ou seja, às propriamente femininas”²³⁶ e há também, nesse discurso, uma associação direta entre sexualidade feminina e doença.

Os fatores sociais dessa constatação, porém, eram esquecidos: as mulheres mais abastadas eram enclausuradas, as mais pobres, por outro lado, submetidas a tarefas extenuantes. E todas estavam sujeitas às doenças venéreas e aos problemas decorrentes da gravidez e do parto. Sendo assim, por uma razão ou por outra, os índices de mortalidade feminina eram mais altos dos que os dos homens²³⁷.

Nas palavras de Porter:

Seria limitado estabelecer os objetivos dos sanitaristas e higienistas, apenas em termos de miasmas e drenagens: suas preocupações não eram menores com respeito à sujeira moral e à regulamentação do contágio e da contaminação sexual. Do mesmo modo, os rituais da medicina à beira do leito ou no hospital não podem ser inteiramente explicados pelos achados da ciência médica. Questões mais amplas também ditam a natureza e os limites dos exames diagnósticos, do tratamento cirúrgico e da emergência de novas especialidades intervencionistas e sensíveis ao gênero como a obstetrícia humana²³⁸.

²³³ MANNARELLI, María Emma, *op. cit.*, p.199.

²³⁴ Vide o enviesado pensamento da recém-criada psiquiatria sobre a sexualidade feminina, na linha dos estudos freudianos.

²³⁵ Fica claro, assim, que tal qual na ideologia de sexo único, permanece uma visão depreciativa do sexo feminino, ainda tomado como inferior.

²³⁶ MANNARELLI, María Emma, *op. cit.*, p. 215.

²³⁷ KNIBIEHLER, Yvonne. Cuerpos y corazones. In: DUBY, George e PERROT, Michelle. **Historia de las mujeres en occidente**. Madrid: Taurus, 1992, v. 04, 15-61, p. 23-25.

²³⁸ PORTER, Roy, *op. cit.*, p.314.

Pelos motivos apresentados, as representações sobre a maternidade e a sexualidade passam a ser ditadas pela medicina, estruturando, inclusive, novas especialidades médicas relativas especificamente ao corpo feminino, como a ginecologia e a obstetrícia.

O nascimento da obstetrícia está ligado ao desenvolvimento de novas técnicas, especialmente, cirúrgicas, relativas ao parto e à necessidade de controle do corpo feminino pelo saber médico, pois a reprodução estaria vinculada à lógica da sociedade capitalista, seja para gerar mais mão de obra, seja para controlar a natalidade conforme as necessidades econômicas do momento²³⁹.

As mulheres pobres sempre trabalharam, mas as mulheres, em geral, começaram a ocupar mais fortemente o espaço público com as revoluções burguesas. Desse modo, fez-se necessária uma redefinição de fronteiras. E a biologia ocupou um papel importante, sendo “um marco epistêmico para as demandas prescritas da ordem social”.²⁴⁰ Assim, buscou-se a natureza para legitimar a dominação masculina no domínio público e também a diferenciação deste do mundo privado.

Todos esses interesses têm consequências diretas para o corpo feminino, que deve ser cuidado, protegido e finalmente controlado, pois nele se engendram os novos seres: os futuros cidadãos fortes e futuras mães sadias. Da sexualidade feminina depende o aperfeiçoamento físico e a saúde moral dos habitantes do país. Presenciamos, pois, a construção da identidade feminina sob o signo da maternidade. E a maternidade é um instinto que deve desenvolver-se, agora, sob a direção dos médicos²⁴¹.

Desse modo, se consolida a ideia de que o sexo é anterior e determinante do gênero. No modelo de sexo único, como aponta Laqueur, o corpo é apenas mais um elemento que compõe o ser, daí porque não era necessário descobrir uma diferença sexual intrínseca a ele. Um corpo aberto e passível de múltiplas interpretações iria de encontro às distinções jurídicas, sociais e culturais para homens e mulheres e não serviria de base sólida o suficiente para se adequar a essas necessidades²⁴². Para Elias, essa mudança de modelo se insere em um processo mais amplo e tem a ver com a própria organização do Estado moderno que exige o

²³⁹ FOUQUET, Catherinne, KNIBIEHLER, Yvonne. **La femme et les medecins**. Paris: Hachette, 1983.

²⁴⁰ MANNARELLI, María Emma, *op. cit.*, p. 203.

²⁴¹ *Ibidem*, p. 207.

²⁴² Tanto é que há vários relatos na Idade Média de pessoas que mudaram de sexo biológico em razão de comportamentos impróprios em termos de gênero. Em geral, essas transformações se davam do feminino para o masculino, pois a natureza sempre buscava sempre a perfeição e seria mais fácil desenvolver calor vital, ao invés de perdê-lo. Além disso, a partir da noção de uma anatomia comum não seria possível controlar a sexualidade de forma eficaz, já que o desejo sexual e o orgasmo seriam atributos de homens e mulheres (LAQUEUR, Thomas, *op. cit.*, p. 150-177).

estabelecimento de certos padrões morais e sociais de conduta. É o chamado “processo civilizador”.²⁴³

Pode-se afirmar então que ideia de sexo como se conhece atualmente só foi inventada no século XVIII. Nessa época, os órgãos masculinos e femininos começaram a ser diferenciados em termos linguísticos. E os que não tinham nome específico, como a vagina, passaram a ter. “Os dois sexos, em outras palavras, foram inventados como um novo fundamento para o gênero”.²⁴⁴

Essa ênfase na definição da diferença sexual e na especificidade feminina associada à maternidade tem sido percebida por alguns autores como um fenômeno claramente identificável em torno do fim do século XVIII e começo do XIX. É o momento em que o sexo passaria a ser cada vez mais tematizado pelos cientistas, especialmente médicos. E quando se falava do sexo, tratava-se particularmente do sexo feminino. Segundo Michel Foucault (1994), é no século XIX que a construção social em torno do sexo feminino ganha importância, em contraste com o século XVIII, quando se falava muito mais do sexo masculino. Enquanto no século XVIII a disciplina do sexo incidia preferencialmente nos colégios de meninos e escolas militares, no século seguinte é a mulher que passa a adquirir maior importância médico-social, sobretudo em função dos problemas ligados à maternidade, ao aleitamento e à masturbação.²⁴⁵

Se as funções biológicas do corpo feminino como a menstruação, o parto, e aleitamento são aspectos determinantes para a sociabilidade feminina e tem consequências sociais importantes, emerge um novo campo de práticas médicas voltadas para as mulheres e, assim, começa o processo de hospitalização do parto e de consolidação da obstetrícia como um ramo da medicina.

4.1. O PARTO MEDICALIZADO

Até o século XVI, a cirurgia e a medicina eram separadas, à primeira cabendo apenas os conhecimentos práticos e à segunda apenas os teóricos. Vigorava a ideia de que a cirurgia era uma prática de homens ignorantes e rudes. Por essa razão, a obstetrícia, parte da cirurgia, era deixada a cargo das mulheres. Só nos casos graves os cirurgiões intervinham²⁴⁶. Até porque era considerado indecente que um homem atendesse uma mulher. O termo "obstetrícia", inclusive, vem da palavra latina "obstetrix", que é derivada do verbo "obstare",

²⁴³ ELIAS, Norbert. *op. cit.*

²⁴⁴ LAQUEUR, Thomas, *op. cit.*, p.190.

²⁴⁵ ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001, p.16.

²⁴⁶ O Real Colégio dos Médicos de Londres, por exemplo, declarava que não era digno de um médico assistir a um parto, a não ser que se tratasse de um caso grave (*Ibidem*, p.61).

que significa “ficar ao lado”. Para alguns, o termo seria relativo justamente à "mulher assistindo à parturiente" ou à "mulher que presta auxílio". Nesse sentido,

Até o século XVI o cuidado com as doenças femininas pouco interessava aos médicos. O parto era muito mais um ritual de mulheres e quem assistia a mulher neste e em outros momentos era a parteira, que até então não contava com nenhuma formação especializada, exceto por sua própria experiência. É também no século XVI que se iniciam as tentativas de regulação de sua atividade²⁴⁷.

Com a necessidade de demarcações sociais mais rígidas, o discurso sobre a diferença sexual ganha peso e maior interesse dos médicos. Além de diagnosticar doenças, eles também diagnosticavam problemas sociais e forneciam “remédios” para eles. Por essa razão, a medicina foi enfática em relação à diferença sexual e aos deveres femininos, pois isso reorganizaria o espaço que foi invadido por ideias revolucionárias que poderiam afetar os papéis de gênero. As campanhas pela educação, pelo voto e pelo trabalho femininos, bem como o desenvolvimento de métodos contraceptivos permitiriam às mulheres uma maior liberdade para saírem da esfera doméstica.

A medicina veio, então, legitimar a manutenção da mulher no lar, em razão das diferenças físicas e intelectuais que a condicionariam para tanto. Os homens nasceriam fortes e inteligentes, já as mulheres seriam reféns de seu aparelho reprodutivo. Isso não quer dizer que a criação de uma ciência sobre as mulheres seja apenas uma reação às reivindicações feministas, ela seria, também, uma tentativa de organizar e classificar o conhecimento. Ou seja:

Ao mesmo tempo, o estudo científico sobre a humanidade, incluindo as divisões de classe, nação e raça, tomava impulso. A biologia passava por grandes transformações, com destaque para a teoria evolucionista que iria impregnar também outras disciplinas. Elaboravam-se diferentes formas de classificação dos indivíduos, enfatizando a diferenciação e a hierarquia. Entre essas formas, o sexo se constituía em um dos grandes temas de interesse da época, pois evidenciava a relação do homem com a natureza. Os cientistas preocupados com esses assuntos também eram motivados pelos movimentos de reivindicação de direitos²⁴⁸.

Nesse contexto, os médicos começam a tomar o campo que era ocupado, tradicionalmente, pelas parteiras. Cabe destacar que mesmo ao longo do século XIX, as faculdades de medicina não preparavam os médicos para realizar partos. As aulas eram apenas teóricas, como uma repetição dos manuais e não havia uma clínica de partos. Desse modo, era normal que os estudantes se formavam sem nunca ter feito ou assistido um parto²⁴⁹. Porém, a

²⁴⁷ ROHDEN, Fabíola. *op. cit.*, p. 45.

²⁴⁸ *Ibidem*, p. 25.

²⁴⁹ MOTT, Maria Lúcia Barros. A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico? **Revista estudos feministas**, vol. 7, n.1/2, 1999.

parturição começa a se tornar atraente para os médicos, especialmente, os partos normais, com alto índice de sucesso. Isso porque um parto bem-sucedido era uma forma de ser requisitado para cuidar de qualquer problema de qualquer membro da família.

Por essa razão, o trabalho da parteira começa a ser desqualificado, de maneira que emerge, na literatura médica, a imagem da parteira como uma mulher ignorante, sem moral e responsável pela morte de bebês e crianças por falta de qualificação. Mesmo com essa formação precária, o discurso médico que desqualificava as parteiras prevaleceu e atribuía aos próprios médicos uma capacitação que eles ainda não possuíam, como se o diploma da faculdade sanasse qualquer falha. Silva reforça essa argumentação:

Uma explicação que nos parece bastante plausível para isso era o fato de que os mesmos travavam contra as parteiras uma luta política pelo controle exclusivo dos atos médicos ligados à reprodução. As acusá-las de “aborteiras” sem escrúpulos e ignorantes e de responsáveis pela morte de gestantes, desacreditavam-nas frente à sociedade e, chamavam para si, o monopólio da interrupção da gravidez e também dos partos²⁵⁰.

Na verdade, a Igreja sempre esteve muito atenta ao ofício das parteiras²⁵¹, em razão de as mesmas poderem atestar ou realizar crimes, como aborto e infanticídio; certificar a virgindade das mulheres ou a paternidade das crianças; e mesmo fazer batismos em caso de risco de vida. Em razão de uma posição tão delicada diante da ordem sexual vigente, era exigida uma posição moral muito rígida das parteiras e qualquer deslize poderia macular a imagem de uma parteira. Na Idade Média, inclusive, foram recorrentes as acusações de bruxaria e a condenação de parteiras à morte na fogueira.²⁵²

Assim, se, por um lado, havia a crença de que seria imoral que um homem tocasse uma mulher em situação de parto, por outro, a ideologia de que as parteiras seriam imperitas seria causa para consultar um médico. Além disso, os já mencionados avanços científicos traziam uma maior confiabilidade para o trabalho dos médicos. No caso da obstetrícia, especificamente, os avanços na antisepsia, analgesia e a invenção de instrumentos como o fórceps traziam mais sucesso para os médicos mesmo nos partos mais difíceis e até nos casos de cesáreas que, até então, levavam, em sua grande maioria ao óbito da parturiente. Desse modo, “no desenvolvimento da obstetrícia, a metáfora do útero como máquina é combinada ao

²⁵⁰ SILVA, Marinete dos Santos. Reprodução, sexualidade e poder: as lutas e disputas em torno do aborto e da contracepção no Rio de Janeiro entre 1890 e 1930. **Revista História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol.19, n. 4, p.1241 – 1254, outubro-dezembro de 2012, p. 1243.

²⁵¹ A própria Bíblia reforça essa ideia já que no Êxodo, o Faraó Ramsés manda as parteiras matarem todas as crianças judias do sexo masculino.

²⁵² ROHDEN, Fabíola, *op. cit.*, p. 45.

emprego de instrumentos mecânicos reais (como o fórceps), que tiveram papel importante na substituição das mãos das parteiras por mãos masculinas que usam ferramentas”.²⁵³

O cirurgião parteiro enfrentava o desafio de romper a associação com a profissão tradicionalmente feminina das parteiras e ganhar a opinião da elite médica. Espelhando-se na figura refinada do médico, ele vai pouco a pouco tornando-se um profissional respeitado, que poderia se sociabilizar com a aristocracia. No transcorrer do século XVIII, esse novo personagem ganha batalha contra as parteiras, passando a ser chamado para assistir aos partos, além de acompanhar o desenvolvimento da gravidez e do puerpério e cuidar das doenças das mulheres e das crianças. Também se desenvolvem o ensino e a pesquisa da obstetria²⁵⁴.

Como já foi dito, havia cisão na medicina entre o cirurgião, que realizava os procedimentos práticos e o médico, a quem cabia a teoria científica. Todavia, com as mudanças relativas ao próprio status da medicina e a maneira de fazer ciência, no século XIX, a prática e a teoria são unificadas. Nesse processo, o cirurgião parteiro também foi sendo incorporado às corporações da medicina tradicional e foi ganhando prestígio no campo médico.

Se na literatura médica do século XIX e mesmo no senso comum é recorrente a referência às parteiras é como se elas tivessem um perfil único de baixa qualificação, a documentação histórica, entretanto, mostra que havia diferentes tipos e níveis de qualificação. No Brasil, por exemplo, havia parteiras práticas que não tinham autorização legal (chamadas de comadres ou curiosas) e havia as parteiras licenciadas, divididas entre as examinadas e as diplomadas.²⁵⁵

Em Portugal, o exercício profissional das parteiras foi regulamentado desde o século XVI, sendo exigido um exame ou licença especial para o exercício dessa profissão, sob pena de punição.²⁵⁶

Com a vinda da Corte para o Brasil, a Fisicatura Mor, órgão burocrático-administrativo referente às questões de higiene pública e exercício da medicina no Brasil (e outros domínios portugueses) passou a ser responsável por fiscalizar as parteiras. Havia toda uma burocracia para se requerer um exame ou licença especial para virar parteira. Para ser examinada, a candidata deveria apresentar uma carta com comprovação de experiência ao representante do físico mor em sua região. Era agendado um exame conduzido por dois cirurgiões aprovados (ou um cirurgião e uma parteira aprovada). Neste exame, eram feitas perguntas teóricas e práticas pelo tempo que a banca achasse necessário. Os autos do exame

²⁵³ MARTIN, Emily, *op. cit.*, p. 105.

²⁵⁴ *Ibidem*, p. 47.

²⁵⁵ MOTT, Maria Lúcia Barros. *op. cit.*, p. 292-297.

²⁵⁶ *Ibidem*, p. 293.

eram registrados em cartório e eram enviados ao físico mor da capital. Depois de ter a carta de examinada, a parteira ainda deveria fazer um juramento sobre os Evangelhos na Câmara Municipal onde residisse.

Era possível, também, obter uma licença especial sem passar pelo exame. Neste caso, a parteira deveria comprovar experiência e justificar a não realização do exame, seja por não ter meios, ou por não haver parteira habilitada ou cirurgião aprovado na região onde atuasse.

Na documentação oficial sobre as parteiras que atuavam no Brasil no século XIX, percebe-se um perfil social, cultural, etário e étnico-racial muito variado. Mas a maior parte delas aprendeu seu ofício com outras parteiras e não com médicos. De qualquer maneira, a documentação também mostra cartas de referências muito boas expedidas por médicos, mas também aponta sinais de disputa profissional. Isso porque:

Apesar do reconhecimento da capacidade profissional e da evidente colaboração entre parteiras e médicos, percebe-se que já havia um controle do ofício por parte dos médicos. Seja porque eram examinadas por cirurgiões (as parteiras mais raramente participavam como examinadoras) seja pelo fato de serem obrigadas, em caso de perigo, a recorrer a um cirurgião²⁵⁷.

É importante ressaltar que, nesta época, as parteiras não apenas faziam partos, mas tinham funções diversas como atestar abortos, infanticídios, cuidar de doenças ginecológicas, dentre outras. E muitas delas tinham uma relação profissional próxima com os médicos em razão de sua farta experiência.

Com a criação das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, em 1832, as mulheres que queriam ser parteiras passaram a ter que fazer um curso de partos e essas novas diplomadas passariam a exercer a profissão junto àquelas que já haviam sido aprovadas pela Fisicatura ou que eram licenciadas. As que eram formadas em outros países deveriam ter seus diplomas validados pelos médicos de uma das duas faculdades. As parteiras diplomadas gozavam de prestígio, pois possuíam grande experiência e qualificação. Algumas, inclusive, dividiam o consultório com médicos e muitas eram responsáveis pelos partos das esposas de médicos e mulheres de famílias proeminentes.

Dentre as parteiras diplomadas no Brasil, vale destacar a primeira delas, Maria Josefina Matildes Durocher, ou Mme. Durocher. Madame Durocher começou a exercer a profissão em 1833, quando tinha apenas 24 anos, e atuou até 1893, ou seja, por quase 60 anos. Ela era a profissional com mais experiência obstétrica no país naquela época, tendo executado

²⁵⁷ MOTT, Maria Lúcia Barros. A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico? **Revista Estudos Feministas**, vol. 7, n.1/2, 1999, p. 295.

não apenas partos normais, mas também os chamados partos difíceis e realizando todas as operações obstétricas conhecidas até então (com exclusão das cesarianas que eram raramente praticadas até o fim do século XIX)²⁵⁸.

Mme. Durocher escreveu vários trabalhos sobre obstetrícia e era muito solicitada para perícias médico-legais. Ela foi a única mulher aceita como sócio da Imperial Academia de Medicina (que depois se transformou em Academia Nacional de Medicina) no século XIX²⁵⁹. Era muito respeitada pela sociedade carioca, muito embora se vestisse com trajes masculinos, para que se afastasse da imagem afeminada relacionada à ignorância e à incompetência e também para facilitar o trânsito pela cidade. Até mesmo o parto da princesa Dona Leopoldina, filha de D. Pedro II foi realizado por ela. Sendo assim, cabe questionar:

Se as parteiras foram aprovadas pelos médicos nos exames realizados na Fisicatura e na Faculdade de Medicina, se tinham autorização legal para desempenhar as atividades que lhes eram atribuídas, se foram elogiadas pelas clientes e pelos médicos com quem trabalhavam ou cujas mulheres atendiam, se partejavam mulheres das famílias de maior prestígio no Império, se algumas delas além de partos normais atendiam partos difíceis, praticavam operações obstétricas, inclusive com uso de fórceps, e se o poder público as chamava como peritas em casos médico-legais, o que explicaria então a construção da imagem negativa?²⁶⁰

A explicação reside no fato de que havia uma luta entre a ciência e a não ciência no discurso que criou a imagem da parteira ignorante do século XIX, bem como a crença de que as mulheres, por sua biologia, não poderiam realizar atividades físicas e intelectuais como os homens e deveriam estar recolhidas à esfera privada²⁶¹. Assim,

Como as parteiras acreditavam que sua função era assistir ao parto, esperar a natureza se manifestar, e apurar a criança – conseguindo inclusive, através de rezas e rituais, o auxílio benfazejo de santas e santos do panteão católico e das demais forças sobrenaturais -, os médicos acreditavam que seu dever era fazer o parto, agindo como “sentinelas avançadas”, prontos para intervir sempre que o organismo se afastasse daquilo que consideravam fisiológico. Daí as parteiras serem ridicularizadas,

²⁵⁸ MOTT, Maria Lúcia. Barros. Parto e parteiras no século XIX: Mme. Durocher e sua época. In: ALBERTINA OLIVEIRA, Albertina Oliveira e BRUSCHINI, Cristina. (Org.). **Entre a virtude e o pecado**. 1ª ed. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Rosa dos Ventos, 1992.

²⁵⁹ Sua influência foi tamanha que a Academia criou, em 1909, o Prêmio Durocher, dado até hoje a trabalhos de destaque em obstetrícia e ginecologia.

²⁶⁰ MOTT, Maria Lúcia Barros. A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico? **Revista Estudos Feministas**, vol. 7, n.1/2, 1999, p. 299.

²⁶¹ A própria Mme. Durocher escreveu sobre isso afirmando que as mulheres não seriam seres ideais para fazer partos, em razão do seu físico e de sua moral. Só, algumas, excepcionalmente, estariam aptas. Seriam as mulheres varonis, como ela própria. A fraqueza física, de caráter e a sensibilidade excessiva, a falta de instrução, além do casamento seriam razões que não qualificariam as mulheres para serem parteiras (MOTT, Maria Lúcia. Barros. Parto e parteiras no século XIX: Mme. Durocher e sua época. In: COSTA, Albertina Oliveira e BRUSCHINI, Cristina. (Org.). **Entre a virtude e o pecado**. 1ª ed. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Rosa dos Ventos, 1992).

consideradas supersticiosas, chamadas de ignorantes, e seu saber sobre o parto desqualificado²⁶².

Além da desqualificação profissional, as parteiras também enfrentaram, como já foi mencionado, uma desqualificação moral, sendo acusadas, muitas vezes de criminosas. Isso se deve ao fato de que as parteiras possuíam conhecimentos e estratégias que poderiam transgredir as normas estabelecidas para as mulheres, relativas à maternidade, fidelidade e castidade. É preciso destacar, porém, que para firmarem seu papel na sociedade, os médicos também se esforçam para fiscalizar seus próprios pares, bem como os charlatões. Assim, o estudo formal seria a garantia de competência ao contrário da simples empiria.

Na medida em que a obstetrícia vai se firmando como um ramo da medicina, vai também crescendo a institucionalização do parto, com a criação de maternidades ou setores específicos dentro dos hospitais para a realização dos partos. Até a segunda metade do século XIX o tratamento hospitalar ainda era mal visto e tinha, como maioria dos pacientes, pessoas de classes baixas. Os hospitais eram considerados lugar de morte. Mas o desenvolvimento da anestesia e de padrões de higiene fez esse quadro se transformar.

Pode-se dizer, então, que a obstetrícia no século XIX se consolida como uma especialidade médica. Porém, até essa época ainda não havia uma distinção clara entre a obstetrícia e a ginecologia. Em geral, mesmo a bibliografia sobre o tema também não faz essa distinção. Fabíola Rohden destaca que ambas as especialidades viveram a questão do progresso técnico, da criação de instituições de ensino e tratamento e da própria mudança do estatuto do médico, mas a obstetrícia esteve muito mais ligada à experiência clínica do que a ginecologia que, embora nasça como uma especialidade cirúrgica, se desenvolveu em razão das novas descobertas da ciência. Quando esta cadeira começou a se estabelecer, geralmente, eram os obstetras que se tornavam ginecologistas, em razão de seus conhecimentos sobre a fisiologia feminina. Assim, a ginecologia também se beneficiou dos avanços da obstétrica. Nas palavras da autora:

Sem dúvida, outro fator em jogo para os obstetras que se especializavam na cirurgia ginecológica era maior lucratividade desta atividade, se comparada à da prática tradicional da obstetrícia. Considerando o tempo dedicado pelo médico – muitas noites inteiras, fins de semana –, o atendimento de partos não era lucrativo. Intervenções como a ovariectomia eram mais proveitosas, além de representarem uma possível introdução no campo cobiçado da cirurgia abdominal²⁶³.

²⁶² MOTT, Maria Lúcia Barros, *op. cit.*, p.301.

²⁶³ ROHDEN, Fabíola, *op. cit.*, p. 52.

Assim, há um decréscimo de popularidade da obstetrícia atrelado ao crescimento da ginecologia. Esta última trabalhando em uma lógica mais cirúrgica e a primeira em uma vertente menos intervencionista.²⁶⁴ É curioso destacar que embora o surgimento de uma especialidade própria ao estudo da mulher se insira em um movimento científico mais geral de ordenar sistematicamente o mundo natural, não surgiu, paralelamente uma especialidade para o estudo do homem. Isso evidencia como o corpo masculino é alvo de uma intervenção menor, já que ele só é objeto de análise quando está doente. Já a o corpo feminino já é potencialmente doente. “A questão em jogo, portanto, é uma assimetria que se coloca na prática, que aponta para uma relação particular entre a medicina e a mulher, para uma maior medicalização do corpo feminino em contraste com o masculino”.²⁶⁵

No Brasil, o surgimento da obstetrícia e da ginecologia está marcado pela dificuldade, da medicina em geral, relacionada ao ensino e à prática profissional. Durante o período colonial, a medicina brasileira sofreu isolamento e descaso. Não havia cursos e eram poucos os médicos. Também havia poucas instituições de saúde e não existia uma política efetiva de prevenção de doenças. Os poucos hospitais costumavam ser instituições privadas e, normalmente, administradas por ordens religiosas.

Com a transferência da Corte para o Brasil, em 1808, houve mudanças significativas: Academias médico-cirúrgicas foram criadas e uma política de saneamento e urbanização para controlar a propagação de doenças foi implementada. A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, criada em 1829 por médicos influenciados pela tradição francesa, defende a criação de instituições de ensino adequadas e, em 1832, como já foi mencionado, são criadas as Faculdades do Rio de Janeiro e da Bahia. Essa Sociedade, que tinha forte influência se alinhava a uma medicina social, de maneira a buscar uma sociedade disciplinada e defender uma saúde pública. A relação entre essa Sociedade e Estado se consolida em 1835, quando ela se transforma na Academia Imperial de Medicina. “Durante toda a primeira metade do século XIX, a Academia de Medicina defenderá o seu projeto de uma sociedade medicalizada na qual o direito, a educação, a política e a moral seriam condicionados à verdade primeira definida pela medicina”.²⁶⁶

Cada vez mais os médicos vão tomando a frente no gerenciamento da saúde feminina e da reprodução. Vão se especializando e investindo na normalização das práticas relativas ao corpo feminino. A influência das parteiras é crescentemente defasada.

²⁶⁴ O que não se observa, necessariamente, ainda nos dias de hoje.

²⁶⁵ ROHDEN, Fabíola, *op. cit.*, p.38.

²⁶⁶ *Ibidem*, p .55.

Quando surgem as primeiras maternidades no Rio de Janeiro, as parteiras diplomadas são convocadas ao trabalho, mas sob o controle absoluto dos médicos. A autoridade de ginecologistas e obstetras sobre o comportamento das mulheres no final do século XIX ultrapassa em muito o domínio dos consultórios. E principalmente ultrapassa o domínio do moral. A crescente especialização médica sobre o corpo feminino aliada ao clima intervencionista mais geral que caracteriza a medicina do século passado são fatores implicados nesse processo²⁶⁷.

De qualquer modo, seja na obstetrícia ou na ginecologia, nota-se uma grande valorização da natalidade, já que a mulher era problematizada e definida como indivíduo a partir da sua capacidade reprodutiva.

4.2. A MATERNIDADE NO DISCURSO MÉDICO

A maternidade e o amor maternal costumam ser vistos pelo senso comum e até mesmo pela ciência como um instinto feminino. Badinter, todavia, desconstrói essa ideia. Diz ela:

O amor materno foi por tanto tempo concebido em termos de instinto que acreditamos facilmente que tal comportamento seja parte da natureza da mulher, seja qual for o tempo ou o meio que a cercam. Aos nossos olhos, toda mulher, ao se tornar mãe, encontra em si mesma todas as respostas à sua nova condição. Como se uma atividade pré-formada, automática e necessária esperasse apenas a ocasião de se exercer. Sendo a procriação natural, imaginamos que ao fenômeno biológico e fisiológico da gravidez deve corresponder determinada atitude maternal²⁶⁸.

Em um rigoroso estudo, a autora mostra como a ideia de amor materno é uma construção da modernidade e, embora ela não use esse termo em sua obra, pode-se dizer que a instituição do instinto materno é um dos mecanismos de biopoder propostos por Foucault. Ao analisar a história francesa, Badinter mostra que até o final do século XVIII não havia uma preocupação muito grande com o bem-estar das crianças²⁶⁹. A título de exemplo, em 1780, das 21 mil crianças que nasceram em Paris, só mil foram amamentadas pelas próprias mães. Outras mil foram amamentadas por amas de leite residentes na casa da família e todas demais foram enviadas para amas residentes em locais distantes. Muitas dessas residências não possuíam o mínimo de condições higiênicas para receber esses recém-nascidos. Além disso, as amas,

²⁶⁷ ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001, p. 62.

²⁶⁸ BADINTER, Elisabeth. **Um Amor Conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985, p.20.

²⁶⁹ Não por acaso a pediatria só se constitui como campo da medicina no século XIX.

mulheres pobres, tinham seus próprios filhos para cuidar e também trabalho para realizar. Esse tipo de prática fazia com que a mortalidade infantil fosse altíssima.

A negação da amamentação poderia ser justificada, à época, de vários modos. Para as mulheres da aristocracia e da burguesia essa não seria uma tarefa nobre e remeteria a uma imagem animalésca. Para as mulheres pobres, o lactante seria causa de fadiga e de tempo perdido. Para as mulheres que trabalhavam no comércio familiar, era mais caro contratar um funcionário do que mandar o bebê a uma ama, o que mostra o salário miserável que estas recebiam e as péssimas condições em que as crianças viveriam. Em todos os casos, a amamentação seria contrária aos interesses sexuais do marido²⁷⁰ e afastaria a mulher do convívio social. Assim, não amamentar acabava sendo sinônimo de distinção social.

Ariès retrata bem essa situação em seu estudo sobre a história da criança e da família.²⁷¹ O autor fala que o anonimato da infância era tão grande que a morte das crianças, especialmente as mais novas, não era muito sentida²⁷², até porque logo nasceria uma outra criança para substituir a primeira. Mesmo os ideólogos da época desprezavam as crianças, de maneira que a infância ainda nem existia como uma categoria. Para Santo Agostinho a criança seria fruto do pecado original, já que traria em si o pecado dos pais. Ele ia além e dizia que a infância é um estado de imperfeição, sem inocência. Descartes considerava a infância a ocasião do erro e da fraqueza do espírito. Assim, carinhos demais deveriam ser evitados, já que era preciso moldar as crianças. Nessa linha, a amamentação apaixonada também seria causadora da frouxidão moral da criança. Na verdade, a criança seria mais querida de acordo com o que proporcionaria socialmente à família. Assim, o primogênito e os filhos homens seriam mais amados, o que mostra que não havia lugar para a natureza nessa concepção utilitarista de amor. As famílias não eram constituídas com base no amor (embora ele pudesse existir), mas na necessidade de cooperação para a sobrevivência.

A família assume um novo lugar na vida sentimental a partir dos séculos XVI e XVII. E isso está relacionado, justamente, à transformação na atitude em relação às crianças.²⁷³ Consequentemente, no século XVIII tem-se uma mudança de mentalidades sobre a imagem da mãe. O amor materno passa a ser considerado um valor natural e social. Moralistas, médicos e padres legitimaram esse discurso. Se outrora se insistia tanto no valor da autoridade paterna,

²⁷⁰ Já foi dito que havia muitas teses médicas, mesmo no século XVIII, que diziam que o esperma azedava o leite e que o sexo também deveria ser evitado durante a gravidez.

²⁷¹ ARIÈS, Philippe. *op. cit.*, *passim*.

²⁷² Em muitos lugares, filhos com menos de 5 anos eram velados sem a presença dos pais. Muitos pais nem sabiam da morte de filhos, a não ser muito tempo depois, considerando que a criança vivia muito longe, com amas de leite (BADINTER, Elisabeth, *op. cit.*, p.89).

²⁷³ ARIÈS, Philippe, *op. cit.*

uma vez que importava, antes de tudo, formar súditos dóceis para Sua Majestade, no fim do século XVIII, o essencial é menos educar súditos dóceis do que pessoas simplesmente: era necessário produzir seres humanos que serão a riqueza do Estado. Para isso, é preciso impedir a qualquer preço a hemorragia humana que ocorria até então, já que o ser humano seria fonte de riqueza, como mão de obra, e também garantiria o poderio militar²⁷⁴.

Assim, foram as questões demográficas que afetaram o lugar da criança. “A verdade é que a criança, especialmente em fins do século XVIII, adquire um valor mercantil. Percebe-se que ela é, potencialmente, uma riqueza”.²⁷⁵ Assim, o papel exigido da mulher pela sociedade e pela medicina era o de se preparar para ser uma boa mãe, garantindo não só a sobrevivência, mas também a boa formação moral de seus filhos.

Como já foi mencionado, a filosofia iluminista influenciou fortemente essa mudança de comportamento ao defender as noções de igualdade e felicidade individuais. E foi Rousseau, com a publicação do *Emílio*, em 1762, quem deu impulso à família moderna, baseada no amor materno. Ele defendia que a família seria a única sociedade natural, porém, contraditoriamente, falava dos cuidados com os filhos em termos de moral²⁷⁶.

Ainda que não validasse juridicamente a igualdade real entre homem e a mulher, o século XVIII aproximou consideravelmente a esposa do marido. Isso não se deveu apenas à importância crescente que a criança adquire na sociedade, mas também, em grande parte, a uma verdadeira obsessão da filosofia das luzes: a busca da felicidade, logo seguida pela valorização do amor. Esses dois novos valores virão reforçar oportunamente a homogeneização dos esposos entre si, e mesmo a dos pais e filhos. Nesse sentido, a procura da felicidade familiar é um passo importante na evolução rumo à igualdade.²⁷⁷

Nesse diapasão, a medicina atrela o amor materno à natureza feminina e o aleitamento passa a ser primeira prova de boa vontade materna²⁷⁸. Adota-se até mesmo a noção, completamente contrária a que vigorava até então, de que a natureza puniria a mulher que não amamentasse com doenças, de maneira que a retenção do leite poderia ser mortal.²⁷⁹ Na lógica da biopolítica e da “normalização” da população, a mulher que não fosse uma mãe devotada seria uma anormal.

²⁷⁴ BADINTER, Elisabeth, *op. cit.*, p. 146.

²⁷⁵ *Ibidem*, p.153.

²⁷⁶ Para ele, por exemplo, as mulheres amamentariam, primeiramente, por necessidade própria, para se livrarem do incômodo do leite. Depois, por hábito, se afeiçoariam ao bebê (ROUSSEAU, Jean-Jacques, *op. cit.*).

²⁷⁷ BADINTER, Elisabeth, *op. cit.*, p. 173.

²⁷⁸ Além da questão médica, haveria também um pecado contra Deus, pois a amamentação seria um dever natural. No século XVIII, todavia, a condenação moral substitui a simples condenação teológica e já se falava em direitos dos filhos ao leite materno, tal qual nos dias de hoje.

²⁷⁹ *Ibidem*, p. 196.

O abandono do uso da faixa de contenção para facilitar a interação e os carinhos com o bebê e os cuidados com a higiene do mesmo seriam outras provas de boa vontade exigidas pela sociedade e positivamente referendados pela medicina. Tudo isso, claro, em uma lógica burguesa, uma vez que para as mulheres mais pobres, que dependiam do seu próprio trabalho²⁸⁰, desenfaixar os bebês era mais complexo, já que não haveria ninguém para cuidar a criança. Além disso, as boas condições de higiene também estavam relacionadas à situação econômica da família.

Como foi visto anteriormente, o higienismo foi a base da doutrina médica e orientou os mais variados aspectos da vida social a partir do século XIX. Nessa linha, o discurso médico buscou se valer da neutralidade científica ao enxergar a sexualidade como objeto passível de conhecimento e como base para uma ação transformadora, todavia “os médicos, que como os novos sacerdotes sacralizavam o matrimônio como regulador de energias e como meio de se evitar os perigos da vida moderna, restringiram o prazer sexual tanto masculino como feminino”.²⁸¹

A virgindade e a continência sexual foram associadas à limpeza e à saúde. Mesmo os homens eram chamados à castidade antes do casamento e à fidelidade depois de casados. Isso acabaria com as doenças venéreas, a prostituição e os males “associados” a essas práticas como alcoolismo, a vadiagem e a criminalidade em geral. Todavia, embora a sexualidade fora do casamento fosse um perigo para a ordem social, também se criticava o celibato.

A medicina estabeleceu um ideal de masculinidade em oposição ao ideal de feminilidade que legitimou a dominação masculina. O homem teria construído a civilização com sua inteligência e força e a mulher a perpetuaria através da maternidade. “Ao homem se reservava a esfera pública, e à mulher o mundo privado. A representação do lar e da família era feita em termos naturais e em oposição à esfera pública, esta como instância histórica”.²⁸²

O evolucionismo e o positivismo legitimaram, primeiramente, e a partir do biológico, as desigualdades entre homens e mulheres. A partir do século XX, porém, ganha destaque a ideia de complementaridade na diferença, e não de inferioridade entre os sexos. De

²⁸⁰ Na verdade, a visão de que a mulher esteve confinada ao mundo privado até recentemente é falsa. As mulheres pobres sempre trabalharam fora de casa. Homens e mulheres são potencialmente iguais para o trabalho na esfera pública, de modo que a mulher sempre trabalhou quando foi necessário. “O que os diferencia é o trabalho doméstico, considerado atribuição feminina, determinada pela ordem da ‘natureza’, como parte de uma construção ideológica que tem sua raiz na potencialidade da maternidade inscrita no corpo da mulher”. (SARTI, Cynthia Andersen. A sedução da igualdade: trabalho, gênero e classe. In: SCHPUN, Mônica Raisa. **Gênero sem fronteiras**. Florianópolis: Editora Mulheres, 1997, p.162).

²⁸¹ MATOS, Maria Izilda Santos de. *op. cit.*, p. 117.

²⁸² *Ibidem*, p. 122.

qualquer forma, manteve-se a divisão sexual do espaço e do trabalho e continuou se atrelando a feminilidade à maternidade.

O higienismo e a eugenia também serviram como suporte para a maternologia. O papel cívico da mulher seria garantir um aperfeiçoamento da raça. Caberia à mulher a profilaxia dos lares. A mãe seria o caminho para a melhoria física e moral de um povo. Assim, era preciso profissionalizar a maternidade como forma de evitar a mortalidade materna e infantil. Isso significa que “a maternidade deixava de ser uma experiência exclusivamente feminina, transmitida entre mulheres, para transformar-se em um saber que emergia do setor médico-sanitarista”.²⁸³

O interessante estudo de Adelman sobre mulheres atletas no Brasil²⁸⁴ também mostra que há uma preocupação com o corpo feminino no sentido de garantir a reprodução, razão pela qual um pouco de exercícios físicos, a partir do século XX, passa a ser considerado benigno para a saúde das jovens que seriam futuras esposas e mães. De todo modo, havia restrições legais para as práticas esportivas femininas, no sentido de que eram proibidos os desportos que fossem incompatíveis com a “natureza” das mulheres e com sua função procriadora, como as lutas, o futebol, o halterofilismo, dentre outros esportes. Tais restrições foram mantidas, no Brasil, até 1975. Tal visão apenas corrobora a filosofia rousseuniana, já que o autor também destacava a necessidade de as mulheres cultuarem seus corpos de forma moderada no sentido de se manterem saudáveis. Tudo isso em razão do futuro bem-estar dos filhos²⁸⁵.

A maternidade era vista como uma imposição da biologia, mas também como uma função moralmente enobrecedora ao mesmo tempo. Nesse sentido, a medicina estimula um sentimento de culpa para levar as mulheres a assumirem seus papéis pretensamente naturais:

Acima de tudo, a filosofia naturalista detém o poder supremo de culpabilização, capaz de mudar os costumes. No século XVIII, Rousseau, os médicos e os moralistas souberam tocar nesse ponto sensível para convencer as mães a se dedicarem exclusivamente aos filhos, amamentá-los e educá-los. Tratava-se da sobrevivência deles, da felicidade da família e da sociedade e, finalmente, do poder da nação. Hoje em dia, os argumentos mudaram um pouco. Nas sociedades em que a mortalidade infantil está em seu menor nível, não se apela mais para a sobrevivência das crianças, mas para sua saúde física e psíquica, determinante para o bem-estar do adulto e da

²⁸³ *Ibidem*, p.112.

²⁸⁴ Tradicionalmente, as atletas encaram o preconceito em duas vertentes antagônicas: ou são consideradas menos capazes ou são consideradas masculinas demais. Assim, elas costumam adotar uma postura apologética da feminilidade para não serem acusadas de anormais. Existe, então, uma grande ambivalência da mulher no esporte, o que mostra que este é um dos campos mais conflituosos para a corporalidade feminina. “Se voltarmos à questão teórica sobre os ‘usos dos corpos’, parece que a situação das jogadoras se adapta bem à noção foucaultiana do corpo dócil, disciplinado, embora não seja um *corpo feminino frágil*”. (ADELMAN, Miriam. *Op. cit.* p.461).

²⁸⁵ Diz o autor “As mulheres não devem ser robustas como eles, mas para eles, para que os homens que nascerem delas também o sejam”. (ROUSSEAU, Jean-Jacques. *Op.cit.*, p.529).

harmonia social. Qual mãe que não sentirá, no mínimo, uma pitada de culpa se não se conformar às leis da natureza?²⁸⁶

O discurso médico trabalha com a ideia de que as mulheres seriam um produto de seu sistema reprodutivo, de maneira que o até raciocínio feminino estaria atrelado ao seu útero.

O cérebro e os ovários não poderiam desenvolver-se simultaneamente, de modo que as atividades intelectuais femininas poderiam gerar crianças doentes ou malformadas. Assim, as jovens não deveriam abusar das atividades intelectuais, canalizando suas energias para o perfeito desenvolvimento de suas faculdades reprodutoras²⁸⁷.

No Brasil, a criança também era pensada como o futuro do país e deveria receber especial cuidado, o que fez com que o aleitamento materno fosse um dos pontos centrais da ação médica brasileira na segunda metade do século XIX. Até 1930, porém, ainda era muito grande a procura por amas de leite no país.

Embora já se falasse em “maternidade consciente”, especialmente como forma de combater a miséria, o que poderia levar a uma queda na natalidade, teoricamente a contracepção ainda sofria grandes barreiras no início do século XX e não apenas no discurso da Igreja, mas da maioria dos médicos que achava que a contracepção era antinatural e danosa à “saúde”, mesmo que se tratasse da saúde moral. Ligada a essa ideia se coloca toda a discussão sobre o infanticídio e posteriormente o aborto no discurso médico.

4.3.O ABORTO NO DISCURSO MÉDICO

Sabe-se que, em várias culturas o aborto e o infanticídio são aceitos pelos costumes e não são considerados crimes. Essas práticas, muitas vezes, fazem parte do próprio dever de mãe, visto que não se pode condenar à vida seres indesejados²⁸⁸. Na Antiguidade ocidental, porém, tais práticas eram decididas pelos homens, especificamente pelo pai, que era o chefe da família. Nessa linha, embora Aristóteles defendesse que as mulheres grávidas tivessem especial cuidado com a saúde, ele também acreditava que deveria existir uma lei para proibir a criação de crianças disformes. E também pregava o controle de natalidade se o casal fosse muito fecundo. Desse modo, ele fazia uma defesa do aborto nos seguintes termos: “É preciso provocar

²⁸⁶ BADINTER, Elisabeth. **O conflito**: a mulher e mãe. Rio de Janeiro: Record, 2011, p. 78-79.

²⁸⁷ ADELMAN, Miriam, *op. cit.*, p. 115.

²⁸⁸ PEDRO, Joana Maria. As representações do corpo feminino nas práticas contraceptivas, abortivas e no infanticídio – século XX. In: MATOS, Maria Izilda S. e SOIHET, Rachel (org). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003.

o aborto antes que o feto receba animação e vida. Com efeito, só pela animação e pela vida se poderá determinar se existe ou não existe crime”.²⁸⁹

Com a modernidade, na medida em que a maternidade passa a ser uma questão de interesse público e o controle da reprodução passa a ser um mecanismo de biopoder, a interrupção da gravidez passa a ser uma questão de responsabilidade da mulher e o aborto e o infanticídio ganham mais destaque no âmbito médico e também jurídico. Nesse contexto, a fecundidade era vista como a grande bênção da natureza e a esterilidade como uma desgraça, ainda mais a esterilidade provocada. Assim, a contracepção deveria ser combatida porque ela corromperia os propósitos legítimos do casamento. Os estudos demográficos se tornaram, então, uma temática relevante. E houve um avanço nos trabalhos médicos que tratavam da fecundidade humana mostrando que a infecundidade também seria masculina, ao contrário do que se pensava anteriormente. No século XIX já se falava, até mesmo, em fecundidade artificial.

Como já foi visto, “canaliza-se, pois, através da socialização, a pulsão sexual das mulheres para um único tipo de sexualidade, ou seja, aquela ligada à reprodução”.²⁹⁰ Isso ocorre porque:

A reprodução humana é a base das relações de gênero e é justamente através dela que se opera o controle e a apropriação das mulheres. A capacidade biológica das mulheres de gerar crianças sofre uma escala crescente de manipulações sociais, através das quais se opera a imposição da reprodução²⁹¹.

O controle da capacidade reprodutiva é um dos pontos fundamentais para a desigualdade de gênero. Na medida em que as mulheres têm acesso a novas formas de controlar sua reprodução, o campo de disputas se reconfigura. Por esse motivo, o controle de natalidade, o aborto e mesmo o infanticídio foram (e são) tão combatidos.

No Brasil, esse tipo de debate cresce na segunda metade do século XIX através, principalmente, dos médicos da Academia Nacional de Medicina e a partir da reprodução de teses médicas europeias, principalmente, francesas²⁹².

Nesses estudos, os médicos constataram que o aborto era uma prática não apenas de prostitutas e mulheres solteiras, mas também de mulheres casadas. Isso gerou uma grande preocupação em torno da fidelidade das mulheres e da necessidade de controlar, através da legitimidade e autoridade da ciência, o modo de vida feminino. Além disso, havia uma preocupação com as taxas de natalidade importada da França e que ainda não se aplicaria ao

²⁸⁹ ARISTÓTELES, *op. cit.*, p. 174.

²⁹⁰ SILVA, Marinete dos Santos, *op. cit.*, p. 1242.

²⁹¹ *Ibidem*, mesma página.

²⁹² *Ibidem*, p. 1244.

Brasil, mas era justificada através da grande extensão territorial do Brasil. Thébaud²⁹³ aborda essa questão e argumenta que havia na França, no final do século XIX, uma forte campanha contra “desnatalidade” que surgiu em razão de três fatores: precocidade do movimento malthusiano no país, o que diminuiu os índices de natalidade; medo da “degeneração” da “raça” francesa, em razão das migrações das antigas colônias; e, posteriormente, as muitas mortes decorrentes da Primeira Guerra Mundial. Nessa linha, houve um crescimento da preocupação em relação ao aborto e uma maior incriminação dessa prática, bem como uma política de maior valorização da maternidade e da criança ligada, até mesmo, ao desestímulo ao trabalho feminino. Tudo isso associado à medicalização da maternidade. Para a autora:

Mesmo considerada o fundamento da identidade feminina, a maternidade continua sendo uma questão privada no século XIX, tanto no que diz respeito à decisão de ter filhos quanto no que se refere à responsabilidade do parto e das funções maternas. Já no século XX passa a ser uma função social controlada e protegida médica e socialmente²⁹⁴.

Paralelamente a esse discurso natalista de inspiração francesa, havia também um discurso baseado nas ideias do pastor anglicano Thomas Malthus sobre a limitação do número de filhos, como forma de controle demográfico e superação de um futuro problema de escassez de comida no mundo. Longe de defender o aborto ou a contracepção, Malthus sugeria o casamento tardio, a contenção das relações sexuais e fim dos casos extraconjugais. Os médicos, todavia, achavam a contenção sexual proposta por Malthus muito utópica e potencialmente danosa, pois poderia gerar infidelidade e, conseqüentemente, transmissão de doenças venéreas.

Surgem, então, os neo-malthusianos que também buscavam a diminuição do número de filhos, mas aceitavam o uso da contracepção, seja através do coito interrompido, do uso de preservativo, diafragmas, lavagens vaginais e até mesmo o aborto. No Brasil, essas ideias chegaram no começo do século XX e causaram grande perturbação, pois propunham a desvinculação do sexo e da procriação e acabavam reforçando a constatação do prazer sexual também nas mulheres “honestas”. Os médicos brasileiros eram unânimes a respeito da proibição de todo aborto que não fosse terapêutico²⁹⁵, mas havia dissenso na classe a respeito dos métodos contraceptivos.

²⁹³ THÉBAUD, Françoise. A política natalista da França no século XX: uma coação física? In: MATOS, Maria Izilda S. e SOIHET, Rachel (org). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003.

²⁹⁴ THÉBAUD, Françoise, *op. cit.*, p. 200.

²⁹⁵ A Igreja se opunha até mesmo ao aborto para salvar a vida da mãe. A medicina também se colocava ao lado do aborto sentimental, aquele decorrente da violência sexual, já que em uma lógica higienista, não é esse o tipo de cidadão que se quer fornecer para a sociedade. “O que se pode deprender (...) é que a medicina tentava legitimar sua doutrina e prática frente a concepções mais tradicionais, especialmente àquelas que se originavam no pensamento religioso. A grande arma utilizada pelos médicos era a objetividade do conhecimento científico que

Não se pode deixar de notar que também houve a defesa da contracepção a partir de uma doutrina eugênica. Assim, em um país mestiço como o Brasil, a contracepção não apenas diminuiria a pobreza, mas garantiria o melhoramento da raça²⁹⁶. Nessa linha, vê-se, novamente, a influência da medicina higienista no âmbito social.

Muitos médicos lutavam, inclusive, pelo maior rigor na punição do aborto no Brasil²⁹⁷ e por uma maior fiscalização das atividades das parteiras, alvo recorrente de desconfianças, e também de médicos que estivessem realizando abortos ilegais²⁹⁸. Mas a maior proposta dos médicos para evitar a prática do aborto recaía sobre a conscientização as mulheres sobre seu “dever sagrado”.

Até o século XIX, pouco se sabia sobre como fazer o aborto instrumental. As mulheres recorriam a táticas variadas como quedas forçadas, chás, banhos de assento, dentre outras. Todavia, com a vulcanização da borracha em 1839, a prática ficou mais eficaz, com a inserção de um cateter feito com esse material. Desse modo, circulavam na imprensa vários anúncios de médicos e parteiras (diplomadas ou não) que faziam abortos, ainda que isso fosse exposto, muitas vezes, de forma discreta, através de expressões como “evitar a gravidez por indicação científica”.²⁹⁹

Tudo isso mostra que:

Mesmo enquanto objetos de estrito controle e dominação, as mulheres buscaram saídas próprias para o dilema de assumir ou não a maternidade. O recurso ao aborto, mesmo sob o risco da própria vida, e ao infanticídio com todo seu cortejo de execração e penalização, podem ser entendidos como maneiras de ultrapassar as formas de domínio exercidas sobre o corpo reprodutor das mulheres. A busca da autonomia sobre o processo de reprodução pode e deve ser pensada como uma extrema subversão

garantiria a correção de suas atitudes e justificaria sua autoridade. Esta mesma autoridade que previa a possibilidade do aborto terapêutico era invocada para condenar o chamado aborto criminoso”. (ROHDEN, Fabíola. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p.65).

²⁹⁶ É preciso destacar que o pensamento racista da época justificava a necessidade de melhorar a “raça” brasileira, controlando os nascimentos de negros e índios. Por outro lado, a miscigenação “embraquecedora” através da imigração de europeus foi muito estimulada. Sobre o tema ver: SEYFERTH, Giralda. Construindo a nação: hierarquias raciais e o papel do racismo na política de imigração e colonização. In: MAIO, Marcos Chor e SANTOS, Ricardo Ventura (orgs.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 41-58, 1996.

²⁹⁷ Até o Código Penal de 1890, a mulher não era punida pela prática do aborto, só quem o realizava.

²⁹⁸ Fabíola Rohden destaca o caso de Abel Parente, um médico italiano que vivia no Rio de Janeiro e desenvolveu um método de evitar, temporariamente, a gravidez, através de raspagens no útero e aplicações de injeções que seria indicado para casos em que a gravidez fosse problemática. Parente anunciava amplamente seus serviços e possuía a clínica mais moderna e luxuosa da época. Muitos médicos e a própria Academia Nacional de Medicina repudiavam a atuação de Abel e questionaram, inclusive, se ele não deveria ser punido legalmente por isso. Ele chegou a ser julgado por esterilizar uma mulher que, supostamente, teria apresentado perturbações mentais posteriores, mas foi absolvido. O caso ilustra não apenas a disputa de poder dentro do campo médico, já que Abel Parente não buscou a concordância de seus pares para realizar seus procedimentos, mas também e, sobretudo, a concepção de que o controle de natalidade estaria associado à imoralidade, uma vez que a mulher que não tivesse o peso da concepção para frear seu desejo sexual seria uma prostituta (ROHDEN, Fabíola, *op. cit.*, p. 155-202).

²⁹⁹ *Ibidem*, p. 75.

que abre perspectivas de mudanças no status social da mulher e que aponta no sentido da instituição de uma nova ordem de gênero³⁰⁰.

Sendo a gravidez um projeto público, o aborto e o infanticídio eram temas recorrentes do discurso médico e jurídico do começo do século. Questionava-se a razão de uma mulher fugir de sua tendência natural e matar seu próprio filho. A razão seria que a civilização e a doença corromperiam o instinto maternal. Desenvolve-se, nessa época, inclusive, o conceito de “loucura puerperal”. A loucura puerperal seria definida como uma condição de insanidade temporária, podendo começar na gravidez e indo até o fim do aleitamento que levaria mesmo as “boas” senhoras a atentarem contra a vida de seus filhos. É curioso que as teses médicas destacassem que as causas dessa “loucura” estariam ligadas a problemas muitas vezes racionais e objetivos como a existência de muitos filhos, dificuldades em partos anteriores, condições financeiras precárias, e, no entanto, o infanticídio continuava sendo explicado pela lógica da insanidade³⁰¹. Além disso, falava-se muito no infanticídio para garantir a honra de mulheres honestas que engravidaram fora do casamento, o que contrapunha a visão de que ela seja fruto da alienação mental. Fica claro, desse modo, que “o crime da mãe que mata o próprio filho é de tal forma contrário ao ideal da maternidade, supervalorizado no transcorrer do século XIX, que é preciso entendê-lo de outra forma”.³⁰²

Tendo o infanticídio perdido o destaque nas teses médicas tanto porque houve, sua substituição pelo aborto como método contraceptivo³⁰³, quanto porque ele acabou sendo esvaziado na noção de loucura puerperal, o aborto ascende como grande preocupação médica no século XX. Havia certeza de que o aborto era uma prática costumeira e pouco punida pela lei no Rio de Janeiro do começo desse século³⁰⁴. E caberia aos médicos propor soluções para esse problema, até porque na disputa com os juristas, eles prevaleceriam, já que o jurista só veria as “leis do homem” e os médicos veriam as “leis da natureza”, de maneira que eles estariam mais próximos da “verdade” e da vontade divina³⁰⁵. O interessante é que os médicos

³⁰⁰ SILVA, Marinete dos Santos, *op. cit.*, p. 1254.

³⁰¹ O infanticídio era descrito como a maior perversão feminina, pois era a negação da maternidade diante de uma criança já nascida, prova maior da negação do “instinto” maternal. O código penal de 1890, no art. 290, descrevia esse crime como o assassinato de recém-nascido nos sete primeiros dias, com diminuição de pena se praticado pela mãe para ocultar desonra. Já no código de 1940, o atual, o infanticídio sempre está atrelado à perda da razão, chamada de estado puerperal, e só pode ser praticado pela mãe. Ou seja, só mulheres perturbadas são autoras desse crime. Mulheres sãs não matam seus filhos. Por outro lado, homens sãos são autores de homicídios contra seus próprios filhos.

³⁰² ROHDEN, Fabíola, *op. cit.*, p. 55.

³⁰³ O infanticídio, na época, era caracterizado até a queda do cordão umbilical (noção de recém-nascido). O infanticídio seria pior do que o aborto, pois o ser já estaria “pronto” para a sociedade.

³⁰⁴ O famoso médico Fernando Magalhães assumiu que de suas 4 mil pacientes, mulheres de todas as classes e idades, 70% já havia confessado a prática de aborto (ROHDEN, Fabíola, *op. cit.*, p. 116.).

³⁰⁵ A escassa incriminação de abortos ilegais recaía quase que inteiramente, apenas sobre mulheres pobres (tal qual nos dias de hoje). O aborto das mulheres ricas permanecia como questão médica. “As classes dominantes pareciam

não costumavam atacar as mulheres que praticavam aborto e sim os profissionais ou curiosos que realizam esse procedimento. Isso porque, do contrário, se deveria admitir que muitas mulheres, inclusive as casadas, não queriam ser mães e queriam fazer sexo, tal como os homens, de forma livre. Isso mostra que:

Se a reprodução e a sexualidade contribuem tanto para a construção tradicional das relações de gênero, é por serem elas uma das experiências e representações mais universais da “objetivação” simbólica das mulheres. O corpo das mulheres é percebido e tratado como um objeto e um receptáculo, de que os homens tomam posse através do ato sexual. A repetição dos atos vale a confirmação da apropriação inicial. E a objetivação sexual das mulheres é que permite aos homens tomar posse da descendência trazida por elas³⁰⁶.

Outrossim, toda essa discussão sobre o controle da natalidade evidencia que o campo da reprodução, normalmente associado à esfera privada, tem uma conotação política e pública bem forte. A obrigação da mulher é oferecer um “bom filho” à sociedade. O problema é que a visão da mulher associada simplesmente à maternidade remete à natureza. Assim como o ato sexual fica vinculado à procriação. E definir algo como natural, significa que esse algo é imutável.

Isso parece bastante curioso se considerarmos que historicamente o domínio da sexualidade e da reprodução tem sido apontado como um dos importantes pilares da constituição do indivíduo moderno, autônomo e singularizado, processo tão amplamente descrito nas obras de autores como Michel Foucault, Louis Dumont ou Norbert Elias. É claro que esses autores também enfatizaram como a singularização caminha ao lado das formas de disciplina e controle, evidenciando a complexidade do processo. Contudo, o que na verdade parece intrigante (...) é que temos uma tensão entre a autonomização individual e a preeminência dada à sociedade³⁰⁷.

As palavras de Perrot, ainda que sobre a realidade francesa, resumem bem todo esse processo de medicalização e apropriação do corpo feminino vivenciado, especialmente, a partir do século XIX:

A ponto de a medicina moderna ter vivido o seu desenvolvimento como um desapossamento. Numa França ansiosa com o declínio da natalidade, mãe e filhos cristalizaram a obsessão de uma ciência mais eficaz. Passa-se a praticar cada vez mais o parto no hospital, e os obstetras relegam as parteiras ao segundo plano. A pediatria, atenta aos lactentes, exige mais das mães, as quais ela se esforça por disciplinar e enquadrar. Esse melhor conhecimento do corpo tem vantagens evidentes: o recuo da mortalidade infantil e materna e, com isso, o aumento decisivo da longevidade das mulheres, agora com um acompanhamento médico muito melhor. Contudo, elas provaram uma sensação de desapossamento e de submissão a uma ordem médica

merecer a atenção dos médicos, enquanto as outras, a da polícia”. (ROHDEN, Fabíola. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p.65, p. 125.).

³⁰⁶ BOZON, Michel, *op. cit.*, p. 30.

³⁰⁷ ROHDEN, Fabíola, *op. cit.*, p. 220-221.

masculina que também se propunha a controlá-las, particularmente em matéria de aborto, ao qual os médicos, vigias do Estado, eram decididamente hostis³⁰⁸.

Cabe, então, verificar como a medicalização se processa, ainda nos dias de hoje através da atuação dos médicos do HPC no atendimento a mulheres em trabalho de parto, bem como no atendimento a mulheres que passaram por um aborto.

³⁰⁸ PERROT, Michele. Os silêncios do corpo da mulher. In: MATOS, Maria Izilda S. e SOIHET, Rachel (org). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003, p. 22-23.

CAPÍTULO 3: A MEDICINA OBSTÉTRICA NO HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA

Como já foi visto, o papel da medicina foi fundamental para naturalização de padrões de gênero, pois foi o seu embasamento científico que deu legitimidade para esse processo. E tudo isso fica ainda mais evidente com o estabelecimento da especialidade médica da obstetrícia, a partir do século XVIII, quando o saber sobre o corpo feminino foi monopolizado pela medicina em um processo conhecido como medicalização e o corpo e a sexualidade femininos ficaram atrelados, mais fortemente, ao seu papel reprodutor.

1. RESIDÊNCIA MÉDICA EM OBSTETRÍCIA NO BRASIL E EM CAMPOS DOS GOYTACAZES

A partir das discussões do capítulo anterior fica claro que até o século XVIII, o parto cabia, tradicionalmente, às parteiras, não havendo grande interesse dos médicos sobre esse procedimento. O começo da transformação do parto em ato médico coincide, justamente, com a necessidade de valorização da maternidade para fins sociais. O controle médico do parto se inicia, então, no século XVIII e se estabelece, definitivamente, no século XIX. Todavia, isso não quer dizer que tenha havido, imediatamente, uma melhora nas condições do parto, ou uma queda na mortalidade materna. Na verdade, até o desenvolvimento de protocolos de assepsia e de técnicas cirúrgicas mais específicas, parir em casa com parteiras mais experientes parecia mais seguro do que parir nos hospitais. Até então, é possível afirmar que os médicos não possuíam a mesma competência técnica das parteiras para esse tipo de procedimento, até porque essa era prática vista como inferior (já que atribuída a mulheres), e não era estudada de forma relevante nos cursos de medicina. Assim, parecia mais confiável recorrer a uma parteira do que a um médico, até porque, as ainda mal desenvolvidas técnicas obstétricas resultavam em um alto índice de mortalidade materna nos partos cirúrgicos.

Percebe-se, assim, que a assistência ao parto sofreu grandes mudanças, especialmente no que se refere à crescente medicalização desse processo, marcado pela atuação cirúrgica e por invenções, como o fórceps. Mas é no século XX que o modelo médico de atenção

ao parto se cristaliza, com a utilização de novas tecnologias e com a consolidação da especialização profissional da obstetrícia. Se tudo isso, por um lado, aumentou a segurança dos nascimentos, por outro, nesse modelo, o parto e o nascimento não são percebidos como eventos fisiológicos, pertencentes à mulher e à sua família e revestidos de significados culturais, sociais e afetivos, mas como atos médicos, que devem ser realizados em ambiente hospitalar, cercados de muitos riscos, controlados pela tecnologia médica, tendo como principal objetivo a obtenção de um bebê saudável³⁰⁹. Ou seja, o parto é organizado em uma linha de montagem tal qual em uma fábrica.

O Brasil, especialmente, tem um modelo de institucionalização da assistência hospitalar ao parto, calcado na visão de risco potencial, que está ligada ao chamado modelo americano, em contraposição ao modelo europeu, que entende que o parto é um evento fisiológico e tem baixos índices de cesáreas. Esse modelo levou a um grande número de procedimentos cirúrgicos, especialmente a partir da década de 1960, com o crescimento das cesáreas. Ocorre que modelos menos intervencionistas têm sido testados com sucesso em outros países e eles estão baseados na participação ativa da mulher e no suporte emocional da mesma. Contudo, o parto ainda é visto pela obstetrícia, no Brasil, como algo que se faz na mulher e não que é feito por ela, o que talvez explique os altos índices de violência obstétrica e a naturalização da mesma pelos profissionais de saúde. E é possível supor que isso tenha a ver com a forma como é realizada a residência médica nesta especialidade.

Em 1944, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP ofereceu os primeiros programas brasileiros de residência médica, especificamente nas áreas de cirurgia, clínica médica e fisio-biologia aplicada. No Rio de Janeiro, em 1948, o Hospital dos Servidores do Estado iniciou o seu próprio programa. Até a década de 1960, porém, os programas de residência eram poucos e se concentravam nos hospitais públicos, principalmente, os de caráter universitário. A partir de então, começa a haver uma pressão para ampliação da residência médica no país, tendo em vista a carência de atividades práticas nos cursos universitários e também a necessidade de uma formação mais especializada diante do desenvolvimento tecnológico e científico sobre a medicina, bem como das pressões das indústrias de medicamentos e equipamentos sobre a organização do trabalho médico³¹⁰. Assim, a residência médica foi formalizada no Brasil pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 e regulamentada pela Lei 6.932 de 7 de junho de 1981.

³⁰⁹ MARTIN, Emily. **A mulher no corpo**: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

³¹⁰ RIBEIRO, Maria Aparecida Andrés. **Apontamentos sobre a Residência Médica no Brasil**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2011.

Segundo o Ministério da Educação (MEC)³¹¹, a residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Seu ingresso se dá através de seleção pública e os residentes recebem uma remuneração através de bolsa de estudos³¹². A residência deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos que tenham elevada qualificação ética e profissional.

O programa de residência médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão “residência médica” só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que é vinculada ao MEC.³¹³

A residência médica em obstetria e ginecologia³¹⁴ tem como objetivo geral:

Tornar o médico residente em obstetria e ginecologia apto a promover a saúde e prevenir, diagnosticar e tratar as afecções relacionadas à mulher, nas diferentes fases da vida, bem como desenvolver habilidades e raciocínio crítico nas sub-especialidades e nas diversas áreas de atuação.³¹⁵

Os objetivos específicos dessa formação são³¹⁶:

1. Conhecer e interpretar os principais aspectos epidemiológicos, demográficos e socioeconômico-culturais que interferem na saúde da mulher.
2. Desenvolver conhecimentos para o adequado entendimento da relação entre alterações psíquicas e distúrbios tocoginecológicos.
3. Praticar assistência pré-natal em todos os níveis.
4. Capacitar na prevenção, diagnóstico e tratamento das principais intercorrências clínicas e obstétricas.
5. Aprimorar o conhecimento e as habilidades para a assistência ao parto e puerpério.
6. Adquirir habilidades para a prática adequada da Obstetria operatória (Tocurgia).
7. Diagnosticar e tratar as complicações clínicas e cirúrgicas mais frequentes em Obstetria.
8. Diagnosticar e tratar as urgências e emergências obstétricas e ginecológicas.

³¹¹ Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

³¹² Atualmente, o valor da bolsa de estudos mensal é de R\$ R\$ 2.976,26, segundo o que dispõe a Portaria Interministerial nº 9, de 13 de junho de 2013.

³¹³ Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

³¹⁴ Alternativamente à residência, é possível obter o título de especialista em obstetria e ginecologia prestando concurso promovido pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO). Em 1993, inclusive, houve uma turma de pós-graduação *lato sensu* da Faculdade de Medicina de Campos em obstetria.

³¹⁵ Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6511-ginecologia-obstetricia-sesu-rm&category_slug=agosto-2010-pdf&Itemid=30192 . Acesso em 10 de agosto de 2015.

³¹⁶ Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6511-ginecologia-obstetricia-sesu-rm&category_slug=agosto-2010-pdf&Itemid=30192 . Acesso em 10 de agosto de 2015.

9. Desenvolver conhecimentos e habilidades em medicina intensiva, relacionados às afecções obstétricas e ginecológicas.
10. Desenvolver conhecimentos em medicina fetal; habituar-se ao diagnóstico ultrassonográfico das principais afecções fetais.
11. Capacitar na prevenção, diagnóstico e tratamento das afecções ginecológicas, incluindo ginecologia infanto-puberal, distúrbios endocrinológicos, DST/AIDS, patologia do trato genital inferior, algia pélvica, endometriose, climatério e doenças da mama.
12. Desenvolver conhecimentos e habilidades em reprodução humana, incluindo planejamento familiar e infertilidade.
13. Adquirir habilidades em cirurgias ginecológicas e mamárias, para o tratamento das doenças benignas e malignas.
14. Adquirir conhecimentos em procedimentos especializados em Ginecologia, como colposcopia, laparoscopia diagnóstica e cirúrgica, histeroscopia diagnóstica e cirúrgica, mamografia, uroginecologia e urodinâmica.
15. Capacitar na prevenção e diagnóstico das neoplasias maligna ginecológicas e da mama, e tornar-se apto a estabelecer um planejamento terapêutico adequado particularmente nos estádios iniciais, bem como conhecer a sua evolução prognóstica.
16. Diagnosticar e tratar as complicações cirúrgicas mais frequentes em Ginecologia.
17. Desenvolver conhecimentos em diagnóstico por imagem em Obstetrícia e Ginecologia.
18. Desenvolver conhecimentos relacionados a responsabilidade ética e profissional.

A Resolução da CNRM Nº 02 /2006, de 17 de maio de 2006³¹⁷, determina quais são os requisitos para as residências médicas do país e determina que a residência em obstetrícia e ginecologia³¹⁸ pode ser acessada diretamente (ou seja, não é necessário fazer, primeiramente, outra especialização) e que terá duração de 3 (três) anos³¹⁹. O art. 9º da referida norma determina que 80 a 90% da carga horária deve ser empregada em treinamento em serviço e de 10 a 20% em atividades teórico-complementares. Tais atividades são definidas como: sessões anatomo-clínicas, discussão de artigos científicos, sessões clínico-radiológicas, sessões clínico-laboratoriais, cursos, palestras e seminários. Contudo, destas atividades devem constar, obrigatoriamente, temas relacionados a bioética, ética médica, metodologia científica, epidemiologia e bioestatística, além de se recomendar a participação do médico residente em atividades relacionadas ao controle das infecções hospitalares. Os médicos residentes devem ser avaliados, no mínimo, trimestralmente e serão desligados do programa caso não cumpram a carga horária integral e não tenham rendimento médio nas avaliações propostas (que serão escritas, orais ou práticas e devem incluir comportamento ético e interação com a equipe e com os pacientes nos critérios de avaliação). Ademais, deve haver supervisão permanente do treinamento dos residentes por docentes, que devem ser médicos portadores de Certificado de

³¹⁷ Disponível em: < http://www.febrasgo.org.br/site/?page_id=18>. Acesso em 15 de agosto de 2015.

³¹⁸ Tendo em vista a história conjunta já mencionada no capítulo anterior, a residência médica de obstetrícia ainda é vinculada a de ginecologia.

³¹⁹ É permitido o oferecimento de ano opcional ou adicional para aprimoramento do conhecimento e das habilidades técnicas do médico residente na própria especialidade ou em suas áreas de atuação, que é chamado de “R4” em sequência ao “R1”, “R2” e “R3”.

residência médica da área ou especialidade em causa, ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da CNRM.

Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)³²⁰, a maior parte dos programas de ginecologia e obstetrícia do país ocorre em instituições públicas, com um número médio de 25 (vinte e cinco) por preceptores programa, a maioria deles, especialistas na área, embora tenha sido verificado uma grande heterogeneidade no que se ensina e na qualidade dos serviços, de maneira que certos residentes não conseguem manter, nem mesmo, uma relação médico-paciente adequada.

Em Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, só há uma residência médica em obstetrícia e ginecologia que é oferecida pela também única escola de medicina da cidade, a Faculdade de Medicina de Campos (FMC), e administrada através do Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA). Contudo, neste hospital apenas é ensinada e praticada a ginecologia, ficando a obstetrícia a cargo do Hospital dos Plantadores de Cana que é um hospital conveniado.

A FMC oferece apoio institucional à residência médica desde 1975, inicialmente apenas na área de pediatria. Desde então, através da Coordenação de Pós-graduação, ela conduz o processo seletivo para a admissão de novos residentes para o HEAA, nos programas regularmente autorizados e credenciados pela CNRM em pediatria, clínica médica, obstetrícia e ginecologia e cirurgia geral³²¹.

A FMC foi criada a partir de deliberação da Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia, em sessão no dia 09 de novembro de 1964, tendo como entidade mantenedora a Fundação Benedito Pereira Nunes, uma entidade jurídica de direito privado sem fins lucrativos³²². O objetivo de criar uma escola médica foi formar profissionais para atender à demanda da comunidade local e também em razão do grande contingente de universitários que se deslocava para cursar medicina em outras cidades³²³. Em outubro de 1966 começaram as obras necessárias à sua implantação, com inauguração prevista para 1968, porém, as obras foram aceleradas, atendendo às contingências do momento universitário brasileiro, e a FMC foi inaugurada em 14 de outubro de 1967. Além da formação de médicos capacitados a

³²⁰ Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/?p=1221>>. Acesso em 15 de agosto de 2015.

³²¹ FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS. Plano de Desenvolvimento Institucional de 2011-2015. Campos, 2011, p. 8-9. Disponível em: <http://www.fmc.br/pdi_atual.pdf>. Acesso em 02 de setembro de 2015.

³²² A Fundação Benedito Pereira Nunes foi criada em 06 de dezembro de 1934 pela Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia, com o objetivo de manter a Policlínica e Maternidade de Campos dos Goytacazes. Em 20 de setembro de 1946, passou a manter também o Hospital Infantil da cidade, consolidando seu caráter assistencial. Em 07 de dezembro de 1962, assumiu a nomenclatura atual e foram incluídas entre as suas finalidades as prerrogativas de “Criar, instalar e manter estabelecimentos de Ensino Médico e Paramédicos e Institutos Científicos”. Disponível em: <<http://www.fmc.br/historico.htm>>. Acesso em 20 de agosto de 2015.

³²³ A FMC ainda é uma das poucas faculdades de medicina da região e foi a única até a instalação de um novo curso, no ano de 1996, na cidade de Itaperuna.

desempenharem os procedimentos básicos em medicina e a adquirirem formação especializada na pós-graduação, o modelo pedagógico do curso de medicina está centrado na visão do homem como um sujeito social e na formação humanística do médico³²⁴. Segundo sua própria apresentação:

Temos ainda preocupação com a formação humanística de nossos alunos e promovemos para isto atividades paralelas ao currículo estrito, pelo nosso Centro de Estudo que contemple além de contudo (*sic*) científicos, mas também problematizando temas como a “Morte e o Morrer”, “A Sexualidade Humana”, etc. Encontramos especial motivação pela integração docente-assistencial, mantendo participação de nossos alunos e professores em unidades assistenciais ligadas ao Sistema Único de Saúde, aproximando com isto nossos formandos da realidade das ações de saúde de nosso município. Pretendemos promover um ensino não só integrado como hierárquizado (*sic*) nas ações primárias, secundárias, terciárias e quaternárias promotoras ou recuperadoras de saúde. Este objetivo ficará claramente apresentado quando detalhar-se o que se pretende fazer nos Centros de Saúde Escola de Custodópolis e Ururá, na integração com o Hospital dos Plantadores de Cana e na concretização plena daquele que será, sem sombra de dúvidas um marco na transformação da qualidade em nossa região que é o Hospital Escola Álvaro Alvim³²⁵.

A residência médica de obstetrícia e ginecologia da FMC oferece 3 (três) vagas por ano, através de um processo seletivo composto por prova teórica e entrevista e avaliação curricular. Os residentes são treinados em regime de dedicação exclusiva, com 60 horas semanais e recebem uma bolsa de estudos de acordo com os padrões legais.

O Hospital dos Plantadores de Cana foi inaugurado no dia 24 de novembro de 1963, através de uma iniciativa da Associação Fluminense do Plantadores de Cana. Tratava-se de um hospital privado que foi fundado para atender aos fornecedores de cana e suas famílias e que era uma referência médica na época de ouro da indústria canavieira campista. Desde 1975, porém, o HPC tem uma parceria com o Governo Federal, de modo que, hoje, boa parte de seu atendimento está direcionada ao SUS (Sistema Único de Saúde). Por essa razão, em 24 de fevereiro de 2014, o hospital deixou de ser classista e passou a ser uma entidade filantrópica, enquadrada como entidade beneficente de assistência social na área de saúde.

De todo modo, o HPC ainda é referência no atendimento obstétrico em toda a região Norte Fluminense, especialmente, no que se refere às gestações de alto de risco³²⁶. Seu nome empresarial é, inclusive, “Associação Fluminense de Assistência à Mulher, à Criança e ao Idoso”, mas se trata de um hospital geral, com mais de 20 (vinte) especialidades e também

³²⁴ Disponível em: < http://www.fmc.br/pdi_atual.pdf>. Acesso em 02 de setembro de 2015.

³²⁵ Disponível em: < http://www.fmc.br/pdi_atual.pdf>. Acesso em 02 de setembro de 2015.

³²⁶ Em 2002, inclusive, foi criado o único serviço de banco de leite humano da região.

unidade auxiliar de ensino³²⁷. Segundo o próprio, porém, “nosso maior diferencial é no atendimento à Mulher, à Criança e ao Idoso. Possuímos especialização em maternidade de risco, com atendimentos pré e pós-parto”.³²⁸ Por essa razão, as internações obstétricas correspondem a quase 45% do total das internações hospitalares, segundo dados de 2013.³²⁹

O lema do hospital é “construindo saúde com relevância, atendimento um tom acima” e seu projeto é se tornar um Hospital Amigo da Criança, de maneira que todas as ações realizadas devem ter como pilares a humanização, o acolhimento e as boas práticas contidos na Iniciativa Hospital Amigo da Criança³³⁰.

Com a transformação em entidade beneficente, em 2014, o hospital foi credenciado à Rede Cegonha que é uma estratégia do Ministério da Saúde (MS), instituída pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, para implementar uma rede de cuidados que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.³³¹ O credenciamento a este projeto possibilita o aporte de vultosos recursos ao hospital, desde o que se refere ao investimento em obras e aparelhos, até o custeio do atendimento de gestantes e bebês.

A finalidade da Rede Cegonha é estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país, de maneira que essa iniciativa deva ser implantada, gradativamente, em todo o território nacional. São quatro os componentes básicos que organizam a Rede Cegonha: assistência pré-natal; cuidados com o parto e nascimento; atenção ao puerpério e atenção integral à saúde da criança e qualificação de sistema logístico (transporte sanitário de usuários e sua regulação). É importante destacar que a Rede Cegonha tem a proteção dos direitos humanos, a promoção da equidade e o enfoque de gênero como princípios norteadores de sua implantação:

Art. 2º A Rede Cegonha tem como princípios:

- I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III - a promoção da equidade;
- IV - o enfoque de gênero;

³²⁷ Além da parceria com a FMC na residência médica obstétrica, em 2013 começou a residência médica em pediatria do próprio hospital.

³²⁸ Disponível em :< <http://hpccampos.com.br/>>. Acesso em: 10 de agosto de 2015.

³²⁹ Disponível em :< http://hpccampos.com.br/estatisticas-de-producao>. Acesso em: 10 de agosto de 2015.

³³⁰ A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi idealizada em 1990 pela OMS e pelo UNICEF para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Neste sentido, cabe mencionar que em 2002 foi criado no HPC o único serviço de banco de leite humano da região.

³³¹ Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php>. Acesso em 20 de setembro de 2015.

V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
VI - a participação e a mobilização social; e
VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados³³².

Depois dessa introdução sobre a residência médica em obstetrícia realizada no HPC, é necessário tratar dos médicos preceptores que compõe essa especialização.

2. PERFIL DOS MÉDICOS OBSTETRAS DO HPC

Para a realização do presente estudo, foram realizadas entrevistas com todos os médicos obstetras que atuam no plantão de obstetrícia do HPC, bem como com o chefe do serviço, o coordenador da residência e com o diretor clínico do hospital (que também é obstetra).³³³ Além disso, foram entrevistados todos os médicos residentes em ginecologia e obstetrícia da FMC que atuam no hospital.

No total foram feitas 40 (quarenta) entrevistas formais com médicos do HPC ligados à residência³³⁴, sendo 29 (vinte e nove) com médicos já especialistas e 11 (onze) com médicos residentes, que serão analisadas em outra seção. As entrevistas foram realizadas entre abril de 2014 e julho de 2015 e ocorreram, em quase sua totalidade, no próprio ambiente hospitalar. As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado³³⁵ a partir de eixos temáticos e, portanto, aberto a outros questionamentos de acordo com o curso das falas. Todas foram gravadas e apresentaram durações variadas, de 13 minutos a 1 h e 30 minutos de duração.

Cumprido asseverar que a pesquisa foi aprovada sem problemas pelo Comitê de Ética de Pesquisa da FMC³³⁶ e também pela direção do hospital. Os responsáveis pelo serviço e pela residência também não demonstraram insatisfação em relação ao trabalho. Com algumas exceções³³⁷, os profissionais de saúde não se opuseram a realização do trabalho, muito embora a lotação do serviço tenha impedido uma dedicação maior ao projeto.

³³² BRASIL. **Portaria nº 1.459**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

³³³ As entrevistas se centraram nos médicos plantonistas, pois são eles, como preceptores, que realizam o atendimento direto às pacientes em trabalho de parto ou aquelas que passam por uma curetagem. Embora os residentes também participem do atendimento ambulatorial, este se refere ao atendimento de gestantes no pré-natal e no pós-parto.

³³⁴ Houve também a realização de entrevistas com outros profissionais que já conhecem o serviço e estão vinculados ao hospital, embora não estejam vinculados diretamente à especialização.

³³⁵ Segue no Apêndice A.

³³⁶ Segue no Apêndice E.

³³⁷ Não houve nenhuma recusa expressa em participar da pesquisa, muito embora alguns médicos tenham se mostrado claramente desconfortáveis com o trabalho e tenha havido um único caso de médico que se esquivou das entrevistas durante um ano de pesquisa. Não houve prejuízo, porém, pois o médico em questão esteve afastado no

Além das entrevistas, durante 1 (um) ano e 3 (três) meses em que durou a pesquisa foi realizada uma observação participante, já que havia oportunidade de frequentar os corredores e quartos da ala obstétrica do hospital, além de vivenciar o dia a dia do serviço, o que permitiu a coleta de impressões informais de outros profissionais do hospital sobre os colegas médicos. Também foram colhidos relatos de 20 (vinte) usuárias do serviço obstétrico do HPC e suas acompanhantes sobre suas impressões sobre o atendimento médico-hospitalar, mas esses serão discutidos nos capítulos posteriores.

Respeitando a privacidade e a confidencialidade dos entrevistados, conforme convém a ética científica e de acordo com as diretrizes da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012³³⁸, do Conselho Nacional de Saúde, as entrevistas não são identificadas, de maneira que os nomes dos médicos obstetras foram substituídos pelas letras “MO”, seguidas de um número escolhido aleatoriamente, sem acompanhar a sequência cronológica em que as entrevistas foram realizadas ou a ordem alfabética dos nomes dos entrevistados.³³⁹ Assim sendo, também não houve a identificação do sexo dos médicos entrevistados, pois isso poderia acabar levando a uma identificação indireta das falas. Cumpre assinalar, porém, que dos vinte e nove obstetras, apenas nove são homens, incluindo o diretor clínico (e também obstetra) do hospital, o coordenador da residência e o chefe de clínica da maternidade (que cumulava à época a chefia da maternidade tendo em vista os problemas de saúde da obstetra que há anos exercia tal função). Por se tratar de uma área que demanda o cuidado e que recai sobre a saúde da mulher, a obstetrícia (e a ginecologia) é a especialidade médica em que mais atuam profissionais do sexo feminino, até mesmo em razão da própria história do surgimento dessa especialidade, já contada no capítulo anterior. A suposta sensibilidade natural feminina as habilitaria para a atuação nas áreas ligadas aos cuidados, o que não deixa de ser uma transferência do ideal maternal para a atuação na esfera pública. Nos dias de hoje, em termos nacionais, 50,53% dos especialistas em obstetrícia e ginecologia são mulheres e 49,47% são homens.³⁴⁰

Todavia, a feminização da medicina como um todo é um fenômeno global e desde 2009 as mulheres superam os homens em números de inscrição no Conselho Federal de Medicina (CFM) no Brasil. Recente pesquisa realizada pelo CFM em parceria com o

começo do ano de 2015, de maneira que seu substituto foi entrevistado. Um dos chefes do serviço também não foi entrevistado por razões médicas.

³³⁸ BRASIL. **Resolução nº 466**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

³³⁹ Em geral, tais médicos serão referidos no gênero masculino, só sendo identificado o sexo quando imprescindível para o esclarecimento dos relatos, pois, de outro modo, o sigilo das identidades poderia ser prejudicado. As falas de outros informantes do HPC, ainda que médicos, serão identificadas como “Funcionário do HPC”, também sem fazer reflexão de gênero.

³⁴⁰ CFM, CREMESP. **Demografia médica no Brasil**, vol. 02. São Paulo, 2013, p. 198.

CREMESP³⁴¹ (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) sobre o perfil dos médicos brasileiros mostra que as mulheres já são 55% da população médica do país entre os médicos com menos de vinte e nove anos.³⁴² Essa mudança de perfil traria, segundo o CFM,³⁴³ mais benefícios do que prejuízos porque se, por um lado, as mulheres se comprometeriam com um volume de trabalho menor, se aposentariam mais cedo e estariam menos dispostas a assumir postos de trabalho em regiões mais distantes (reflexos claros de sua lealdade primeira ao lar), elas também tenderiam a tratar os pacientes de forma mais humanizada e democrática e a assumir especialidades básicas (como a própria ginecologia e obstetrícia) que são fundamentais para a reorganização do modelo de saúde brasileiro. É possível questionar, contudo, até que ponto esses supostos benefícios não são reconstruções das velhas hierarquias de gênero, posto que, historicamente, o corpo feminino tem sido visto como um corpo de serviço. Ademais, esse tipo de discurso sempre culmina na defesa do ideário da complementaridade, o que obsta um tratamento verdadeiramente igualitário entre homens e mulheres, mesmo quando elas ocupam majoritariamente um campo profissional. E é a ideia de complementaridade que tem sido usada, tradicionalmente, para justificar a divisão sexual do espaço e do trabalho.

Nessa linha, a presente pesquisa evidenciou que o fato de haver mais mulheres do que homens entre os obstetras do HPC não significa, necessariamente, mais humanização no atendimento ou maior conscientização sobre as violências de gênero. Isso mostra que o discurso da dominação masculina também é assimilado e reproduzido pelas mulheres que, como integrantes de uma sociedade sexista, muitas vezes naturalizam práticas que só reforçam a desigualdade de gênero.

De todo modo, não se pode ignorar que é de extrema importância a inserção cada vez maior de mulheres no mercado de trabalho, não apenas em razão da autonomia individual ou do apelo simbólico envolvido, mas também porque mesmo não existindo uma moral feminina comum, existe alguma semelhança estrutural em relação a certos papéis exigidos das mulheres em sociedade. Contudo, é preciso sublinhar que o aumento da entrada das mulheres no mercado de trabalho nas últimas décadas não tem o mesmo impacto para todas as mulheres. Somente para as mulheres das classes média e alta, com uma boa qualificação, é que pode haver uma transformação e ocupação de lugares antes ocupados por homens,³⁴⁴ que seria justamente

³⁴¹ CFM, CREMESP. **Demografia médica no Brasil**, vol. 02. São Paulo, 2013, p. 23-24.

³⁴² A projeção é de que os homens ainda sejam maioria por mais uma década e meia, já que, até os anos de 1970, a profissão era predominantemente masculina. Atualmente, 41 % da população médica é formada por mulheres (*Ibidem*, p. 229).

³⁴³ *Ibidem*, p. 30-31.

³⁴⁴ SARTI, Cynthia Andersen. A sedução da igualdade: trabalho, gênero e classe. In: SCHPUN, Mônica Raisa. **Gênero sem fronteiras**. Florianópolis: Editora Mulheres, 1997.

o caso da medicina. Segundo o CREMESP, 81,8% dos formandos em medicina do Estado de São Paulo estudaram em escola privada; 72,8% dos pais desses médicos têm ensino superior e sua renda está acima de dez salários mínimos em mais de 50% dos casos³⁴⁵.

Nenhum dos obstetras entrevistados se autodeclarou negro e apenas quatro se autodeclararam pardos. Outras pesquisas com médicos³⁴⁶ mostram tendências semelhantes em outras partes do sudeste brasileiro, com apenas 0,9% de médicos negros, 7,2% de pardos ou mulatos e 84,5% de médicos brancos, ainda que aqui haja uma presença ligeiramente mais significativa de médicos pardos (em torno de 14%).

Doze deles são naturais de outros Municípios, mas apenas três de fato residem em outras cidades. Tal dado diverge um pouco da realidade nacional, já que no quadro brasileiro há grande mobilidade do lugar onde se nasce, para onde se cursa a graduação e para onde se fixa residência.³⁴⁷ De todo modo, existem três fatores que explicam a baixa mobilidade territorial dos profissionais entrevistados. Em primeiro lugar, a alta mobilidade nacional converge de outras regiões para o sudeste que concentra a maior parte dos cursos (45%) e residências de medicina (63,5%) do país³⁴⁸. Em segundo lugar, os locais que oferecem residências médicas acabam produzindo um fator estabilizador da mobilidade. E, por fim, a cidade de Campos é a maior do interior do Rio e um polo para toda a região norte-fluminense, o que faz supor que exista uma grande demanda interna e também um bom mercado de atuação médica dentro do próprio Município.

Cinco dos médicos obstetras se declararam evangélicos; três não tem uma orientação religiosa específica; um é espírita e os outros vinte se definem como católicos. O último Censo realizado sobre o tema, em 2010, segue distribuição semelhante com 22,2% da população se declarando evangélica; 8% não possuindo um credo específico; 2% seguindo a doutrina espírita e 64,6% se declarando católica.³⁴⁹

Apenas sete obstetras são solteiros, sendo que destes, um é noivo, e outro vive em união estável. Quatorze médicos têm filhos, além das duas obstetras que estavam grávidas dos primeiros filhos à época das entrevistas.

³⁴⁵ Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2015/05/1628538-em-sp-maioria-dos-novos-medicos-e-mulher-jovem-branca-e-da-elite.shtml>>. Acesso em 14 de junho de 2015.

³⁴⁶ Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2015/05/1628538-em-sp-maioria-dos-novos-medicos-e-mulher-jovem-branca-e-da-elite.shtml>>. Acesso em 14 de junho de 2015

³⁴⁷ Inclusive, no levantamento da demografia médica brasileira não se confirma a expectativa de que as escolas médicas sejam necessariamente polos em torno dos quais os médicos ali graduados irão exercer a profissão. (CFM, CREMESP. **Demografia médica no Brasil**, vol. 02. São Paulo, 2013, p. 84-94).

³⁴⁸ Ibidem, mesmas páginas.

³⁴⁹ Disponível em: < http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em 11 de janeiro de 2015.

De uma maneira geral, tratam-se de obstetras jovens³⁵⁰, com idades que variam entre Vinte e seis e setenta anos; com nove médicos na faixa dos vinte anos; dez médicos na faixa dos trinta anos; três médicos na faixa quarenta anos; seis médicos na faixa dos cinquenta anos e um médico na faixa dos setenta anos. Conseqüentemente, pouco mais da metade deles ainda não completou dez anos de profissão. Nove médicos têm até cinco anos de formados; sete têm entre seis e dez anos; quatro têm entre onze e quinze anos de formados; dois têm entre dezesseis e vinte anos; dois têm entre vinte e um e vinte e cinco anos de formados; três têm entre trinta e um e trinta e cinco de formatura; um tem entre trinta e seis e quarenta e um tem entre quarenta e seis e cinquenta anos de atuação na medicina. No que se refere, especificamente à experiência obstétrica, o quadro se repete, considerando que quase todos começaram a residência imediatamente após a conclusão da graduação.

A absoluta maioria é formada no ensino superior privado, principalmente, na própria FMC. Apenas um profissional se formou na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), três se formaram na Universidade Iguazu (UNIG), na cidade de Itaperuna, um se formou na Fundação Técnico-educacional Souza Marques (FETSM) e outro se formou na Universidade Estácio de Sá (UNESA), as duas últimas localizadas na cidade do Rio de Janeiro.

No que tange ao local onde cursaram a residência médica, nota-se que são majoritariamente egressos do próprio HPC. Dezesete obstetras foram treinados no hospital e onze se especializaram em serviços diversos, a maior parte, na cidade do Rio de Janeiro, nos seguintes locais: dois na UFRJ; dois no Instituto Fernandes Figueira; um no Hospital Pro-Matre; um na Santa Casa; um no Hospital Maternidade Carmela Dutra e outro Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Além desses, também há um médico especializado no Hospital São José do Avaiá na cidade de Itaperuna; um no Hospital Júlia Kubistchek, em Belo Horizonte, e um no Hospital das Clínicas de Teresópolis.³⁵¹

Apenas um dos médicos obstetras possui doutorado na área. Outros três têm mestrado. Muitos profissionais têm uma formação complementar, seja através de um quarto ano de residência (R4) em áreas como mastologia ou histeroscopia, seja através de pós-

³⁵⁰ A medicina em geral vive um momento de juvenização, embora a idade média do médico brasileiro seja de quarenta e seis anos com vinte e um anos de prática profissional. Na ginecologia e obstetrícia, a idade média é de 48,89, de maneira que é possível dizer que essa especialidade tem mantido o nível de interesse semelhante ao que exercia algumas décadas atrás. (CFM, CREMESP. **Demografia médica no Brasil**, vol. 02. São Paulo, 2013, p. 25-27, 146 e 229).

³⁵¹ Apenas um dos médicos não tem um curso formal na área da obstetrícia e ginecologia, já que a mesma não era necessária na época de sua entrada no mercado de trabalho (muito embora o mesmo tenha uma vasta experiência na medicina da área). Para ser preceptor de obstetrícia, porém, o título é exigido. Alguns profissionais fizeram residências com duração de dois anos. A partir de 2006, porém, a duração passou a ser de três anos de acordo com exigência legal.

graduações em áreas como reprodução humana, ou através de habilitações em cursos de ultrassonografia. Dos trinta médicos entrevistados, dois vieram de outras áreas (um médico era enfermeiro e outro era bancário).

3. AS PERCEPÇÕES DOS MÉDICOS OBSTETRAS DO HPC

Buscar-se-á, nesta seção, apresentar as percepções dos obstetras entrevistados a partir dos eixos temáticos que orientaram a presente pesquisa e de acordo com o questionário usado para conduzir as entrevistas.

3.1 ESCOLHA PROFISSIONAL

Foi recorrente o discurso que atrela a escolha pela área médica como algo quase natural e que remete a uma decisão tomada ainda na infância. Apesar disso, a maior parte dos obstetras do HPC não tem um uma tradição familiar na obstetrícia, já que apenas dois têm pais ligados diretamente à área.³⁵²

Não me vejo fazendo nada diferente não, sempre foi uma escolha...desde cedo, desde criança (MO 17).

Desde pequena, quando eu nasci, eu já brincava de ser médica, embora eu não tenha ninguém na família médico. Eu sempre achei bonito, eu admirava meu médico, a conduta, a forma como ele me atendia, que conduzia, né? Ele me atendia dentro da casa dele, tinha aquela abertura, então eu achava aquilo muito bacana. Sempre gostei mesmo. Nunca pensei em fazer outra profissão (MO 15).

No que se refere à escolha pela especialidade da obstetrícia e ginecologia, como a maior parte dos obstetras se formou na própria FMC, muitos remetem sua decisão ao fato de a cadeira de obstetrícia da FMC ser muito bem estruturada. Não por acaso, a mesma tem como titular o coordenador da residência no HPC.

Durante a faculdade não pensava em fazer GO (...), mas no quarto ano da faculdade que foi quando eu conheci a cadeira de obstetrícia, eu gostei muito da cadeira. A cadeira de obstetrícia é uma cadeira muito organizada, então, te estimula a estudar até mesmo se você não tem o propósito de fazer obstetrícia. Assim, como eu, vários

³⁵² Cinco entrevistados também mencionaram a influência de tios e também de um avô médico para se tornarem médicos.

alunos da faculdade quando se deparam com a cadeira de obstetrícia (...) acabam despertando (MO 26).

A cadeira de obstetrícia é a cadeira mais organizada da faculdade, assim como a de ginecologia...eu gostava de estudar obstetrícia, escolhi fazer GO por causa de obstetrícia, hoje em dia nem gosto muito de obstetrícia mais. (MO 28)

De qualquer forma, essa especialidade médica é a segunda mais almejada, com 9,33% dos especialistas de todo o país, só perdendo para a pediatria que tem 11,23%. Somadas as duas áreas têm um quinto de todos os profissionais com registro no Brasil.³⁵³

A maior parte dos entrevistados não esconde uma predileção pela obstetrícia, especialmente pelo fato de ser uma área ligada, em geral, à celebração da vida através do nascimento. Além disso, como a residência une obstetrícia à ginecologia, o campo de trabalho acaba sendo mais amplo do que o de outras especialidades.

Eu nunca lidei muito bem com morte, eu escolhi justamente uma especialidade que tem tudo a ver com a vida, né? (MO 17)

Durante o curso a gente é exposto a muita coisa e o tipo de atendimento onde eu me vi menos ansioso foi com as mulheres. Pensei em fazer psiquiatria, cirurgia também pensei e resolvi fazer ginecologia e obstetrícia porque primeiro o meu cliente era mulher e segundo com saúde, esperava não ver morte. (MO 29)

Todos destacam, porém, que a especialidade é muito desgastante. As mulheres, especialmente, costumam destacar que dificilmente seguirão na área durante muito tempo, o que está claramente relacionado à injusta divisão sexual do trabalho doméstico e dos cuidados com a família. Nesse sentido, a ginecologia ofereceria a possibilidade de uma vida mais tranquila e em que a dupla jornada feminina pudesse ser conciliada.

A mulher obstetra tem, assim, o que a gente chama de meia vida. Em função da maternidade, do casamento. O obstetra homem tem uma vida mais produtiva. (MO 15)

Em termos de prática a gente acaba preferindo lidar com a gineco porque é mais confortável. (MO 25)

A gente vai conseguindo até certo ponto da vida da gente...eu acho que eu não vou parar de fazer obstetrícia, mas eu acho que eu vou diminuir porque a gente não aguenta...mulher é mais complicada, mas entre gineco e obstetrícia eu prefiro obstetrícia. (MO 22)

É inevitável a gente deixar a obstetrícia por conta da vida pessoal e a gente quer desacelerar. (MO 09)

³⁵³ CFM, CREMESP. **Demografia médica no Brasil**, vol. 02. São Paulo, 2013, p. 144.

A questão do trabalho feminino é alvo de grande debate, mesmo dentro do próprio movimento feminista e certamente apresenta diferenças importantes tendo em vista também as questões fundamentais de classe e cor. De qualquer modo, o trabalho remunerado costuma ser apontado como condição básica para a libertação feminina, já que além dos ganhos materiais o trabalho oferece uma possibilidade de afirmação individual. Porém, a mulher ainda permanece com a obrigação quase exclusiva do trabalho doméstico. É por isso que segundo Cynthia Sarti:

O significado do trabalho torna-se, então, distinto para as mulheres, dependendo de sua condição de classe e do fato de serem ou não mães. Mas, ‘para todas as mulheres’, a conciliação entre trabalho doméstico e trabalho remunerado constitui problema, que será resolvido quase sempre por outras mulheres (empregadas domésticas contratadas ou mulheres da família), conforme os recursos econômicos e sociais disponíveis.³⁵⁴

Também por essa razão, alguns destacam que só fazem obstetrícia no SUS (já que neste caso não há vinculação com a realização do parto) e que só atendem pacientes ginecológicas nos consultórios particulares.

Eu só faço ginecologia, só dou plantão de obstetrícia. Fora daqui só faço ginecologia. (MO 08)

De plantão de obstetrícia só aqui, mas eu faço pré-natal na rede, no posto de saúde, no concurso. Aí só gineco (no escritório particular). (MO 27)

A escolha pelo serviço do HPC em si como o local da residência é atribuída à comodidade dos médicos em permanecerem na cidade, já que provenientes da FMC, e conciliarem a vida pessoal com a vida profissional.

Eu já conhecia o serviço...já era casado, era mais cômodo. Cheguei a passar na federal, mas aí foi uma opção mesmo, uma decisão familiar. (MO 26)

Eu necessitava ficar em Campos, as minhas condições não me permitiam, até mesmo questões financeiras na época, não me permitiam de ir para fora de Campos. Era cômodo fazer em Campos. (MO 23)

Ainda assim, aqueles que se especializaram no próprio hospital destacam que é uma boa pós-graduação, pelo menos na parte obstétrica³⁵⁵, em razão do grande volume de pacientes. O que não se repete no HEAA, onde se exerce a parte ginecológica. Nesse sentido, o serviço do HPC é descrito como um serviço de muita prática, um serviço de “tocação”, o que dá “mão”

³⁵⁴ SARTI, Cynthia Andersen, *op. cit.*, p. 164.

³⁵⁵ Além de serem praticadas em serviços hospitalares diferentes, a ginecologia e a obstetrícia são conduzidas por professores diferentes e têm coordenadores diferentes.

ao médico. Um estudante de medicina fazendo o internato de obstetrícia disse que “acho que quem trabalha aqui, trabalha em qualquer lugar”. Nas palavras dos próprios obstetras:

Aqui é assim: ou você aprende, ou você aprende. (MO 22)

Foi sólida (a formação). Apesar de que eu acho que faltam muitas coisas para a residência ser uma residência padrão. No HEAA não tem muito não tem profissionais de muitas áreas diferentes. Para ter a base de conhecimento para te passar não tem muita gente e aquelas pessoas não saíram muito disso aqui também. Não tem pessoas com muitas especialidades (...). Várias áreas da ginecologia têm falta. E obstetrícia aqui tem muito volume e acaba que você perde um pouco da ciência, muitas coisas não são feitas da forma como a gente aprende no livro. Você acaba fazendo uma cesárea que é mais rápido (...). Não tem tanta ciência pelo volume que tem. Então é assim, aqui tem muito e lá (HEAA) tem pouco. (MO 01)

Porém, especialmente os médicos que têm formação em outros serviços costumam destacar um déficit teórico e também de práticas mais atualizadas no que concerne ao HPC:

Fora que lá a atualização científica é muito grande. De semana em semana tinha uma média de dez artigos para a gente ler. (MO 19)

Estudava mais, tinha mais teoria. Às vezes falta aquele residente estudar mais é porque ouviu o que fulano falou, ensinou, aprendeu errado e não foi pela literatura. Não questiona, “mas por que disso”, segue porque aprendeu com fulano”. (MO 07)

A gente tenta mostrar o que está na literatura, mais do que o protocolo do serviço, que até não tem muito. Eu sinto falta de coisas escritas aqui e não vai muito de acordo com a literatura em muitos momentos. Eu que vim de residência fora não tenho essa conduta e não sei onde buscar. (MO 11)

Outro ponto destacado, principalmente, mas não apenas, pelos que vêm de outras residências é a necessidade de uma uniformidade maior de procedimentos, de maneira que os plantões adotem o mesmo protocolo técnico baseado em evidências científicas. Assim, a formação do residente é muito influenciada pelas práticas dos obstetras de plantão, que muitas vezes são similares, mesmo quando incorretas, considerando que a maior parte se especializou no próprio HPC.

Cada plantão faz o que achar correto, claro que com um mínimo (de coesão). (MO 19)

Existe um protocolo sim, mas não conseguiram implementar de fato. (MO 05)

Eu acho que cada plantão segue o que vem na sua cabeça. É isso que falta no hospital. Eu acho que se colocar um protocolo, baseado em evidências, o plantão pode seguir o protocolo ou seguir o que ele acha, mas pelo menos ele sabe o certo. (MO 04)

Eu acho que é tudo muito parecido, como a maioria fez residência aqui a conduta de todo mundo é muito parecida. Mas tem a coisa da personalidade de cada um: tal

plantão faz mais cesárea, tal plantão faz menos cesárea, ou tal plantão é mais acolhedor com as pacientes. (MO 01)

Uma atitude fala mais do que mil palavras. Tecnicamente, você pega o macaco rezus e ele faz uma cesárea no final porque técnica é repetição você faz (...)A formação de muitos que estão aqui foi a mesma que nos foi dada. Tem até gente de fora, aqui tem um pessoal mais novo, mas tem muita gente antiga aqui também. (MO 06)

No que se refere à formação médica e obstétrica em geral, os entrevistados reconhecem que há um enfoque demasiado na parte técnica e prática, de maneira que discussões mais amplas sobre a própria função da medicina na sociedade não são travadas. E os médicos com mais tempo de carreira apontam que esta é uma tendência cada vez mais forte nas novas gerações.

As discussões filosóficas, nesse sentido não existem. Hoje quando você joga o aluno de medicina e bota para ele pensar alguma coisa que não seja técnica você tem uma rejeição muito grande. Eles querem o que está escrito e o que precisa para eles ganharem dinheiro...A parte política, sociológica, de formação (se perde) eles querem a parte técnica. (MO 12)

Médico é muito ignorante. Ele dificilmente discute outro assunto que não seja medicina (...) ele se sente culpado de estudar outra coisa (...) Não tem nem aquela visão geral dentro da medicina. Isso por um lado é bom, por um lado é ruim. Ele vai cada vez mais se subespecializar (..) ele deveria ter uma visão mais holística (...) porque o paciente não é só um osso, um braço... (MO 21)

Esse tipo de profissional ensimesmado certamente tem grandes dificuldades em compreender a política de humanização da assistência à saúde que será discutida mais adiante e de desenvolver relações interpessoais mais produtivas com as usuárias do serviço de obstetrícia.

3.2 DIFICULDADES NO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO

Pode-se dizer que a principal causa de insatisfação dos obstetras que atuam no HPC é o que eles chamam de “desvalorização da medicina”. Para muitos há um descompasso entre a expectativa prévia ao curso e a efetiva entrada no mercado de trabalho. Ou seja, o poder simbólico da medicina parece estar diminuindo.

Não tinha essa visão (sobre a desvalorização do médico). Se eu soubesse eu tinha feito direito. (MO 08)

Tem umas coisas que a gente não concorda que o médico anda sofrendo cada vez mais a desvalorização (...). Do jeito que está caminhando, com as coisas que eu não concordo, com a perda da autonomia do médico não é uma coisa mais que me agrada. Está muito difícil trabalhar com a questão obstétrica. (MO 11)

Não me sinto valorizada porque as pessoas e os pacientes veem você como nada, não tem noção de quanto você estudou para isso. (MO 04)

Eu acho que o médico já foi muito mais valorizado, já teve aquela figura do médico como aquele cara que está lá para salvar uma pessoa. (MO 22)

Além da insatisfação quanto à precarização do trabalho médico em geral (tanto em termos de condições estruturais quanto em relação ao retorno financeiro), o descontentamento se liga, principalmente, a uma maior democratização do conhecimento e dos direitos individuais, o, que levaria à chamada judicialização da medicina.

Hoje em dia a medicina é um pouco defensiva. (MO 19)

Eu acho que atrapalha, quando elas já chegam (com a pesquisa.) Já pesquisou no Dr. Google. (MO 28)

A gente vê que tem grupo na internet batendo muito na cesariana. A mistificação é que a mulher que pare de parto normal é mais mãe. A que faz cesariana fez apenas uma cirurgia. (MO 22)

Aqui vão desembocar todas as dores: do pré-natal, da assistência, da sociedade...aí tem a mídia ...o paciente chega no hospital de ponta com um pé na frente e outro atrás. É uma relação de desconfiança. E quem tá do outro lado vai também armada, tipo esse cara pode me agredir, por me processar. (MO 21)

Acho que antes as pacientes eram mais parceiras do médico. Hoje em dia eu percebo mudando um pouco, igual tinha aquele advogado de porta de cadeia, agora você tem muitas pacientes que usam tudo contra o médico e muitas vezes a gente faz tudo que a gente pode mais não é o suficiente, mas para a paciente entender isso às vezes é complicado, então eu acho que hoje a gente tem que tomar muito mais cuidado com tudo o que a gente faz (...). Acho que no interior a gente consegue fazer mais. (MO 17)

Hoje em dia a gente não consegue exercer a obstetrícia com 100% de prazer porque hoje em dia muita coisa é vista como errada e você vai ser processado por uma coisa que você não fez errado. (MO 23)

A judicialização veio porque a sociedade começou a tomar conhecimento dos seus direitos...internet, advogados, televisão...(MO 12)

Às vezes as pacientes desrespeitam e isso está piorando. Eu acho que é acesso à mídia, acesso à mídia errada. Essa popularização imensa da internet. Isso em qualquer área. Ainda mais o obstetra com essa coisa de humanização, vai virando uma coisa terrível para gente. Elas não confiam". (MO 16)

Nesse sentido, é importante destacar que todos os entrevistados têm dificuldades de pontuar os direitos e deveres inerentes a sua prática profissional porque tantos os cursos de medicina quanto as residências têm um enfoque eminentemente técnico.

Isso é uma falta da faculdade e depois da especialidade. Acho que elas deveriam ter muita parte jurídica porque a gente não sabe absolutamente nada. A gente fica muito perdido na mão dessas pacientes que processam todo mundo. (MO 04)

Houve uma mudança nesses últimos anos em relação à assistência obstétrica. Hoje há uma judicialização da medicina. Isso trouxe uma responsabilidade maior para o médico, mas trouxe também um problema muito sério para a instituição. Porque nós não podemos comparar a assistência feita em nível institucional com a assistência feita em nível particular. (MO 12)

O médico está se defendendo muito mais (...) eu faço medicina defensiva. (MO 28)

Por favor, tragam um curso de direito médico de novo para FMC (...). Eu vou ser a primeira aluna. (MO 06)

Essa parte legal é meio complicado para a gente porque a gente não tem, assim, esse suporte jurídico para saber o que fazer. Mesmo nos congressos de obstétrica isso não fica muito esclarecido. (MO 05)

É curioso notar que muitos médicos atribuem os problemas atuais da medicina à atuação dos governos do Partidos dos Trabalhadores (PT).

Minha expectativa se concretizou em parte. A gente vive um momento muito ruim em relação à saúde no país. Não tem mais reconhecimento como algum tempo atrás. Não é uma questão de status. Talvez pela questão do atual governo que culpa os médicos pela péssima qualidade da saúde que a gente tem. Não tem mais admiração. (MO 25)

Aqui HPC não dá (para humanizar). Isso é lei de PT, um negócio muito bonito, mas. (MO 02)

Dilma trouxe esses médicos cubanos. Nada contra eles, mas tudo contra o que ela propõe. (MO 06)

A maior parte também reclamou que a baixa remuneração leva à necessidade de ter muitos empregos, o que prejudica a vida pessoal do médico e a própria qualidade do atendimento.

Por exemplo, vou te dar a minha situação, eu estou desde sexta-feira sem ir em casa, trabalhei sexta, sábado, domingo, segunda...(MO 20)

Se você tivesse um emprego que te pagasse muito bem, você poderia dar um atendimento muito melhor, não teria necessidade de ter vários empregos. (MO 22)

Remuneração não é condizente porque é muita disponibilidade é muito urgência. Você acaba tendo que trabalhar em um monte de lugares. (MO 01)

No que se refere especificamente ao hospital, a principal reclamação é relativa à altíssima demanda do serviço. O HPC é o serviço de referência em gestação de alto risco para a toda a região norte-fluminense e até mesmo para a região norte do Estado. Além disso, ele também aceita gestações de baixo risco, pois funciona em um sistema de “portas-abertas a qualquer custo”, o que incluiu não só o encaminhamento de pacientes vindas de outros serviços, como também a demanda espontânea das mesmas, o que é bem comum. Essa sobrecarga se agrava com os problemas que as outras duas maternidades de baixo risco da cidade vinculadas ao SUS, a Santa Casa de Misericórdia e a Beneficência Portuguesa, costumam passar³⁵⁶. Além disso, a estrutura física e a falta de material adequado também são causas de reclamação constante. Nesta linha, foram apontadas como problemáticas: a própria arquitetura da maternidade (poucos banheiros e quartos pequenos e sem ventilação); higiene inadequada; falta de roupa de cama e trajes médicos; comida ruim; problemas com a segurança³⁵⁷; carência de mão-de-obra; falta de equipamentos mais modernos e dificuldade de realização de exames.

Aqui você tem um volume imenso (de atendimentos), o número de profissionais é aquém e a falta de equipamentos também. (MO 26)

O próprio sistema (é o maior problema), dificuldade de exames, de você ter uma coisa mais rápida. (MO 20)

Tem atrito entre pediatria e obstetrícia. Mas a chefia manda internar porque a gente tem uma política de portas abertas sempre. (MO 25)

O volume de trabalho é desumano, principalmente pela desorganização da estrutura ambulatorial do município. (MO 13)

Você não consegue atender as pessoas com a qualidade que você deveria atender (...) a gente tem ficado muito mais frio (...) a gente cansa de atender muita besteira”. (MO 27)

A gente não recusa paciente. A beneficência encheu eles fecham a porta. Aqui não. Porque se fechar lá e fechar aqui as pacientes vão ganhar neném onde? (MO 23)

Os profissionais mais antigos destacam, porém, que as condições materiais de trabalho (e mesmo a remuneração) melhoraram bastante ao longo dos anos e não são tão precárias comparadas a outras instituições de saúde ligadas ao SUS.

A gente já foi de um tempo de operar HIV com saco plástico. Muita coisa melhorou. (MO 06)

³⁵⁶ Em razão de uma crise interna, a Santa Casa já esteve fechada por diversas vezes. Além disso, nos finais de semana esses serviços também não costumam ter profissionais de plantão.

³⁵⁷ Durante a pesquisa ocorreram dois fatos que confirmam essa insatisfação: a enfermeira chefe da UTI foi esfaqueada pela avó de um bebê que nasceu no hospital e morreu em seguida e uma das obstetras plantonistas também sofreu agressões físicas e verbais.

A remuneração aqui até melhorou. Comparado com a beneficência é melhor. (MO 23)

Na parte de obstetrícia somos os melhores. Apesar das dificuldades do hospital, atender o SUS é uma coisa complicada. Às vezes atrasa, as vezes não paga...apesar dessas dificuldades, é aqui onde estão os professores. As unidades SUS desse país com maior qualidade são aquelas, você sabe, que estão ligadas ao ensino. Existe uma preocupação do professor porque ele vai ensinar e ele não vai poder ensinar errado. (MO 21)

Se você olhar para o HPC e olhar para outras unidades isso aqui é uma ilha de prosperidade. (MO 21)

A questão é que aqui para você trabalhar direitinho não precisa fazer muito esforço não porque os outros são tão ruins. (MO 24)

Na verdade, mais do que um problema propriamente do SUS, os obstetras destacam a precariedade do sistema de saúde em geral, especialmente no que se refere ao atendimento dos planos de saúde, que costumam pagar salários mais baixos do que os do próprio SUS. Nas palavras de um médico que trabalha apenas na parte ambulatorial do HPC, “fazer obstetrícia na rede privada está se tornando antieconômico”. E além da questão da remuneração, outros profissionais destacam que mesmo os serviços privados da cidade têm uma qualidade relativa:

A situação da medicina em Campos está me deixando um pouquinho para baixo. A saúde de Campos não está funcionando. É uma população (classe média) que cobra muito dos planos de saúde e em Campos os planos de saúde não estão suportando. (MO 19)

No seu plano de saúde não tem maternidade. Então faz o que? Não vai ter parto normal. Ainda mais se for enfermaria. Você vai ficar do lado de qualquer pessoa. Isso dificulta a humanização. (MO 03)

A maior parte dos entrevistados trabalha na rede privada e na rede pública, já que apenas cinco não tem um vínculo com o SUS. A maioria gosta de trabalhar nas duas redes, mas daqueles que têm alguma preferência, prevalece a inclinação para o SUS, o que se explica tendo em vista que é o local onde há mais espaço para o exercício do poder médico e usuárias menos informadas de seus direitos.

No serviço privado eu percebo que existe uma arrogância maior da paciente. Porque eu acho que se a gente estuda e se capacita para isso não tem que vir uma pessoa que não tem conhecimento para isso e te dizer o que tem que fazer. (MO 09)

Eu sou suspeito para falar porque eu sou um profissional que sou muito afeito ao serviço público. Eu tenho até consultório porque o SUS é muito embolado, mas a maior parte do meu tempo é no serviço público. (MO 21)

Não gosto de consultório. Não gosto do tipo de paciente. Eu tenho um ambulatoriozinho, mas não gosto não. (MO 02)

Prefiro o público porque aqui eu sou dona do meu plantão. O privado não. Eu tenho muito mais perfil de plantão do que de consultório. Mas cansa. (MO 14)

Por outro lado, os profissionais que preferem a rede privada acham que na rede particular é possível fazer um atendimento mais completo, com mais tempo e recursos técnicos.

Eu fico muito desencantada com o SUS porque a gente não consegue fazer o que a gente gostaria (..) Você não vê muito resultado (...) no particular eu tenho mais retorno do meu trabalho. (MO 01)

Todavia, como o HPC é referência no atendimento obstétrico de alto risco, existem certos recursos que mesmo na rede privada não estão disponibilizados, como destaca o entrevistado a seguir:

Aparelho de Ultrassom no fim de semana só no HPC. Aparelho de cardiocografia para saber da vitalidade fetal só tem lá. Talvez na Lília Neves, mas não fazem de rotina. (MO 12)

A percepção dos obstetras a respeito da insatisfação das pacientes também gira em torno da lotação do serviço que faz com que exista grande demora no atendimento e também no que se refere aos problemas da estrutura hospitalar.

Elas reclamam da demora a atender, da falta de conforto. Elas adoram quando vão para o quarto andar e lá tem televisão. Elas ficam iguais a umas grandes. (MO 06)

Reclamam muito da demora. (MO 15)

Muito profissionais também ressaltam que as pacientes se sentem maltratadas porque elas não aceitam que a cesárea só possa ser realizada em caso de necessidade. Desse modo, elas tendem a achar que os médicos as deixam sofrer as dores do parto sem necessidade. Todos os profissionais concordam que se as pacientes do SUS pudessem escolher uma cesárea eletiva, a maior parte optaria por fazê-lo. A questão sobre a escolha da via de parto será analisada no próximo tópico.

3.3 HUMANIZAÇÃO DO PARTO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O que é a humanização do parto? Apesar de algumas divergências conceituais, a palavra humanizar já é usada pela obstetrícia brasileira desde o começo do século passado.

Fernando Magalhães (considerado o pai da obstetrícia nacional), no início do século vinte e o famoso professor José de Rezende (principal referência teórica da residência do HPC), a partir da segunda metade do século passado, já faziam menção à humanização como uma forma de aliviar as dores do parto, seja através do uso de analgesia, seja através do uso do fórceps “de alívio”.³⁵⁸ Ou seja, se antes, como já foi visto, a assistência ao parto estava sob o domínio da Igreja Católica e, por conseguinte, o parto era visto como um processo necessariamente doloroso para expiar o pecado original³⁵⁹, com a consolidação da obstetrícia médica, as mulheres são resgatadas desse sofrimento através do saber médico masculino e de suas técnicas.³⁶⁰

Nesse processo, a mulher deixa de ser vítima de sua própria natureza pelas mãos do médico e a intervenção no parto vai se intensificando, de maneira que ele se torna um evento medicalizado, em que a mulher não tem o protagonismo.

No Brasil, aí se incluem como *rotina* a abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina (episiotomia), e em muitos serviços como os hospitais-escola, a extração do bebê com fórceps nas primíparas. Este é o modelo aplicado à maioria das pacientes do SUS hoje em dia. Para a maioria das mulheres do setor privado, esse sofrimento pode ser *prevenido*, por meio de uma cesárea eletiva.³⁶¹

Como o uso não racional das tecnologias de parto tende a provocar mais malefícios do que benefícios, inclusive em termos de mortalidade materna e fetal, além de acarretar em um enfraquecimento das relações interpessoais, desde a década de 1980 diferentes grupos (entre eles o movimento feminista) têm se organizado para buscar o que, no Brasil, ficou conhecido como humanização do parto. Dentro da própria obstetrícia ascende uma vertente que tenta mudar o modelo de assistência ao parto e “questiona a representação da mulher como vítima de sua natureza, e do corpo feminino como ‘normalmente patológico’, evidenciando o viés de gênero da interpretação médico-obstétrica”.³⁶²

Houve uma expansão do uso do termo “humanização”, de maneira que ele é usado, nos dias de hoje, de acordo com múltiplas interpretações e, no que se refere especificamente à área obstétrica, propondo variadas modificações na assistência ao parto. Dentre as principais

³⁵⁸ DINIZ, Carmem Simone Grilo. A humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 03, p. 627-637, 2005, p. 638.

³⁵⁹ As dores do parto e mesmo a subjugação feminina são explicadas biblicamente no livro do Gênesis em razão do pecado original que a mulher e, por sua influência, o homem praticaram no paraíso ao comerem o fruto da árvore proibida. Assim, disse Deus à mulher: 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. (Gênesis 3:16)

³⁶⁰ DINIZ, Carmem Simone Grilo, *op. cit.*, p. 628.

³⁶¹ *Ibidem*, p. 629.

³⁶² *Ibidem*, p. 630

vertentes, Carmem Diniz destaca que o discurso da humanização tem sido apresentado a partir de sete diferentes eixos de reivindicação³⁶³: 1) a garantia de que a assistência ao parto seja baseada em evidências científicas e não em simples opinião ou tradição médicas; 2) a proteção aos direitos humanos das mulheres (e também dos bebês e de suas famílias); 3) o estabelecimento de um modelo de assistência adequado à saúde coletiva da população e não apenas à saúde individual 4) o questionamento da exclusividade do parto medicalizado e hospitalar, de maneira a incluir novos atores, como enfermeiros obstetras e doulas; 5) a diminuição de gastos a partir da racionalidade no uso de recursos; 6) ênfase no diálogo com a paciente, o que inclui o direito ao consentimento informado sobre os procedimentos; 7) diminuição das dores do parto a partir da universalização da analgesia.

A expressão "humanização do parto" tem sido utilizada pelo MS para se referir a uma série de políticas públicas com o objetivo de evitar a morbimortalidade materna e perinatal e promover o parto e o nascimento saudáveis³⁶⁴. Oficialmente, no Brasil, o marco da modificação na assistência à saúde da mulher começou em 1984, com a criação Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM incorporou como diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, iam sendo formuladas as bases conceituais para a criação do próprio SUS.

Nesse contexto, foram surgindo políticas de atendimento humanizado do SUS, as pioneiras, justamente, voltadas para a questão da humanização do parto.³⁶⁵ Contudo, é apenas em 2000 que surge o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), uma política do MS que se destinou a promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil, com o objetivo fundamental de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários e profissionais e entre hospital e comunidade visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições.³⁶⁶ Posteriormente, tal programa foi transformado e em 2003, deixou de se limitar a programas que incluem projetos de humanização, tais como o próprio parto humanizado e se constituiu como uma política transversal que atravessa os diferentes setores e programas do MS, por meio da valorização da dimensão humana das

³⁶³ DINIZ, Carmem Simone Grilo. A humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 03, p. 627-637, 2005, p. 633-635.

³⁶⁴ Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 12 de junho de 2015.

³⁶⁵ Nesse sentido, foram surgindo, por exemplo, hospitais amigos da criança, maternidades públicas humanizadas e, em 1998, foi criado o Prêmio Professor Galba de Araújo, destinado ao reconhecimento desse tipo de estabelecimento.

³⁶⁶ BRASIL. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

práticas de saúde e para além da atenção hospitalar. Surgiu assim a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS.³⁶⁷

Um atendimento hospitalar realizado de maneira humanizada, seja decorrente de um parto ou de um abortamento, deveria ser, então, um atendimento sem violência obstétrica. Tal violência, que por sua própria natureza é um tipo de violência de gênero, é definida por Janaína Aguiar e Ana Flávia D'oliveira:

É expressa desde negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não-utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até abuso sexual. Outras pesquisas também apontam, como um tipo de violência, o uso inadequado de tecnologia, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários em face de evidências científicas do momento, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas.³⁶⁸

É importante destacar, na esteira do que aponta Diniz,³⁶⁹ que falar em humanização é também uma estratégia dialógica para tratar da violência obstétrica praticada pelas instituições de saúde e por seus profissionais sem que estes se sintam diretamente acusados, o que permite uma maior abertura e reflexão. Essa reação é explicitada claramente na fala abaixo:

Violência? Até graças a Deus já tiraram esse nome porque não se fala mais violência obstétrica. Não se fala mais em violência, eu estive agora em um congresso recente na USP, com grandes nomes³⁷⁰ (...).Essa palavra violência é violenta para nós, nos agride. Meu Deus do céu, um médico violento? Acho que não é essa filosofia. A violência está banalizada (...). Quem faz medicina não pode ser violento. Vai estar na polícia, vai estar no BOPE para matar! (MO 06)

Contudo, mesmo através desse tipo da abordagem sobre a humanização, os profissionais entrevistados, em sua maioria, se mostraram muito desconfortáveis com a palavra. Um médico obstetra do hospital que não trabalha diretamente com a residência resumiu bem a ideia geral: “Eu sempre fiz parto de humanos, para mim essa é uma ideia tão antiga...é só mais uma terminologia. Já ouvi tantas na minha vida...você não sabe quantos modismos que eu já

³⁶⁷ BRASIL. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

³⁶⁸ AGUIAR, Janaína. D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface**, Botucatu. v. 15. n. 36, p.79-91, 2011, p. 80.

³⁶⁹ DINIZ, Carmem Simone Grilo, *op. cit.*, p. 633.

³⁷⁰ Não foi encontrada nenhuma referência que confirme essa afirmação. Na verdade, a própria FEBRASGO reconhece a existência dessa forma de violência e se prepara para criar uma cartilha sobre a conduta obstétrica adequada às políticas do MS e da OMS. Disponível em:< <http://www.febrasgo.org.br/site/?p=10483>>. Acesso em 20 de julho de 2015.

ouvi na minha vida (...) só para pessoas ganharem dinheiro, fama”. Os obstetras instrutores da residência seguem na mesma linha:

Acho que o parto já é humanizado desde que eu me conheço como obstetra. Mas o PT, acho que isso tudo politicamente, eles gostam de florear um pouquinho mais. (MO 20)

Primeiro porque não existe um parto desumano. A partir do momento que ele fala parto humanizado parece até que eu sou desumana, fui desumana até hoje e agora eu vou ser humana. Então essa coisa do humanizado, na verdade, que ele quer é implementar uma série de técnicas que auxiliem na analgesia de parto, no acompanhante, são coisas que não são propriamente do livro de obstetrícia. (MO 24)

Acho que a gente já faz, já é humanizado. Parece que a gente nunca foi humano. A própria escolha que a gente faz de GO que é muito. Você é muito humano de ver um nascimento, de cuidar de uma mulher... (MO 18)

Fica claro, também, que a polissemia que a palavra humanização desperta é percebida pelos obstetras. As definições sobre o que seria humanização variaram bastante, de acordo com os diferentes eixos de reivindicações mencionados acima por Diniz, embora tenha havido uma identificação maior da humanização com o direito a um acompanhante e o estímulo ao parto normal:

É uma situação muito confusa e que a gente tem que analisar com muita abrangência e parece que essa discussão está sendo levada para um lado emocional. (MO 28)

O que eles estão querendo configurar como humanização é deixar gato, periquito, mãe, do lado da paciente. Ou falar que a humanização é só o neném nascer pela vagina. (MO 05)

O que eu entendo por humanização, deixar a paciente que está naquele período, em trabalho de parto (...) ao lado de pessoas que ela tem a maior confiança possível. (MO 19)

O que eu vejo que as pacientes do SUS questionam é a (presença de um) acompanhante (MO 22)

Todos os médicos, sem exceção, destacaram que também é preciso pensar no fato de que eles próprios são alvos de violência:

Talvez tenham perdido a humanidade (os médicos) em função da violência que eles sofrem junto com todo mundo. (MO 28)

No que se refere à assistência médica todo mundo é vítima da violência, tanto para os médicos como para as pacientes. (MO 29)

Eu penso também na humanização do médico. Assim, tratar o ser humano como você gostaria de ser tratado, isso você não precisa atender na faculdade de medicina não. Isso vem dos pais. (MO 06)

Só vai ser humanizado o atendimento da mulher a partir do momento em que eu tiver emprego humanizado também. (MO 24)

Não acho que existe violência, acho que existe muita conduta intempestiva porque há muita cobrança em cima da gente. A gente acaba não querendo pagar para ver. A gente sofre uma violência muito grande. A gente é violentado até fisicamente aqui dentro. (MO 14)

Violento é o sistema corrupto, mas não é por isso que a gente vai ser violento. Violência é a gente não receber nosso salário, que está atrasado. (MO 06)

Apenas dois dos entrevistados acreditam que a violência obstétrica seja algo institucionalizado. Alguns chegam a afirmar que ela simplesmente não existe³⁷¹:

Eu acho que o que chamam de violência obstétrica é uma ignorância imensa porque tudo o que a gente faz é para ajudar o neném nascer bem (...). Para mim não existe violência obstétrica, eu nunca vi. (MO 08)

Isso não existe. A gente virou o vilão. O que antes era para ajudar agora virou violência. (MO 18)

Não acredito, não. Acho que a gente visa mais o bem-estar do bebê e da mãe do que propriamente uma agressão obstétrica. A gente tenta resolver tudo no plantão, tenta evitar um problema um processo. (MO 15)

Eu nem sei te dizer exatamente o que dizem ser violência obstétrica. Mas a gente as vezes tem que ser mais dura para fazer a coisa andar, o que eu não considero uma violência. (MO 25)

A maior parte acha que se tratam de casos isolados, que ocorrem em razão da educação pessoal de cada médico e não das políticas públicas e da própria formação profissional. O que é curioso é que os mesmos obstetras que reclamaram da formação pouco humanística da medicina como um todo seguiram essa mesma vertente:

Ninguém vem para cá para matar ninguém, a gente vem aqui para salvar as pessoas e para dar dignidade, acolhimento...mas são várias pessoas... às vezes uma escorrega um pouquinho no acolhimento. (MO 12)

Violência obstétrica sempre teve. Canalhas têm em outras as profissões. Isso está no indivíduo e não na profissão. (MO 21)

³⁷¹ No que se refere especificamente ao HPC, a dificuldade de percepção do problema se acentua, considerando que a maior parte dos obstetras fez residência no próprio hospital e reproduz as práticas de seus professores muitas vezes de forma irrefletida. Nas palavras de MO 06 e MO 26, não por acaso formados no HPC e agora instrutores: “Nunca vi (no meu plantão) porque (os outros plantonistas) foram treinados por mim” (MO 06). “Até existe violência obstétrica. Mas aqui no serviço não” (MO 26).

Eu não acredito que a instituição médica queira prejudicar, queira maltratar as pessoas. Agora se tem médicos que maltratam acredito que tenham, que é a personalidade do indivíduo. (MO 29)

Quase todos consideram que o atendimento humanizado não depende diretamente do médico, mas basicamente da existência de estrutura física e material, o que é inviabilizado no SUS. Embora não se esteja negando que estes são fatores que facilitam o processo de humanização, como se verá mais à frente, é preocupante que esse tipo de deslocamento seja feito de forma tão recorrente:

Parto humanizado é muito bom, mas você tem que ter estrutura. (MO 28)

Eu acho que a humanização do parto é uma coisa que deve acontecer. Eu acho que não pode ser o foco principal, que deve ser a medicina, que eu acho que às vezes as pessoas se esquecem. (MO 09)

Aqui nesse hospital no momento você chegou numa época de transição porque era um hospital 100% particular que conseguiu um código novo de filantropia. Com essa filantropia ele foi incluído em uma série de programas, o que liberou uma série de verbas, incluindo essa coisa do parto humanizado, para a gente poder adequar a estrutura física do hospital a essas exigências. (MO 24)

Eu acho que as pessoas cobram da gente algo que não tem como implantar por causa do próprio SUS. (MO 16)

A estrutura não ajuda, está muito aquém. Dá para ajudar pouco. O próprio sistema é feito para não funcionar. A legislação é muito bonita, mas na prática não há condições para fazer o que se propõe. (MO 15)

Aqui HPC não dá. Isso é lei de PT, um negócio muito bonito, mas... (MO 02)

A dificuldade na assistência básica do Município também é um fator que impede a humanização na visão dos médicos. Muitas mulheres não têm acesso a um pré-natal de qualidade (que por lei deve ser oferecido pelo Município³⁷²) e chegam ao HPC sem o acompanhamento necessário, inclusive, em termos de informações sobre o parto.

Nós estamos cansados de ver paciente com cartão de pré-natal todo preenchido que nem grávida está. O doutor nem a mão nela botou. A mulher tem que ser ouvida. Eu não tô nesse papo de humanização não porque isso tem que ser feito lá na base. Não é coisa nova. (MO 21)

³⁷² O HPC também oferece ambulatórios de pré-natal de baixo e alto risco em razão da sua ligação com o ensino da FMC, nas palavras de MO 24: “Tem pré-natal de baixo e alto risco. Tem, mas isso é uma iniciativa do hospital ele tem porque ele quer. Tem porque a faculdade precisa que tenha. Então, na verdade o grande benemérito disso tudo é a faculdade que faz mais de 5000 consultas de pré-natal por ano”.

Eu não consigo entender isso funcionar na linha final que é o momento do parto. As políticas são voltadas para começar do fim. A assistência pré-natal é péssima. Não existe orientação ou informação sobre o parto. Tem que mostrar a importância do parto normal. (MO 25)

Acabei de fazer um parto normal onde a menina tem 15 anos e ela não fez nenhuma consulta de pré-natal (...). Agora eu não sei se ela não procurou ou se não teve. Eu me senti violentado com isso. (MO 03)

Tem um problema que é em relação ao pré-natal. O município não dá assistência para que a paciente chegue aqui devidamente informada. Elas às vezes já chegam com uma certa agressão. E muitas vezes não é nem a paciente, é o acompanhante. (MO 23)

Esses profissionais, de forma quase isolada, seguem na direção contrária e reconhecem que a transformação da relação médico/paciente é a parte mais importante do processo de humanização:

Aí vem uma política pública que a pessoa entende que é o PT goela abaixo, entendeu? Aí fica complicado porque para os que já estão há anos no mercado de trabalho você ter uma mudança de atitude, porque humanização é mudança de atitude. Eu não preciso de hospital novo, de equipamento novo, eu não preciso disso, eu preciso de uma mudança e eu estou me referindo a uma mudança de atitude. (MO 13)

A humanização não está atrelada à questão material. Claro que ajuda, mas não é uma condição *sine qua non*. (MO 13)

Quem faz o serviço andar ou não é a gente. A gente pode trabalhar em um lugar que não tem condição e colocar do nosso jeito. (MO 03)

Isso não quer dizer que outros profissionais não reconheçam a importância e a necessidade da humanização:

No ato em si do parto as pacientes sofrem violência de tudo quanto é lado, ninguém respeita a mulher. E na hora do parto quando a mulher se descontrola (...) há um clima de violência que as pessoas estão acostumadas, é assim, ninguém vê essa coisa como violência, está generalizado. (MO 29)

A humanização eu acho legal, eu só sou contra esse negócio de fazer parto em casa, sem médico. Mas eu acho que tem que humanizar. Humanização é só de o paciente ter mais acesso, ser tratada melhor, com respeito. (MO 08)

Eu acho que os médicos estão mais humanizados um pouco. Antigamente o médico era “o” médico. Hoje em dia acho que o médico está mais próximo das pessoas. (MO 28)

Como já foi mencionado, o HPC é credenciado junto à Rede Cegonha, que é uma das maiores e mais recentes iniciativas no MS no sentido de proporcionar a humanização do atendimento a mulheres no que se refere ao direito ao planejamento reprodutivo, aos cuidados

em relação à gravidez, ao parto, ao abortamento e ao puerpério.³⁷³ Os obstetras do hospital, porém, desconheciam as mudanças que foram ou seriam implementadas, o que é justificável em razão do credenciamento à Rede só ter ocorrido no próprio ano de 2014, quando a instituição de saúde se tornou filantrópica. As únicas mudanças mencionadas foram a possibilidade de um acompanhamento parcial das gestantes, que será abordado mais à frente, e também uma triagem de risco feita por uma enfermeira antes das consultas das gestantes:

Não vi nada de novo. No Rio é totalmente diferente. Acho que até teve uma palestra sobre humanização, mas ninguém foi. E foi só isso. (MO 17)

Ainda não vi nada da Rede Cegonha aqui no hospital. (MO 16)

A Rede Cegonha ainda está muito embrionária aqui no HPC. Mas já tem acompanhante. (MO 11)

O hospital pode receber mais verba, mas o nosso atendimento não mudou. (MO 10)

Só mudou porque tem uma pessoa que faz classificação e que mesmo assim não faz classificação nenhuma. (MO 01)

Não aconteceu quase nada, agora tem uma triagem aí na frente. (MO 06)

A gente ficou aqui muito receoso de como iria ser isso, porque o hospital ainda não está estruturado para essa situação, mas acho que já tem umas duas semanas que começou essa coisa de ter acompanhante no pré-parto, e eu até me surpreendi positivamente (...). Achei que fosse atrapalhar, fosse ser difícil. (MO 03)

A fala a seguir explicita o pouco entusiasmo em relação à efetividade do projeto da Rede Cegonha:

Isso vai ser mais uma frustração. Já houve projetos semelhantes nos anos 70 e 90 que não deram certo. A organização do SUS é muito precária. (MO 29)

Muitos médicos questionaram até que ponto a política de humanização não seria apenas uma forma de reduzir custos para o governo e de dividir o mercado da obstetrícia com outros profissionais:

Acho válido, mas não sei se é pela saúde da mulher ou se é uma questão governamental para diminuir custo. As coisas às vezes são impostas e por esse lado não acho válido. (MO 15)

Quem trabalha no sistema público do Brasil é um herói e não venha dona Dilma Rousseff dizer que o problema do médico do brasileiro é que tem desumanidade, trazer médico cubano porque tem dinheiro por trás disso (...). Tudo é dinheiro. O foco principal dessa política é baratear custo. (MO 06)

³⁷³ Também contempla o atendimento às crianças no que compete ao direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

A parte da humanização que eles estão usando essa nomenclatura muito bonita para vender um pacote de serviços que talvez esteja associado à humanização. Por exemplo, doulas, enfermeiras obstetras que vão ficar até a última hora e depois vão levar para você resolver. Tem acontecido na maternidade particular. (MO 05)

Ela fala que a gente faz violência (doulas e enfermeiras), mas ela cobra dez vezes mais para fazer um parto. Tem uma coisa financeira no final de tudo. (MO 08)

Nesse sentido, existe um forte corporativismo quanto à presença das doulas³⁷⁴ e ao trabalho de enfermeiros obstetras³⁷⁵ e profissionais obstetras³⁷⁶, ainda que a própria FMC já ofereça uma pós-graduação de enfermagem obstétrica. Mesmo que apenas 20% dos entrevistados tenha tido oportunidade de efetivamente trabalhar com esses profissionais e poucos saibam o papel dos mesmos, a visão geral é muito depreciativa:

E não vejo como esse processo todo não seja liderado e dirigido pelos médicos, não em confronto com os médicos. (MO 29)

Deve existir com um negócio chamado bom senso. Cada um no seu quadrado. Eles talvez achem que eles são nossos concorrentes. É puramente financeiro. E a gente fica com o “prano”. A nossa assistência que vai ser a parte mais fundamental entra pela assistência do plano de saúde. (MO 05)

Horrível, odeio. Acontece das doulas deixarem as pacientes aqui e irem embora. Só serve como acompanhante. Elas não têm estudo e atuam como médicas. E quando começa a ter complicação a bomba caiu no colo dos médicos. (MO 04)

Fora daqui (em outros países) as doulas têm uma preparação de 6 anos, elas estudam a obstetrícia, elas praticam, sabem muito. Então eu não acho que as doulas daqui, que fazem uma pós-graduação de 1 ano são capazes de acompanhar um trabalho de parto e diagnosticar quando tem algum problema (...). Poderia ter, mas esse modelo do Brasil não, porque no Brasil é tudo questão de dinheiro. Lá fora elas ganham bem, aqui elas ganham muito mal. Então querem botar enfermeiro para fazer parto, querem botar doula para ficar acompanhando, para mim isso é uma jogada do governo para diminuir custo porque o médico é mais caro do que o enfermeiro e do que a doula, embora eu ache o enfermeiro devesse ganhar o mesmo porque é formado do mesmo jeito.

As falas abaixo são bem diretas em relação ao que parece ser um dos principais entraves à política de humanização: ao dar mais autonomia às usuárias do serviço de saúde e

³⁷⁴ A palavra "doula" vem do grego "mulher que serve". As doulas são mulheres que dão suporte físico e emocional às parturientes. Elas não devem executar procedimentos médicos, não fazem exames e nem cuidam da saúde do recém-nascido. Assim, elas não substituem qualquer dos profissionais tradicionalmente envolvidos na assistência ao parto.

³⁷⁵ Apenas três médicos demonstraram claramente saber que os enfermeiros já podem realizar atendimento de pré-natal, partos vaginais e mesmo fazer episiotomias e suas suturas, segundo a legislação atual do Brasil.

³⁷⁶ Existe a graduação em obstetrícia, em que o profissional obstetris pode desempenhar funções relativas à saúde e cuidado da mulher antes e durante a gravidez, no parto e no pós-parto. Essa formação tem disciplinas em comum com o curso de enfermagem, mas tem uma abordagem mais humanística.

incluir métodos e atores estranhos ao cenário obstétrico atual, a humanização leva à relativização do poder médico, já que conduz à uma desmedicalização da assistência à saúde.

Porque esse era um processo que não tinha mais volta porque era um processo que passava por um âmbito muito maior do que a gente imagina, porque está se discutindo uma questão de cidadania, de autonomia da mulher que incomoda uma sociedade machista, patriarcal, que não quer uma mulher, livre, forte, capaz de tomar suas decisões. E na obstetrícia a gente vê muito isso porque naquele momento de maior fragilidade e mais importante para uma família, (...) a gente testemunha colegas tratando mal e trata mesmo. E a presença do acompanhante é o maior inibidor. (MO 13)

Não tem como voltar mais (no projeto de humanização). Não vai ser fácil. Mudar a área física tudo bem. Pegar um profissional que está começando do zero tudo bem. Agora pegar um cascudo como eu... (MO 21)

Como as próprias falas explicitam, apesar das resistências e dificuldades, a luta pela humanização está crescendo. Até porque como se trata de uma temática, também, de direitos humanos, não parece razoável pensar em retrocesso. Cabe analisar como as práticas humanizadas são incorporadas (ou não) nos procedimentos especificamente ligados ao parto.

3.4 PROCEDIMENTOS DO PARTO

O Brasil apresenta a maior taxa de partos operatórios (cesarianas) do mundo³⁷⁷. Estima-se que, atualmente, tal taxa já seja de 55%³⁷⁸ contra os 15%, que a OMS considera que são, de fato, necessários.³⁷⁹ Na rede privada, esse percentual é ainda mais alto, sendo estimado em 84% do número total de partos. O Ministério da Saúde entende que as elevadas taxas de cesarianas são fatores determinantes para a mortalidade materna e perinatal. Além disso, os partos operatórios têm sido associados a condições como o retardo na recuperação puerperal,

³⁷⁷ Somente o Brasil e o Chipre possuem, em todo o mundo, uma taxa de partos cirúrgicos mais alta do que a de partos normais. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>>. Acesso em 20 de maio de 2015.

³⁷⁸ Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar>>. Acesso em 30 de janeiro de 2015.

³⁷⁹ Segundo OMS, mais do que estabelecer uma taxa específica de cesáreas, o maior esforço deve ser no sentido de que as cesáreas sejam feitas nas ocasiões em que são necessárias, já que, como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo, tanto para a mulher, quanto para o seu filho. Todavia, desde 1985 que a entidade reconhece que a taxa ideal de cesáreas giraria em torno de 10 a 15% de todos os partos. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2015.

tempo aumentado de internação, início tardio da amamentação e grande elevação de gastos para o sistema de saúde.³⁸⁰

Quando questionados sobre o excesso de partos cirúrgicos no Brasil, os obstetras do HPC entendem ser uma questão de cultura da mulher brasileira que não está disposta a sentir dor e quer mais comodidade, além de ter receio de ficar inapta sexualmente, mesmo a despeito das evidências científicas³⁸¹.

Culturalmente aqui o parto cesárea é o melhor. É cultura da mulher brasileira. (MO 02)

A cabeça da brasileira é diferente porque a avó fez cesariana, a mãe fez cesariana. (MO 17)

A mãe que fez o parto natural desestimula (por causa da dor) e tem o tal do ficar larga. Não sei se o pênis do marido é muito pequeno...tem esse mito (...) “não vou fazer isso não, se não meu marido vai me largar”. (MO 12)

A grande maioria prefere cesárea. Elas acham que é mais seguro e que vai doer muito. (MO 27)

Existe assim, aquela coisa (científica), parto normal não atrapalha o períneo, não faz o períneo ficar maior ou não. Eu tenho minhas teorias um pouquinho de encontro a isso. Um parto normal que seja manipulado com fórceps aumenta o risco de traumatismo, então você nunca vai saber que vai precisar de fórceps (...) e não volta totalmente ao normal, então a paciente tem que estar ciente disso. (MO 19)

Tais constatações divergem frontalmente, porém, das obtidas no inquérito nacional sobre parto e nascimento, conhecido como pesquisa “Nascer Brasil”³⁸², publicado em 2014 e também da observação do campo, já que a consulta informal de inúmeras gestantes à espera de atendimento no HPC mostrou que a maioria delas estava mais inclinada ao parto normal. Neste sentido, embora a preferência pelas cesáreas tenha crescido bastante na última década, segundo a pesquisa Nascer Brasil, realizada em todo o Brasil, tanto no setor público e privado, apenas 28% das mulheres primíparas (primeira gravidez) prefeririam uma cesariana no início da gravidez, contra 66% de mulheres que prefeririam o parto normal no início da gravidez e os 6% que não apresentaram preferência por uma via de parto. Tais dados são diferentes no setor público e no setor privado, já que no setor público apenas 15,4% contra 36,1% das primíparas do setor privado prefeririam cesarianas no começo da gravidez. Ao longo da gestação, porém, a preferência pelas cesáreas vai aumentando no setor privado, independentemente de

³⁸⁰ Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33908>. Acesso em 20 de abril de 2013.

³⁸¹ A maior parte das obstetras que querem ser mães, mas ainda não tiveram filhos, seguem essa mesma tendência. MO 11, por exemplo disse: “acho a cesariana uma via segura e não quero passar pelo estresse do parto normal”.

³⁸² Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. Acesso em 12 de agosto de 2015.

complicações gestacionais e se mantém estável no setor público, o que sugere influência dos próprios médicos como se verá mais à frente. De todo modo, no final da gestação, 45% das primíparas do setor público tem um parto cesáreo contra 90% das primíparas do setor privado, o que ultrapassa, e muito, qualquer desejo individual. Por outro lado, a pesquisa Nascir no Brasil mostrou que o medo da dor é, de fato, a principal causa para a escolha de cesáreas, já que 46,6% das mulheres que optaram por essa via de parto mencionam esse fator. Além disso, também são mencionados o medo de não conseguir ter o parto, críticas à forma “desumana” como o parto é conduzido e medo de não conseguir atendimento. Todavia, o medo de problemas sexuais não é uma causa relevante, já que menos de 2% das mulheres entrevistadas usaram essa justificativa para a preferir uma cesárea³⁸³.

Quase não foi mencionado nas entrevistas no HPC que o parto cirúrgico também envolve riscos, procedimentos dolorosos e uma recuperação mais demorada, de maneira que menos da metade se posicionou no sentido de não ser a melhor via para a mãe e o bebê.³⁸⁴ Mais do que isso, os obstetras parecem não compreender que o medo da dor e mesmo o seu alívio estão associados à maneira como os próprios médicos (e outros profissionais de saúde envolvidos) atuam no processo do parto. Foram reiterados os relatos que destacaram as dores e os riscos inerentes ao parto normal.

É comum (quem induz a fazer cesárea). Já fiz isso também. Principalmente quando você é mais novo, você tem uma autoconfiança menor (...), quer queira quer não um parto normal pode estar transcorrendo tudo bem e acontecer alguma complicação. (MO 23)

Porque a dor é bem forte, então elas pedem. 90 a 95% gostaria (de cesárea). (MO 28)

Parto normal é muito no escuro para a gente acompanhar. (MO 01)

Eu não vejo o parto normal como melhor não. As cesarianas que complicam são aqueles partos normais que evoluíram mal. Falaria para as filhas também terem cesárea. Só é arriscado se for prematuro, mas acima de 39 semanas você tem certeza que não. (MO 26)

É por essa razão e também por um viés de classe, já que a cesárea é entendida como “parto de rico” que, segundo eles, a maior parte das pacientes do SUS gostariam de optar por

³⁸³ DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014.

³⁸⁴ As próprias médicas do HPC que têm ou querem ter filhos priorizam o parto por via alta (cesárea). Nas palavras de MO 12: “Tem até médicas e acadêmicas que saem daqui falando que jamais teriam parto normal. Mas elas não voltam para conversar depois”. (MO 12)

uma cesárea e não por um parto normal. Todavia, a cesárea no SUS só acontece com indicação médica.

É a cultura. Se cultuou que parto cesariano é como se fosse para rico e parto normal para pobre. (MO 03)

Elas querem que seja resolvido hoje. Ela não aceita que você não pode fazer a cesárea. (MO 26)

A sociedade brasileira valoriza a cesárea como se ela fosse uma coisa que foi feita por ela e não que deixou de ser feita. Uma atenção que deram para o seu filho. Além disso, ela (paciente do SUS) gostaria de ter dinheiro para pagar por ela, como se fosse uma bolsa favorita que você gostaria de ter. E também os processos eles são todos por parto normal, aí é a parte do médico. Já que eu tenho na mão uma arma que vai me livrar de processo, então eu uso ela. Na cesárea dá a impressão que o médico fez tudo que estava ao alcance, mesmo quando o parto normal é mais difícil. Então não processam. (MO 24)

Como foi mencionado, 85% das pacientes primíparas do SUS no Brasil preferem parto vaginal no começo da gravidez. Porém, há decréscimo dessa preferência inicial nas multíparas, passando para 70% o que é explicado, em 40% dos casos, pela vontade de realizar uma laqueadura tubária. Tal fator é mencionado por profissionais do HPC, muito embora a legislação atual proíba a realização de laqueaduras pós-parto, a não ser em caso de risco materno e fetal, configurando crime a indicação de cesárea somente para fins de esterilização³⁸⁵.

Um dos indicadores do número alto de cesarianas desse país é que se fazia cesariana para ligar a trompa. A lei veio como forma para travar as cesarianas. Mas não sei se conseguiu reduzir. (MO 21)

O único método (anticoncepcional) que elas conseguem seguir é a cirurgia. (MO 24)

A despeito das informações supracitadas da pesquisa Nascir Brasil, para os obstetras do HPC, uma grande causa de insatisfação por parte das pacientes do SUS seria a recusa em realizar uma cesariana eletiva. Na opinião da maioria deles, seria uma forma de violência obrigar uma mulher a passar por um parto normal quando ela não o deseja. O que estimularia, inclusive, a ocorrência de processos judiciais.

Acho que a mulher deveria poder escolher, mas no SUS a gente tem que priorizar o parto normal. A gente acaba decidindo o que é melhor para ela. (MO 16)

No SUS elas querem cesariana porque elas acham que o parto normal é uma violência. Elas querem um parto mais controlado (Funcionária do hospital)

Elas reclamam da demora e da dor, para elas deixar sofrer é deixar evoluir para o parto normal. (MO 15)

³⁸⁵ BRASIL. Lei 9263/96. Brasília: Senado Federal, 1996.

É uma coisa desumana que faz no SUS. O governo só me paga 30% de cesarianas. (MO 24)

O parto normal gera mais processo ou então uma cesariana de emergência.³⁸⁶ (MO 21)

A família aceita melhor as complicações da cesárea do que do parto normal. Parece que foi feito todo o possível. (MO 12)

Tanto no SUS quanto na rede privada, um grande problema destacado pelos médicos é que não se oferece analgesia de parto. Assim, embora o parto normal possa transcorrer sem dor, no Brasil não é comum que ele seja realizado com a presença de um anestesista, o que, certamente, contribui para o medo da dor e, conseqüente, para os altos índices de cesáreas, mesmo que existam meios não farmacológicos para suavizar as dores do parto.

É interessante que o a escolha da via de parto quando se trata de uma cesárea eletiva é vista como um direito da mulher para todos os médicos³⁸⁷. O mesmo, porém, não se estenderia ao parto normal, quando a decisão final deveria ficar a cargo do médico, posto que ele possuiria o conhecimento científico para tomar a decisão.

Ela não tem embasamento científico, independente do risco. Acho que ela não tem essa consciência técnica para poder decidir. (MO 18)

Acho que está muito mistificado, o obstetra hoje tá como ruim. Parto normal é para quem pode, não é para quem quer. São nove anos estudando para fazer aquilo. Então deve ser uma indicação médica. (MO 22)

Poucos médicos entendem que, desde que as mulheres sejam informadas dos riscos, cabe a elas decidir a via de parto de sua escolha:

Eu acho que poder ela pode optar porque a gente tem que ter autonomia sobre o nosso corpo. Mas ela tem que ter informação. (MO 25)

Desde que ela leve as considerações técnicas em conta, eu acho que a mulher pode escolher. (MO 23)

O que fica claro é que houve uma total inversão sobre os riscos do parto normal e de uma cesariana. A despeito das evidências científicas, que são uma das bandeiras da

³⁸⁶ Para MO 21, a causa seria a dificuldade de diagnóstico por parte dos obstetras.

³⁸⁷ Um deles, porém, pontuou que no SUS isso seria um problema: “Poder optar pode optar, mas em vistas da saúde pública a gente vai ter o problema enorme. Porque não tem planejamento familiar e essas mulheres vão estar sendo submetidas a várias cesarianas”. (MO 05)

humanização³⁸⁸, os obstetras acreditam que o parto normal tem uma probabilidade maior de evoluir mal do que um parto que envolve os riscos cirúrgicos. Nesta linha, foi muito evidenciado que os bebês que nascem com algum problema, na maioria das vezes, são oriundos de complicações do parto normal. O que isso aponta é que há um despreparo de muitos médicos na condução do parto normal e não que o procedimento, em si, seja arriscado. MO 13 resume bem a posição que os colegas em seguir assumem:

O parto normal passou a ser para ele um risco. Ele faz tanta cesariana que o parto normal passou a ser um risco. Naquele processo de descida, naqueles 10 min em que você perde o contato aquilo ali é altamente angustiante. (MO 13)

Esse trabalho científico (que diz que o parto normal é melhor para mãe e o bebê) tem um viés. Foram incluídas nessa análise as pacientes de alto risco de cesárea. Então, nesse outro estudo que se fez entre mulheres normais e aí não tem tanta diferença estatística. E no parto normal tem um momento em que eu não tenho o neném na minha mão. (MO 24)

É um parto (normal) que depende de uma estrutura de acompanhamento, de mais tecnologia do que a gente tem disponível para ter certeza de que o neném está bem (...) A cesárea é tudo agendado é uma cirurgia de baixa complexidade. E se avaliar em uma UTI neonatal os nenéns que estão ali, não os prematuros, os de nove meses, são sempre de parto normal (..) na cesárea nasce de um jeito que o neném não vai entrar em sofrimento, a cada contração o neném tem uma asfixia (...) eu não acho a melhor via de parto o parto normal não (...) só quando está tudo muito normal (...)a gente que trabalha com muita gente, a cesariana é mais segura. (MO 01)

Também se evidencia que muitos não se sentem à vontade de negar as evidências científicas sobre os benefícios do parto normal, posto que existe uma crença positivista em relação ao saber médico. Por outro lado, também não é possível deslegitimar suas próprias práticas cotidianas. Desse modo, a frase “o melhor parto é aquele em que a mãe e o neném ficam bem” esteve presente na maioria dos relatos, frase esta que se trasveste em uma versão obstétrica da máxima de que os fins justificam os meios e mostra como a violência simbólica relativa à apropriação do corpo feminino é disseminada.

Uma vez perguntaram para um grande mestre qual é o melhor parto: melhor parto é aquele em que a mãe e o filho estão bem, seja ele por via baixa ou por via alta. (MO 06)

A obstetrícia em si não tem nenhuma preferência, aliás tem uma preferência pela saúde e a vida da mulher e do recém-nascido. (MO 29)

Como o HPC é um hospital que atende gravidezes de alto risco, espera-se que seus índices de cesarianas sejam mais altos do que o de maternidades que só atendem baixo risco.

³⁸⁸ É curioso que hoje se fala muito entre os médicos na “medicina baseada em evidências”, o que mostra que o próprio meio reconhece que é comum a realização de práticas sem embasamento na ciência.

Segundo a direção do hospital, o índice de cesáreas gira em torno de 64%, o que ainda é muito mais baixo do que o índice da rede privada. MO 20 explica que:

Olha, aqui é uma maternidade escola então a gente não tem essa situação (de forçar cesáreas) e por ser uma maternidade de alto risco a gente foge um pouco desse padrão (maior número de partos normais no SUS), o padrão aumenta o número de cesariana. (MO 20)

Por outro lado, MO 12 reconhece que

O alto risco não é necessariamente impeditivo de parto normal e sim a capacidade da placenta de oxigenar o feto. (MO 12)

Na verdade, a maternidade do SUS que mais faz partos no Brasil, o Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte (MG), também atende gestantes de alto risco e tem uma taxa de apenas 25% de cesáreas.³⁸⁹ Este, inclusive, é considerado um serviço modelo em termos de humanização no país.

Como os entrevistados são plantonistas da obstetrícia do HPC e recebem por plantão, a questão da menor remuneração de um parto normal não seria a principal razão individual para o estímulo da prática de cesáreas³⁹⁰. Todavia, a disponibilidade que este parto exige, calcada em modelo de atendimento centralizado na figura do médico pode levar a um excesso de cesáreas, especialmente em um serviço de alta procura como o HPC. Ademais, como o hospital atende muitas gestações de alto risco, muitos profissionais se sentem mais à vontade em realizar cesáreas. No entanto, os próprios médicos reconhecem que, especialmente em nível particular, a baixa remuneração e o longo tempo de trabalho são a causa mais importante para que os obstetras se recusem a fazer partos normais e para que muitos até mesmo forjem indicações de cesáreas:³⁹¹

³⁸⁹ Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/11/hospital-do-sus-reduz-episiotomia-ao-tirar-medico-do-parto-normal/>>. Acesso em 11 de junho de 2015.

³⁹⁰ Atualmente, a remuneração hospitalar total do SUS por um parto normal é de R\$ 443,40. Sendo que um parto normal de risco, custa R\$ 617,19. Já as cesáreas saem por R\$ 545,73 e as cesáreas de risco por R\$ 890,94. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>. Acesso em 01 de outubro de 2015.

³⁹¹ Com objetivo de diminuir o número de cesarianas desnecessárias no país, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou a Resolução Normativa nº 368, em vigor desde 06 de julho deste ano, que impõe novas regras aos obstetras das redes privadas. Uma das mudanças é a obrigatoriedade do uso do partograma, documento no qual serão registradas todas as atividades ocorridas durante o parto, até o nascimento do bebê, além de informações a respeito da saúde da gestante. Recomendado pela OMS desde 1994, o documento é importante para casos de troca de médicos durante o parto. A resolução também obriga que as operadoras divulguem as taxas de cirurgias cesáreas e de partos normais dos estabelecimentos de saúde e de médicos, quando solicitadas. Outra obrigação trazida pela norma é o fornecimento do Cartão da Gestante, que consiste em um registro de todo o pré-natal, com informações que facilitem o atendimento da gestante, até mesmo em caso de atendimento, emergencial.

As pessoas no plantão hoje em dia estão tão cansadas da vida, de acompanhar trabalho de parto que muito pelo contrário, elas acabam fazendo cesárea, indicando qualquer coisa para não ter aporrinhção (...) então eles acabam nem discutindo com a paciente, parto melhor. Mas para mim isso é uma violência. (MO 04)

Já vi profissionais que não assumem que não fazem e induzem (a cesárea). (MO 10)

Acho que o problema do alto índice de cesáreas é a remuneração muito baixa. (MO 07)

Isso acontece com certeza (indução de cesárea). Acho que se houvesse mais remuneração isso estimularia muito o médico. A comodidade também influi. (MO 16)

Infelizmente tem sim (médico que força a cesárea). Eu acho que tem que ser tudo bem conversado desde o início. (MO 09)

Já falo desde a primeira consulta (particular) que posso não estar presente no parto normal, mas não indico cesariana. Mas muitos médicos não avisam e mentem. (MO 17)

Em razão de todo o exposto, conclui-se que:

Mulheres do setor privado são levadas a decidir por uma cesariana, tendo uma elevada proporção de cesarianas primárias que se tornam indicação de nova cesariana numa gestação futura. Mulheres do setor público mantêm preferência mais baixa pelo parto cesáreo, mas não são apoiadas na sua opção pelo parto vaginal no final da gestação. Em ambos os setores, as gestantes são submetidas a um modelo de atenção que torna o parto vaginal uma experiência dolorosa, sendo a dor do parto o seu grande medo e a principal razão para a preferência por uma cesariana.³⁹²

Em 1996, a OMS publicou um detalhado guia sobre maternidade segura, apontando o que deve e o que não deve ser feito na condução de um parto normal, a partir do que preconizam as evidências científicas, de forma a garantir a humanização. O axioma que permeia todo o guia é: “no parto normal, deve existir uma razão válida para interferir no processo natural” e se considera que uma dessas razões é a vontade da mulher.

As práticas analisadas no guia foram organizadas em categorias de A a D da seguinte maneira: Categoria A - práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; Categoria B - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; Categoria C - práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser usadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão e Categoria D -

Nenhuma dessas novas obrigações significa que o plano de saúde deixará de cobrir os gastos com a cesariana eletivas, o que chegou a ser cogitado, mas foi alvo de grande polêmica.

³⁹² DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al, *op. cit.*, S114.

práticas frequentemente usadas de modo inadequado³⁹³. Algumas dessas práticas foram eleitas, aqui, como critérios de análise para os procedimentos sobre o parto no HPC.³⁹⁴

Segundo a entidade, o respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto e o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto devem ser práticas estimuladas. Contudo, no HPC, essas duas práticas são ostensivamente desrespeitadas, mas o problema se impõe, a princípio, em razão de uma falha estrutural. A sala do pré-parto, onde a gestante internada permanece até ir efetivamente para a sala de parto (onde o bebê nascerá)³⁹⁵ é muito pequena e tem apenas quatro leitos dispostos um ao lado do outro, sem nenhum tipo de separação. Desse modo, não há espaço para a presença constante de um acompanhante. A partir da implementação da Rede Cegonha, porém, tem havido mais tolerância³⁹⁶ quanto à entrada e a saída eventual do acompanhante, desde que este não seja do sexo masculino, já que, neste caso, a intimidade das demais gestantes ficaria ameaçada. Nas salas de parto continua proibida a entrada de acompanhantes e no pós-parto é garantida a presença permanente de um acompanhante desde que seja do sexo feminino³⁹⁷. Apesar das limitações físicas, tudo isso configura uma afronta direta a Lei nº 11.108/2005 que assegura a toda parturiente o direito a um acompanhante livremente nomeado, antes, durante e depois do parto, seja ele normal ou cirúrgico.

A situação é ainda mais ilegal, pois o HPC recebe muitas gestantes menores de dezoito anos e o art. 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente determina que os estabelecimentos de atendimento à saúde propiciem condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente³⁹⁸.

Na visão dos médicos do HPC, em geral, o acompanhante atrapalha o trabalho de parto. Ele poderia até ajudar, mas apenas se for bem informado sobre os procedimentos o que, normalmente, não aconteceria com usuários do SUS.

³⁹³ Trata-se de um longo documento com noventa e três páginas de análise das práticas relativas ao parto normal com as respectivas referências científicas. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf> Acesso em: 20 de agosto de 2015.

³⁹⁴ Como não se trata de uma pesquisa no campo das técnicas médicas, recorrer às recomendações da OMS, autoridade mundial sobre as questões de saúde, pareceu ser a postura mais adequada. Foram escolhidas as práticas que costumam ser mais abordadas em outros trabalhos sobre a temática. E algumas delas, inclusive, também podem ser aplicadas no parto cirúrgico.

³⁹⁵ A OMS considera que não deve ocorrer essa transferência no caso do parto normal, já que a sala de parto costuma ser desagradável para a parturiente, somente sendo conveniente para o prestador do serviço.

³⁹⁶ Não se trata de uma regra geral, pois funcionários do HPC me confienciaram que a depender do médico de plantão fica proibida mesmo a entrada eventual da acompanhante no pré-parto.

³⁹⁷ Em uma de minhas visitas ao HPC presenciei a negativa da entrada da companheira da parturiente na qualidade de acompanhante, tendo em vista a expressão de gênero da mesma. Isto porque os obstetras de plantão a consideraram “masculina demais”.

³⁹⁸ BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal 8069/90. Brasília: Senado Federal, 1990.

Inibe a gente porque a gente sabe que tem feto que demora para sair, não chora, aí você quer trabalhar, mas tem que meio que fazer um teatro. Você se sente condenado. Eu sou obrigada a aceitar. Gostaria de não ter, gostaria, mas não dá, paciência. (MO 24)

Eu não vou dizer nem que é por falta de informação porque mesmo nas pacientes particulares o que a gente percebe é que já existe um abalo emocional da própria paciente, a família fica muito envolvida (...), então eu acho que acompanhante atrapalha um pouco. (MO 18)

Teoricamente o chefe disse que poderia entrar homem, mas eu sinceramente não acho correto. No meu plantão eu não deixaria entrar. (MO 27)

O acompanhante deveria acompanhar desde o pré-natal. Porque muitas vezes ele deixa a gestante até mais nervosa (..) se a pessoa tiver noção eu não me oponho. (MO 25)

O acompanhante deve ser orientado desde o pré-natal. Se não fica questionando: “porque que não faz cesárea, vai deixar ela sofrendo?” (...). Às vezes atrapalha bastante”. (MO 22)

Não tenho problema nenhum com acompanhante. Realmente ajuda, desde que ele tenha noção do que está acontecendo. (MO 04)

A OMS também recomenda que exista fornecimento de todas as informações e explicações que as mulheres desejarem e o monitoramento do bem-estar físico e emocional das mesmas durante todo o trabalho de parto e ao término do processo de nascimento. Tais recomendações, em um serviço de alta procura como o HPC acabam negligenciadas, o que será melhor discutido no próximo capítulo, a partir da fala das próprias usuárias do hospital.

Na Residência, especificamente, é tanto trabalho, tanto problema que não dá tempo nem de respirar. (MO 29)

Eu acho que as pessoas cobram da gente algo que não tem como implantar por causa do próprio SUS (...) Aqui é um hospital de alto risco, então nem sempre dá para fazer tudo direitinho. (MO 16)

Muitas vezes a gente interna a paciente e só vê de novo quando ela está tendo o neném. Aí não dá para acompanhar, fazer partograma. (MO 25)

Para a OMS, é interessante o uso de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor (como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto). Esse tipo de prática não é rechaçado pelos profissionais, mas há um certo ceticismo, ou um desconhecimento geral quanto a elas.

Eu sou a favor de tudo que for de melhor para a paciente. Bola, massagem, essas coisas, dizem que ajuda muito a paciente. Mas eu não tive essa formação. (MO 27)

Além disso, a oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto deve ser garantida, até porque existe, em geral, uma inadequação na restrição hídrica e alimentar durante o parto. Embora os médicos digam que não se faz mais restrição nesse sentido, especialmente, desde a implantação da Rede Cegonha, como o apelo à cesárea ainda é forte, tal garantia, como se verá no próximo capítulo, não é observada em muitos casos:

O atendimento que a gente dava, no início, internava, deixava em dieta deixava deitada de lado e mais nada. Hoje a gente deixa tomar um liquidozinho, estimula a andar, vai para o banho...então eu acho que tem coisas boas, tem muito ganho para o bem-estar da paciente. (MO 02)

Dieta líquida ou se tiver algum risco dieta zero porque pode ter que ser submetida a uma cirurgia. (MO 05)

Pode e deve se alimentar. Claro que tem casos e casos. Em um parto normal de alto risco pode virar uma cesariana. Agora um parto normal, tranquilo, claro que deve comer. (MO 03)

Agora deixa uma dieta líquida. Quando eu comecei realmente o negócio era complicado. Era dieta zero, lavagem, tricotomia. Hoje mudou muito. Melhorou muito. (MO 26)

A OMS também preconiza que haja liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e o estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto. O uso rotineiro de posição supina ou da posição de litotomia (com ou sem estribos), com a paciente deitada com as pernas abertas, configuram práticas prejudiciais. Ocorre que estas ainda são as posições adotadas no HPC no parto vaginal, o que é mais cômodo para o médico, mas traz consequências importantes para a saúde da mulher e para o aumento da dor no parto, tendo em vista que elas não têm o auxílio da gravidade, não fazem o relaxamento da região perineal e impedem a maior distensão da pelve:

Ainda se amarra a gestante às vezes. A gente lida com pessoas de todo tipo, esporadicamente, extraordinariamente (ainda é necessário). Aqui a gente coloca porque o tipo de mesa não é adequado, para evitar que a paciente quando vá fazer força desprenda a perna da perneira, venha em cima da gente, feche perna. (MO 02)

Inventaram essa situação de fazer o parto horizontalizado e aí dentro da horizontalidade você facilita para o obstetra o parto sendo feito dessa forma, mas aí começaram a surgir as rupturas porque não tinha o relaxamento adequado (..) então o homem inventou a episiotomia para exatamente preservar aquela região, então ele faz aquele corte, mas depois sutura e aquilo volta ao normal. (MO 12)

Também são práticas claramente prejudiciais o uso rotineiro de enema (lavagem intestinal); o uso rotineiro de tricotomia (corte dos pelos pubianos), práticas que aumentam o risco de infecção, e a chamada manobra de Kristeller. Em relação aos enemas e à tricotomia, todos os médicos afirmaram que são procedimentos praticamente banidos do hospital. Já sobre a manobra de Kristeller, procedimento que consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê, ela é considerada um “mal necessário”. Embora seja proscrita pela literatura médica em razão do risco de lesões graves à mãe e ao bebê, como fratura de costelas, deslocamento de placenta e traumas encefálicos, muitos médicos reconheceram que a praticam, o que mostra como as crenças e práticas cotidianas ainda se colocam acima das evidências científicas.

A raspagem de pelo tem paciente que precisa. São umas florestas...como também é cultural de brasileira manter pelo mais baixo. Lavagem era horrroso, lavagem a gente tomava uns tiros de coco. Quantas e quantas. (MO 02)

Lavagem e tricotomia já não são feitas. Mas raramente você vê uma paciente que não venha para o hospital totalmente depilada. Mas a função dos pelos pubianos é proteger a vagina. Mas acontece que a gente aprende que se não fizer isso vai levar bronca dos médicos. (MO 13)

Na minha época tinha tricotomia e lavagem (médica formada há 8 anos). (MO 08)

A gente estuda que é proscrito, não é indicado e tudo, mas é aquela coisa, ajuda e faz nascer. Nem em todas, mas na maioria. Mas a paciente deve ser informada. É uma força leve. (MO 07)

Kristeller existem alguns momentos que ele ajuda. Porque tem muita paciente que na hora do período expulsivo ela não faz mais força. (MO 23)

Manobra de Kristeller é proscrita na literatura. A gente fala que não é para fazer, mas a gente já viu muita gente salvar por causa disso. (MO 17)

Eu acho que se utiliza hoje demais, mas algumas vezes ajuda muito (sobre a manobra de Kristeller). (MO 11)

Kristeller não é nem uma coisa aprendida, é uma coisa instintiva. Não caracteriza violência de jeito nenhum. (MO 10)

Por que a manobra? Porque a paciente não está na posição correta, não está na posição vertical. (MO 13)

É necessário destacar que o uso da manobra, no caso do HPC, também está associado, em certos casos, à inaptidão dos profissionais³⁹⁹ no uso de instrumentos rotineiros e

³⁹⁹ Alguns obstetras que vieram de residências de fora não têm esse problema.

que auxiliam a saída dos bebês em partos mais difíceis, como o fórceps⁴⁰⁰. Os próprios obstetras reconhecem que:

Kristeller quando é necessário tem que fazer porque se não tem que passar fórceps. (MO 05)

Tem aplicação de fórceps (como substituição do Kristeller). Mas eu não recebi formação de fórceps na minha residência (no HPC). (MO 10)

Acho que tive uma formação teórica boa, mas há falhas. Coisas que se eu estivesse em São Paulo eu teria. Por exemplo aplicação de fórceps. A gente não tem cultura de aplicação de fórceps aqui. (MO 25)

Nunca usei (o fórceps no HPC). E soube de histórias não muito boas sobre o uso do fórceps. Então, sempre que eu puder evitar eu vou evitar. (MO 19)

No que diz respeito à episiotomia, a OMS considera que esta é uma prática usada de maneira frequentemente equivocada. A episiotomia é o corte cirúrgico do períneo usado para facilitar a saída do bebê no parto normal e evitar uma laceração irregular da região. Tal procedimento pode produzir sequelas físicas graves, como problemas de cicatrização, deformidades, dores permanentes na região vaginal e anal, além de, em casos extremos, ligação do canal vaginal com o canal anal e até mesmo a morte. Por essa razão, para a OMS, a episiotomia não pode ser usada como um procedimento de rotina, muito embora já existam muitos estudos que mostrem que tal prática deveria ser proscrita, considerando que é sempre mais vantajoso deixar as lacerações naturais acontecerem. Os obstetras do HPC, embora não considerem o procedimento como algo rotineiro e afirmem usar anestesia para fazê-lo, reconhecem que ele é mais cômodo para o médico e legitimam sua realização através de prognósticos raros, mas catastróficos.⁴⁰¹ Além de haver um desconhecimento quase absoluto em relação aos estudos que indicam a sua desnecessidade⁴⁰². Ademais, a maioria considera que este procedimento não depende do consentimento da gestante, o que é uma violação ao direito à autonomia da mulher.

Na época era de rotina em primeiro filho, em segundo. Mas para a gente, a gente fazia por comodidade. Se pudesse fazer o parto sem episio é melhor, porque dava menos trabalho para a gente. Agora é muito melhor eu fazer uma episio e suturar uma episio do que eu tentar fazer um parto normal sem fazer e vagina estrelar que nem

⁴⁰⁰ Muitos não sabiam nem informar se o HPC possui um fórceps. Não se pode deixar de considerar, porém, que o fato de não haver analgesia para parto normal dificulta a utilização do fórceps.

⁴⁰¹ Se o parto for bem conduzido, dificilmente ocorrerão lacerações profundas e graves.

⁴⁰² MO 13 esclarece: “Na posição mais confortável que é a vertical e sem nenhum tipo de contração adicional que é a ocitocina, as fibras estão preparadas para o parto, mas se mesmo assim houver laceração, está comprovado cientificamente que essa laceração ainda são infinitamente menos danosas do que eu pegar uma tesoura e sair cortando”. (MO 13). Para mais informações sobre o assunto ver: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/>>. Acesso em 13 de setembro de 2015.

um...rebenta tudo, você nunca viu. Se precisar tem que fazer. Não tenho por costume informar. Não eu vou fazer. Geralmente, eu falo vai levar uma espetadinha no lugar que eu vou cortar, não compete a ela falar meu filho vai sair sem cortar, quem tá vendo sou eu, quem sabe sou eu. (MO 02)

Já fiz um monte (de parto) que eu não fiz, mas deveria ter feito porque depois dá trabalho, dá laceração, leva muito mais ponto. (MO 08)

Eu já anestésio o períneo e espero o momento certo para se precisar fazer o corte eu fazer. A gente sabe que o risco de pegar o reto é muito grande. (MO 19)

Tem que caber ao obstetra decidir se vai fazer ou não. Pode pegar a uretra, então se torna uma complicação muito maior. (MO 14)

A paciente deve aceitar o que o médico diz porque ela não sabe. Ela pode ter uma laceração que pegue o ânus dela e ela ficar incontinente para as fezes para sempre. (MO 09)

Epsiotomia é uma prática desnecessária. É preferível você permitir uma atitude mais respeitosa porque isso vem muito da ansiedade do profissional de achar que aquele corte vai facilitar o nascimento. Eu me vi muitas vezes nessa situação, de achar que tinha que dar pelo menos um pique para ajudar. (MO 13)

Outro dado que não se pode descartar é que a redução do número de episiotomias traria uma economia considerável para o setor público. A estimativa para o Brasil seria de uma economia em torno de 15 a 30 milhões de dólares por ano, evitando-se as episiotomias desnecessárias. Já na América Latina, o uso desnecessário de episiotomia desperdiça cerca de US\$ 134 milhões só com o procedimento, sem contar nenhuma de suas frequentes complicações.⁴⁰³

Cabe mencionar que o já citado Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte (MG), conseguiu reduzir consideravelmente o número de episiotomias modificando o modelo de assistência ao parto normal que agora é centrado na figura do enfermeiro obstetra. O procedimento, que ocorria em 60% dos partos em 1992, agora ocorre em apenas 4%. Segundo o diretor clínico do hospital, João Batista Marinho de Castro Lima, após a prática deixar de ser rotineira, as lacerações são mais frequentes, mas a maioria de primeiro grau, ou seja, mais simples do que a própria episiotomia que é uma cirurgia que provoca uma laceração de, no mínimo, segundo grau. Para ele, os médicos não foram formados para atender um parto normal sem episiotomia, já que é o que se aprende nas residências médicas. Diz ele: “Os médicos não são maus. Todos que estão fazendo acham que estão fazendo em benefício da mulher. Mesmo com o conhecimento de evidências de que a prática não é necessária, a mudança de prática é

⁴⁰³ TOMASSO, Giselle et al. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**, Caracas, v.62, n.2, p.115-121, 2002.

difícil. A forma de mudar a prática é no processo de formação”. Por essa razão, os residentes do Sofia Feldman não fazem mais episiotomia.⁴⁰⁴

3.5 MATERNIDADE E ABORTO

A visão geral dos médicos sobre a maternidade é de que ela decorria de um instinto biológico. Apenas três obstetras disseram não acreditar em um instinto maternal, enquanto outros dois entendem que a reprodução é uma inclinação natural de todos os seres humanos, não apenas das mulheres. Outros quatro consideram que se trata de uma combinação entre um impulso natural e um estímulo cultural, razão pela qual certas mulheres estariam abrindo mão de ser mães ou não amariam seus filhos da mesma forma:

Talvez ela se complete de outra forma (...) pode suprir de outra maneira, cuidando de outras pessoas, sem ser filho, de um pai, um avô, uma ONG, supre de outras formas”. (MO 28)

Todas as fêmeas têm. A mulher é uma fêmea da espécie humana. Acredito que o amor venha dos hormônios. A prolactina faz com que a mulher foque a vida dela na prole. (MO 21)

Acho que sim, não só para filho (instinto materno), às vezes até com o marido mesmo. (MO 19)

Acredito no instinto maternal. Chega um momento em que aquilo para ela é tudo. É tão instintivo que já é estimulada desde a infância. Nós nascemos para cuidar. Eu vejo na maternidade algo sublime. (MO 14)

Vê-se, assim, que a ideia de que a mulher teria uma natureza própria, em que há a essencialização da moral do cuidado ainda prevalece nos dias de hoje. E o interessante é que esse discurso de apelo à natureza, apesar de remeter ao século XVIII, vai ganhando roupagens mais modernas e é assumido por uma parte do próprio movimento feminista que reivindica a diferença identitária entre homens e mulheres e que tem como cerne a maternidade⁴⁰⁵. O movimento pela humanização do parto e pelo combate à violência obstétrica surge, inclusive, nesse cenário. Segundo Badinter, teria ocorrido, a partir da década de 1980, a transição de um feminismo mais culturalista, para um feminismo mais naturalista, de onde advém a figura da

⁴⁰⁴ Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/11/hospital-do-sus-reduz-episiotomia-ao-tirar-medico-do-parto-normal/>>. Acesso em 20 de setembro de 2015.

⁴⁰⁵ BADINTER, Elisabeth. **Rumo equivocado**: o feminismo e alguns destinos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

“mãe ecológica” que pare sem intervenções, com auxílio de doulas, e em partos domiciliares. Algumas criticariam até mesmo os anestésicos, já que estes deturpariam a experiência natural:

Haveria então a dor boa e a dor má. A primeira é natural; a segunda, imposta pelo médico. Nos anos 1970 novos adeptos de um ‘um nascimento sem violência’ denunciam as violências institucionais dos hospitais: brutalidades, humilhações das parturientes, abuso de cesarianas, perineotomias, partos provocados para o simples conforto do obstetra. Criam-se outros lugares onde parir de modo diferente, dirigidos por obstetras contrários ao hospital tradicional⁴⁰⁶.

Assim, a ciência redescobre o instinto materno e as mulheres voltam a ser percebidas como mamíferas, com um destaque muito forte para os hormônios da maternagem: ocitocina e prolactina. Técnicas como o *bonding*, que defendem o contato imediato da mãe com o bebê para criar o vínculo materno, ganham muitos adeptos na própria medicina. A própria OMS estabelece que o contato pele a pele logo após o nascimento é uma das condições para um hospital ser considerado “Hospital Amigo do Criança”. A questão do aleitamento aparece, então, como grande foco a partir de dois argumentos básicos: a boa mãe põe as necessidades do filho acima de tudo e as necessidades do filho são naturais. A boa mãe é aquela que amamenta. Foi consenso entre os obstetras que o leite materno é fundamental para a saúde do bebê e também para reforçar o vínculo afetivo, sendo superior ao leite artificial, de acordo com evidências científicas.

O ideal é a amamentação natural. Nisso eu não posso ter opinião, isso é uma coisa consagrada (...) os benefícios do leite materno em relação ao leite artificial. (MO 29)

Partindo do ponto da autonomia eu acho que ela pode até não amamentar, mas eu não consigo entender porque não. Acho que isso pode acontecer quando ela rejeita a criança. (MO 25)

Seria muito egoísmo da parte dela sabendo de todos os benefícios da amamentação para a criança (...). A tentativa tem que existir sempre. (MO 11)

Aleitamento é fundamental. Eu estou com Michel Odent.⁴⁰⁷ Ele torna a criança mais propensa para o amor. Ele fez um trabalho e percebeu que os grandes homicidas americanos não tiveram o vínculo precoce estabelecido, então eles não nasceram com propensão para o amor. (MO 13)

⁴⁰⁶ BADINTER, Elisabeth. **O conflito**: a mulher e mãe. Rio de Janeiro: Record, 2011, p. 55.

⁴⁰⁷ Michel Odent é um obstetra francês famoso pela defesa do parto natural. Em sua visão, mais do humanizar o parto seria necessário “mamiferizá-lo”. Nas palavras de Martin: “É uma ironia que o preço dos esforços de Odent em devolver o parto para as mulheres seja a reafirmação da concepção da mulher como um ser animalesco, que pertence à natureza, e não à cultura. Ainda que Odent tenha sido transformado em herói por muitas ativistas do parto nos Estados Unidos, seria bom para nós perceber que suas ideias têm muito em comum com as dos escritores do século XIX, que relegaram as mulheres ao ‘domínio do natural’ da domesticidade”. (MARTIN, Emily, *op. cit.*, p.255).

Badinter adverte que “a volta com toda força do naturalismo, revalorizando o conceito gasto de instinto materno e louvando o masoquismo e o sacrifício femininos, constitui o maior perigo para a emancipação das mulheres e para a igualdade dos sexos”⁴⁰⁸.

É curioso, porém, que esse pensamento de estímulo ao aleitamento materno não se aplique ao parto normal. Como já foi visto, apesar de seus benefícios comprovados para a mãe e para a criança, não há uma mobilização maior dos médicos no sentido de divulgar essa via de parto, como acontece com o aleitamento materno. MO 05 faz menção a esse fato sem mencionar, porém, que os médicos tiveram (e têm) um papel determinante no consumo do leite artificial ou na amamentação materna:

As pessoas foram educadas que era chique e legal fazer cesariana. Igual na década de 1970 quando era legal dar leite Ninho para as crianças. E a Nestlé veio para um país de terceiro mundo e ninguém amamentava. (MO 05)

De todo modo, quatorze obstetras reconheceram que se deve instruir, mas não forçar as mulheres à amamentação, pois isso seria atingir a sua autonomia. Ou seja, o aleitamento é entendido mais como um direito a ser garantido, do que como um dever a ser imposto à mulher moderna.

Antes de ter filho eu tinha um discurso fabricado dos livros na minha cabeça: amamentação é fundamental (...) a criança fica mais inteligente, cria o vínculo... então com isso na cabeça eu tive um filho. Fiz questão de amamentar. Eu amamentei seis meses às custas de um sofrimento infinito. Se não for bom para os dois, não tem porquê. (MO 24)

Como o HPC tem um banco de leite e desenvolve uma política institucional de conscientização sobre a amamentação, todos os médicos disseram que há uma boa orientação nesse sentido. Para alguns, até mesmo excessiva:

Igual fazem aqui, prendem a mulher na maternidade até estar amamentando. Ela vai chegar em casa e vai largar. Acho que ela tem que ser orientada, mas é opção dela. (MO 17)

Aleitamento materno é altamente necessário, mas há uma certa violência que fazem com a mulher hoje em dia. Pois elas têm vergonha de dizer que estão complementando com outro tipo de leite ou não estão amamentando. Não deve haver julgamento. (MO 03)

⁴⁰⁸ BADINTER, Elisabeth, *op. cit.*, p. 206.

Apesar de contraditório, posto que o discurso dos médicos ainda é muito calcado em uma suposta natureza feminina, vários obstetras criticaram a humanização do parto justamente no que ela tem de mais apelo à natureza, que é o que eles chamam de extremos da humanização:⁴⁰⁹

Eu acho que é trazer a mulher a um nível da natureza perigoso e que não volta mais. (MO 21)

A parte ruim (da humanização) são os extremos, doulas esses negócios de não poder tocar, romper bolsa, fazer epsio... (MO 02)

Não acho que tem porquê. Por que que tem que regredir tudo? Vai então para o meio do mato, né? Vai para o meio da lagoa, fica mais fácil. (MO 17)

Alguns médicos têm uma percepção clara da ambivalência da maternidade, especialmente levando em conta o fator da classe social. Entre suas pacientes mais pobres, MO 24 destacou que a maternidade pode trazer alguns benefícios, algum ganho de status perante a sociedade. Já no caso das pacientes mais bem-sucedidas, a mulher perderia seu status. Nos dois casos, de todo modo, a responsabilidade sobre os filhos é entendida como um dever quase que exclusivo da mulher, mas ainda persiste, segundo suas palavras, o “mito da maternidade feliz”:

Para essa mulher aqui ela vai ser paparicada, ela vai ganhar um monte de coisa, ela vai ganhar um status social (...) poder se vitimizar diante do marido então ela ascende de grau social.

Você me dá quatro meses de licença maternidade, você acabou comigo. Eu declinei no meu status social porque eu era alguém e eu passei a fabricar leite igual a todo mundo aí dessa cadeira (HPC).

Como na visão dos obstetras a maternidade é inerente ao sexo feminino, a percepção sobre o abortamento é de que ele não deve ser legalizado, embora nove médicos tenham se posicionado favoravelmente à legalização, já que eles enxergam o aborto como um problema de saúde pública. Cabe destacar que o Conselho Federal de Medicina (CFM) defende, desde 2013, a legalização do aborto no Brasil por livre decisão da mulher, até as 12 semanas de gestação.⁴¹⁰

⁴⁰⁹ Apenas um médico foi favorável à realização de parto domiciliar, mesmo que com assistência médica.

⁴¹⁰ Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23663:cfm-esclarece-posicao-a-favor-da-autonomia-da-mulher-no-caso-de-interruptao-da-gestacao&catid=3>. Acesso em 13 de julho de 2015. Apenas um terço dos conselhos regionais de medicina do Brasil se posicionou de forma contrária ao CFM na época. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/10/1536781-conselho-federal-de-medicina-apoia-opcao-de-aborto-ate-o-terceiro-mes.shtml> Acesso em: 13 de julho de 2015.

Mas a apesar de tudo eu sou a favor da legalização porque aí ela vai ter o amplo direito de informação. E que se essa decisão for tomada para que ela possa fazer da maneira mais seguro. (MO 13)

Pensando na parte médica eu acho deve legalizar sim. (MO 26)

Pelos riscos do abortamento ilegal, de repente seria uma via legalizar. Mas você pode acabar banalizando porque a população não tem noção de planejamento familiar. (MO 05)

Nesse sentido, o abortamento ilegal é entendido como uma prática comum, ainda que muitos afirmem, especialmente os mais experientes, que nos dias de hoje já não encontram muitos casos, o que pode ser atribuído ao acesso a remédios mais eficazes e métodos mais seguros de interrupção da gestação não desejada.

Geralmente, existem algumas coisas que falam a favor, mas nem sem acontecem. Hoje em dia são raros os casos daqueles abortos antigos, com agulha (...) 99% é o Cytotec e você percebe pelas características do colo do útero. (MO 23)

Engraçado que teve uma época que eu atendi mais. Algumas confirmam outras não. Eu não vou saber se é provocado ou espontâneo. O que eu faço é chamar atenção pela questão. (MO 25)

Já atendi inúmeras. Hoje diminuiu muito. Antigamente dava muito errado. Hoje tem medicações que fazem isso de forma mais segura. (MO 15)

Já atendi muitas, mas antigamente era pior porque você tinha as sondas das aborteiras, hoje em dia no mercado negro você tem o misoprostol (Cytotec). (MO 06)

A gente só sabe que é provocado quando pega o comprimido na vagina. “Como é que você quer mentir para gente. A gente tem que saber de tudo que você fez para também não fazer nada que vá interferir no teu bem-estar”. (MO 19)

Apesar de todos reconhecerem as graves falhas no planejamento familiar no SUS e no próprio HPC, para desqualificar o aborto induzido, tais falhas são claramente atenuadas, o que espelha, na verdade, os valores morais de cada um:

Não deve ser presa (...), deve ter palestra, mais acesso à ligadura de trompas porque é muito difícil...Acho que o controle de natalidade deve ser mais estruturado. DIU (por exemplo) só coloca no centro de referência (MO 10)

Muitas não têm orientação, muitas não conseguem medicação para tomar anticoncepcional oral, muitas têm medo do DIU, “ah eu vou colocar aquele aparelhinho que dá câncer”. Depende muito de orientação. É falta de informação mesmo”. (MO 18)

Existe a revisão de parto que tem acesso a todo o planejamento familiar. Mas essa revisão e parto pode ser feita aqui ou em outro lugar. Aqui não tem medicação, nos postos normalmente tem. (MO 24)

Tem muita dificuldade na atenção básica, no pré-natal. (MO 08)

Às vezes nem dá tempo de passar as indicações (de anticoncepção). (MO 26)

Eu acho que nós somos hipócritas. Porque nós somos um país laico que tem uma religião definida, a católica. (MO 12)

Eu sou contra porque eu sou católica. E existem tantos métodos contraceptivos. (MO 25)

Hoje em dia só engravida realmente quem quer. Se você engravidou é porque uma hora você descuidou, então é muito fácil você chegar e usar isso como método contraceptivo. E se aconteceu acho que você deve arcar com as consequências. (MO 03)

Porque hoje engravida quem quer. Porque a gente escuta que “ah, tenho alergia a remédio”... porque comigo não me convence isso aí. (MO 14)

É errado. Você não defende vida? Se você defende vida você não pode matar. Se você tem convicção no que você crê, no seu modo de conduta, você vai chamar a atenção. Você vai dizer porquê? Por que você não evitou? A prefeitura dá camisinha, coloca DIU. Eu atendo, eu tenho que fazer. Quando é muito descarado a gente chama atenção. (MO 02)

Dois entrevistados acham que a legalização deve ser estendida para as hipóteses de grave má-formação fetal e outros dois são favoráveis à revisão da legislação para restringi-la, de maneira que não exista nenhum tipo de aborto legal, já que atualmente o abortamento é permitido em caso de estupro, risco de vida materno e anencefalia. Os outros quinze médicos que são contrários ao aumento das previsões de aborto legal apresentam motivações religiosas para tanto.

Acho que tem mais a ver com a parte religiosa (médicos que não concordam com o aborto). (MO 24)

Eu não faço porque minha religião é contra. Mas não julgo quem faz, porque também não é fácil para a mulher fazer. Porque ela deve ter seus motivos. (MO 08)

Não faria aborto nem legal por minha condição religiosa. (MO 17)

Por essa razão, mesmo no caso de abortamento legal, apenas nove médicos estariam dispostos a realizar esse tipo de procedimento. Dos obstetras entrevistados, apenas cinco médicos disseram já ter realizado algum tipo de abortamento legal.

Em 2005, o Ministério da Saúde publicou uma Norma Técnica⁴¹¹ que esclarece, em detalhes, como deve ser a atenção médica humanizada ao abortamento, seja ele espontâneo ou provocado. Nesta norma estão expostas as questões ético-legais, clínicas, psicológicas e de planejamento reprodutivo relativas ao protocolo de atendimento de um abortamento, definido como a interrupção da gravidez até a 20^a ou 22^a semana e com produto da concepção pesando

⁴¹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

menos que 500g. Aborto seria o produto da concepção eliminado no abortamento. O MS reconhece que são várias as causas de abortamento, contudo, na maioria das vezes, ela permanece indeterminada, além de muitas gestações serem interrompidas por decisão pessoal da mulher.⁴¹² No entanto, os médicos desconhecem um protocolo específico e quando questionados sobre como proceder no atendimento a mulheres em situação de abortamento, todos disseram que se focam no problema clínico e que só questionam se foi um aborto provocado ou espontâneo se a informação for relevante para o atendimento.

Hoje em dia é mais difícil perceber o que é provocado ou não. Nenhuma fala...e nós também não ficamos muito atrás de saber. Não tem muito um protocolo. (MO 12)

Eu não condeno, atendo normalmente. A gente vai resolver, vai fazer logo a curetagem. (MO 10)

Eu não discrimino não, ela fez a escolha dela, eu não concordo, mas eu não destrato. Só faço minha parte técnica. (MO 16)

No caso de um abortamento claramente induzido, a grande maioria pareceu, de fato, se preocupar mais com as complicações que surgem do procedimento e com o trabalho maior que elas trazem do que com questões morais.

O que às vezes a gente não gosta é da paciente mentindo. Ela está colocando o risco dela. (MO 26)

Eu vou te dizer, no meu aspecto, eu não condeno ninguém. Eu acho que o que a gente condena mais, vou te dizer, você estar de madrugada, vem a dona sangrando, te tirar da cama porque colocou um comprimido de Cytotec. Então, eu acho que incomoda mais o horário inconveniente. (MO 24)

Contudo, é justamente o medo da reação dos médicos que faz com que muitas mulheres mintam sobre seu abortamento.⁴¹³ Além disso, é comum que mesmo em caso de abortos espontâneos haja receio a respeito do tipo de recepção médica, de maneira que a comunicação pode ser prejudicada, como se verá no próximo capítulo.

Elas têm medo de serem julgadas e às vezes elas mentem. (MO 24)

Eu não destrato, mas eu acho que quem tem um certo preconceito vai atender um pouco mal. (MO 01)

⁴¹²BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, p. 29.

⁴¹³MO 22 expõe com clareza a questão: “Eu acho que o abortamento tanto quando ele é espontâneo quando ele é provocado ele acaba sendo um trauma para a pessoa”.

A gente percebe quando o paciente tá falando mentira ou verdade e a gente persuade a falar alguma coisa para a gente. (MO 09)

Contam histórias que às vezes elas eram punidas nas maternidades e faziam curetagem sem anestesia. Olha que coisa horrorosa, olha que absurdo. Porque o cara acha que tem que tratar como bandida. (MO 21)

E muitas vezes a gente pergunta por causa da questão de medicação. Mas eu costumo perguntar de uma forma que as vezes elas contam: a gente precisa saber que remédio você tomou, se você tomou por causa da anestesia, pode dar alguma reação. (MO 23)

Esse tipo de conduta, porém, por si só já descaracteriza o atendimento humanizado, pois insistir que a paciente relate a prática de um aborto causa grande constrangimento àquelas mulheres que realmente o induziram e ainda mais àquelas que não o fizeram⁴¹⁴.

Tendo em vista a já mencionada deficiência jurídica na formação dos médicos e obstetras em geral e também o desconhecimento da Norma Técnica do Ministério da Saúde sobre o tema, há uma flagrante ignorância quanto aos aspectos jurídicos do abortamento. As hipóteses legais até são conhecidas, mas não há clareza quanto os procedimentos a serem adotados.

Eu não concordo com aborto provocado. A não que esteja dentro das leis, se for por aquilo que a gente já sabe: tem o obstetra sabendo, a mãe sabendo, o pai assina⁴¹⁵...e aí é um anencéfalo, então, você de repente poderia induzir. (MO 18)

E basta, no caso de estupro, o boletim de ocorrência. (MO 12)

A gente só aprende aquilo que todo mundo sabe que pode fazer quando for estupro e risco de vida materna. (MO 08)

O mais preocupante é a incerteza quanto à comunicação policial diante de um aborto ilegal. Dois médicos disseram já ter denunciado e três denunciariam a depender do caso. Assim, embora a maioria tenha afirmado que não denunciaria a gestante, há um desconhecimento muito grande quanto ao que determina a legislação brasileira.⁴¹⁶

⁴¹⁴ Vale mencionar que desde 2013 a Defensoria Pública do Estado de São Paulo distribui uma cartilha que trata da violência obstétrica não só no parto, mas também na gestação e no abortamento. Nesse último caso, é caracterizado como violência obstétrica o questionamento à mulher sobre a causa do aborto, ou seja, se foi induzido ou não. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>. Acesso em: 05 de setembro de 2015.

⁴¹⁵ A legislação brasileira não exige concordância do genitor para a prática de aborto legal.

⁴¹⁶ Para a prática do aborto legal, apenas é necessário o livre consentimento da gestante, tratando-se de uma mulher maior e capaz, já que a lei não traz nenhum requisito específico. O médico pode alegar objeção de consciência e não realizar um abortamento legal, desde que não haja prejuízo para a gestante no encaminhamento para outro profissional ou serviço de saúde (Capítulo II, Inciso IX, do Código de Ética Médica). Mesmo no caso de abortos criminosos, o médico não pode denunciar a prática ilícita, pois isso configura quebra de sigilo profissional, previsto no art. 73 do Código de Ética Médica e pode levar a perda do registro profissional. Mais do que isso, pode até mesmo configurar crime, previsto no art. 154 do Código Penal e punível com detenção de 3 meses a 1 ano ou multa. Vale destacar que o sigilo se impõe, segundo o art. 74 do Código de Ética Médica, mesmo no caso de paciente menor, desde que ela demonstre discernimento e o sigilo não lhe acarrete danos.

Eu acho que ele tem que denunciar, mas geralmente a gente não denuncia não. Só se for uma gravidez avançada. (MO 26)

Acho que depende da idade do feto. Um bebe viável a gente denuncia. (MO 15)

A gente tem a obrigação do sigilo médico. Mas como o aborto é crime isso nos levaria a fazer a denúncia. Escreve ou não no prontuário? Porque se escreve eu tenho que denunciar. Eu vejo um conflito entre a questão do direito à vida, do crime e do dever do médico. (MO 25)

Acho que o médico deve denunciar. Já denunciei inclusive. Fui para delegacia porque a mãe chegou aqui com a placenta grande, então se ela tem aquela placenta ela tinha um feto. E eu queria o feto. Tem uns 4 anos. (MO 14)

O médico tem o direito de denunciar, mas eu acho que ninguém denuncia. Nunca vi ninguém denunciando. Mas eu sei que pode denunciar porque é um crime. (MO 1)

3.6 IGUALDADE DE GÊNERO

Quando perguntados sobre os direitos de homens e mulheres na sociedade em geral, apenas dez entrevistados consideraram que ainda existe algum tipo de discriminação de gênero na sociedade atual. No que se refere ao campo da medicina, houve até mesmo uma inversão, com a exaltação à inclusão da mulher e um 1/3 dos obstetras consideraram que seria uma vantagem ser mulher na especialidade de ginecologia e obstetrícia. É inquietante que profissionais que lidam com uma área que envolve tão claramente a problemática de gênero não tenham percepção sobre o tema. O que remete, mais uma vez, a uma deficiência de formação, mesmo porque cabe ao obstetra “conhecer e interpretar os principais aspectos epidemiológicos, demográficos e socioeconômico-culturais que interferem na saúde da mulher”⁴¹⁷.

Não vejo diferença entre homens e mulheres. A presidente do Brasil é mulher, a prefeita do Município é mulher. Você está fazendo doutorado, não te foi vetado nada. (MO 03)

Chefia da maternidade é uma mulher, a chefia da pediatria é uma mulher. Esse papo é papo careta, já foi, já era. No mundo médico vai ganhar quem é o melhor (...). Você vai para a meritocracia. (MO 22)

Eu acho que o mundo é das mulheres, a tendência é ela dominar o mundo. Biologicamente até, elas amadurecem mais cedo”. (MO 21)

⁴¹⁷ Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6511-ginecologia-obstetricia-sesu-rm&category_slug=agosto-2010-pdf&Itemid=30192> . Acesso em 10 de agosto de 2015.

Acho que é uma vantagem ser mulher (na GO). Homem não sabe, homem acha que sabe. (MO 17)

A própria dificuldade que foi amplamente mencionada a respeito das mulheres obstetras permanecerem na área em razão do trabalho doméstico parece não ser, para a maioria, uma prova de desigualdade, o que indica que a ideia de complementaridade de gênero tem grande força. Sem contar outras áreas da medicina, como cirurgia e ortopedia que foram mencionadas como altamente refratárias à atuação de mulheres.

Culturalmente, a mulher nasce sabendo que ela é o sexo frágil da situação. Ela gosta de ter aquela pessoa para cuidar dela. Ela se vitima mais ao homem, ela é mais dependente dele, precisa daquele tutor, daquele protetor. Mas no mercado de trabalho não (não há discriminação). (MO 14)

O que eu tenho notado é que essa mesma agressividade que os homens têm, as mulheres também têm com as pacientes. Na hora de agredir uma mulher na hora do parto, na hora de dizer aquelas coisas horríveis 'na hora de fazer você não ficou assim', aquelas coisas horrendas, eu vejo os dois lados fazendo. (MO 29)

Acho que a mulher ainda não tem os mesmos direitos, mas como médica nunca me senti menor. Mas tem áreas da medicina que mulher ainda não tem poder. Algumas cadeiras são mais femininas como dermatologia, radiologia, ginecologia e obstetrícia. (MO 03)

Nessa linha, para os que reconhecem a desigualdade de gênero, o problema estaria no mercado de trabalho, onde os salários são menores e a mulher, muitas vezes, se vê prejudicada em razão da maternidade e da família. Outras situações de discriminação não foram mencionadas.

Vou dizer: a questão da mulher é o quanto ela se vincula à família dela (...) porque a mulher está muito associada e isso gera falta e quando você falta isso gera sobrecarga na equipe. (MO 24)

Em geral acho que o problema maior é salário e tem gente que confia mais em um profissional homem. De qualquer forma, acho que é indiferente ser homem ou mulher na ginecologia e obstetrícia. (MO 03)

A sociedade não vê ainda a mulher dentro da medicina como (capaz). Mulher tem maternidade...tem casa, ela estuda menos, ela tem menos capacidade de trabalho, ela tem menos experiência...e às vezes é totalmente o contrário, ela se dedicou, não tem filho, tem uma estrutura de casa que quem cuida é outra pessoa, viaja para caramba, super competente. Mas a maternidade é uma loucura⁴¹⁸. (MO 12)

⁴¹⁸ A fala de MO 12 é bem ilustrativa a respeito das obrigações primeiras da mulher com o lar e das dificuldades que a maternidade acarreta para uma mulher que tem carreira. E mesmo quando trabalha fora, cabe à mulher se responsabilizar, quase sempre através de outra mulher, pelo cuidado da casa.

Dentro de todo esse contexto, apenas duas médicas perceberam já ter sofrido algum tipo de discriminação baseada no sexo:

Eu já sofri uma retaliação por chefias 100% de homens e com a arbitrariedade do poder machista. (MO 13)

Nossa tem muito preconceito! Como médica, na valorização, na inserção (...). Aqui a gente não tinha nem direito à licença maternidade, foi começar esse ano. Mesmo na obstetrícia os homens têm mais inserção. (MO 06)

Os estudos de gênero são fundamentais para o exercício da obstetrícia e da ginecologia de acordo com o preconizado pela OMS, tendo como base a proteção dos direitos humanos das mulheres e também como dispõe a legislação brasileira. Como pontua Emily Martin existem relações de poder na tecnologia do parto.⁴¹⁹ Como já foi visto, o surgimento da ginecologia e da obstetrícia se insere em um movimento científico mais geral no sentido de ordenar sistematicamente o mundo natural e exercer um controle da sexualidade e reprodução humanas. Ocorre que, como mostra Rohden, não há um correspondente masculino para a “medicina da mulher”, como se a mulher, mais do que o homem, necessitasse de investigações e fosse um corpo potencialmente doente ou defeituoso⁴²⁰. O corpo masculino só costuma ser alvo de intervenção quando, efetivamente, está doente. “A questão em jogo, portanto, é uma assimetria que se coloca na prática, que aponta para uma relação particular entre a medicina e a mulher, para uma maior medicalização do corpo feminino em contraste com o masculino”.⁴²¹ Todo o controle que é exercido sobre o corpo feminino, mas que seria impensável no corpo masculino, deriva dessa compreensão. Até quando há essa compreensão, a autoridade do poder médico impede que os direitos sejam lidos como tais e se tem uma visão enviesada sobre as medidas de humanização do atendimento obstétrico, como demonstra a fala a seguir:

(Essas medidas de humanização), na urologia isso nunca aconteceria. Só faz com mulher? Tão querendo trazer a mulher para o nível de qualquer animal. (MO 21)

Por tudo isso, é necessário analisar quem são os residentes da obstetrícia do HPC e como estão sendo construídas suas percepções sobre sua prática.

⁴¹⁹ MARTIN, Emily, *op. cit.*, p. 110.

⁴²⁰ “Imagine o processo de ejaculação de um homem medido, controlado, como é o parto? ”. (*Ibidem*)

⁴²¹ ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001, p. 38.

4. PERFIL DOS MÉDICOS RESIDENTES DO HPC

Embora a pesquisa tenha começado em 2014, as entrevistas recaíram sobre os residentes R1 (primeiro ano de residência), R2 (segundo ano de residência) e R3 (terceiro ano de residência) do ano de 2015, de maneira que fosse possível analisar o conjunto da residência dentro do mesmo período de formação. Sendo assim, foram entrevistados três médicos R1; cinco médicos R2 e três médicos R3, em um total de onze médicos residentes.

Desses onze, apenas um médico é do sexo masculino. Contudo, a predominância quase absoluta de mulheres não significou, tal qual ocorreu entre os obstetras já formados, uma maior conscientização sobre as questões de gênero. Os residentes têm entre 25 e 32 anos, sendo que dois médicos têm 25 anos; um tem 26 anos; quatro têm 27 anos; um tem 28 anos; um tem 29 anos; um tem 30 anos e um tem 32 anos. Três se identificaram como pardos; um se identificou como negro e as outros sete médicos se identificaram como brancos. Apenas três são casados, mas nenhum tem filhos, havendo apenas uma residente grávida à época da pesquisa. Em termos de religião, três se declararam evangélicos; Um, espírita e os outros sete, católicos.

Todos têm pouca experiência na medicina, já que há seis médicos que se formaram no ano de 2012; Dois que se formaram em 2013 e três que se formaram em 2014. Seis residentes se formaram na própria FMC; três deles na UNIG de Itaperuna e um na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Seis são naturais de outras cidades e três deles ainda se dividem entre suas cidades de origem e a cidade de Campos.

Apenas três residentes trabalham em outros serviços além do HPC e do HEAA. Devido à pouca experiência profissional, nenhum deles têm outro tipo de especialização que não seja a própria residência que estão cursando, mas dois têm graduação em fisioterapia e um tem graduação em ciências biológicas. Cinco residentes manifestaram o desejo de fazer mais um ano de especialização (R4) após a residência e apenas um pretende fazer mestrado e doutorado para seguir também na carreira acadêmica.⁴²²

Percebe-se, assim, que há grandes similitudes entre o perfil do obstetra do HPC e o dos médicos residentes. A diferença é mais acentuada no que se refere ao sexo e a cor dos médicos. Em relação ao sexo, nota-se uma feminilização ainda maior da ginecologia e da obstetrícia, o que se adequa ao padrão nacional da área nos dias de hoje, o que já foi discutido anteriormente. Assim, se 30% dos obstetras do HPC são homens, entre os residentes esse

⁴²² Tal residente já participou de grupo de pesquisa e tem, inclusive, capítulo de livro publicado.

percentual é de apenas 10%. No que se refere à cor, houve uma inversão, com três vezes mais residentes negros e pardos do que médicos obstetras no HPC.

O atendimento obstétrico da emergência do HPC é organizado da seguinte forma: a cada dia da semana há 3 (três) plantonistas de 12 h no turno diurno e mais três plantonistas de 12 h no turno noturno⁴²³. Nos finais de semana, os plantões costumam ser de 24h, com um total de quatro plantonistas no sábado e mais quatro plantonistas no domingo. Além desses médicos, os residentes também atuam, sob supervisão dos primeiros, nos plantões e ainda há os acadêmicos de medicina do 5º e 6º anos que estão em sistema de internato. A cada quatro meses aproximadamente os residentes mudam de plantão, de maneira a passar, ao longo dos três anos de residência, por todos os dias e turnos da semana. Segundo o preceptor MO 29:

Na residência há uma participação universal, não só de docentes como médicos, às vezes até recém-saídos da residência porque dão plantão. Os médicos mais antigos não dão plantão, cumpriram essa fase. Então o residente entra em contato com médicos mais novos também nos plantões, enquanto que em outras atividades entra em contato com os médicos mais antigos, mais experientes. E na ginecologia não, na ginecologia eles passam por todos os setores e entram em contato com os professores mais antigos. (MO 29)

A rotina da residência, que tem uma carga horária semanal de 60h, inclui uma aula teórica de ginecologia e o atendimento nos ambulatórios de ginecologia que funcionam pela manhã e à tarde no HEAA. Além disso, há uma aula teórica de obstetrícia⁴²⁴, o atendimento em um ambulatório da área e dois plantões de obstetrícia, um noturno e um diurno, no HPC. Os plantões são de 12h e devem ser intercalados para que o residente não fique sobrecarregado, além de haver uma folga semanal para cada residente⁴²⁵. Em tese, eles vão começando em atendimentos menos complexos e depois vão se aprofundando⁴²⁶. No final do ano, eles recebem uma nota relativa ao seu desempenho avaliado cotidianamente.

⁴²³ Há alguns plantonistas que fazem 24h. O plantão diurno vai das 7 h até às 19 h e o noturno de 19h às 7h.

⁴²⁴ As aulas teóricas de ginecologia e obstetrícia costumam ser organizadas através de seminários temáticos apresentados pelos estudantes.

⁴²⁵ A lei determina que os residentes façam jus a férias anuais de 30 dias consecutivos. Porém, RO 06 relatou que eles não costumam ter férias, apenas uma semana de folga.

⁴²⁶ Por essa razão, o R1 fica mais responsável pelo parto normal. Já o R3 fica mais no centro cirúrgico. Gestantes com problemas de saúde mais graves são de responsabilidade do R3. O R1 também fica responsável por fazer visitas às enfermarias nos sábados, domingos e feriados.

5. AS PERCEPÇÕES DOS MÉDICOS RESIDENTES DO HPC

Nesta seção serão apresentadas as percepções dos médicos residentes entrevistados, tendo como base os eixos temáticos que orientaram a presente pesquisa e de acordo com o questionário usado para conduzir as entrevistas. As entrevistas serão identificadas pelas letras RO seguidas de um número que não expressa nenhuma ordem específica. Também não há identificação do sexo do residente, muito embora só haja um residente do sexo masculino.

5.1. ESCOLHA PROFISSIONAL

A opção profissional dos residentes se deu de forma muito semelhante à dos médicos obstetras. Para a maioria, a escolha da medicina se deu ainda na infância, sem uma razão específica ou influência familiar. Todos os residentes disseram que a escolha da especialidade esteve ligada à identificação com a prática da área, no final da faculdade quando é oferecida a cadeira da obstetrícia e da ginecologia, sendo recorrente uma expressão de encantamento para se referir à obstetrícia. Além disso, como é uma área que permite a junção do atendimento clínico com a prática cirúrgica, ela acaba sendo mais dinâmica. Todavia, esta especialização não era a opção inicial de quase todos os residentes quando começaram a faculdade de medicina.

Inicialmente quando eu entrei na faculdade as únicas especialidades que eu não queria eram GO e pediatria. Queria uma especialidade mais tranquila, mas durante a faculdade eu gostei. (RO 04)

Porque é uma especialidade que trabalha tanto com a parte clínica quanto com a parte cirúrgica. E eu gosto muito das duas áreas. (RO 01)

Queria uma especialidade que lidasse com a prática. Eu achava sensacional em vez de tirar um tumor tirar um ser (...). Achei que não iria gostar de parto normal, mas fiquei até emocionada. Eu era muito objetiva, mas fiquei muito envolvida. (RO 10)

No quarto ano decidi que tinha que aprender a fazer parto porque eu tinha medo de dar plantão em um lugar mais afastado e chegar alguém parindo. Me apaixonei e decidi fazer residência na área. (RO 11)

Me apaixonei pela obstetrícia. (RO 01)

No meu último ano eu resolvi. Me apaixonei porque além de salvar vidas a gente dá vida. (RO 09)

Para aqueles que se formaram na FMC, a qualidade da cadeira de obstetrícia em relação às demais cadeiras da faculdade parece ser, tal qual já foi observado no caso dos obstetras formados na FMC, um estímulo a mais para seguir na especialidade. Nas palavras de RO 02 “os professores são muito bons, a cadeira e a prática são muito bem dadas”.

A comodidade de ter uma residência médica na cidade de Campos foi apontada como a principal causa da escolha da residência da FMC, tanto para os médicos que cursaram a própria faculdade, quanto para aqueles que vieram de outras faculdades e cidades (todas relativamente próximas da cidade de Campos).

Só fiz prova para cá. Seria mais cômodo. (RO 11)

Fiz provas para vários lugares, mas seria mais cômodo ficar no HPC. (RO 04)

O HPC seria a melhor residência (na área de ginecologia e obstetrícia) mais próxima da minha casa. (RO 01)

Passei em outros serviços, mas optei pelo HPC para ficar perto da família. (RO 10)

A maioria não pretende, contudo, seguir carreira na obstetrícia, tida como uma área muito mais desgastante do que a ginecologia, especialmente para as mulheres, e também em razão da própria política de humanização que tem exigido do obstetra outro tipo de posicionamento, o que será discutido mais adiante. De todo modo, a experiência obstétrica é vista como necessária para o exercício da ginecologia.

Gosto das duas, mas acho a obstetrícia uma área muito sacrificante. (RO 08)

Não pretendo largar obstetrícia, pelo menos nos primeiros anos. (RO 03)

A obstetrícia vai fazer parte da minha vida por uns 10, 15 anos ainda. (RO 06)

Essa área para a mulher é muito complicada...tanto a parte física, quanto psicologia. (RO 05)

Eu gosto de obstetrícia, mas por qualidade de vida eu pretendo ficar só na gineco. (RO 09)

A gente por ser mulher acaba sendo muito mais difícil para a gente. Eu pretendo, acho que eu maioria, no final largar a obstetrícia. (RO 04)

Os residentes consideram, porém, que sua formação está sendo adequada, principalmente no que se refere à experiência prática, já que o volume de atendimentos é muito grande e variado. Não há muita valorização do aprendizado teórico e mesmo os que notam as deficiências nesta seara acham que elas são minimizadas por esse aprendizado prático.

Tanto na gineco quanto na obstetrícia tem uma aula teórica à noite. Geralmente, são temas por semana de responsabilidade de um residente. (RO 11)

As aulas, as sessões, a parte acadêmica da residência é totalmente engessada. Os temas são estritamente médicos. O mesmo assunto, parece que você pegou um capítulo de livro (...) Mas eu abri mão do academicismo porque os livros estão aí. (RO 10)

A parte teórica a gente tem um seminário que cada um apresenta...é mais mesmo chegar em casa e estudar. (RO 04)

Tem muitos atendimentos diferentes, coisas que você não vê em outras residências. A nossa mão cirúrgica é muito boa. A parte prática é uma das melhores residências que eu conheço. (RO 03)

Porém, esse distanciamento da prática em relação à teoria produz sérios problemas, especialmente em um serviço com grande lotação como o HPC. Assim, surgem dificuldades relativas a se estabelecer um protocolo de atendimento mais coeso e acabam sendo reproduzidas condutas que não necessariamente têm embasamento científico, até mesmo pela falta de tempo. E desse modo, a política de humanização do SUS encontra ainda mais óbices à sua efetiva implementação.

Aqui a gente aprende na marra, não tem como não sair sabendo (realizar as duas vias de parto). (RO 04)

A gente se coloca à disposição, mas a gente não pega na mão. A prioridade não é o residente, são os pacientes. A gente ensina dentro do possível, dentro do que o tempo permite". (MO 15)

Lá (em outra residência médica) a gente estudava muito antes de colocar a mão na prática, éramos muito mais cobrados. A gente tinha que saber de tudo que estava acontecendo (...) e só era possível fazer uma cesariana depois de você aprender a instrumentar, depois você auxiliar, para depois você ser o cirurgião. Aqui eles já querem começar operando e não é assim. Acho que perde muito. (MO 17)

Busco passar o conhecimento correto, porque eles às vezes eles ouvem falar e fico atenta à forma como o residente trata as pacientes porque eles têm que manter a calma, mesmo quando elas passam dos limites. Eles têm que saber o livro até para poder ter conhecimento para tomar uma ação. (MO 17)

É um serviço que tem muita demanda o que os residentes chamam de "tocação". Então às vezes entre um serviço muito acadêmico como eram os outros que eu queria ir e um lugar onde é tocação, os residentes optam pelo lugar onde é tocação, onde tem muito serviço, mas nem sempre tem alguém do seu lado fazendo ciência, porque isso te dá a prática, te dá mão. (RO 10)

À noite (o plantão) não traz muito a interação para os residentes. Tem um protocolo, mas se eu te falar que ele é seguido 100% não é não. Aqui a noite a gente é mais resolutivo. Eles atendem, a gente dá muita liberdade dele ir lá, examinar, conduzir e a gente vê se está tudo direitinho, tudo ok. A noite é mais resolução, não tem muito acompanhamento. (MO 14)

O ensino no Brasil é para formar profissionais, mão de obra e não seres humanos(...). Na medicina é claro isso aí. O estudante de medicina aprende com outros médicos, as coisas boas ou ruins (...). O aluno aprende muito mais rápido nos hospitais com os médicos sádicos. É impressionante como sadismo é aprendido logo, o jeitinho é aprendido logo. As coisas da prática são aprendidas pelo lado mais fácil, que é o exemplo. Enquanto que eu fico lá tentando ensinar por reflexões, por lógica, essas coisas todas, e não consigo. (MO 29)

4.2. DIFICULDADES NO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO

Dentre os residentes, a maior reclamação quanto à prática obstétrica recaiu sobre a desvalorização da profissão, razão pela qual alguns dizem pretender abandonar a especialidade. A expectativa anterior e a realidade da obstetrícia parecem não se coadunar e a maior autonomia da paciente, que questiona o poder médico, é entendida como a principal causa desse descompasso.

Eu acho que nunca se teve uma fase desvalorizando tanto o obstetra. (RO 04)

O médico é menos valorizado do que eu imaginei. (RO 01)

Não me sinto valorizada porque ninguém reconhece o tanto que você trabalha, o tanto que você estuda, a responsabilidade. (RO 07)

A gente está passando por algumas dificuldades porque às vezes a gente é mal interpretado. Acho que isso foi se perdendo muito (valorização do médico) com o passar do tempo. Assim, tudo é culpa do médico, por que que fez isso, por que que fez aquilo...a gente está sendo muito atacada. (RO 08)

Depois que a gente se forma a gente vê que a realidade é diferente, a nossa responsabilidade é muito maior, tem acontecido muitas atrocidades. Muitas pacientes não veem o médico mais como salvador de vidas, eu meio que me decepcionei um pouco, então eu vou tentar fugir um pouco da obstetrícia infelizmente (...). Às vezes a paciente não aceita conduta, fala na sua cara, sai daqui e vai para outra maternidade. Às vezes elas são um pouco revoltadas em relação a isso. (RO 05)

Eu não sei se eu tenho como responder como eu trabalho mais a nível de plantão, mas acredito que existe um desvalor principalmente na parte obstétrica. Porque elas acham que a gente tem que ser o salvador. (RO 03)

Isso mostra que vai se consolidando, cada vez mais, mais uma postura defensiva por parte dos futuros obstetras. Todavia, tal qual seus preceptores, não há formação jurídica e humanística para que eles saibam realmente quais são seus direitos e deveres, o que é ruim tanto para as pacientes, quanto para os próprios médicos.

Os novos residentes estão sendo preparados mais na defensiva porque há dez anos, quando eu me formei, não se falava em nada disso. Aumentou a responsabilidade deles. Essas perguntas que você está fazendo nem seriam feitas. (MO 03)

Nem todos (preceptores) falam que a gente tem que explicar tudo tim-tim por tim-tim. Até porque tem coisas que não tem necessidade de explicar a elas até porque elas não vão entender por mais que a gente explique. E tudo que a gente fala pode ser usado contra gente, infelizmente...essa é a formação que a gente está tendo hoje em dia. (RO 06)

Em geral os preceptores também não sabem nada (da parte jurídica), não tem seguro, não sabem te orientar quanto a isso. (RO 10)

Até porque eu não sei o que manda mais, a regra do hospital ou a lei? (RO 10)

A carência material e estrutural do serviço público, bem como o excesso de trabalho e a remuneração insatisfatória, também são apontadas como causas de descontentamento, todavia, esse tipo de problema já parecia ser algo já esperado por todos eles.

A paciente já chega armada, ela já chega achando que o obstetra é um animal que só quer resolver o lado dele. Não é o material (o pior) porque a gente já está acostumado em trabalhar em condições precárias. (RO 06)

Eu acho que os médicos teriam (reclamações) com relação ao grande movimento, sabendo que é uma instituição que teria que ter somente alto risco e diria aí que 70 % é de baixo risco e isso sobrecarrega o serviço e tira vagas de algumas alto risco que não conseguem ter acesso. (RO 03)

Médico tem múltiplos empregos para ter uma renda satisfatória, uma carga horária pesada. (RO 10)

O maior problema é a demanda de pacientes. E a estrutura tem que melhorar muito. (RO 04)

Não acredito em nada no SUS. Tanto que a tabela até hoje não mudou desde que o governo do PT tá aí (...) corta milhões de verba, mas eu acho que é um problema crônico que não vai ter solução porque a saúde não é prioridade para eles. (RO 02)

Falta tudo, você fica de mãos atadas é tudo muito difícil. O mau funcionamento da saúde pública é um problema, a dificuldade de exames... (RO 07)

Ainda assim, todos os entrevistados pretendem continuar trabalhando no SUS, somado ao exercício da medicina em consultório particular.

Pretendo sempre, a vida inteira, trabalhar no SUS porque é muito melhor, você tem um outro envolvimento. No SUS é o único lugar onde você pode fazer realmente a medicina de excelência que você aprendeu na universidade. (RO 10)

Quero um consultório de qualquer jeito e um plantão, a gente tem que ter um plantão. (RO 09)

No que se refere à percepção das dificuldades enfrentadas pelas pacientes os entrevistados destacaram o elevado tempo de espera, devido à alta demanda do serviço, as

carências materiais do hospital e também a queixa frequente quanto à impossibilidade de optar pelo parto cirúrgico.

Uma coisa que elas reclamam é a estrutura. Tem quarto que não tem ventilador, tem quarto que pega sol (...). E elas se rebelam muito por causa disso (vontade de fazer cesárea), porque elas acham que a gente está botando elas para sofrer. (RO 02) (RO 02)

Elas não podem escolher a via de parto, mas 95% quer cesárea. (RO 07)

Maior problema das pacientes é o tempo de espera e porque elas acham que a gente está forçando o parto normal. (RO 04)

Maior problema para as pacientes é a parte de hotelaria. Não tem ar, é calor, bate sol. O banheiro às vezes está sujo. (RO 05)

O principal problema de pacientes e médicos é a falta de estrutura. Às vezes um lençol tem que ser dobrado, mesmo com sangue, para ser reutilizado em pacientes. A comida não é boa...no acolhimento há uma barra enferrujada que pode machucar pacientes inclusive. (RO 01)

O maior problema para as pacientes é a estrutura física. E a maioria quer cesárea, acham que a gente faz (parto normal) de maldade. (RO 11)

Aqui na instituição talvez seria a demora no atendimento (...). Mas elas sempre falam que foram muito bem atendidas. (RO 03)

É interessante notar que diferentemente dos obstetras que não apontaram como causa de insatisfação das pacientes a qualidade do atendimento oferecido pelos próprios médicos, os residentes também indicam que esta é uma causa comum de reclamação. Isso significa que, ou as pacientes não se sentem à vontade de reclamar da qualidade do atendimento com médicos mais velhos e já especialistas ou, o que é mais provável, que os obstetras já naturalizem essas reclamações, já que esta é uma tendência entre os próprios residentes.

Elas reclamam muito da falta de paciência do médico...Dr. Fulano é grosso, não me explica, tem a mão pesada...(RO 06)

E reclamam às vezes da violência do toque. Você sabe que não machucou, você sabe que é um staff que nem uma mão muito melhor do que a sua, mas tem que ter jeito. (RO 10)

Aqui a gente preconiza não ter a violência. Mas as mulheres não entendem e acham muitas vezes que sofreram. Elas acham que tocar toda hora é uma violência. (RO 11)

4.3. HUMANIZAÇÃO DO PARTO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Perguntados sobre a política de humanização da saúde, os residentes também demonstraram uma percepção pouco clara sobre o que ela significa, até porque não há uma

preocupação formal da especialização nesse sentido. O tema é discutido de maneira superficial e, muitas vezes, dadas as limitações dos próprios preceptores, de forma equivocada.

Os professores da residência, do ambulatório são mais antigos não têm muito essa visão humanizada. Mas eu tive algumas indicações de discussão e uma palestra sobre humanização (RO 01)

A aula teórica ela é técnica, na prática é que você vai pegando as dicas humanas com o professor. A parte humana, por exemplo, olha você não fala para a pessoa para abrir as pernas, você pede por favor para afastar os joelhos. Essa coisa da humanização você vai adquirindo conforme você vai...não tem isso escrito em livro nenhum. “Como humanizar o parto” não existe esse capítulo. Essa questão da humanização é ou se você quiser fazer um curso em congresso especificamente sobre essas técnicas, ou se você vai com o professor. Você vai se adestrando para você falar uma linguagem se seja mais sutil. (MO 24)

Tivemos preparação, aulas, reuniões. Mas é uma coisa que aos poucos a gente vai se adaptando a isso. Pessoas, principalmente os obstetras mais antigos não é do dia para a noite que eles aceitem um parto humanizado. (RO 03)

Estudar a política pública não. Nunca vi ninguém falando sobre isso (...). Acaba que no dia a dia aqui a gente houve falar (...), mas ainda assim a gente conhece pouco. (RO 11)

A parte sociológica a gente não tem, estudar teoria nada. A gente tem como trabalhar isso. Conversando com o pessoal mais velho a gente tenta entender como acessar essa mulher de uma maneira menos danosa para a gente e para ela. (RO 06)

Eu acho que essa política de humanização ainda não chegou dentro da academia da forma como ela tem que chegar. Nos saímos da academia de forma extremamente tecnicista, mecanicista. (MO 13)

Desse modo, os residentes têm uma visão ou negativa, ou ao menos desconfiada em relação à humanização:

A nomenclatura eu não gosto porque eu acho que tudo o que a gente faz na vida tem que ter coração, tem que ser humanizado (...). Eu penso que é que eu tô fazendo até aqui então? É uma coisa selvagem, animal? (RO 06)

Eu acho que é um nome sem muito fundamento (humanização). Independentemente de qualquer coisa...para você ser médico tem que ser humano. Você não pode entrar nessa área sem gostar de gente. (RO 08)

Existe muito preconceito sim com a parte da humanização do parto. Eu particularmente prefiro ficar observando e não tomo posição para nenhum lado. Até porque é um evento novo aqui na maternidade. (RO 03)

De um, dois anos para cá eu ando muito insatisfeita com essa coisa da humanização. (RO 01)

É muito importante (humanização), mas gera alguns problemas para nós. (RO 05)

Por causa da nova lei eu acho que vai morrer muita mãe e muito bebê por negligência do governo. Porque eles só querem saber de diminuir gastos. Eles não estão pensando

no binômio materno-fetal. Não traz benefício, só para eles (governo). Porque uma cesariana se gasta muito mais. As políticas do Ministério da Saúde não batem com a da FEBRASGO e das associações internacionais (...). Não é tão ruim, mas se for ver no todo, é só para diminuir gastos. A gente sempre vê o manual do MS só por causa de questão jurídica, de processo. Mas para prática mesmo, para se tornar bom, tem que ver os outros porque são os mais fidedignos, está pensando mesmo em toda estrutura, é mais crítico, a questão de conduta, ele vê mesmo o que é melhor para a mãe e para o bebê, não pensa em questão financeira. (RO 02)

O projeto é interessante, só acho que a prática em si...está muito complicado. Muito embaralhado ainda...a enfermeira às vezes vem para cá e acaba fazendo procedimentos que não podem ser feitos. (RO 04)

A maior dificuldade relativa a essa política seria a falta de instrução das próprias pacientes que deveria acontecer no atendimento básico, o que levaria, inclusive, a uma supervalorização da violência obstétrica.

Acha que é boa (política de humanização), tem umas vantagens muito grandes. Mas a população tem que ser informada porque eles informam só os direitos delas, mas não os deveres delas. (RO 11)

Nem agora nem nunca. Nem daqui a 100 anos (implantação da política da humanização). É o problema do Brasil, a falta de escolaridade. Ela não sabe nada, nem sabe se ela quer aquele filho. O que que vai caracterizar na cabeça dela se ela está sendo tratada com humanidade ou não? Isso é muito subjetivo. Uma mulher bem instruída você pode orientar, conversar melhor. (RO 10)

Eu acho que as pacientes chegam aqui muito mal informadas. Acho que elas têm o atendimento primário muito deficiente...muitas chegam sem pré-natal, sem realizar os exames. (RO 08)

Ocorre que muitas práticas são naturalizadas pelos médicos e não são mais percebidas como violentas pelos residentes, mesmo quando são práticas inconsistentes com as normas técnicas da área. Desse modo, apesar de existir uma forte crença dos médicos a respeito de seu elevado tecnicismo (o que seria para alguns até mesmo um motivo de crítica) este não se confirma, muitas vezes, na sua atuação concreta. As falas abaixo ilustram bem a questão. Na primeira, RO 01 acha que o exame de toque frequente (causa de reclamação de muitas mulheres no HPC) não é uma violência (ainda que as pacientes, mesmo leigas, sintam assim), quando na verdade a OMS diz que os exames vaginais repetidos e frequentes, especialmente realizados por mais de um prestador de serviços (o que ocorre no HPC por ser um local de aprendizagem obstétrica) são práticas equivocadas⁴²⁷. Na fala seguinte, RO 10 dizia que seus preceptores muitas vezes agem de forma contrária a que está prescrita nos livros de obstetrícia⁴²⁸, mas que

⁴²⁷ Disponível em: http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

⁴²⁸ RO 10 tratava especificamente da utilização da manobra de Kristeller e da antecipação desnecessária do parto apenas por medo de um problema futuro.

ela acaba concordando com essas condutas na maioria dos casos, tendo em vista que o resultado final, que é a manutenção da vida da mãe e o parto do bebê, foi alcançado.

Aqui a gente preconiza não ter a violência. Mas as mulheres não entendem e acham muitas vezes acham que sofreram. Elas acham que tocar toda hora é uma violência. (RO 01)

Então o médico, ele não é tão técnico assim como se pensa. (RO 10)

Nessa linha, a violência obstétrica é entendida como um fenômeno irrelevante em termos institucionais, especialmente no que se refere ao próprio serviço do HPC, onde os residentes não visualizam esse tipo de agressão.

Eu acho que é um exagero, acho que não tem. As condutas que o médico toma as vezes a mídia divulga como sendo violência, mas sem averiguar se é necessário. (RO 08)

Para mim aqui na maternidade é um mito, um exagero. Não presenciei violência eu já rodei todos os plantões. Todos tratam as pacientes com muito carinho. Talvez não seja o que elas queiram, mas existe respeito sim. (RO 03)

Eu nunca vi, por isso que eu não sei nem te dizer se existe ou não (violência obstétrica). (RO 07)

Acho que não existe. Pelo menos aqui todos os profissionais tratam com respeito, com carinho. (RO 05)

Acho que existe violência obstétrica, mas a mídia valoriza demais. Mas aqui no serviço não. (RO 04)

Violência obstétrica é muito menor do que se divulga, muito menor. (RO 10)

Seguindo o mesmo raciocínio dos médicos obstetras, os residentes acreditam que é necessário modificar a estrutura física do HPC para que seja possível a humanização do parto. E este seria um impedimento para a implementação da Rede Cegonha. Até o momento, os residentes não identificam grandes transformações no HPC nesse sentido, além de serem reticentes quanto à efetividade futura da Rede.

Tudo ainda é muito novo, ainda tem que se adaptar. Não vi nenhuma mudança na estrutura. Nós estamos passando por uma fase bem difícil. Justamente por causa dessa fase da rede cegonha. (RO 04)

Só as paredes foram pintadas com a rede cegonha que está sendo implementada desde agosto de 2014. (RO 01)

Eu perguntei para a diretora clínica se foi uma imposição do Ministério da Saúde ou eles tinham aceitado uma situação... (ela disse) “não, nós recebemos porque a gente quis. Eu disse, “impossível porque você receber uma situação sem ter condições

mínimas para receber é muito ruim” aí ela me questionou, “mas a gente tem que dar alguns passos para algumas coisas acontecerem”...Só que é um passo muito grande, uma situação muito delicada. (RO 06)

4.4. PROCEDIMENTOS DO PARTO

Tal qual seus preceptores, os residentes acreditam que há uma clara preferência das pacientes do HPC pela cesariana, por medo da dor e pela vontade de fazer uma laqueadura. O que ficou claro, porém, foi uma inclinação dos próprios obstetras nesse sentido, não só pela comodidade, posto que estão de plantão, mas especialmente porque há o receio de que o parto normal seja mais arriscado. Por essa razão, alguns médicos classificaram a residência como cesarista.

A residência aqui é cesarista. Para o básico os residentes vão aprender. (MO 15)

Com certeza eles têm essa visão (cesarista). Essa visão é tão forte. Quando ele chega no R3 ele já está de cabeça feita para querer ir para BH, para SP, fazer histeroscopia, videolaparoscopia porque ele não quer vivenciar a obstetrícia que está sendo proposta com esse novo paradigma, com esse novo modelo de assistência que é permitido à mulher que ela seja a protagonista do processo natural. (MO 12)

Uma gestação de baixo risco pode ser levada até 42 semanas. Mas se interrompe com 40 semanas por precaução. (RO 10)

Aqui o índice é alto por causa da comodidade. (RO 01)

As mulheres, se deixar, todas elas querem cesárea. (RO 02)

A maior parte delas chega pedindo cesárea. Principalmente aquelas que já tem mais filhos porque gostariam de fazer laqueadura. A gente indica procurar o centro da mulher. (RO 05)

Aqui 95% quer cesárea. (RO 07)

O parto normal tem muita mais chance de complicar do que o parto de cesárea. (RO 06)

Ainda assim, existe uma percepção mais positiva em relação ao parto normal entre os residentes do que entre os obstetras e a maioria acredita que fará partos normais, inclusive no atendimento privado, mesmo reconhecendo que é um parto menos vantajoso em termos de disponibilidade e remuneração financeira para o médico.

Eu tenho vontade de fazer parto normal sim se for trabalhar na parte privada. Vai depender de cada caso. (RO 03)

Acho que toda mulher deveria ter parto normal. (RO 05)

Eu tenho um apreço maior pelo parto normal. (RO 10)

A cesárea veio a calhar porque o obstetra nunca teve vida...se ele faz cesárea é tudo muito programado. Mas no lado particular, não como médica, é muito melhor você ficar bom logo. (RO 06)

Na visão de MO 13, porém, os residentes não aprendem a fazer um parto normal humanizado, até porque mesmo os livros de obstetrícia seguem uma vertente que é explicada por Emily Martin⁴²⁹ através da analogia com uma linha de produção e com a expropriação do trabalho alheio. Ou seja, a literatura e o imaginário médicos entendem o útero como uma máquina que produz o bebê e a mulher como uma trabalhadora que produz o bebê. Seguindo essa linha, a autora faz o seguinte questionamento: “qual é o papel atribuído ao médico? Acho que está claro que ele é visto predominantemente como supervisor ou capataz do processo do parto. Primeiro, uma expressão quase universal para o papel do médico é de que ele ‘conduz’ o parto”.⁴³⁰

Eles (residentes) fazem o parto normal de acordo com aquilo que o Rezende descreve: que é objeto que desce o trajeto. Eles não têm uma visão humanista. E eu ouvi há alguns anos do próprio titular da cadeira: “para mim o parto normal é botar caroço”. (...). Parece uma série no final de uma indústria de produção (MO 13)

Desse modo, a possibilidade de a gestante escolher sua via de parto também é vista com ressalvas pelos médicos, no sentido de que deve haver indicação dos próprios para tanto. Ainda assim, essa imposição médica é colocada de forma bem mais leve entre os residentes do que entre os já obstetras. A ideia que a melhor via de parto é aquela que for melhor para a mulher e o feto, também foi recorrente, o que além de focar apenas no resultado final do parto (que na maioria das vezes leva ao nascimento, independentemente de qualquer circunstância), também mascara o poder médico, uma vez que se considera que quem sabe o que é melhor para ambos (especialmente para o feto) é o próprio médico.

Depois que o neném nasce é só alegria. (RO 05)

Acho que a mulher deve escolher o parto com limite técnico para o bem da criança. (RO 01)

Acho que o parto em si o melhor é aquele que é melhor para paciente e para o bebê. (RO 04)

Parto tem que ter médico, muita coisa pode acontecer (...). Não existe um melhor do que o outro, tudo tem que ser analisado de uma forma globalizada. A tendência nossa

⁴²⁹ MARTIN, Emily, *op. cit.*, p. 117.

⁴³⁰ *Ibidem*, p. 118.

é não aceitar parto normal dependendo do caso (...). Não é um direito, o médico tem que decidir. É melhor para a mãe é melhor para o médico. O parto normal é que mais complicado da mãe escolher. (RO 06)

Eu acredito que ela tem direito de escolher sim, mas que seja cabível aquela escolha dela no momento do parto e que não tenha risco para ela e para o feto. De qualquer forma, as duas vias de parto existem riscos. (RO 03)

Desde que não tenha contraindicação, a mulher poderia escolher. (RO 07)

Os residentes também confirmaram que não são ensinados a usar o fórceps ou outros instrumentos que possam facilitar o parto normal, o que certamente aumenta a insegurança dos mesmo em relação a essa via de parto.

Não (aprendemos). Não é todo mundo que sabe para ensinar a gente (uso fórceps). Muita gente aqui não sabe passar, então você quase não vê. (RO 07)

Então tem, mas ninguém usa (fórceps). Poucos staffs sabem passar o fórceps. Então não é ensinado. (RO 011)

O parto domiciliar, por sua vez, foi criticado por todos os residentes de maneira mais severa do que os obstetras, mesmo que ele transcorresse com a presença de um médico. Isso mostra como os mecanismos tecnológicos e hospitalares são vistos como cada vez mais imprescindíveis.

De que adianta um médico sem estrutura nenhuma? Um médico sem estrutura nenhuma, sem estrutura física é a mesma coisa que nada. (RO 04)

Acho que tem prender todas as pessoas que fazem isso (parto domiciliar). (RO 10)

Sou contra, mesmo com médico. Tem coisas que ele não pode resolver. É arriscar por pouca coisa. Acho que não vale a pena e não faria. (RO 01)

Acho que isso é voltar para o tempo das cavernas. (RO 08)

Eu sou contra! Você não tem um recurso. (RO 09)

Quanto à participação de outros profissionais no parto, como doulas, obstetrizes e enfermeiros obstetras, não houve uma reação tão negativa, ainda que sejam considerados profissionais com baixa qualificação técnica e haja desconhecimento quanto à possibilidade de enfermeiros e obstetrizes realizarem partos. Assim, desde que esses outros atores deixem os médicos conduzir o parto, a maioria não se opõe a sua presença.

Eu acho que atrapalha, na verdade, eu acho que são profissionais que não tem uma formação bacana...se metem muito. Eu sei o quanto é diferente (ser médico e ser outro profissional de saúde). Rola uma competitividade. (RO 11)

A doula no sentido que realmente tem que ser eu não sou contra, o problema que elas ultrapassam aquilo que elas podem ser. (RO 04)

Não tenho experiência com doulas. Evito contato com essas coisas nesse momento. Estou só observando. Não sei se elas seriam minhas parcerias...mas acho que sim porque eu não tenho preconceito. (RO 03)

Se eles trabalhassem em conjunto, cada um no seu papel, não teria problema. (RO 01)

Não sei...não gosto muito não. (RO 09)

A questão de hoje haver pessoas que fazem partos que não são médicos eu acho que isso hoje é que tá piorando mais a situação. (RO 07)

Doula é totalmente necessária, ela deve estar fazendo o papel dela. Porque o que a paciente quer, mesmo no pior do cenário, é o médico ao lado do leito. (RO 010)

Se elas colocarem no lugar delas elas ajudam (...). Os médicos não vão deixar as enfermeiras atuarem, pois elas não assumem os riscos. Acho que na pós de enfermagem obstétrica elas são mal formadas. (RO 02)

Curiosamente, a presença de um acompanhante antes, durante e depois do parto, conforme determina a legislação, é vista como uma dificuldade para o médico, embora todos reconheçam que não seria justo negar à mulher esse direito. Tal desconfiança parece remeter à pouca experiência profissional dos mesmos.

Acho que muitas vezes pode atrapalhar, principalmente a pessoa que está recém-formada. (RO 08)

Não é contra o acompanhante porque a paciente se sente segura. Mas na maioria das vezes acaba atrapalhando, mas não sou contra porque se eu estivesse na situação dela eu também gostaria. (RO 04)

Acompanhante na maioria das vezes atrapalha. Eu já peguei casos em que a acompanhante ajudava muito, mas muitas vezes a acompanhante acaba atrapalhando, querem ficar te questionando o tempo todo e querem dar opinião em uma situação que ela não tem conhecimento porque na gestação delas não foi assim...e elas acham que tudo é a mesma coisa...acaba atrapalhando muito. Na sala de parto atrapalha. No pós-parto já é uma coisa a que a gente já se acostumou. (RO 06)

Não, eu acho que se tiver estrutura e tivesse regra, deveres para serem cumpridos seria melhor. Tem acompanhante na Europa na hora do parto, mas é obrigado durante o pré-natal a pessoa de livre escolha dela acompanhar todas as consultas, ficar por dentro de tudo...O povo daqui quer bater na gente por causa de qualquer coisa. O público que a gente atende não é um público orientado não, é um público de favela. No SUS é complicado se ela quiser botar um mendigo vai botar, se quiser botar um traficante vai botar. Eu acho que não poderia ser assim: tem que acompanhar pelo menos x números de consultas, aí a pessoa vai ser preparada para aquilo. (RO 02)

A respeito de procedimentos no parto que já foram descritos anteriormente como prejudiciais⁴³¹ e usados de forma equivocada pela OMS, como a realização da manobra de Kristeller e da episiotomia, há uma compreensão geral de que são práticas que têm indicações, mas que não devem ser usadas de forma rotineira. No que se refere à episiotomia, todos os residentes consideram que ela deve ser feita independentemente do consentimento da mulher, conforme a decisão do médico, devendo apenas haver uma comunicação à paciente de que o procedimento será realizado.

Depende, se a paciente já tiver três, quatro partos normais, às vezes nasce sem precisar de episio. A episio geralmente é feita para quem é primeiro parto normal, que não tem passagem. (RO 09)

Não acredito que episio seja uma violência, é um procedimento que às vezes é necessário no momento. Depende do períneo, pode acontecer uma destruição da vagina da paciente (...). Desconheço que existe o consentimento da paciente para assinar. Até porque é algo decidido ali no momento. (RO 01)

Episio tem que ser indicada e necessária. Eu não posso pegar uma primigesta que nunca teve filho, que eu estou vendo que a cabeça não vai passar e deixar de fazer já que é para ajudar. Se for para salvar a vida do bebê faço mesmo que a mulher não queira. (RO 04)

Em pacientes primigestas, estão engravidando pela primeira vez, a maioria delas você tem que dar uma ajuda...é um pequeno corte. Episiotomia na verdade é uma prevenção. (RO 08)

É feita sem consentimento. Nenhuma delas reclama. Elas já vêm sabendo que pode dar um cortezinho. (RO 02)

Kristeller faz quando tem necessidade. Mães drogadas, psiquiátricas e mesmo normais que querem fazer cesáreas também tem que fazer porque elas não fazem força. (RO 11)

Kristeller também deve ser feita às vezes. A gente aprende de livro, a gente vê profissionais fazendo, mas não é uma rotina e nem uma coisa incentivada. (RO 05)

Não somos ensinados, a gente só faz em último caso quando a paciente não está colaborando mais (manobra de Kristeller). (RO 03)

As falas abaixo de RO 10 mostram como se dá o processo de naturalização dessas práticas na medida em que o residente vai avançando em uma especialização e em um serviço de hospital muito autorreferentes, o que também é percebido por MO 03, ao falar sobre a condução dos plantões do HPC.

⁴³¹ Os usos de enema e de tricotomia foram considerados proscritos por todos os residentes. RO 01, porém, assevera que: “as pacientes já vêm raspadas, mas se tiver que fazer, (a gente) faz”.

A manobra (de Kristeller) é proscrita, mas eu vejo diariamente. Eu saí com uma visão da faculdade com a visão de que nunca faria, mas já chamei o preceptor para me ajudar e ele fez. (RO 10)

Eu vejo (violência), mas eu acho que eu sou tendenciosa. Por exemplo, um Kristeller talvez daqui a dois meses eu não encare mais como uma violência obstétrica, hoje eu tenho minhas dúvidas, mas racionalmente eu falo não é violência obstétrica, mas assim, no meu inconsciente, de acordo com a minha formação eu falo é uma violência obstétrica, e talvez para outras pessoas não seja. No meu dia a dia, o que as mães consideram hoje como violência obstétrica eu acho ridículo, não acho violência pelo nome. (RO 10)

Existia mais coerência entre os plantões, mas com a falta de (médicos). Porque no HPC você não via nenhum colega que havia se formado fora, então você vai vendo muita divergência entre procedimentos. Então se você for ver os plantões mais de fim de semana, que está faltando obstetras, você vai ver diferenças. Mas vai se acomodando e ficando de uma maneira única. (MO 03)

4.5. MATERNIDADE E ABORTO

De maneira geral, o mito de que a maternidade seja um instinto feminino prevalece entre os residentes. Apenas três destacaram que a maternidade é muito importante para a mulher, mas que nem todas nascem com esse instinto⁴³².

Acho que tem um instinto. A maternidade faz parte da mulher normal. (RO 08)

O corpo feminino pede a maternidade. (RO 06)

Eu acredito que a maternidade faz parte e toda mulher deveria passar por isso (...). Toda mulher deveria ser mãe, toda mulher deveria constituir família. (RO 05)

Acho que mulher que não quer (filho) é muito insensível. (RO 02)

Eu acho que tem sim (instinto). Existem aquelas talvez (que não), mas aí tem um distúrbio. (RO 03)

Duas das residentes destacaram que apesar do instinto maternal, o que elas observam no atendimento do SUS no HPC são mulheres engravidando para receber o benefício do Bolsa Família.

Mas hoje a maioria das mulheres que engravidam (no SUS) é pelo bolsa-família. Eu pergunto. A grande maioria não é planejada, mas muitas não têm problema de engravidar porque hoje existe o benefício do Bolsa Família. (RO 06)

Muitas têm (instinto). E muitas não têm. E eu tô percebendo que muita menina nova está tendo filho, eu acho que é por causa do bolsa família. Umas até falam que a mãe estimula a ter porque se não vai perder. Pensando na questão de bolsa para não fazer nada. (RO 02)

⁴³² Todas as residentes mulheres, inclusive, querem ser mães.

Apesar de os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2013⁴³³ terem mostrado que as famílias que recebem o benefício do Bolsa Família tiveram menos filhos do que a média brasileira entre os anos de 2003 e 2013, o estigma sobre os beneficiados do programa permanece,⁴³⁴ até mesmo porque já foi visto anteriormente que há uma declarada insatisfação com as políticas públicas ligadas ao Partido dos Trabalhadores. Segundo a atual Ministra do Desenvolvimento Social e Combate à fome, Tereza Campello:

Atribuem aos mais pobres um comportamento oportunista em relação à maternidade, como se essas mães fossem capazes de ter mais filhos em troca de dinheiro. Isso é puro preconceito. Quem diz isso não pensa quanto custa ter um filho. É óbvio que este valor (do Bolsa Família) não paga o leite da criança e as despesas que virão depois. Além disso, o preconceito parte do princípio de que o que move as pessoas para a maternidade ou a paternidade é apenas uma motivação financeira. As mães do Bolsa Família têm de levar os filhos a cada seis meses para o acompanhamento nos postos de saúde, o que ajuda a ampliar o acesso à informação e aos contraceptivos. Com esses dados (da pesquisa), me pergunto por que algumas pessoas mantêm o preconceito de que pobres têm muitos filhos. As pessoas que estigmatizam os pobres têm um comportamento semelhante ao racismo ou estão desinformadas (...). É preciso deixar claro que o benefício médio pago às famílias é de R\$ 170 mensais. Esse valor serve para complementar e não substituir a renda do trabalho.⁴³⁵

Tendo em vista a forte crença no instinto maternal, a questão do aleitamento materno também é vista sob o prisma de uma obrigação. Alguns residentes manifestaram expressamente esse posicionamento e apenas dois destacaram que embora seja muito importante, a mulher não deve ser forçada a amamentar seu filho se não quiser.

Acho que é imprescindível por todos os benefícios...podendo e não querer (amamentar) eu acho complicado. (RO 08)

Aleitamento não tem opção não...é uma coisa que nenhuma mulher poderia recusar. Leite artificial sou totalmente contra. Muitas até gostam (de não amamentar). As mães hoje em dia, eu vejo muita mãe preguiçosa. Se elas soubessem os benefícios tanto para o bebê tanto para as elas. (RO 06)

Amamentação é fundamental. Previne muitas doenças. Acho que não é um direito da mulher não (não amamentar). Acho que ela tem que ser conscientizada no pré-natal que ela vai ter que amamentar. (RO 03)

⁴³³ Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/>>. Acesso em 25 de julho de 2015.

⁴³⁴ Na verdade, como as mulheres têm prioridade no registro do Bolsa Família e uma das contrapartidas obrigatórias é o acompanhamento pré-natal das gestantes, há uma maior autonomia da mulher e também planejamento no que se refere à maternidade. Hoje, 93% dos titulares do cartão do Bolsa Família são mulheres. Disponível em: <<http://bolsafamilia10anos.mds.gov.br/node/33321>>. Acesso em 25 de julho de 2015.

⁴³⁵ Disponível em: <<http://www.revistaforum.com.br/rodrigo-vianna/plenos-poderes/pnad-derruba-preconceito-e-aponta-que-familias-com-bolsa-familia-tem-menos-filhos/>>. Acesso em: 25 de julho de 2015. É necessário dizer que a maior parte dos meios de comunicação de massa do país divulgou os resultados da pesquisa entre abril e maio do corrente ano.

É imprescindível. É fisiológico, seu corpo foi preparado para fazer. O que é a lei da natureza...você se recusar é você recusar a vida dele (do recém-nato), é o mesmo princípio do aborto. (RO 10)

Não se pode deixar de notar, mais uma vez, a diferença das posições médicas em relação à amamentação natural e ao parto natural. A recusa à natureza no primeiro caso é vista como algo anormal, ao passo que no segundo é a manifestação de um direito a partir de uma nova perspectiva cultural.

No que tange ao abortamento provocado, porém, há uma postura levemente mais liberal entre os residentes em comparação com os obstetras. Dois deles entendem que deve haver a ampliação das hipóteses legais de acordo com a vontade feminina (ainda que com certo receio de que ocorra a banalização da prática), tendo em vista o grave problema de saúde pública que o aborto inseguro traz. Outro residente considera que deveria haver uma ampliação da legalidade para todos os casos de inviabilidade fetal e não só da anencefalia. E os outros oito estão confortáveis com as previsões legais atuais. De qualquer forma, apenas quatro realizariam um abortamento legal, tendo em vista ou a necessidade de proteção da vida humana ou em razão das crenças religiosas pessoais. Mais dois residentes disseram que fariam um aborto legal, mas apenas em caso de risco de vida da mulher e em caso de má-formação fetal, não fazendo na hipótese de estupro.

No que se refere ao atendimento a essas mulheres todos disseram que não fazem julgamentos e a maioria não entra no mérito se o aborto foi espontâneo ou provocado. É preocupante, porém, que haja um desconhecimento quanto a um atendimento específico a essas mulheres e um enfoque no atendimento técnico. Por outro lado, é um avanço que nenhum dos residentes considere que é correto denunciar uma mulher que praticou um aborto criminoso.

Protocolo a gente não tem não, a gente vai mais pela parte técnica. (RO 08)

Ninguém fala muito sobre isso não (como atender um abortamento). Eu tento entender a paciente. Eu não pergunto porque fez. Eu simplesmente faço a minha conduta. É muito difícil julgar o outro. (RO 11)

No geral, tem muito caso de aborto (espontâneo ou provocado). Mas não existe um protocolo específico, tem o exame clínico normal (...). Como médica eu atendo e aceito a história delas. (RO 05)

Aborto provocado tem muito. Eu não falo nada. Não entro em detalhes da vida dela não. (RO 07)

Existe apenas uma conduta técnica (...). Sou contra denunciar. A gente aprende o juramento de Hipócrates é a ética médica. (RO 10)

Em geral, os residentes são treinados para fazer o atendimento do aborto através de curetagem, que não é o método mais moderno, confortável e rápido para a mulher, como será discutido mais à frente. Isso ocorre porque segundo os residentes o HPC não dispõe de outras metodologias, a não ser quando os próprios preceptores levam seu material pessoal. Os preceptores, por outro lado, alegam que o hospital já possui outros instrumentos.

A curetagem é o mais eficiente e mais barato para o hospital ter. Os outros métodos a gente não vê. (RO 06)

Alguns médicos têm os aparelhos e trazem. (RO 11)

Faz aspiração, tem o sistema AMIU, método à vácuo aspiração. A curetagem ela é feita no sentido de esvaziar a cavidade uterina. Vai depender da habilidade do colega. (MO 12)

A fala de RO 02 a respeito do aborto é bastante ilustrativa, pois mostra o quanto ainda há reatividade em relação à escolha feminina sobre como conduzir o seu próprio corpo e seus direitos reprodutivos.

Sou contra a legalização. Porque se eu sou a favor de legalizar o aborto, eu sou a favor da mulher escolher a via de parto. (RO 02)

4.6. IGUALDADE DE GÊNERO

Há uma percepção muito pouco crítica em relação às questões de gênero na sociedade atual. Todos os residentes (e quase todos, mulheres, como já foi dito) foram enfáticos em afirmar que existe plena igualdade entre homens e mulheres nos dias de hoje.

Hoje em dia acho que homens e mulheres estão em paridade. (RO 07)

Acho que homens e mulheres têm os mesmos direitos. (RO 05)

Sim, existe igualdade sim. As mulheres da minha idade hoje são completamente independentes e estão ali junto com os homens. (RO 02)

No que se refere especificamente à medicina, há uma idealização ainda maior do papel feminino, especialmente porque o campo da obstetrícia e da ginecologia é numericamente dominado por mulheres, ainda que isso não signifique, necessariamente, o alcance das posições

de maior prestígio na área, o que não é percebido⁴³⁶. E ainda que seja mencionado em duas entrevistas que certos campos da medicina são mais refratários às mulheres, isso não parece configurar um problema de gênero na visão dos médicos residentes.

Nunca sofri discriminação na medicina. Eu acho que as pacientes até preferem porque elas ficam com um pouco de vergonha com um médico homem. (RO 09)

Na medicina está no mesmo patamar. Ser uma mulher é uma vantagem na GO. As pacientes ficam mais à vontade, apesar de terem aquelas que preferem ser atendidas por homem. (RO 04)

Acho que há igualdade de direitos. Na medicina é o melhor lugar para ver isso. Na ginecologia as mulheres comandam. Na ginecologia tem bem mais homem. Nos plantões de final de semana só tem mulher. Não tem um homem lá dentro. (RO 06)

Eu vejo que ainda tem preconceito com a mulher, principalmente na área cirúrgica. Mas na GO, a grande maioria prefere ser atendida por mulheres. (RO 11)

É muito influenciado de acordo com a área que você escolhe (...). Se você vai para uma entrevista para uma área mais masculina como cirurgia geral, você não deve se arrumar muito para não parecer que você está se oferecendo. (RO 10)

As falas abaixo são especialmente representativas porque apesar de apontarem claramente para a desvalorização social do trabalho feminino, sobretudo por causa de sua função reprodutiva, tal desprestígio não é enxergado como tal.

Na obstetrícia também não vejo muita diferença. No serviço eles preferem que tenham homens porque mulher engravida, mulher menstrua, então fica de lua, né? Tem TPM...para os hospitais era muito melhor que tivessem muitos homens, mas de preconceito assim não tem não. (RO 02)

E elas se programam para não engravidar uma junta com as outras. (RO 06)

A questão do trabalho ainda é o principal problema. Especialmente depois de ter filho. (RO 04)

Acho que como meus colegas médicos são mais experientes, eles passam aquela coisa de tranquilidade, de serenidade, tem uma postura diferente. (RO 05)

O não reconhecimento da desigualdade de gênero é muito problemático porque ele certamente naturaliza e reforça, ainda que irrefletidamente, práticas que atacam os direitos femininos. Isso é o que se verá no próximo capítulo, no qual serão analisadas as entrevistas com pacientes da obstetrícia do HPC.

⁴³⁶ O único residente do sexo masculino do HPC disse que não se sentir prejudicado por ser homem e que apenas algumas pacientes mais jovens ficam mais receosas em ser atendidas por um homem, especialmente, por ser um homem jovem.

CAPÍTULO 4: ATENDIMENTO DE PARTO E ABORTAMENTO NO HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA

Neste capítulo serão analisadas as vinte entrevistas feitas com pacientes do serviço obstétrico do HPC. Tanto aquelas que tiveram seus filhos no hospital, por meio de uma cesariana, ou de um parto vaginal, quanto aquelas que passaram por uma curetagem em decorrência de um aborto, seja provocado ou espontâneo. Foram escolhidas apenas vinte mulheres, pois além da limitação individual da pesquisadora em realizar um trabalho com maior expressão estatística, trata-se de uma pesquisa qualitativa, por meio de estudo de caso, de maneira que o objetivo desses relatos é apenas tentar tornar compreensíveis, com a ajuda de conceitos e teorias sociológicas, as questões em torno do controle médico sobre o corpo feminino, estudando o atendimento obstétrico no HPC.

Destarte, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, ela não tem como objetivo testar hipóteses ou definir a amplitude ou quantidade de um fenômeno. A questão aqui tem a ver com o fornecimento de elementos para compreensão das questões (...). Sendo assim, os objetivos desta pesquisa – como em geral ocorre com todas as pesquisas qualitativas – se relacionam à identificação da riqueza e da diversidade de uma realidade, por meio da integração das informações e síntese das descobertas, muito mais do que pelo estabelecimento de conclusões precisas e definitivas (...) Deste modo, a escolha pelo estudo de caso como o tipo de pesquisa qualitativa coaduna com os objetivos desta investigação, pois, ao investigar situações particulares, o estudo de caso pode identificar aspectos gerais e relacionar com outras situações convergentes, criando assim a possibilidade de fornecer subsídios para compreensão dos dados de outro estudo, através de comparação de similaridades e diferenças.⁴³⁷

Além disso, a literatura sobre a satisfação de usuários de serviços de saúde mostra que ela costuma ser alta, de maneira que somente os comportamentos extremos são vistos como não satisfatórios. Porém, os pacientes tendem a ser mais críticos e detalhistas em estudos qualitativos, quando podem usar suas próprias palavras.⁴³⁸

As entrevistas foram conduzidas a partir de eixos temáticos organizados no roteiro que se encontra em anexo. A escolha das entrevistadas se deu de forma bastante aleatória, posto

⁴³⁷ FREITAS, Lorena Rodrigues Tavares de. **Identidade Sexual de mulheres que se relacionam com mulheres em Ilhéus e Itabuna-BA**. Tese (Doutorado em Sociologia Política). Campos dos Goytacazes: UENF, 2013, 335 f, p. 13-15.

⁴³⁸ ALVES, Maria Teresa S.S. de Brito. O parto na maternidade: qualidade da assistência, o dia-a-dia do trabalho e o olhar das mulheres. In: BARBOSA, Regina Maria et al (org). **Interfaces: Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva**. Campinas: UNICAMP, p. 279 – 307, 2002, p. 298.

que os seus relatos servem para ilustrar a forma como os médicos conduzem o atendimento obstétrico a partir daquilo que os próprios afirmaram. Assim, não se buscou encontrar mulheres de uma classe, idade ou cor específicas e nem mesmo mulheres que tiveram o parto por uma ou outra via. Apenas mulheres que tivessem sido atendidas pelo corpo de médicos residentes e preceptores da obstetrícia do HPC. Todavia, a pequena amostra das pacientes entrevistadas acabou se mostrando bem diversificada levando em conta as variáveis mencionadas. No que se refere às pacientes que passaram por uma curetagem, inicialmente, o objetivo era apenas entrevistar mulheres que haviam praticado um aborto ilegal. Entretanto, esse tipo de informação não é facilmente compartilhada e atualmente a disseminação do fácil acesso ao Misoprostol, substância que tem efeitos abortivos e presente em medicamentos como o popular Cytotec, faz com que os casos de aborto provocado não sejam tão evidentes como no passado. De qualquer forma, como o objetivo maior era avaliar o atendimento obstétrico e as percepções dos médicos em relação ao aborto, tal dificuldade não pareceu ser realmente relevante.

Na verdade, tanto no que se refere ao relato dos partos, quanto ao relato dos abortamentos, a única exigência para a escolha das entrevistadas foi que suas internações no HPC tivessem ocorrido no máximo até um ano antes da entrevista. Essa seria uma forma de garantir uma lembrança mais detalhada dos acontecimentos e também uma correlação direta e quase total entre os membros do corpo médico que foram entrevistados e a realização dos procedimentos obstétricos nas pacientes entrevistadas. É preciso destacar, também, que todos os dez bebês que nasceram dos partos relatados estão vivos e são saudáveis, de maneira que o possível estado emocional que esses tipos de problema acarretam não parece ter influenciado no tom das entrevistas. Nesse sentido, aponta Rosa Maria S. M. Domingues que pode haver especial dificuldade em avaliar a satisfação das mulheres à assistência ao parto e isso se deve a um sentimento de gratidão e alívio após o nascimento de uma criança saudável. Por essa razão, o ideal é que as pesquisas sejam realizadas fora da instituição de saúde, por um profissional que não seja da própria equipe de atendimento e baseadas no anonimato. Além disso, é melhor que se passe algum tempo do parto para que a mulher possa processar a experiência, mas não muito, para que não haja esquecimentos.⁴³⁹

Houve nove entrevistas que foram realizadas no próprio HPC com pacientes internadas (quase todas relativas às pacientes que passaram por uma curetagem), a partir da

⁴³⁹ DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. A presença de um (a) acompanhante durante a atenção ao parto: a experiência da maternidade Leila Diniz. In: BARBOSA, Regina Maria et al (org). **Interfaces: Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva**. Campinas: UNICAMP, p. 245 – 277, 2002, p. 269.

abordagem da pesquisadora durante a observação participante. Embora este não seja o cenário ideal para a realização das entrevistas, posto que as pacientes podem não se sentir plenamente à vontade de falar do atendimento no próprio ambiente institucional, foi a maneira mais fácil de encontrar mulheres que contassem sobre sua experiência com o abortamento. No que se refere às parturientes, apenas uma entrevista foi realizada no próprio hospital também através de livre abordagem da pesquisadora. As demais entrevistas foram agendadas a partir das indicações de pessoas próximas e das próprias entrevistadas, seguindo o único critério já mencionado de a internação ter ocorrido em menos de um ano.

As entrevistas com as parturientes são identificadas pelas letras PO, com uma sequência numérica aleatória e as entrevistas com as mulheres que passaram por um abortamento são identificadas pelas letras AO, também seguidas por números escolhidos sem um critério lógico. Desse modo, espera-se preservar a identidade das entrevistadas, conforme os ditames da ética de pesquisa. Das vinte entrevistas totais, sete não foram gravadas, duas dessas a pedido das próprias entrevistadas, considerando que se tratam de casos de abortamento provocado, e as demais por dificuldades com a gravação.

1. PERFIL DAS PARTURIENTES

Das dez parturientes do HPC que foram entrevistadas, cinco se autodeclararam brancas; três negras e duas amarelas. Quatro são católicas e quatro são evangélicas, além de duas agnósticas. Cinco têm menos de 25 anos (uma com 18 anos, uma com 19 anos; uma com 20 anos e duas com 22 anos); duas têm 26 anos; uma tem 31 anos, uma tem 38 anos e uma tem 46 anos. Quatro são casadas; quatro vivem em união estável e duas são solteiras.

Apenas três não são naturais do Município de Campos, mas somente uma reside em outro Município, na cidade vizinha de São João da Barra⁴⁴⁰. Sete têm o ensino médio completo, sendo que destas sete, três estão fazendo faculdade. Uma delas tem apenas o ensino fundamental incompleto, outra tem o ensino fundamental completo e uma única entrevistada tem ensino superior completo. Apenas quatro desempenham atualmente uma atividade profissional remunerada, sendo uma microempresária; uma empregada doméstica, uma professora e uma publicitária.

⁴⁴⁰ O Município de São João da Barra possui maternidade, mas não tem serviço de maternidade de alto risco. Embora esse não fosse o caso da entrevistada em questão, ela acabou parindo em Campos.

Apenas três das entrevistadas foram atendidas no HPC pela rede privada. Embora o serviço do SUS e a ala particular do hospital sejam separados, as pacientes particulares foram atendidas por obstetras que também atendem nos plantões do SUS do HPC e que são preceptores da residência médica, o que manteve a coerência da análise. O motivo da escolha do HPC nesses casos se deveu ao fato de que os obstetras das entrevistadas afirmaram que se tratava da opção mais segura da cidade, até mesmo porque o plano de saúde que essas entrevistadas possuem não tem uma maternidade própria.

Escolhi o HPC porque a médica disse que se acontecesse alguma coisa lá é a maternidade de risco. (PO 05)

Procurei o HPC por ser um hospital de referência. (PO 04)

Ele prefere fazer ali porque o centro cirúrgico da UNIMED é muito pequeno e ele não gosta de fazer lá. Ele falou que aqui (HPC) é melhor, a estrutura é melhor e ele preferiu fazer aqui. (PO 02)

Todas as três pacientes do serviço privado relataram ter tido dificuldade em conseguir um obstetra para seus partos, especialmente, se sua intenção inicial fosse ter um parto normal.

Muita gente está reclamando que nenhum (obstetra) quer pegar novos pacientes. (PO 02)

Foi difícil encontrar, quando eu comecei a pensar em fazer parto normal não encontrei ninguém que fizesse. Já na primeira consulta disseram que não faziam E os melhores médicos não atendiam pelo plano (...). Antes de ir a ela eu já tinha entubado que eu faria cesárea porque eu procurei saber como era o parto normal em Campos e eu já sabia que nenhum hospital tem cadeira de parto, que as mulheres são amarradas, enfim ouvi mil horrores sobre isso, então logo já eu desisti da ideia. (PO 05)

Para eles uma mulher acima do peso, eu não sei o que eles consideram acima do peso, não pode ter parto normal. Fui procurando outros (médicos). Fiz uma lista com 25 nomes. (...). Fui a mais 3 (obstetras) que disseram a mesma coisa. Achei o Dr.(...) que pareceu um anjo caído do céu. (PO 04)

No caso das pacientes do SUS a procura pelo HPC se deu, em três casos, por encaminhamento dos postos de saúde onde elas realizaram o pré-natal, tendo em vista se tratarem de gravidezes de risco. Em outro caso, o Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos fez o encaminhamento da paciente e em outros três casos, as próprias pacientes procuraram o hospital por terem entrado em trabalho de parto. Dessas três, duas foram direto para o HPC por residirem mais próximas do mesmo e uma procurou primeiramente outros hospitais, uma vez que já havia passado por um atendimento ruim no HPC,⁴⁴¹ mas acabou tendo que recorrer ao hospital:

⁴⁴¹ PO 01 já havia passado por uma curetagem anteriormente no hospital e disse ter sido muito insultada. Por essa razão, quando engravidou novamente, procurou outro hospital para ter seu filho.

Fui por falta de opção porque a Beneficência estava sem médico e a Santa Casa estava fechada. (PO 01)

No SUS você cai em plantão, então eu sabia que não iria ter com ele (médico do pré-natal). Fiz um levantamento dos plantões para ver onde teria os melhores plantonistas (...). O plantão da Bene era mais minha opção porque a médica de lá apoiava mais o parto normal, mas foi para o HPC porque era mais parto. (PO 08)

No que se refere à assistência ao pré-natal dessas pacientes do SUS não foram relatadas dificuldades para o agendamento de consultas (apenas para a realização de alguns exames que acabaram sendo feitos no particular) e nem críticas ao atendimento. A entrevistada que reside em outra cidade até mesmo elogiou o serviço de pré-natal do seu Município. A fala abaixo resume bem a visão geral sobre o atendimento médico durante a gestação:

Na verdade, foi bem ok, assim, não foi nada que eu elogio, mas também não tenho do que reclamar. (PO 06)

É preciso mencionar, porém, que uma dessas parturientes do SUS fez o pré-natal particular com uma médica que também atende no HPC, pois a princípio sua intenção era ter um parto com a profissional fora do SUS. Segundo ela, no final da gravidez, a obstetra teria alterado o tempo de gestação no seu cartão, em uma tentativa de forçar uma cesariana. Na gravidez anterior de outra entrevistada que também foi atendida no HPC, mas pelo setor particular, coincidentemente, por essa mesma médica, também houve o relato de que teria ocorrido a modificação do tempo gestacional no cartão da gestante durante o pré-natal.

Ela começou a mentir o meu tempo gestacional no cartão de pré-natal. Ela aumentou para dizer que eu já tinha passado do tempo e que teria que fazer uma cesárea. (...) E eu sabia que não era (...) porque eu tinha me consultado com outra médica e com uma enfermeira obstetra e elas fizeram as contas e as contas delas batiam. (PO 01)

Na verdade, quando chegou com 34 semanas ela começou a alterar minhas datas e eu comecei a ficar confusa (...). Ela começou a me colocar muito medo (de acontecer alguma coisa com o bebê caso ela esperasse para entrar em trabalho de parto). (PO 04)

Esse tipo de conduta é uma das práticas adotadas por profissionais que desejam induzir uma cesárea por conveniência. Nessa linha, as pesquisas apontam que:

O acompanhamento de aproximadamente 80% das gestantes do setor privado pelo mesmo médico durante o pré-natal e o parto sugere um aconselhamento favorável à cesariana, já que a decisão pela cesariana não foi definida apenas por intercorrências na gestação. Ressalta-se que entre as mulheres desse setor, após o aconselhamento recebido durante a assistência pré-natal, predominou a percepção de que a segurança

da mulher independe do tipo de parto, o que pode ser entendido como uma falta de estímulo para que a mulher persista na sua opção pelo parto vaginal. É reconhecido que a atitude do profissional de saúde em relação ao parto cesáreo é influenciada por diversos aspectos, dentre elas a conveniência da cesariana por questões econômicas e financeiras, existindo a possibilidade de um aconselhamento enviesado.⁴⁴²

Seguindo a tendência da pesquisa Nascido Brasil, já discutida anteriormente, quase todas as entrevistadas disseram que preferiam ter um parto normal. No começo da gestação apenas uma disse que não tinha certeza sobre a via de parto de sua preferência. A fala de PO 01 ilustra essa preferência geral:

A maioria das mulheres que eu conheço que passaram a ter o conhecimento, elas optaram pelo parto normal. Muitas não optaram porque elas têm medo dessa violência, da dor. Muitas preferem entrar em trabalho de parto e fazer a cesárea como uma forma de conservação. (PO 01)

Ainda assim, seis dos dez partos relatados ocorreram por via cirúrgica, sendo que dos outros quatro partos normais, todos foram realizados com o uso da episiotomia, o que está de acordo com os índices da América Latina, onde estima-se 90% dos partos hospitalares são realizados com episiotomia.⁴⁴³ Quatro mulheres já estavam na sua segunda gestação e uma estava na sua terceira, sendo que das dez parturientes, apenas quatro tiveram uma gravidez planejada.⁴⁴⁴ E quatro das entrevistadas ainda pretendem ter mais um filho. Das mulheres que já eram mães, três tiveram seus primeiros filhos no próprio HPC.

2. SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO

Das dez entrevistadas, apenas duas se disseram satisfeitas com o atendimento que receberam no hospital, inclusive, as mesmas que já haviam parido anteriormente no próprio HPC e que eram pacientes do SUS. Talvez seja relevante destacar que elas também são as que têm o nível de escolaridade mais baixo. PO 03 e PO 07 tiveram parto normal nas gestações

⁴⁴² DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014, S112.

⁴⁴³ TOMASSO, Giselle et al. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**, Caracas, v.62, n.2, p.115-121, 2002.

⁴⁴⁴ Das seis mulheres que não programaram a gravidez, quatro são casadas ou vivem em uma união estável e têm mais de 20 anos.

anteriores e a primeira teve outro parto vaginal, ao passo que a segunda passou por uma cesárea seguida de uma laqueadura tubária⁴⁴⁵ na gestação que foi objeto das entrevistas.⁴⁴⁶

Fiquei satisfeita, foi muito bom. (PO 03)

Foi tranquilo. Não teve complicação nenhuma. Eu achei as pessoas educadas (...). Não tenho nada a reclamar dos Plantadores. (PO 07)

Apesar de não se sentirem violentadas, é importante destacar que elas não foram chamadas pelo nome durante todo o atendimento, mas apenas de “mãe” ou “mãezinha”, como, aliás, ocorreu com todas as outras entrevistadas que pariram no HPC. Embora esse tipo de tratamento seja encarado por muitos obstetras como uma abordagem carinhosa, na verdade se trata de uma forma impessoal e que reduz a individualidade feminina ao seu papel maternal. Ademais, “o apelo ao papel materno geralmente se dá em um contexto em que se busca a conformação da paciente à sua dor, não apenas como algo natural do processo de se tornar mãe como, também, o preço pelo exercício de sua sexualidade”.⁴⁴⁷ Também não se pode olvidar que ser atendido de forma personalizada e ser identificado e tratado pelo nome ou sobrenome e não por números, códigos ou de modo genérico, constituem direitos de quaisquer usuários dos serviços de saúde.⁴⁴⁸

Eles chamam de mãe, não chamam pelo nome não. (PO 07)

Era chamada de mãezinha...só me perguntaram meu nome quando era para falar alguma coisa (ruim)⁴⁴⁹ de mim. (PO 01)

Mãezinha, sempre mãezinha, mãezinha, mãezinha. Ninguém sabia o meu nome. Não tive nenhum carinho, nenhuma atenção. Cada mulher que chega lá ela quer ser tratada como uma pessoa e aquele momento é especial para ela e eles tratam como uma rotina, como uma coisa normal. (PO 08)

⁴⁴⁵ A laqueadura é o quarto método contraceptivo mais conhecido das mulheres, já que primeiro vem a pílula, a camisinha, e o DIU, respectivamente. Contudo, e a despeito de sua irreversibilidade, ele ainda é o método adotado pela maior parte das mulheres em idade fértil. (COSTA, Ana Maria. SILVESTRE, Rosa Maria. Uma reflexão sobre poder, mulher e saúde: dilemas para a saúde reprodutiva. In: OLIVEIRA, Suely de; RECAMÁN, Marisol e VENTURI, Gustavo (org.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, p. 61-74, 2009, p. 68).

⁴⁴⁶ Embora, o art. 2º da lei 9263/96 diga que é vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, a paciente em questão se enquadrava em situação de risco em caso de gestação futura.

⁴⁴⁷ AGUIAR, Janaína. D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface – Comunicação, Educação, Saúde*. V. 15. 36, p.79-91, 2011, p. 85.

⁴⁴⁸ INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Guia do direito à saúde: Sistema Público de Saúde, medicamentos e planos de saúde**. São Paulo, abril, 2006, p. 08.

⁴⁴⁹ Como se verá mais à frente, PO 01 teve muitas dificuldades com a equipe médica, razão pela qual ela está pensando em processar o HPC. “Pedi meu prontuário para fazer a denúncia, mas se negaram a entregar. Eu voltei lá de novo e me deram prazo. Eu quero fazer (a denúncia), eu preciso fazer” (PO 01).

A obstetra a seguir resume bem a questão da necessidade de humanização da atenção médica através do tratamento pelo nome ao se colocar como foco da questão.

Eu não chamo ninguém de “ei, ei, psita”. Acho que deve ser senhora, doutora (o tratamento dado a ela). Do mesmo modo, eu vejo o nome. Mãezinha essas coisas eu não gosto não, eu acho que a pessoa tem nome. (MO 06)

Além disso, PO 03 e P 07 também não puderam ter um acompanhante durante o parto e o pré-parto, de acordo com o que já foi discutido no capítulo anterior a respeito das limitações estruturais do HPC. Ainda assim, elas nem mesmo achavam que este é um direito da gestante, o que denota uma naturalização do controle médico e dos problemas relativos aos recursos materiais no SUS.

Na parte médica (sala de parto) não deve ficar ninguém. (PO 03)

Tive acompanhamento o tempo todo da minha colega. Dentro da sala de parto é claro que não! (PO 07)

PO 03 foi avisada de que teria que ser feita uma episiotomia, o que ela posteriormente considerou correto, tendo em vista a explicação da obstetra, mesmo sem ter dado seu consentimento expresso. Todavia, não se pode deixar de destacar a surpresa da médica que a atendeu em saber que o primeiro parto de PO 03 aconteceu sem essa intervenção quando ela tinha apenas 17 anos, o que sugere a associação imediata que muitos médicos fazem com o fato de uma mulher ser jovem, magra e primigesta e a necessidade de uma episiotomia. E essa associação ficou mais evidente na fala dos residentes do HPC.

A médica disse: “mãe, eu vou ter que te cortar porque ele está com o cordão no pescoço⁴⁵⁰”. Ela até perguntou: “você não levou o corte do seu primeiro filho?”. Não tinha como não fazer, ia ser melhor para ela tirar o cordão. (PO 03)

A episio geralmente é feita para quem é primeiro filho, que não tem passagem. (RO 09)

⁴⁵⁰ Como já foi visto, a episiotomia é um procedimento que não deve ser realizado de forma rotineira, segundo a literatura médica. Contudo, muitos estudos consideram que não existem benefícios comprovados de que a episiotomia possa facilitar o nascimento do bebê, mesmo em casos de alto risco. Para maior aprofundamento do tema ver: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-episiotomia.html>>. Acesso em 20 de agosto de 2015.

Eu não vou pegar uma paciente que é primigesta, que nunca teve filho na vida, que eu estou vendo que a cabeça não vai passar e eu não vou deixar de fazer episiotomia porque eu não acho que é uma violência obstétrica, já que é para ajudar. (RO 04)

Geralmente, são as pacientes que estão parindo pela primeira vez. (RO 05)

Todas as pacientes conseguem nascer sem episio? Até sim, mas vai ter um parto muito mais difícil. (MO 01)

Os toques frequentes que foram realizados em PO 03 também foram entendidos por ela como necessários e inerentes ao processo do parto, ainda que desconfortáveis. Como ocorreu a mesma rotina em sua gestação anterior, esse seria um procedimento padrão em sua visão que denotaria, inclusive, cuidado.

Toda hora o médico vinha e dava toque (no primeiro parto no HPC). (PO 03)

A menina que tava com ela, a assistente dela estava toda hora vindo me ver e me tocar. (PO 03)

As oito demais pacientes entrevistadas, inclusive as do serviço particular não fizeram uma boa avaliação do atendimento médico do hospital. Nesse sentido, cinco mulheres usaram adjetivos fortes como violento e traumatizante para descrever suas experiências⁴⁵¹ e outras duas, que eram pacientes particulares, disseram não ter gostado, mas não chegaram a sentir dessa maneira.

No geral daria nota 5 porque passei muito sufoco na chegada. Para a equipe na hora do parto achei 100%. E no quarto eu fui muito bem tratada. (PO 05 – paciente particular)

Eles agem como se não estivessem fazendo nada. Falam sobre dinheiro, sobre carro e a gente pergunta eles não respondem. Fingem que você nem está ali. E a luz é muito forte no seu olho e um negócio muito estreito (a maca). E ainda te amarram...muito estranho (...). Não foi assim traumatizante porque teve pessoas, assim, já vi vários relatos muito piores do que o meu, assim perto de alguns foi ótimo, mas não foi o que eu esperava. (PO 02 – paciente particular)

A parte de pediatria lá é muito boa, a UTI (Unidade de Terapia Intensiva), sua equipe, mas eu acho que é a lei da compensação, a pediatria é muito boa porque a obstetrícia não é muito boa. (..) Estupro...acho que a palavra é essa. O meu corpo foi invadido e ele foi machucado, nossa eu nem sei explicar. É muito ruim a sensação. (PO 08)

Como que eles escolhem trabalhar com obstetrícia, trabalhar com ser humano se eles não sabem lidar com um ser humano. Porque o ser humano precisa de respeito, precisa de educação e em momento nenhum, com nenhuma das pessoas que estavam ali, eu vi isso. Nem um veterinário trata assim um animal. (PO 01)

A equipe médica que me atendeu, sinceramente, foi horrível! Me senti muito maltratada. Porém, a pediatra foi muito atenciosa, uma moça do banco de leite

⁴⁵¹ Quatro dessas mulheres se emocionaram muito e chegaram a chorar ao fazer o relato do parto.

também, tirou todas as minhas dúvidas sobre amamentação e tudo (...). Olha, posso dizer que sei o que é violência obstétrica, porque passei por isso. E isso me causou um grande trauma, me deixou com uma cicatriz física e emocionalmente. (PO 06)

Mais uma vez na maca, mais uma vez naquele elevador que parece um açougue. Você se sente um pedaço de carne indo para o abate. (RO 04)

Deus me livre! Foi horrível. (RO 09)

Convém mencionar que o companheiro de PO 05, que foi atendida pelo serviço particular, interveio em alguns momentos da entrevista para dar sua visão dos fatos e ele se posicionou da seguinte maneira: “a gente não pode falar muito também porque nem ela e nem o bebê tiveram complicação nenhuma”. Ou seja, na lógica de produção que o parto assumiu, o que importa é obter o produto final do parto, o bebê, de forma minimamente saudável e assegurar que não haja danos físicos na “mãe-máquina”.

Para a maioria das entrevistadas, os problemas começaram desde o primeiro atendimento na emergência do HPC, quando a acolhida é considerada muito ríspida e não há uma explicação sobre os procedimentos que irão ocorrer ao longo de todo o processo de internação. Embora não seja uma justificativa que desculpe a atuação dos médicos, provavelmente, esse tipo de receptividade também é consequência da lotação do serviço e da carência de leitos, o que faz com que eles trabalhem mecanicamente e tentem evitar ao máximo as internações, principalmente, quando não se tratam de pacientes de alto risco.

Com nome ou sem nome (era uma paciente particular) fomos mal atendidos pelo sistema de atendimento, como aquele atendimento está sendo para todo mundo, atende a mulher, dá tranquilidade (...). Não investigaram porque eu estava sentindo aquela dor aguda com 39 semanas. Estava com muita contração e sem dilatação (...). Eu não poderia ter sido de maneira nenhuma sendo mandada para casa. (PO 05)

Cheguei lá com dor, esperei para ser atendida e me mandaram voltar. Falei que eu moro em um lugar muito afastado. Mas a médica me mandou voltar. Fui eu e minha mãe a pé para a Beneficência e lá me disseram que eu já estava para ter o neném, mas me mandaram de volta para o Plantadores. Voltamos à pé, no sol. Chegamos lá e a médica já veio de grosseria, mas falei que tinha vindo da Beneficência e ela me mandou para casa com dor mesmo assim. Se não fosse (uma pessoa conhecida da paciente e de uma obstetra que estava de plantão), eu não teria sido atendida e não sei o que teria acontecido. Depois que ela chegou foi tudo melhor. (PO 09)

E então depois de muito esperar, uma médica veio e disse: Paciente (...), Cesária! Eu então questioneei a ela o motivo, se eu estava esperando pra fazer a ultrassom, ela me respondeu na maior ignorância: “é que você está com 41 semanas e não dá tempo de esperar o resultado”. Dai eu novamente a indaguei: “mas doutora, tem que ser cesária somente porque não vai dar tempo de sair o resultado?”. E mais uma vez na grosseria ela me deu a seguinte resposta: “queridinha, sua pressão está alta!”. Pronto, nesse momento meu corpo entrou num estado anestésico, não sentia mais nada, não sabia mais nada, entrei em choque! Enfim, fui encaminhada para a sala de cirurgia, só obedecendo ordens, sem entender nada o que estava acontecendo, minha mente se desligou do mundo real, e dentro de mim eu só pensava: Por quê? (PO 06)

Eu fui um pouco hostilizada...porque eu já estava com a bolsa rompida há muito tempo “O que que você tem na cabeça?” A médica falou (...). Só na triagem, assim, com ela (a obstetra) eu devo ter tomado uns 5 toques em 30 min que eu fiquei na sala com ela (...). Ela foi muito ríspida comigo, me chamou de irresponsável. (PO 08)

As instalações físicas e sua manutenção também foram criticadas por seis das entrevistadas e as críticas recaíram até mesmo sobre a ala particular. Isso reforça o problema já apontado no capítulo anterior pelos obstetras e residentes sobre as instalações inadequadas e as dificuldades materiais, bem como a inexistência de grandes avanços nessa seara, mesmo com os recursos da Rede Cegonha.⁴⁵²

Não tem como caminhar porque não tem espaço e você precisa de ajuda, mas ao mesmo tempo você não tem um acompanhante para te ajudar (...). A estrutura física é péssima, péssima, péssima, péssima...o banheiro é o horror de tudo. Eu peguei uma micose no banheiro. (PO 08)

É precária a estrutura. O berço que ele estava (o filho) tinha ferrugem. Não tem comadre para você fazer xixi, você tem que fazer xixi na cama e não trocam seu lençol. Minha enfermaria foi improvisada na sala onde eles dão banho nos bebês. O banheiro é precário, não tem aquela limpeza. A comida até que eu não tenho o que reclamar, é boa, serve na hora certinha. (PO 01)

A estrutura é precária. O hospital tinha algumas partes em obra. O quarto (particular) era bem simples, tudo muito antigo. (PO 05)

Eu fiquei em uma ala separada (particular) com outra menina. Só o banheiro que deixava meio a desejar. E a comida era horrível. Eu não consegui nem comer e olha que eu estava morrendo de fome. (PO 02)

Não tenho o que reclamar. O quarto era bem arejado, as camas até bem distribuídas e toda a manhã uma moça ia limpar o quarto. A comida servida também era gostosa. O que me deixou desconfortável foi ter que ficar no mesmo lençol por 3 dias. Quando recebi alta o lençol estava imundo e em todo momento em que estive lá não o trocaram. (PO 06)

Olha...eu, pra te falar a verdade, nem reparei nessas coisas. (PO 07)

No que se refere à presença de um acompanhante, apenas uma entrevistada teve esse direito respeitado em tempo integral, inclusive com a presença do companheiro durante a cesárea, mas essa é uma excepcionalidade, não só porque se tratava de uma usuária do serviço particular, mas porque ela já conhecia a obstetra previamente. Mesmo em uma ala separada, as demais pacientes particulares não tiveram a presença do acompanhante durante o parto e houve restrição quanto à permanência dos companheiros até mesmo no quarto. Uma das pacientes do SUS que ficou desacompanhada tinha 17 anos à época do parto e estava em sua primeira

⁴⁵² Durante o período da pesquisa as transformações estruturais mais perceptíveis foram relativas ao aspecto externo do hospital, recém-modificado com uma obra de modernização. Internamente, embora estivessem ocorrendo algumas obras, não foi possível notar modificações expressivas.

gestação, o que fere, como já foi dito, não apenas a lei do acompanhante, mas também o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Eu fiquei sozinha sem saber direito o que estava acontecendo. (PO 09)

No consultório (particular) ele disse que teria direito ao acompanhante, chegou na hora ele não quis deixar entrar porque o centro cirúrgico estava muito cheio. Só que eu estava sozinha na sala. Meu marido não podia ficar nem no quarto particular, ele ficava só como visita. Só poderia ser uma mulher. Depois das 19h ele não poderia ficar. (PO 02)

Depois que o neném nasceu eu fui para o quarto e aí minha mãe estava lá. (PO 10)

Tirando a experiência de PO 03, já mencionada anteriormente, o momento do parto normal foi muito conturbado para as outras mulheres, pois elas estavam sozinhas se sentindo pressionadas, além de haver uma ameaça constante da equipe médica no sentido de que se elas não “colaborassem” seus filhos poderiam morrer, ou ter algum problema de saúde.

(A médica dizia) “A força não é na garganta, é embaixo! Faz força de cocô”. (PO 10)

Eu deitei na maca ela já me aplicou anestesia. E eu perguntei: “você vai fazer episiotomia? Você nem sabe o tamanho do meu bebê!” Ela disse: “olha, eu normalmente não faço isso, mas você precisa. Estava ela, a residente e mais umas 4 enfermeiras (...). Ela ficava gritando: “você está fazendo a força errada! Você é uma mulher ou uma merda? Bota esse menino para fora! Você está há muito tempo com essa bolsa rota. Você não está ajudando seu filho, você está fazendo ele sofrer! Você quer que ele morra?” E, assim, é uma pressão psicológica na cabeça da pessoa e que aí que veio a parte que para mim foi pior que foi não ter amor trazendo meu filho para o mundo, foi a raiva, porque eu não queria que isso estivesse acontecendo, não queria esse sentimento trazendo ele. Eu botei ele para fora com raiva dele, de tudo que eu estava vendo. (Eu pensei) Gente, ele tem que sair logo para eu poder sair logo daqui. PO 08)

Estava com 10 cm de dilatação e pensei que iria ser rápido. Foi uma acadêmica (residente) que me atendeu. Outra acadêmica veio me deu toque de novo e outra acadêmica veio e disse que tinha que estourar minha bolsa. Eu falei que não tinha necessidade. Nisso que ela deu o toque, ela estourou com o toque mesmo. Eu reclamei com ela, mas ela falou que não fez de propósito, mas eu sabia que tinha feito (...). Elas não queriam deixar eu andar...e eu precisa ficar numa coisa que a gravidade ajudasse. Queriam que eu fosse para sala de parto. Só que eu já tive um filho, eu sei o que é o período expulsivo e não estava no período expulsivo. A única pessoa que me tratou bem foi a enfermeira. (a médica disse) “Você tem que fazer força porque seu filho já está aqui embaixo, seu filho vai morrer por sua causa...porque ele tá sufocando. Eu disse “como que ele tá sufocando se ele não respira, ele está com o cordão como que ele vai morrer sufocado? ” É uma questão de lógica! Aí ela começou discutindo comigo “por que você está querendo saber mais do que eu? ”. A pediatra começou a pressão também, a falar que eu tinha que fazer força. Uma outra médica veio na maior ignorância: “você está querendo mandar em quem? Você não manda em ninguém! ” (...). “Eu vou lá agora falar o que você fez”. E foi lá para fora e ela falou barbaridades com a minha mãe e a minha tia...que meu filho ia morrer por minha causa, que eu quis mandar nela, que eu chutei a médica, sendo que eu não chutei ninguém. Quando me levaram para enfermaria minha mãe estava chorando. (PO 01)

Nenhuma das entrevistadas que teve parto normal relatou ter passado por uma tricotomia ou um enema, mas todas as pacientes que tiveram parto normal passaram pela episiotomia. E tirando a posição de PO 03, as demais se sentiram violentadas com essa intervenção, tanto porque não consentiram no procedimento, quanto pela maneira como ele foi realizado. Em um caso, a paciente disse ter ficado com uma sequela física.

Assim, até que cicatrizou bem, mas foi um corte muito grande e a médica não me falou nada. Mas eu não senti dor na hora. (PO 10)

Ela começou apertando a minha barriga para sair a placenta e começou a dar os pontos. Eu levei mais tempo levando ponto do que tendo ele. Aí quem me deu o ponto foi a acadêmica (residente) e ela demorou muito, muito...e os dois últimos pontos foi sentindo dor porque a anestesia já estava passando (...). Doeu muito depois a episio. Tenho medo de ter relação, eu estou meio traumatizada, com medo de sentir dor e eu não consigo. (PO 08)

Eu disse: “não me corta, eu não quero que me corte, o corpo é meu então eu decido, eu assumo o risco”. Veio o supervisor e disse que iria lacerar. (...). Ela foi e me cortou sem anestesia. E eu gritei: “você está me cortando, você está me cortando!” E depois ela começou me suturando sem anestesia. Eu comecei gritando. Eu falei: “por favor, está doendo muito”. Aí ela foi e me deu anestesia (...). O corte foi feito errado, a sutura foi feita errada. Eu vou ter que refazer...eu sinto dor, está aberto. A minha outra episio a médica fez por fora, ela cortou por dentro também no canal e está aberto, eu não posso ter relação (...). Voltei na Dr^a. (responsável pelo pré-natal) para ela olhar e ela disse que errado não está, mas poderia ter sido feito melhor. Mas ela disse que teria que refazer! (PO 01)

PO 01 relatou ter se informado bastante sobre os procedimentos do parto de maneira que assumiu um discurso de empoderamento que, aparentemente, incomodou bastante os obstetras do HPC. Segundo ela, além de terem feito a episiotomia e a manobra de Kristeller, mesmo sob os seus protestos expressos conforme o que foi transcrito acima, também não deixaram ela amamentar seu filho, pois disseram que ela deveria fazer outro exame de sangue, sendo que ela havia feito um exame 15 dias antes do parto, além de outros dois ao longo do pré-natal. Por isso, ela descumpriu as instruções médicas e amamentou, o que foi anotado em seu prontuário (e ela teve alta do hospital sem que esse novo exame ficasse pronto). Ela também narrou ter vivido mais um grande constrangimento:

Aí, no caso, na madrugada, esse médico que era o supervisor deles lá, ele estava no corredor me procurando, chamando meu nome, e ele virou para mim na frente de todo mundo: “seu filho ia morrer por sua causa, você que provocou ele ter ficado longe de você, você não pode ficar se baseando no que você lê em internet porque eu sou médico, eu tenho mais de 30 anos de profissão, eu sei o que eu estou fazendo. Para mim é muito mais fácil fazer o procedimento certo do que esperar você parir”. E assim, na hora eu estava muito frágil, então não tive aquela reação de falar nada. E quando ele saiu todo mundo ficou olhando...eu virei comentário, todo mundo ficou sabendo. (PO 01)

Todas as parturientes também sofreram a manobra de Kristeller, a despeito de a mesma já estar proscrita na literatura médica. Como já foi visto, porém, os obstetras e residentes do HPC realizam essa prática quando julgam necessário.

A médica fez uma força muito grande em cima para sair. (PO 03)

A enfermeira veio para subir em cima de mim e eu avisei a médica que não queria (...)
A médica falou de forma irônica: “ai fulana, ela não quer essa manobra, ela não quer ajuda! (PO 08)

A médica falou que iria fazer uma manobra para me ajudar e na hora que ela pressionou, ela nasceu. (PO 10)

Ela simplesmente subiu em cima de mim, com as duas mãos ela forçou as minhas pernas segurando, ela botou a perna dela dobrada aqui em cima...a sala encheu dos residentes que estavam lá...ela chamou dois, um com um braço para lá, e outro com o braço para cá. Meu filho não nasceu, ele foi expulso do meu útero. Eu não fiz força na hora. Eles forçaram! (...). Até hoje eu não consigo ficar ereta, normal. (PO 01)

Apenas uma paciente que passou por uma cesariana se disse confortável com todo o procedimento. E outra entrevistada, apesar de estar muito nervosa no momento do parto, elogiou o trabalho da equipe médica, já que acredita que seu bebê poderia estar morto ou com problemas de saúde se não fosse o trabalho da equipe que fez o parto. Ou seja, em geral, o momento do parto cirúrgico também foi muito estressante para as mulheres entrevistadas, principalmente em razão da pouca comunicação entre a equipe médica e a parturiente.

Na sala de parto eu só consegui chorar. (PO 04)

Fiquei com muito medo, não queria ir. Estava tremendo, minha mão estava suando muito. E eles não explicam nada. Quando começou a cortar eu comeci a sentir o cheiro de queimado e começou a arder. E eu falei e parecia que eu não estava ali! Depois do parto eu fiquei com muita falta de ar e falaram só assim: “já está acabando”. (PO 02)

Não fui informada de absolutamente nada! As únicas coisas que me perguntaram foi: “você tem alergia a algum medicamento?” e a outra foi: “qual o seu peso?”, de resto, mexeram em mim como se estivessem preparando um frango para assar. (PO 06)

É muito estranho, você tá em um ambiente que você não é familiarizada, com umas pessoas que você não conhece que também não te passam segurança. (PO 09)

Em todos os casos, partos vaginais e cesáreas, as pacientes foram mantidas em jejum, já que, a despeito das estatísticas já apresentadas, a regra parece ser o parto cirúrgico, já que sempre se trabalha com o risco da evolução para uma cesariana mesmo no caso de um parto normal aparentemente sem complicações. Por essa razão, muitas pacientes ficam fracas e indispostas para o trabalho de parto, o que gera mais conflitos na relação médico-paciente.

Acabei dormindo porque estava muito cansada, mas a médica ficava falando levanta daí, levanta daí e dando toque de 30 em 30 em min. (PO 08)

Ele falou para eu não comer nada e não beber desde 19h da noite (o parto estava marcado para as 6h, mas só ocorreu às 10h). Eu estava com muita fome. (PO 02)

Cheguei ao hospital era por volta de uma da tarde, fiquei até as 17 e pouca, 18h, sem comer nada que foi quando me levaram pra sala de parto. Depois disso, só pude comer pela manhã. (PO 06)

Me disseram: “fica em jejum que pode ter que fazer cesárea”. (PO 010)

As entrevistadas também não tiveram um contato imediato com seus bebês. E isso ocorreu tanto nas cesáreas quanto nos partos normais. Na maioria dos casos não houve uma justificativa médica que embasasse o fato. O que se percebe é que existe uma sequência de procedimentos que são realizados tal qual em uma linha de montagem e que não se admite sua interrupção conforme as circunstâncias de cada caso, mesmo quando eles não são necessários.

Vi (o bebê) mas muito rápido. Tiraram foto aqui do lado e tiraram. E depois levaram ele para o quarto e entregaram a minha mãe. (PO 02)

A pediatra avisou que o neném nasceria meio mal por causa da sedação (da mãe) e levaram ela. (PO 05)

Aí a pediatra falou: “não coloca a mão nele...eu só vi só a bundinha dele...logo levaram ele”. (PO 08)

Ele nasceu 10 min para 11h e só levaram para mim às 14:30. (PO 01)

Eu só pude ver a bunda dele. (PO 04)

Não me deixaram ver e muito menos me avisaram que ele havia nascido. Apenas vi uma enfermeira passar com um neném no colo. Depois que haviam me tirado da sala de parto e me deixaram no corredor esperando leite, pedi a uma enfermeira para vê-lo e levaram ele por menos de um minuto e só pude vê-lo e dizer é a mamãe meu amor e pronto, levaram-no novamente. (PO 06)

Ela me explicou tudo depois que ele nasceu, mas logo levaram ele pra dentro. Não me mostraram porque era a questão da toxoplasmose. (PO 03)

Cabe agora verificar a percepção dessas parturientes sobre a situação da mulher na sociedade atual, em especial no que concerne à maternidade e ao aborto.

3. PERCEPÇÕES SOBRE MATERNIDADE, ABORTO E IGUALDADE DE GÊNERO

Metade das entrevistadas acredita que as mulheres já nascem destinadas a ser mães. A outra metade entende que a maternidade é uma escolha individual e que não é inerente à condição feminina. Conforme o já mencionado, apenas quatro entrevistadas planejaram a gravidez.

Tem que querer ser mãe. É uma escolha. (PO 10)

Com certeza existe um instinto. Por mim mesma, porque eu faço tudo por ele. E eu sempre quis ser mãe nova, para quando eu estivesse mais velha, meus filhos estivessem grandes. (PO 03)

Sempre quis ser mãe. Acho que toda mulher é assim. (PO 09)

Desde criança que eu sonho em ser mãe, mas isso é uma coisa pessoal minha. Ninguém nasce assim. (PO 10)

O aleitamento materno foi entendido como de fundamental importância, mas em nenhuma entrevista ele foi colocado como uma obrigação e sim como um benefício para a mãe e o bebê, de acordo com a vontade e as possibilidades maternas.

Pretendo amamentar pelo menos os 2 anos que é o recomendado. Acredito que o leite da mãe é o melhor alimento para a criança, pois tem tudo o que ela precisa, tornando a criança mais saudável e menos vulnerável a doenças. E também é impossível não lembrar do elo que se cria entre mãe e filho, que para mim tem sido muito especial, pois apesar de terem me tirado tudo (no momento do parto), destruído todos os meus sonhos, amamentar tem sido da onde tenho tirado forças. (PO 06)

Acho que é 100% fundamental, mas ela pode não amamentar porque é direito um direito dela. (PO 08)

É importante demais, mas se ela não tem condição ou se ela não quiser, TUDO BEM. (PO 05)

Ainda que a gravidez não tenha sido planejada na maioria dos casos, nenhuma entrevistada cogitou fazer um aborto.

Eu não queria ter filhos, mas não pensei em abortar. Nem gostar de criança eu gostava. (PO 02)

Acho que as mulheres nascem com um isso (instinto maternal). Mas quando eu engravidei eu não me senti assim não, eu me senti depois que eu vi meu filho. Porque quando eu engravidei eu fiquei muito revoltada. Mas eu não faria porque desde o momento que...eu não queria, mas aconteceu. (PO 07)

A respeito do aborto, metade das entrevistadas acha que o aborto deveria ser legalizado. Uma acha que não deve ser legalizado, mas que a mulher também não deve ser presa e outra não tem certeza se deveria ser legalizado ou não. As demais acham que o aborto deve ser mantido como crime com suas respectivas punições e uma entrevistada acha que as sanções penais desse crime devem ser aumentadas.

Eu acho que tá correto (prender) porque é uma vida. (PO 07)

Tem que ser crime. Tem que existir pena de morte para quem fizesse isso. (PO 03)

Se a mulher não quer...eu acho melhor tirar e ter as consequências dela. (PO 08)

Eu não faria, mas ela tem que ter o direito dela, o direito sobre o corpo dela. Obviamente deve haver um controle para não virar um método contraceptivo. (PO 01)
Com certeza, não adianta ter um filho só para agradar alguém. E você como mulher? (PO 04)

Eu não sei se eu tenho uma opinião formada sobre isso. (PO 05)

Eu particularmente não faria, mas eu respeito quem faz. Cada um tem direito de fazer o que quiser. (PO 02)

Perguntadas sobre as relações de gênero, somente duas entrevistadas acreditam que não existe dominação masculina nos dias de hoje. Estas encaram a complementaridade dos papéis sociais de gênero, especialmente no âmbito doméstico, como algo natural e positivo. Isso mostra a internalização da violência simbólica sofrida por essas mulheres e pode ser um indício da dificuldade que justamente essas mesmas mulheres tiveram em perceber certas práticas pouco humanizadas no seu atendimento obstétrico.

Acho que homens e mulheres têm as mesmas oportunidades. A gente (ela e o pai dos seus filhos) faz a mesma coisa (na criação dos filhos). Cada uma tem o seu papel. (PO 03)

Eu acho que existe sim (igualdade de direitos). Eu acho que ninguém faz mais do que ninguém, cada um faz a sua parte. (PO 07)

As demais entrevistadas acham que ainda existe muita discriminação em relação ao gênero feminino, especialmente, no campo profissional. É interessante, porém, que as mesmas mulheres que se sentiram vítimas de violência obstétrica e que reconhecem que existe muita discriminação social contra mulheres, não consideraram que elas pessoalmente tenham sofrido algum tipo de violência pelo fato de serem mulheres, o que sugere que a violência obstétrica é encarada muito mais a partir de uma perspectiva mais ampla de medicalização da vida humana em geral do que a partir de uma questão de gênero.

As mulheres sofrem sim, discriminação, mas atualmente as mulheres têm superado várias barreiras e se mostrado fortes, lutando a cada dia. (PO 06)

Não tem (igualdade), a mulher ainda é muito discriminada, muito submissa. Se o marido ajuda com alguma coisa dentro de casa e com os filhos, ele é discriminado. (PO 01)

A sociedade é muito machista. (PO 04)

Essa diferença é maior na parte profissional. Eu nunca vivi nenhuma situação de discriminação, mas tem. (PO 08)

Eu nunca sofri, mas existe muita diferença sim. (PO 09)

4. PERFIL DAS MULHERES ATENDIDAS EM PROCESSO DE ABORTAMENTO

De acordo com a explicação previamente apresentada, no projeto inicial da pesquisa apenas seriam entrevistadas mulheres que tivessem provocado um aborto, com o objetivo de analisar o tipo de atendimento dispensado a pacientes que rompem com a ideia da maternidade como um destino e, por conseguinte, assumem um controle maior sobre sua capacidade reprodutiva, ainda que por meio de ato polêmico como o abortamento. Porém, como esse tipo de informação não é facilmente fornecida, tendo em vista que se trata de uma prática delituosa e que ainda desperta reprovação social, foram entrevistadas mulheres que passaram por um abortamento, independentemente do seu tipo. Ademais, tendo em vista que o objetivo da pesquisa é analisar como o poder médico e a violência obstétrica estão associados a partir do estudo do atendimento médico-obstétrico oferecido no HPC, não foi problemática a abertura das entrevistas a quaisquer mulheres que tenham sido atendidas em processo de abortamento no HPC. Ou seja, a humanização do atendimento ao aborto (provocado ou espontâneo) e a humanização do parto são realidades que se complementam. Nesta vertente, cabe mencionar que o projeto de lei 7.633/14, de autoria do deputado federal Jean Wyllys (PSOL-RJ), que busca combater a violência obstétrica, dispõe justamente sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante todo o ciclo gravídico-puerperal, incluindo, também, o abortamento, espontâneo ou provocado.⁴⁵³

Alguns médicos mencionaram esse projeto como um retrocesso (mesmo desconhecendo os termos do texto legislativo) e têm uma visão bastante depreciativa a respeito

⁴⁵³ Disponível em:

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014>. Acesso em 10 de outubro de 2015.

do deputado em questão por ele ser um defensor da legalização do aborto, mas também lutar pela diminuição do número de cesáreas no Brasil. Na visão desses profissionais, o deputado é incoerente, pois ele defenderia o direito à escolha da mulher no caso do aborto, mas não em relação a sua via de parto. Tal percepção, porém, não se coaduna com o projeto de lei mencionado, o que mostra o desconhecimento dos entrevistados sobre o tema. De acordo com o projeto, toda gestante tem direito à informação e à escolha. Desde a descoberta da gravidez, a mulher fará jus à elaboração de um plano individual de parto. Nesse documento, ficarão registradas todas as suas opções, como as equipes de acompanhamento, sempre que possível, o tipo de parto que prefere e o local onde quer que ele ocorra. Qualquer alteração no plano deverá ser anotada no prontuário pelo médico responsável com a justificativa clínica da mudança. Nesse sentido, vale destacar, algumas partes do projeto:⁴⁵⁴

Art. 13 - Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos (as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, **que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade (grifo nosso)**, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Art. 14, V - **induzir a mulher a aceitar uma cirurgia cesariana sem que seja necessária, mentindo (grifo nosso)** sobre riscos imaginários, hipotéticos e não comprovados, e ocultando os devidos esclarecimentos quanto aos riscos à vida e à saúde da mulher e do conceito, inerentes ao procedimento cirúrgico; VI - **realizar cirurgia cesariana** sem recomendação real e clínica, sem estar baseada em evidências científicas, **a fim de atender aos interesses e conveniência do(a) médico(a) (grifo nosso)**; VII - agendar cirurgia cesariana sem indicação real e clínica de cirurgia eletiva, mesmo nos casos em que tal procedimento cirúrgico se mostre necessário para o desfecho positivo do nascimento, porém **impedindo o início fisiológico do trabalho de parto, a fim de atender aos interesses e conveniência do(a) médico (grifo nosso)**.

De todo modo, cabe evidenciar que embora não seja possível diferenciar a curetagem (ou outros procedimentos adotados para induzir ou terminar um abortamento) decorrente do aborto espontâneo daquela decorrente do aborto provocado nas estatísticas oficiais, o Ministério da Saúde reconhece que boa parte das curetagens decorre de abortos induzidos, pois os abortos espontâneos não costumam requerer internação hospitalar.⁴⁵⁵

⁴⁵⁴ Disponível em:

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014>. Acesso em 10 de outubro de 2015.

⁴⁵⁵ Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf Acesso em 25 de abril de 2013.

O aborto provocado é uma das principais causas de mortalidade materna no país⁴⁵⁶, além de onerar severamente o Sistema Único de Saúde (SUS) e o procedimento de curetagem pós-aborto é a cirurgia mais realizada pelo SUS no Brasil.⁴⁵⁷ O maior estudo sobre a magnitude do aborto no país⁴⁵⁸ mostra que, aos quarenta anos, mais de uma em cada cinco mulheres brasileiras já fizeram um aborto ilegal. Além disso, mais da metade destas mulheres teve que ser internada após a realização do aborto, o que evidencia como o sistema de saúde é sobrecarregado em decorrência das complicações dos abortos inseguros. Todavia, as pesquisas também apontam para o despreparo médico em atender a essas mulheres⁴⁵⁹ mesmo quando se tratam de abortos legais e mesmo em hospitais, teoricamente, especializados nesse tipo de atendimento⁴⁶⁰. Cabe mencionar, inclusive, que uma pesquisa realizada entre os anos 2000 e 2002 no próprio HPC mostrou que esta era também a realidade do hospital. Segundo a pesquisadora, Maria do Carmo Petrucci Rangel, além do uso de procedimentos técnicos inadequados, “no hospital pesquisado não há um critério emocional de preservação das pacientes que se submetem à curetagem”.⁴⁶¹

É importante repisar que a problemática em torno da criminalização do aborto é, antes de tudo, uma questão sobre a autonomia sexual feminina. Tal afirmação vai ao encontro do fato de que a criminalização do aborto apenas exerce um poder simbólico, já que é uma prática amplamente utilizada, mas pouco incriminada pelos Tribunais brasileiros. Isso parece mostrar que o objetivo dessa tipificação penal não é proteger a suposta vida do feto como se costuma apregoar, mas sim garantir um controle formal e estatal,⁴⁶² por meio da lei, sobre a

⁴⁵⁶ Estima-se que ocorra 1 milhão de abortos clandestinos anualmente no Brasil, sendo a quinta causa para as mortes maternas no país. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/governo-afirma-onu-que-aborto-clandestino-no-pais-problema-de-saude-publica-15550664>>. Acesso em 15 de agosto de 2015.

⁴⁵⁷ YU, Pai Ching. **Registro nacional de operações não cardíacas: aspectos clínicos, cirúrgicos, epidemiológicos e econômicos**. Tese de Doutorado (Faculdade de Medicina - Programa de Cardiologia) São Paulo: USP, 2010, 115 f, p. 65.

⁴⁵⁸ DINIZ, Débora, MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, vol.15, n°.1, p.959-966, Rio de Janeiro, 2010.

⁴⁵⁹ FAÚNDES, Aníbal et al. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.26, n.02, p.89-96, março de 2004.

⁴⁶⁰ Sobre o tema, ver: FARIAS, Rejane Santos. **Avanços e desafios na viabilização ao acesso ao aborto legal no Hospital Municipal Fernando Magalhães na perspectiva dos profissionais de saúde**. Trabalho de conclusão de curso (Escola de Serviço Social). Rio de Janeiro: UFRJ, 2009, 131 f e RANGEL, Maria do Carmo Petrucci. **Aborto em Campos dos Goytacazes: o caso do Hospital dos Plantadores de Cana**. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais). Campos dos Goytacazes: UENF, 2004, 125 f. Em breve também será publicada uma pesquisa de âmbito nacional sobre o tema que já aponta, em seus dados preliminares, a mesma realidade (MARIZ, Renata. Barreiras do aborto legal. **O Globo**. Rio de Janeiro, 05 de julho de 2015. Sociedade, p. 06).

⁴⁶¹ RANGEL, Maria do Carmo Petrucci, *op. cit.*, p. 100-101.

⁴⁶² Em um rico estudo sobre a situação da mulher na antiga URSS, Wendy Goldman mostra que mesmo no Estado Socialista soviético, a lógica se repetiu, tendo em vista que o aborto foi legalizado pós Revolução e novamente criminalizado de acordo com os interesses natalistas estatais. Também vale mencionar que os procedimentos médico-hospitalares para o aborto legal eram considerados tão brutais que as mulheres recorriam a outras pessoas

sexualidade e reprodução femininas,⁴⁶³ o que é fundamental no exercício da biopolítica. Assim, “por ser um corpo reprodutor, o corpo da mulher não faz jus à privacidade, à autonomia”.⁴⁶⁴ Como bem aponta Susan Faludi: “o maior crime das feministas pode ter sido a independência sexual, e não o assassinato”.⁴⁶⁵ O debate sobre o aborto é fundamental, pois:

Todas as aspirações das mulheres – seja na educação, no trabalho ou em qualquer outro campo de autodeterminação – baseiam-se afinal na possibilidade delas decidirem se e quando vão ter filhos. É por isso que a liberdade reprodutiva sempre foi o assunto mais popular em cada uma das sucessivas agendas feministas- e o alvo pesadamente visado por cada contra-ataque (antifeminista).⁴⁶⁶

Tal qual as demais parturientes entrevistadas, a única exigência para a escolha das entrevistadas que passaram por um abortamento no HPC é que este atendimento tivesse ocorrido até, no máximo, um ano antes, tanto para preservar a memória dos fatos, quanto para garantir uma correspondência entre os médicos que foram entrevistados no presente trabalho e o atendimento ao aborto que foi ofertado às entrevistadas. De acordo com o que já foi explicado, as entrevistas serão identificadas apenas pelas letras AO, seguidas de um número escolhido aleatoriamente, de maneira a proteger a identidade das entrevistadas.

Das dez entrevistadas, cinco são pardas; quatro são brancas e uma é negra. Cinco se declaram católicas; três se declaram evangélicas e duas dizem não ter religião. Suas idades variam entre 18 e 33 anos, com duas entrevistadas com 18 anos; uma com 20 anos; uma com 21 anos; uma com 24 anos; uma com 26 anos; uma com 27 anos; uma com 28 anos; uma com 29 anos e uma com 33 anos. Quatro delas são casadas; duas têm um companheiro e quatro são solteiras, sendo que destas, três têm um namorado estável, que é o único parceiro sexual.

As dez entrevistadas residem no Município de Campos, embora duas sejam naturais de outros Estados. Quanto à escolaridade, uma tem ensino superior; duas estão na faculdade; três têm ensino médio completo, uma tem ensino médio incompleto, uma tem ensino fundamental e duas têm ensino fundamental incompleto. Apenas quatro exercem atividade

para a prática e o aborto ilegal continuou ocorrendo em larga escala mesmo no período de legalização. Para mais informações, ver: GOLDMAN, Wendy. **Mulher, Estado e Revolução**. São Paulo: Boitempo: Iska Edições, 2014.

⁴⁶³ A interpretação histórica da legislação penal brasileira mostra o aborto só passa a ser juridicamente relevante no primeiro Código Criminal do Império, em 1830, e mesmo assim tendo como objeto de proteção os bons costumes e a moralidade, e não a vida humana. Sobre o tema ver: EMMERICK, Rulian. **Aborto: (des)criminalização, direitos humanos e democracia**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

⁴⁶⁴ ARDAILLON, Danielle. O aborto no Judiciário: uma lei que justifica a vítima. In: BRUSCHINI, Cristina e SORJ, Bila (orgs.). **Novos olhares: mulheres e relações de gênero no Brasil**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas e Marco Zero, p. 213-249, 1994, p. 215.

⁴⁶⁵ FALUDI, Susan. **Backlash: o contra-ataque na guerra não declarada contra as mulheres**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001, p. 382.

⁴⁶⁶ *Ibidem*, p. 392.

profissional remunerada. Das demais, duas são estudantes, duas são donas de casa e duas estão desempregadas.

Das dez pacientes, seis já são mães, três já têm um filho e três têm dois filhos. A gravidez que resultou no aborto foi planejada em somente três casos, o que segue a tendência nacional, já que se estima que por volta de um terço das gravidezes do Brasil sejam indesejadas.⁴⁶⁷ Porém, apenas duas pacientes admitiram ter provocado o aborto. Nestes casos, foi usado o Misoprostol, mas a gestação já estava com 10 e 11 semanas, respectivamente, o que pode tornar a prática mais sujeita a complicações, sem contar a incerteza quanto à boa procedência do medicamento utilizado. Houve outros três casos em que os obstetras de plantão acreditavam se tratar de abortamentos provocados, embora as pacientes tenham negado reiteradamente.⁴⁶⁸ Além das duas gestantes que, de fato, provocaram o aborto, outra mulher entrevistada disse que já havia feito um aborto quando tinha 17 anos, mas em outra cidade. Porém, disse também que não teria mais coragem de repetir a prática. Assim, mesmo com gravidezes não planejadas, sete entrevistadas disseram que não fariam um aborto, a não ser que se tratasse das hipóteses legais. Uma destas disse que nem mesmo diante dos permissivos legais faria um aborto.

Também foram sete as entrevistadas que recorreram diretamente ao HPC por sua própria iniciativa. Outras três foram primeiro a outros serviços de saúde que as encaminharam para o Plantão de Cana. Faz-se, agora, a análise do atendimento recebido pelas mesmas no hospital em questão.

5. SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO

De todas as entrevistadas, quatro disseram ter sido bem tratadas e ficaram satisfeitas com o atendimento recebido. Duas fizeram críticas ao atendimento, mas consideraram o atendimento regular e outras quatro se mostraram muito insatisfeitas com o atendimento recebido. As pacientes que se disseram plenamente satisfeitas, novamente, são as que têm a menor escolaridade. Nesse sentido, o serviço público de saúde e seus servidores não são entendidos como prestadores de um direito a que elas fazem jus, mas sim como profissionais

⁴⁶⁷ COSTA, Ana Maria. SILVESTRE, Rosa Maria, *op. cit.*, p. 71.

⁴⁶⁸ Como já foi visto e será detalhado mais à frente, muitos médicos insistem nesse tipo de questionamento. Houve um caso, porém, em que a paciente contou para a médica que suspeitava que seu namorado tivesse lhe dado uma bebida com alguma substância abortiva, pois depois de tomar essa bebida ela começou a passar mal. Contudo, na entrevista ela não relatou essa situação, apenas disse que o namorado insistiu que ela abortasse, mas ela não queria, e apenas disse para ele que iria pensar no assunto para que ele ficasse mais calmo.

que estão agindo quase como de forma caritativa, de maneira que não devem ser questionados em sua atuação. Também ficou claro que o sentimento de culpa em relação à perda da gravidez (mesmo considerando que sejam abortos espontâneos) fez com que algumas relevassem certos problemas médico-hospitalares. A Norma Técnica do MS que trata do atendimento humanizado em caso de abortamento dispõe justamente sobre isso ao afirmar que:

A mulher que chega ao serviço de saúde em situação de abortamento espontâneo, induzido ou provocado, está passando por um momento difícil e pode ter sentimentos de solidão, angústia ansiedade, culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, sensação de incapacidade de engravidar novamente.⁴⁶⁹

Nessa linha, seguem os relatos elogiosos ao serviço do HPC:

Eles foram muito bons. Me explicaram tudo. Eu estava muito nervosa, chorei muito, porque eu queria muito esse bebê. Até meu esposo até chorou porque a gente já tem uma menina e queria um menino. (AO 09)

Me atenderam rápido, nem esperava ser assim porque tinha um monte de mulher na fila, mas eles logo me chamaram. Eu estava sangrando muito. (AO 07)

Eles fizeram o que dava para fazer. Eu não sabia que estava grávida, então estava fazendo tudo normal...(AO 10)

O problema foi que na semana passada eu tinha feito um teste de farmácia e vi que estava grávida, mas tava com muita dor e tava escorrendo um pouco de sangue. Procurei o postinho e a médica não ouviu o coração do neném. Ela me passou um ultrassom, mas eu não fiz. No outro dia saiu muito sangue e meu marido (companheiro) me mandou procurar o hospital porque ele não poderia vir junto. E aqui me disseram que eu perdi. (AO 02)

As duas pacientes que consideraram o atendimento regular disseram que demoraram muito para ser atendidas e não foram devidamente informadas dos trâmites da internação. No entanto, consideraram o procedimento em si da curetagem bem feito e quase indolor e não acharam a estrutura do hospital muito ruim. É importante destacar que essas duas pacientes estavam em um andar que é considerado um pouco melhor pelas pacientes em geral e que, coincidentemente, foram atendidas pelas mesmas residentes e obstetras (ainda que em meses diferentes). Além disso, elas ficaram internadas junto a outras pacientes que também passavam por um abortamento, o que nem sempre ocorre.

Eu daria uma nota 7 porque o procedimento foi ótimo, não posso reclamar. Essa médica que estava aí é muito boa. Mas a pessoa que fez minha ficha não foi legal. Depois demorou 2 h para eu ser atendida porque cheguei no período de troca de

⁴⁶⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, p. 08.

plantão e eu fiquei sangrando 2h. E nessa de trocar de novo o plantão um médico não passa a informação para o outro (...). Sem contar que meu namorado não pode subir. (AO 01)

Gostei da médica que me atendeu. A estrutura do hospital não é das melhores, mas também não é horrorosa (...). Me deixaram com outras meninas que estavam na mesma situação, pelo menos parecia (...). Eu pensei que ia doer muito, mas até que foi tranquilo. (AO 06)

No que se refere às críticas ao atendimento, elas recaem especialmente sobre o comportamento dos médicos, seja pela indiferença e a falta de explicações adequadas sobre os atos que serão realizados, seja pela falta de cortesia, com piadas ou ameaças às pacientes. Esse tipo de conduta vai de encontro frontalmente aos preceitos da Norma Técnica do MS⁴⁷⁰.

Eu caí de moto, sangrei e achei que tinha perdido. Mas comecei a sentir dores e a barriga inchou. Fui fazer a ultrassom e já estava com 2 meses e me encaminharam ao HPC porque eu já estava com o feto morto há dez dias. (...). Os médicos que me atenderam eles me insultaram muito porque como eu era uma menina nova eles acharam que eu tinha provocado o aborto, que não tinha sido espontâneo. Eu comecei chorando e me cobri com o lençol. Só uma única enfermeira que me tratou bem, me acalmou e me explicou. Fiquei sozinha na sala de pré-parto junto com as gestantes e eu via eles dando toque de maneira brutal, elas (gestantes) reclamavam que estava doendo. Teve uma que teve ali mesmo no pré-parto porque ela gritava, gritava e chamava o médico e ele pensava que estava de frescura. Depois me levaram para a sala de parto. Eu entrei numa quinta eles só foram fazer a curetagem no sábado de manhã porque só coloquei o remédio na sexta. A médica falou que não ia fazer com anestesista e eu comecei chorando. Aí o anestesista veio perto de mim, passou a mão na minha cabeça, me acalmou e disse que não tinha como fazer o procedimento sem anestesia, para eu ficar calma. (...). Depois eu fiquei na enfermaria com minha mãe e as mães com seus bebês. As enfermeiras ficavam fazendo piada, “ano que vem você está aqui de novo”, não era só para mim porque tinham outras meninas novas também. Eu até peguei mentira porque o médico passou visita de manhã e perguntou se eu estava sentindo dor. Eu tava sentindo dor, mas falei que não (...). Fui para Santa Casa para ter o meu primeiro filho porque eu não queria voltar para os Plantadores. (AO 03)

Talvez por achar que as pessoas não têm condição ou elas não têm informação, elas não se interessam por saber (o obstetra não explique nada), mas eu acho que independente do grau de instrução as pessoas têm que ser orientadas, da medicação que está usando. (AO 05)

Foi a pior experiência da minha vida. Cheguei com muita dor, já estava infeccionado e era de noite. Então, demorou para virem me atender e a médica já chegou com aquela cara de sono e tipo “o que foi que você fez?”. Ela não teve cuidado nenhum para me examinar. Quando eu gritei, ela falou: “você não quer resolver o problema? Vamos resolver!” Depois ela disse que tudo que acontece ali é sigiloso, mas que eu deveria colaborar com o trabalho dela. (AO 04)

⁴⁷⁰ “A orientação pressupõe o repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado, em consonância com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É muito importante que o profissional se certifique de que cada dúvida e preocupação das mulheres sejam devidamente esclarecidas para garantir uma decisão informada”. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, p. 23).

Senti muita dor, muita dor mesmo. E a médica falou tipo cínica “é assim mesmo, queridinha”. Parecia que eles estavam fazendo de propósito. (AO 08)

Em relação às críticas, duas pacientes se sentiram muito desconfortáveis por terem permanecido ao lado de mulheres em trabalho de parto e depois com mulheres que haviam acabado de parir, após realizarem a curetagem.

Se você está ali porque você teve uma perda, você vê outras ganharem (neném), você se sente pior. Sei que é um hospital público, mas dói muito passar por isso. (AO 05)

Não foi o que eu planejei, mas eu não sou um monstro. Eu estava assustada com tudo e ainda tinha que ver aqueles bebezinhos e a felicidade de várias mães. Sem contar que parecia estar escrito na minha cara (que ela fez um aborto) porque todo mundo olhava para mim. (AO 04)

O longo tempo de internação agrava ainda mais o problema, pois quase todas as entrevistadas ficaram internadas três dias no hospital. Isso se deve ao fato de que o procedimento padrão de atendimento ao aborto no HPC é a curetagem,⁴⁷¹ enquanto a OMS e a FEBRASGO entendem que o procedimento adequado para tratar um aborto incompleto, por ser mais rápido, seguro e indolor é a AMIU (aspiração manual intra-uterina).⁴⁷² Essa também é a indicação da Norma Técnica do MS sobre o abortamento⁴⁷³. Segundo a FEBRASGO, com a AMIU as chances de perfuração uterina são muito menores, bem como as infecções, que são praticamente nulas. Porém, um dos problemas para a implementação do sistema nos serviços de saúde do SUS é a falta de aparelhos para o procedimento. Além disso, a maioria dos hospitais não classifica este tipo de material como sendo de reposição automática. Como consequência, as reposições são demoradas e os médicos acabam recorrendo novamente à curetagem.⁴⁷⁴ No caso do HPC, como já foi dito, a AMIU é realizada excepcionalmente, mas em geral é feita a curetagem⁴⁷⁵, o que acaba levando a uma prolongada internação, em média de dois a três dias, e ao compartilhamento de leitos entre mulheres que acabaram de partir com mulheres que acabaram de abortar, o que dificulta ainda mais um tratamento humanizado. A fala de MO 21,

⁴⁷¹ Atualmente, também costuma ser utilizado, o Misoprostol, mas muitas vezes combinado com a curetagem. Em tese, ela é uma substância que só pode ser encontrada em medicamentos de uso restrito em ambiente hospitalar e indicada para interrupção segura da gravidez até as 30 semanas de gestação.

⁴⁷² Disponível em: < <http://www.febrasgo.org.br/site/?p=1798>>. Acesso em 02 de setembro de 2015.

⁴⁷³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

⁴⁷⁴ *Ibidem*.

⁴⁷⁵ Não se pode deixar de notar que essa crítica já havia sido apontada no estudo de Maria do Carmo Rangel, publicado em 2004, mas ainda hoje esse é o procedimento adotado. A autora já destacava aquela época que os residentes de então não tinham formação no manejo da AMIU, o que ainda é uma realidade (RANGEL, Maria do Carmo Petrucci, *op. cit.*).

um experiente preceptor, ilustra o equívoco, especialmente, pelo HPC ser o local da formação dos futuros obstetras da região.

Curetagem uterina é o procedimento cirúrgico mais realizado no mundo (...). Nesse programa agora de humanização do Governo Federal eles estimulam que o esvaziamento da cavidade uterina, seja no aborto provocado ou não, seja feita por AMIU (...). Mas aí tem os críticos. O governo quer que fique barato, que seja feito sem anestesia (...). Era teoricamente para fazer a nível ambulatorial, para ela levantar e ir embora para casa, para que ela não fique internada. Mas meu Deus, isso é humanizado? (...). Lógico que a curetagem como é um procedimento instrumental teria, assim, probabilidade maior de ter complicações, mas na mão de um cara experiente não vai ter complicação nenhuma, vai ter na de um Zé mané (...). Temos AMIU, mas é mais uma coisa experimental, para o aluno aprender. (MO 21)

De maneira geral, o que ficou evidente na comparação entre as entrevistadas PO e AO é que há uma maior satisfação destas últimas em relação ao atendimento do hospital. Isso pode ser explicado pelas diferentes expectativas que um parto e um aborto produzem, mas, sobretudo, como já mencionado, pelo sentimento de culpa que um abortamento, provocado ou não, produz em uma mulher. Isso porque o aborto representa a falha ou a negação da função reprodutiva que costuma definir o papel de uma mulher na sociedade.

6. PERCEPÇÕES SOBRE MATERNIDADE, ABORTO E IGUALDADE DE GÊNERO

Todas as entrevistadas consideram que existe um instinto maternal e todas disseram que sempre quiseram ser mães, ainda que as gravidezes em questão não fossem planejadas. Mesmo as entrevistadas que induziram o aborto acreditam que a maternidade é fundamental na vida de uma mulher. Nesse sentido, foi recorrente o discurso de que a realização plena das mulheres depende da maternidade. Apenas uma entrevistada disse que a maternidade é uma escolha da mulher e que não determina sua realização pessoal.

Toda mulher quer ser mãe. Uma mulher que nem é mãe de verdade acaba sendo mãe daqueles que ela cria. Eu vejo minha irmã que não pode ter filhos. Com isso ela pega carinho com sobrinhos, ela cuida como se fosse mãe (...). Não precisa ser filho de sangue para ser família. Eu tiro por mim também, pois cuido da mesma forma que eu cuido da minha filha dos filhos dele (do companheiro). (AO 02)

Eu sempre quis ser mãe. (AO 07)

É o sonho de toda mulher. Acho que quando meu filho nascer vai ser o dia mais feliz da minha vida! (AO 05)

Ao meu ver eu acredito que sim (toda mulher quer ser mãe), mas pelo que a gente vê que o pessoal larga as crianças na lixeira, eu não acredito que essas pessoas têm um instinto maternal. (AO 01)

Essa visão se coaduna com o imaginário social descrito na análise de Badinter:

Escolher ser mãe ou não deve ser analisado em termos de normalidade ou de desvio? Nunca perguntamos sobre a legitimidade do desejo de ter filhos. Contudo, ninguém ignora os estragos da irresponsabilidade materna. Quantas crianças são postas no mundo para fazer papel de compensação, de brinquedo ou de acessório de suas mães? Quantas crianças maltratadas ou abandonadas que são consideradas perdas e ganhos da natureza? Estranhamente, a sociedade parece mais interpelada por aquelas que avaliam suas responsabilidades do que pelas que a ignoram...⁴⁷⁶

Nessa mesma linha, todas as entrevistadas consideram que o aleitamento materno é fundamental e apenas uma delas considera que deve ser uma escolha da mãe decidir se quer amamentar ou não.

Não pode forçar, é ela que sabe. Embora eu ache que deveria. (AO 03)

No caso das entrevistadas que provocaram um aborto, uma delas já tinha dois filhos e se disse muito realizada com a maternidade, mas sem condições de ter outro filho no momento, especialmente porque seu namorado, que não é o pai de seus filhos, não era o homem ideal para isso. Ela não descarta, inclusive, ser mãe no futuro se encontrar um relacionamento mais estável. A segunda entrevistada que provocou o aborto ainda não tem filhos, mas espera ser mãe no futuro. Segundo ela, que ainda é estudante, depois que terminar a faculdade e tiver uma vida estável financeiramente ela pretende ser mãe e se casar, inclusive, com o atual namorado. Em ambos os casos, os parceiros apoiaram a decisão de suas namoradas e foram eles que compraram o Cytotec⁴⁷⁷, remédio utilizado pelas duas pacientes para provocar o aborto, e também o abortivo mais utilizado no país⁴⁷⁸. Note-se, porém, que em menos da metade dos

⁴⁷⁶ BADINTER, Elisabeth. **O conflito**: a mulher e mãe. Rio de Janeiro: Record, 2011, p. 177-178.

⁴⁷⁷ Na verdade, não se pode ter certeza se os medicamentos em questão eram, de fato, o popular Cytotec, pois o único medicamento com princípio ativo de Misoprostol registrado no Brasil se chama Prostokos. O produto é indicado para os casos de necessidade de interrupção da gravidez, mas seu uso é restrito ao ambiente hospitalar, não podendo ser vendido em farmácias, muito embora seja possível consegui-lo no mercado negro. O produto Cytotec, também à base de Misoprostol, não tem registro na Anvisa e não pode ser comercializado no Brasil, o que demandaria a entrada ilícita do remédio no país ou mesmo sua falsificação. A falsificação do Cytotec pode ser causa, inclusive, de muitos abortamentos incompletos, posto que o princípio ativo do Misoprostol pode ser reduzido como forma de baixar os custos do medicamento. Além disso, muitas vezes os remédios que contém Misoprostol são administrados de forma errada por mulheres que provocam o abortamento, o que também impede o aborto de se realizar de forma completa. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu+noticias+anos/2008+noticias/anvisa+proibe+a+propaganda+de+medicamentos+a+base+de+misoprostol>. Acesso em 23 de setembro de 2015.

⁴⁷⁸ COSTA, Ana Maria. SILVESTRE, Rosa Maria, *op. cit.*, p. 70.

casos de aborto provocado no país há a concordância e o auxílio do genitor⁴⁷⁹. Uma das entrevistadas introduziu os medicamentos na vagina e a outra apenas os ingeriu. O objetivo era provocar fortes contrações e, conseqüentemente, levar ao abortamento.

Meus filhos são tudo para mim! Mas eu não estou trabalhando e não poderia prender minha vida a uma coisa sem futuro (relacionamento atual). Ele até queria (o filho), mas depois aceitou (o aborto). Mas eu não descarto ser mãe novamente no futuro, em uma outra situação porque eu nasci para isso. Amo demais os meus filhos! (AO 06)

Eu quero muito, muito ser mãe. Mas não é o momento, a gente ainda está estudando (...). Ele é o amor da minha vida, espero que seja o pai dos meus filhos, só que não agora. (AO 04)

A visão tradicional sobre o papel feminino é tão forte que mesmo as duas entrevistadas que provocaram o aborto têm uma visão conflitante sobre a legalização dessa prática.

Olha, é muito difícil isso. Eu não acho que deve liberar geral, mas só eu sei o que eu passei até chegar a esse ponto (...). É claro que eu não quero polícia, ministério Público na história, mas tem que haver um controle. Só não sei bem como. (AO 04)

Preso eu acho que não deve ser não...agora, errado é. Eu não vou sair daqui como se nada tivesse acontecido. Foi muito duro, eu tenho filho, sei como é lindo o nascimento de um bebê. Só que tem o outro lado também. De que adianta ter um filho e deixar solto por aí? Não que eu fosse maltratar se tivesse nascido, com certeza eu iria amar, mas não sei como seria a minha vida e a dos outros dois. (AO 06)

As demais entrevistadas, em sua maioria, também foram contra a legalização do aborto, embora apenas uma ache que uma mulher deve ser presa pela prática em qualquer caso e outra ache que a prisão dependeria do tipo de aborto. Das dez mulheres, porém, duas foram bem enfáticas na defesa de que o aborto deve ser uma escolha da mulher.

Acho que é um direito da mulher decidir. É melhor tirar do que colocar mais uma criança para virar bandido no mundo. (AO 03)

Eu não faria, mas respeito a escolha de quem faz porque não é fácil ter um filho e o peso é todo nosso (da mulher). (AO 10)

Na minha opinião se o neném estiver certinho ela pode ter e dar para adoção. Mas ser preso não deve ser não porque tem o lado psicológico dela, ela não tem condições, não tem estrutura. (AO 02)

Eu acho que depende da situação (legalização do aborto). Porque todo mundo é orientado desde a época do colégio...pra mim não tem essa de “ah, engravidei, não planejei”. Se você não se proteger você sabe que você está correndo o risco (...). Acho que a mulher deve ser presa, dependendo do caso. Isso gera todo um transtorno para todo mundo. (AO 01)

⁴⁷⁹ COSTA, Ana Maria. SILVESTRE, Rosa Maria. Uma reflexão sobre poder, mulher e saúde: dilemas para a saúde reprodutiva. In: OLIVEIRA, Suely de; RECAMÁN, Marisol e VENTURI, Gustavo (org.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, p. 61-74, 2009, p. 70.

No que tange à situação da mulher na sociedade, todas as entrevistadas entendem que existe desigualdade de gênero. E isso foi especialmente destacado no âmbito das relações amorosas que elas vivem e no mercado de trabalho, até porque a maioria não exerce atividade profissional remunerada e cuida do lar. Tudo isso evidencia, mais uma vez os problemas relativos à divisão sexual do trabalho.

Às vezes eu corro atrás de trabalho, mas o trabalho não gosta de mim não. Aí meu esposo que eu estou agora, que é o segundo casamento, ele também não gosta que eu trabalhe...Ele falou que ele é homem que ele que deve sustentar a casa. (AO 02)

Tem muito machismo. Meu marido mesmo vive na rua, mas não gosta que eu saia. Eu faço tudo dentro de casa e se eu der mole eu perco o emprego. Acho que é isso que ele (marido) quer mesmo. (AO 10)

Existe muita desigualdade. Profissionalmente...eles acham que a gente é incapaz de fazer certas coisas. Peão (se referindo ao seu futuro campo de trabalho) acha que a gente não tem conhecimento de nada. (AO 01)

Na minha área até tem muita mulher, mas o mercado de trabalho ainda é dos homens. Sem contar o dia a dia em que a gente é julgada nas pequenas coisas. (AO 04)

Nós dois aproveitamos, mas quem pagou o pato fui eu (sobre o aborto após uma gravidez não planejada). (AO 06)

O mundo melhorou muito, não tem como negar. Mas dentro de casa está longe de ser igual. (...). Aqui mesmo (no hospital), eu queria ver se fosse um homem se ele teria passado pelo que eu passei. Fui muito humilhada por ser mulher. (AO 09)

As duas últimas falas são emblemáticas a respeito de tudo que foi discutido até aqui. A violência obstétrica é, antes de tudo, uma violência contra o feminino que se expressa por meio do corpo da mulher. No campo sexual e reprodutivo, o corpo feminino ainda é um objeto à disposição do controle, dos planos e do desejo de outrem.

CONCLUSÃO

Até o século XIX acreditava-se que as mulheres eram controladas pelos seus úteros e ovários. Mas ainda hoje as mulheres não são protagonistas de suas funções reprodutivas e verdadeiras donas de seus corpos, de maneira que há uma fragmentação entre o eu e o corpo femininos. Apesar das variadas vertentes dos estudos feministas e sem querer homogeneizar as trajetórias individuais e identitárias, parece claro que o que as diferentes mulheres da sociedade compartilham é a experiência da administração (ou tentativa de administração) de seus corpos. Não se está defendendo aqui a ideia de que exista um ponto de vista feminino único, mas uma crença de que o controle da reprodução e, por conseguinte da sexualidade, ainda ocupam um papel determinante na vida das mulheres de qualquer idade, classe social ou cor. É na função reprodutiva que está o limiar entre as velhas distinções natureza/ cultura e também corpo/mente discutidas no começo desse trabalho.

Nesse cenário, a medicina vem desempenhando um papel determinante, pois coube a ela nos últimos séculos, sob a força da legitimidade científica e do poder do Estado, a manutenção da chamada biopolítica, que embora se aplique a todos os indivíduos modernos tem um peso especial sobre as mulheres, justamente porque com a biopolítica, o poder do Estado passa a ser cada vez menos o direito de “fazer morrer” e cada vez mais o direito de intervir para “fazer viver”. “O que eu gostaria de sugerir, portanto, é que o código aparentemente abstrato da ciência médica conta, na verdade, uma história bem concreta, enraizada em nossa forma particular de hierarquia social e controle”.⁴⁸⁰

Desse modo, desnudar a formação dos obstetras é fundamental para perceber como esse controle se dá por meio da violência obstétrica, entendida como a medicalização do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, por meio de um tratamento desumanizado e excessivamente intervencionista, causando a perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente das mulheres, seja durante a gestação, o parto ou mesmo no caso do abortamento.

Na lógica fabril e biopolítica que a obstetrícia como especialidade médica assumiu, dá-se enfoque ao produto final do processo de parto, que é o bebê saudável, de maneira que a

⁴⁸⁰ MARTIN, Emily. **A mulher no corpo**: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond, 2006, p. 303.

experiência da mulher é diminuída diante de um, suposto, bem-estar do feto. A crença nas tecnologias do parto é tão grande que a ideia de que elas eliminariam quase todos os riscos (que seriam inerentes apenas às práticas extra hospitalares) permeia o imaginário médico desde a graduação até a residência e se perpetua na prática obstétrica. Ocorre que, independentemente da tecnologia empregada, não se pode esquecer que a obstetrícia é uma área que costuma ter resultados positivos, justamente porque a gravidez não é uma doença e o parto é um evento natural que não costuma envolver risco.⁴⁸¹ Ao longo de toda pesquisa os médicos, obstetras ou residentes, repetiam a máxima “o melhor parto é aquele em que mãe e bebê ficam bem”. Tal frase, aparentemente altruísta, acaba representando uma versão obstétrica da lógica de que os fins justificam os meios porque o bem-estar materno é relativizado diante da inexistência de sequelas físicas graves ou da morte, seja da mãe ou do bebê. Todavia, limitar o parto ao seu resultado final, é negar que existe uma pessoa, com autonomia, direitos e vontades próprias, que deveria ser protagonista de todo o processo: a mulher. Isso mostra que há uma deficiência clara em relação à formação bioética, jurídica e humanística dos obstetras do HPC.

Nessa linha, a humanização do atendimento ao parto e ao abortamento constituem questões de direitos humanos que têm que ser implementadas independentemente das condições materiais para tanto. Não se quer, com isso, dizer que os médicos não sofram grandes dificuldades diante das carências estruturais e financeiras de um hospital que é voltado basicamente para o SUS, mas os direitos humanos, reconhecidos como direitos fundamentais na Constituição da República Federativa do Brasil não podem ser encarados apenas em uma perspectiva vertical, ou seja, como direitos exigíveis somente em face do Estado. A horizontalidade da eficácia desses direitos exige que todos os indivíduos se sintam obrigados a respeitá-los. Certamente que o Estado e a estrutura que ele garante são importantes para esse processo, mas em um país com uma carência de recursos que perpassa várias esferas, em especial a saúde, não se pode justificar uma violência com outras violências.

A dificuldade em internalizar a dimensão dos direitos humanos no atendimento médico também levou muitos entrevistados a entender a procura por direitos por parte das pacientes como uma afronta e uma ameaça ao bom trabalho obstétrico. Ora, se uma mulher pode procurar a justiça e fazer valer seus direitos por meio de um processo judicial é porque esses direitos de fato lhe pertenciam, não se podendo esquecer que esse reconhecimento se dá, inclusive, mediante o intermédio de um outro poder, o Poder Judiciário, que também é tradicionalmente sexista. E o poder médico não pode se sobrepor a isso. Mas a ideia de que a

⁴⁸¹ A fala de um dos obstetras ilustra bem essa ideia: “a gente até brinca que o parto quando é normal nasce apesar do obstetra”. (MO 23).

vontade médica deve ser superior à decisão de um ser humano adulto e capaz está impregnada na formação obstétrica. Como disse MO 11 “As pessoas estão querendo ver os direitos sem ver aquilo que vai ajudar a paciente naquele momento”. Ou seja, mesmo quando um direito existe (e se ele existe provavelmente há uma base de legitimidade para tanto), ele deve estar submetido ao arbítrio individual de cada médico. Nas palavras de MO 22: “a conduta médica é soberana!”.

É importante destacar também que a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça são considerados os princípios basilares da bioética⁴⁸². A autonomia significa que a pessoa deve ser livre e ter informação adequada para decidir fazer aquilo que ela julga ser o melhor para si mesma no campo da saúde. A beneficência significa que o agente de saúde deve promover o bem-estar físico, emocional e mental do seu paciente. A não maleficência indica que o profissional tem o dever de não causar, propositadamente, danos aos seus pacientes. Já a justiça, por sua vez, está mais ligada às relações entre grupos sociais, preocupando-se com a equidade na distribuição de bens e recursos considerados comuns. Tais princípios estão previstos não apenas na Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO⁴⁸³, mas na própria legislação que trata dos serviços e ações de saúde no Brasil, sejam eles públicos, privados, exercidos por pessoas físicas ou jurídicas.⁴⁸⁴ Nesse diapasão, convém destacar alguns direitos dos usuários do SUS:

O cidadão tem autonomia e liberdade para tomar as decisões relacionadas à sua saúde e à sua vida; consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e com adequada informação prévia, procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou outros atos médicos a serem realizados

Se você não estiver em condição de expressar sua vontade, apenas as intervenções de urgência, necessárias para a preservação da vida ou prevenção de lesões irreparáveis, poderão ser realizadas sem que seja consultada sua família ou pessoa próxima de confiança. Se, antes, você tiver manifestado por escrito sua vontade de aceitar ou recusar tratamento médico, essa decisão deverá ser respeitada⁴⁸⁵.

Até mesmo quando o respeito a essa autonomia foi mencionado, houve, em geral, uma relativização de sua efetividade, como demonstra o relato abaixo. E o que é pior: há um forte entendimento de que a autonomia da paciente é um entrave para o exercício profissional, mesmo entre os médicos jovens que formam os novos quadros da obstetrícia.

Existe um princípio de ética médica que fala da autonomia das pessoas (...). Agora você não pode escolher uma coisa que você não sabe o que vai acontecer. A princípio

⁴⁸² LOCH, Jussara Azambuja. Princípios da bioética. In: KIPPER, Délio José. (org.) Uma Introdução à Bioética: temas de Pediatria n.73. São Paulo: Nestlé, p. 12-19, 2002.

⁴⁸³ UNESCO. **Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos**. 2005.

⁴⁸⁴ BRASIL, **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990.

⁴⁸⁵ INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Guia do direito à saúde: Sistema Público de Saúde, medicamentos e planos de saúde**. São Paulo, abril, 2006, p. 08.

eu quero uma normal, a princípio eu quero uma cesariana (...) A questão que está se discutindo é o respeito às opiniões das pessoas e que talvez não estejam sendo respeitadas na medida em que se negue, se negue a priori qualquer possibilidade de ter opinião, mas isso em toda medicina é assim. A negativa das pessoas terem opinião pode acontecer em qualquer especialidade, não é só na obstetrícia. Então, o atendimento médico é uma negociação entre o que a paciente está esperando ou está desejando e entre o que o médico está esperando ou precisando fazer. (MO 29)

Uma formação médica mais humanizada e preocupada com as questões de gênero e com a dimensão dos direitos humanos é fundamental para superar a violência obstétrica, já que “tal como nos demais setores sociais, no campo da saúde prevalecem as regras determinantes na construção dos papéis sexuais entre homens e mulheres, que são originadas das relações materiais e simbólicas”.⁴⁸⁶ Desse modo, os profissionais do HPC deixariam de entender essa violência apenas como atos deliberados e personalizados de sadismo de certos profissionais e conseguiriam perceber que esta é uma violência específica de gênero e também uma violência institucionalizada, no setor público e privado, e que, portanto, se combate, em primeiro lugar, com a transformação das mentalidades. Embora em termos de discurso, pareça existir uma preocupação dos preceptores nesse sentido, como mostram as falas abaixo, poucas foram as mudanças práticas implementadas na residência e na maternidade do HPC:

Médico teria que ter uma formação mais eclética, mais holística. Nossas universidades não se integram...médico é muito bitolado...por isso que quando você vai entrevistar, vai querer alguma coisa do médico, só sai asneira. (MO 12)

Todo mundo deve procurar seus direitos. Eu vejo positivo as mulheres lutarem pelos seus direitos, mas não sei como solucionar esse conflito sem envolver toda a sociedade. (MO 29)

Não se pode negar que o problema da violência obstétrica, justamente por ser uma violência de gênero, demande uma mudança de perspectiva mais ampla da própria sociedade. Contudo, também não se pode querer transferir totalmente a responsabilidade médica ou justificar certos tipos de conduta com argumentos casuísticos, até mesmo porque conforme foi explicitado ao longo da pesquisa muitos procedimentos são tomados de forma contrária ao que prevê a própria literatura médica. O que ficou nítido a partir da análise das falas sobre os procedimentos do parto, por exemplo, é que ao mesmo tempo em que os médicos procuram legitimar seu poder em razão de um embasamento científico superior, as evidências científicas

⁴⁸⁶ COSTA, Ana Maria. SILVESTRE, Rosa Maria. Uma reflexão sobre poder, mulher e saúde: dilemas para a saúde reprodutiva. In: OLIVEIRA, Suely de; RECAMÁN, Marisol e VENTURI, Gustavo (org.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, p. 61-74, 2009, p. 64.

divulgadas pela OMS e mesmo da FEBRASGO são ignoradas ou desacreditadas, sem que isso representasse um contrassenso. Essa incoerência é claramente representada nas falas abaixo:

Será que realmente tem mais cesárea? Por que eles estão avaliando como? Aqui tem mais cesárea porque aqui é o foco de alto risco. Depende da forma como eles estão avaliando. (MO 18)

Tenho um amigo professor da UFRJ que passou em 1º lugar e tem pós-doutorado. Ele fez pesquisa com um “n” enorme na França dizendo que o parto de cesariana eletiva com 39 semanas resultou em menor risco materno e fetal. E ele mandou essa pesquisa e não foi aceita. (MO 06)

Eu acho que só vai mudar a cabeça das pessoas quando vierem as complicações a longo prazo. E isso é um estudo muito longo, você tem que ver até desenvolvimento de educação, dificuldade de aprendizado dessas crianças em razão de um período expulsivo longo. (MO 11)

São 6 anos de faculdade, mais 3 de especialização e isso não é à toa. (MO 12)

Em relação ao abortamento e tendo em vista a comparação com estudo feito no mesmo hospital quase quinze anos atrás,⁴⁸⁷ é forçoso mostrar que houve uma melhora nesse tipo de atendimento. Isso não quer dizer que não exista mais violência obstétrica nessa seara, mas é perceptível uma posição mais aberta à legalização do aborto, tal como pensa o CFM, e um juízo moral menos crítico em relação a esse tipo de paciente. Na verdade, os problemas relativos ao atendimento ao aborto parecem ser muito similares aos vividos por gestantes e parturientes em geral e estão mais ligados à ausência de diálogo e objetificação do corpo da mulher durante o atendimento.

Por fim, é preciso dizer que ao se evidenciar a violência obstétrica e seus mecanismos de reprodução não se quer demonizar o trabalho e a formação dos médicos obstetras, até porque o empoderamento da mulher não significa o fim dessa especialidade que é tão relevante para tratar das intercorrências no campo da saúde reprodutiva e também sexual.⁴⁸⁸

Apesar de muitas ideias centrais na medicina serem criticadas aqui, porque penso que aviltantes para as mulheres, os médicos como indivíduos não devem absolutamente ser considerados responsáveis. A cultura médica tem um sistema poderoso de socialização que exige a conformação para que se possa pertencer a ele. É também um sistema cultural cujas ideias e práticas permeiam a cultura popular e no qual, portanto, todos participamos até certo ponto. Não existem vilões individuais...⁴⁸⁹

⁴⁸⁷ RANGEL, Maria do Carmo Petrucci. **Aborto em Campos dos Goytacazes: o caso do Hospital dos Plantadores de Cana**. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais). Campos dos Goytacazes: UENF, 2004, 125 f.

⁴⁸⁸ Considerando que a especialização também abarca a ginecologia.

⁴⁸⁹ MARTIN, Emily, *op. cit.*, p. 50.

Muito ao contrário, espera-se que a presente pesquisa possa dar visibilidade a um problema real que é naturalizado por médicos e também por pacientes, produzindo uma relação conflituosa e prejudicial para ambos os lados. Seguindo essa lógica, muitos obstetras se disseram decepcionados com a obstetrícia atual justamente pela sua “perda de autonomia”. A humanização do atendimento obstétrico certamente construirá um ambiente de trabalho mais sadio. Além disso, profissionais que conheçam melhor seus deveres, mas também seus direitos, estarão muito mais capacitados e protegidos para a realização de um bom trabalho. Outro ponto que merece destaque é que a maternidade e o aborto como fenômenos sociológicos são questões que merecem atenção não apenas dos profissionais das ciências humanas, mas também daqueles que tratam das questões biomédicas, especialmente, dos médicos da obstetrícia. Isto porque, reitera-se aqui que cada cultura estabelece um modelo ideal de maternidade predominante ao longo do tempo e que de forma consciente ou não, aceitando ou rejeitando as suas exigências, é a partir desse modelo que o gênero feminino ainda é definido.⁴⁹⁰

Aliás, é imprescindível discutir os problemas de gênero nos dias atuais, especialmente com o conservadorismo que vive a política brasileira e que ameaça importantes conquistas feministas. Vale destacar, por exemplo, o projeto de lei 5069/2013, de autoria do Presidente da Câmara dos Deputados, Eduardo Cunha, que busca dificultar o acesso ao aborto legal no Brasil sob a absurda e infundada justificativa de que é preciso frear a prática do aborto, que seria perpetrada sob os auspícios de artimanhas jurídicas e com o apoio de entidades internacionais supercapitalistas (sic) neomalthusianas, sob a roupagem de reivindicação feminista por direitos sexuais e reprodutivos!⁴⁹¹ Neste projeto, são estabelecidos novos tipos penais relativos ao induzimento e a realização de aborto, até mesmo por agente de saúde; o aborto legal em caso de estupro fica condicionado ao registro de ocorrência e à realização do exame de corpo de delito e o profissional de saúde pode não administrar medicamento que considere abortivo, o que é altamente subjetivo.⁴⁹² Felizmente, a própria FEBRASGO destacou que o projeto é “assustador e incompressível”. Nas palavras do presidente da entidade, Cristiano Rosas: "estamos na contramão. Enquanto outros governos flexibilizam a prática, assistimos ao retrocesso. É o mesmo que condicionar o atendimento de um paciente baleado ao registro do

⁴⁹⁰ BADINTER, Elisabeth. **O conflito**: a mulher e mãe. Rio de Janeiro: Record, 2011, p. 143.

⁴⁹¹ Disponível em:

<http://www2.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1061163&filename=PL+5069/2013>. Acesso em 20 de outubro de 2015.

⁴⁹² A própria pesquisadora viveu uma experiência recente nesse sentido ao ter que fazer um exame médico periódico no trabalho e ser informada pelo jovem médico que a atendeu que as pílulas anticoncepcionais de que ela faz uso são medicamentos abortivos e seria melhor recorrer ao método contraceptivo conhecido como “tabelinha”, a despeito de sua sabida não confiabilidade. No que se refere à pílula do dia seguinte, as divergências são ainda maiores, o que torna muito preocupante a alteração do texto legal.

crime numa delegacia”.⁴⁹³ Ainda assim, no 21 de outubro do corrente ano o projeto foi aprovado na Comissão de Constituição e Justiça da Câmara (CCJ), o que é um passo importante no processo para sua conversão em lei. Por essa razão, convém sempre lembrar que a luta pela igualdade de gênero é um processo marcado por avanços e recuos, além de ameaças constantes, posto que se trata, antes de tudo, de uma luta política (e biopolítica) que envolve controle e disputa por poder. Ou seja,

A busca da plena cidadania (...) continua em pauta. O percurso cheio de idas e vindas, os tropeços e os recuos, têm mostrado uma luta por direitos instáveis, constantemente ameaçados, como se, do fundo dos tempos históricos, mitos e estereótipos antigos teimassem em retornar, renovados a cada momento, vestidos com novas roupagens, visando assombrar as mínimas conquistas.⁴⁹⁴

É por isso que, a despeito do aparente anacronismo, faz-se necessário retomar o discurso feminista das décadas de sessenta e setenta do século passado acerca do pertencimento do corpo feminino, buscando desnudar os mecanismos de poder que transformam esse corpo em um objeto de controle político. Pode-se afirmar, então, que o slogan feminista “meu corpo me pertence!”, embora cunhado muitos anos atrás, permanece extremamente atual. Espera-se, contudo, que a interrogação que recai sobre o título do presente trabalho e que permeia toda a pesquisa seja convertida, o quanto antes, em uma afirmação definitiva. E a obstetrícia, certamente, desempenha um relevante papel nesse processo.

⁴⁹³ Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2015/10/23/medicos-dizem-que-restringir-aborto-em-caso-de-estupro-e-assustador.htm>. Acesso em 15 de outubro de 2015.

⁴⁹⁴ PINSKY, Carla Bassanezi e PEDRO, Joana Maria. Igualdade e especificidade. In: PINSKY, Jaime e PINSKY, Carla Bassanezi (orgs). **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, p. 265-309, 2003, p. 294.

REFERÊNCIAS

- ADELMAN, Miriam. Mulheres atletas: re-significações da corporalidade feminina. **Revista Estudos Feministas**, 11 (2), julho/dezembro Florianópolis, p. 445-465, 2003.
- AGAMBEN, Giorgio. **Homo sacer**: o poder soberano e a vida nua. Editorial Presença: Lisboa, 1998.
- AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-91, 2011.
- ALVES, Branca Moreira. **Ideologia e Feminismo**: a luta da mulher pelo voto no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1980.
- ALVES, Maria Teresa S.S. de Brito. O parto na maternidade: qualidade da assistência, o dia-a-dia do trabalho e o olhar das mulheres. In: BARBOSA, Regina Maria et al (org). **Interfaces: Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva**. Campinas: UNICAMP, p. 279 – 307, 2002.
- ARDAILLON, Danielle. O aborto no Judiciário: uma lei que justiça a vítima. In: BRUSCHINI, Cristina e SORJ, Bila (orgs.). **Novos olhares**: mulheres e relações de gênero no Brasil. São Paulo: Fundação Carlos Chagas e Marco Zero, p. 213-249, 1994.
- _____. O lugar do íntimo na cidadania do corpo inteiro. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.05, n. 02, p.376-388, 1997.
- ARIÈS, Philippe. **Historia social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC,1981.
- ARISTÓTELES, **A Política**. Trad. Nestor Silveira Chaves. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011, p. 26.
- BADINTER, Elisabeth. **Palavras de Homens**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.
- _____. **Rumo equivocado**: o feminismo e alguns destinos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
- _____. **O conflito**: a mulher e mãe. Rio de Janeiro: Record, 2011.
- _____. **Um Amor Conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- _____. **Um é o outro**: relações entre homens e mulheres. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- BEAUVOIR, Simone. **O Segundo sexo**. 2ª ed. 2 vol. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

BENTO, Berenice. **O que é transexualidade?** São Paulo: Brasiliense (Coleção Primeiros Passos) 2008.

BELLINI, Lígia. Concepções do corpo feminino no Renascimento: a propósito de De universa mulierum medicina, de Rodrigo de Castro (1603). In: MATOS, Maria Izilda S. e SOIHET, Rachel (org). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003.

BENEVIDES, Maria Victoria. Democracia de iguais, mas diferentes. In: BORBA, Ângela; FARIA, Nalu. GODINHO; Tatau (orgs.). **Mulher e Política: gênero e feminismo no Partido dos Trabalhadores**. São Paulo. Fundação Perseu Abramo, p. 137-152, 1998.

BERRIOT-SALVADORE, Evelyne. El discurso de la medicina y da ciencia. In: DUBY, George e PERROT, Michelle. **Historia de las mujeres en occidente**. Madrid: Taurus, v. 04, 109-151, 1992.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Nova Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BORDO, Susan R. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: BORDO, Susan R e JAGGAR, Alison M. (orgs.). **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro Rosa dos Tempos, p. 19-41, 1997.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

BOZON, Michel. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal 8069/90. Brasília: Senado Federal, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Lei 9263/96**. Brasília: Senado Federal, 1996.

_____. **Lei 11.108/05**. Brasília: Senado Federal, 2005.

_____. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Portaria nº 1.459**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Resolução nº 466**. Brasília. Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRUSCHINI, Cristina. O uso de abordagens quantitativas em pesquisas sobre relações de gênero. In: COSTA, Albertina e BRUSCHINI, Cristina (ORG). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 289-309, 1992, p. 290.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 3ª ed. Civilização Brasileira: Rio de Janeiro, 2010.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

CFM, CREMESP. **Demografia médica no Brasil**, vol. 02. São Paulo, 2013.

CITELI, Maria Teresa e TALIB, Rosângela. **Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004)**. São Paulo: Cadernos Católicas pelo Direito de Decidir, 2005.

COSTA, Ana Maria. SILVESTRE, Rosa Maria. Uma reflexão sobre poder, mulher e saúde: dilemas para a saúde reprodutiva. In: OLIVEIRA, Suely de; RECAMÁN, Marisol e VENTURI, Gustavo (org.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, p. 61-74, 2009.

DAOLIO, Jocimar. A construção cultural do corpo feminino ou o risco de transformar meninas em “antas”. In: ROMERO, Elaine. **Corpo, mulher e sociedade**. Rio de Janeiro: Papyrus, p.79-91, 1995.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, agosto de 2009, p. 1038.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. A humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 03, p. 627-637, 2005.

DINIZ, Débora, MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, vol.15, nº.1, p.959-966, Rio de Janeiro, 2010.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. A presença de um (a) acompanhante durante a atenção ao parto: a experiência da maternidade Leila Diniz. In: BARBOSA, Regina Maria et al (org). **Interfaces: Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva**. Campinas: UNICAMP, p. 245-277, 2002.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014.

DOMINGUES, Sana Gimenes A. **Gênero, Poder e Política: a participação feminina no partido dos trabalhadores do Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política). Campos dos Goytacazes: UENF, 2010, 105 f.

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador: uma história dos costumes**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

EMMERICK, Rulian. **Aborto:** (des)criminalização, direitos humanos e democracia. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS. Plano de Desenvolvimento Institucional de 2011-2015. Campos, 2011, 98p.

FALUDI, Susan. **Backlash:** o contra-ataque na guerra não declarada contra as mulheres. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

FARGANIS, Sondra. O feminismo e a reconstrução da ciência social. In: JAGGAR, Alison M. e BORDO, Susan. (orgs.) **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1997.

FARIAS, Rejane Santos. **Avanços e desafios na viabilização ao acesso ao aborto legal no Hospital Municipal Fernando Magalhães na perspectiva dos profissionais de saúde**. Trabalho de conclusão de curso (Escola de Serviço Social). Rio de Janeiro: UFRJ, 2009, 131 f.

FAÚNDES, Aníbal et al. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.26, n.02, p.89-96, março de 2004.

FINE, Agnès. Leite envenenado, sangue perturbado: saber médico e sabedoria popular sobre os humores femininos (séculos XIX e XX). Os silêncios do corpo da mulher. In: MATOS, Maria Izilda S. e SOIHET, Rachel (org). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003.

FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade:** a vontade de saber. 19ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009.

_____. **Microfísica do poder**. 28ª ed. Rio de Janeiro: Paz de Terra.

_____. **O nascimento da clínica**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

_____. **Vigiar e punir**. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

FOUQUET, Catherinne, KNIBIEHLER, Yvonne. **La femme et les medecins**. Paris: Hachette, 1983.

FREITAS, Lorena Rodrigues Tavares de. **Identidade Sexual de mulheres que se relacionam com mulheres em Ilhéus e Itabuna-BA**. Tese (Doutorado em Sociologia Política). Campos dos Goytacazes: UENF, 2013, 335 f.

FRIEDAN, Betty. **Mística feminina**. Petrópolis: Vozes, 1971.

GOLDMAN, Wendy. **Mulher, Estado e Revolução**. São Paulo: Boitempo: Iska Edições, 2014.

HÉRITIER, Françoise. **Masculino/Feminino:** o pensamento da diferença. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

HOUBRE, Gabrielle. Inocência, saber, experiência: as moças e seu corpo. Fim do século XVIII/ começo do século XX. In: MATOS, Maria Izilda S. e SOIHET, Rachel (org). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Guia do direito à saúde: Sistema Público de Saúde, medicamentos e planos de saúde**. São Paulo, abril, 2006.

KNIBIEHLER, Yvonne. Cuerpos y corazones. In: DUBY, George e PERROT, Michelle. **Historia de las mujeres en occidente**. Madrid: Taurus, v. 04, p. 15-61, 1992.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2001.

LOCH, Jussara Azambuja. Princípios da bioética. In: KIPPER, Délio José. (org.) Uma Introdução à Bioética: temas de Pediatria n.73. São Paulo: **Nestlé**, p. 12-19, 2002.

MACHADO, Lia Zanotta. Estudos de gênero: para além do jogo entre intelectuais e feministas. In: SCHPAN, Mônica Raisa (org). **Gênero sem fronteiras: oito olhares sobre mulheres e relações de gênero**. Florianópolis: Editora Mulheres, p.93-139, 1997.

MANNARELLI, María Emma. Medicina, sociedade e corpo feminino: Lima, 1900-1930. In: COSTA, Albertina de Oliveira. **Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina**. São Paulo: Ed. 34, p. 197-224, 1997.

MARIZ, Renata. Barreiras do aborto legal. **O Globo**. Rio de Janeiro, 05 de julho de 2015. Sociedade, p. 06.

MARSHALL, Thomas. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

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

MATOS, Maria Izilda. História das mulheres e gênero: usos e perspectivas. **Caderno Espaço Feminino**, v.03, n1/2, p. 277-289, 1997.

MATOS, Maria Izilda Santos de. Delineando corpos: as representações do feminino e do masculino no discurso médico (São Paulo 1890-1930). In: MATOS, Maria Izilda S. e SOIHET, Rachel (org.). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003.

MOTT, Maria Lúcia Barros. A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico? **Revista Estudos Feministas**, vol. 7, n.1/2, 1999.

_____. Parto e parteiras no século XIX: Mme. Durocher e sua época. In: COSTA, Albertina Oliveira e BRUSCHINI, Cristina. (org.). **Entre a virtude e o pecado**. 1ª ed. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Rosa dos Ventos, 1992.

NARVAZ, Martha Giudice e KOLLER, Sílvia Helena, Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, set./dez., p.647- 654, 2006.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 1, p. 25-32, 1998.

PATEMAN, Carole. **O contrato sexual**. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

PEDRO, Joana Maria. As representações do corpo feminino nas práticas contraceptivas, abortivas e no infanticídio – século XX. In: MATOS, Maria Izilda S. e SOIHET, Rachel (org). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003.

PERROT, Michelle. De Marianne a Lulu: as imagens da mulher. In: SANT´ANNA, Denise (org.). **Políticas do Corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

_____. **Mulheres Públicas**. São Paulo: UNESP, 1998.

_____. Os silêncios do corpo da mulher. In: MATOS, Maria Izilda S. e SOIHET, Rachel (org). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003.

PINTO, Céli Regina Jardim. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

PINSKY, Carla Bassanezi e PEDRO, Joana Maria. Igualdade e especificidade. In: PINSKY, Jaime e PINSKY, Carla Bassanezi (orgs.). **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, p. 265-309, 2003.

PIOVESAN, Flávia e SILVA, Roberto B. Dias da. Igualdade e diferença: o direito à livre orientação sexual na Corte Europeia de Direitos Humanos e no Judiciário brasileiro. In: BULIONE, Samantha e VENTURA, Miriam (orgs.). **Direito à reprodução e à sexualidade: uma questão de ética e justiça**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, p. 65-105, 2010.

PORTER, Roy. História do Corpo. In. BURKE, Peter. **A Escrita da História: novas perspectivas**. São Paulo. UNESP, p. 291-326, 1992.

RANGEL, Maria do Carmo Petrucci. **Aborto em Campos dos Goytacazes: o caso do Hospital dos Plantadores de Cana**. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais). Campos dos Goytacazes: UENF, 2004, 125 f.

RANKE-HEINEMANN, Uta. **Eunucos pelo reino de Deus: mulheres, sexualidade e a igreja católica**. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1996.

RIBEIRO, Maria Aparecida Andrés. **Apontamentos sobre a Residência Médica no Brasil**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2011.

RIOS, Roger Raupp. Para um direito democrático da sexualidade. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 71-100, jul./dez. 2006.

ROHDEN, Fabíola. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Emílio ou da educação**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

SÁEZ, Macarena. Breve Análisis de las tendencias feministas contemporâneas y su relación com el derecho. In: BULIONE, Samantha e VENTURA, Miriam (orgs.). **Direito à reprodução e à sexualidade**: uma questão de ética e justiça. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 137-176, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 6ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

SARTI, Cynthia Andersen. A sedução da igualdade: trabalho, gênero e classe. In: SCHPUN, Mônica Raisa. **Gênero sem fronteiras**. Florianópolis: Editora Mulheres, 1997.

SEYFERTH, Giralda. Construindo a nação: hierarquias raciais e o papel do racismo na política de imigração e colonização. In: MAIO, Marcos Chor e SANTOS, Ricardo Ventura (orgs.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 41-58, 1996.

SCHIMITT- PANTEL, Pauline. “A criação da mulher”: um ardil para a história das mulheres. In: MATOS, Maria Izilda S. e SOIHET, Rachel (org). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003.

SCOTT, Joan Wallach. **A cidadã paradoxal**: as feministas francesas e os direitos do homem. Editora Mulheres: Florianópolis. 2002.

_____. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, vol. 20, nº 2 , p. 71 - 99, julho-dezembro de 1995.

_____. História das mulheres. In: BURKE, Peter (org.). **A escrita da história**: novas perspectivas. São Paulo: UNESP, p.63-95, 1992.

_____. O enigma da igualdade. **Revista Estudos Feministas**, vol. 13, nº. 01, Florianópolis, p. 11-30, 2005.

SILVA, Marinete dos Santos. Reprodução, sexualidade e poder: as lutas e disputas em torno do aborto e da contracepção no Rio de Janeiro entre 1890 e 1930. **Revista História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol.19, n. 4, p.1241 – 1254, outubro-dezembro de 2012.

THÉBAUD, Françoise. A política natalista da França no século XX: uma coação física? In: MATOS, Maria Izilda S. e SOIHET, Rachel (org). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003.

TOMASSO, Giselle et al. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**, Caracas, v.62, n.2, p.115-121, 2002.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3ª ed. rev. amp. São Paulo: UNFPA, 2009.

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

VIEIRA, Elisabeth Meloni et al . Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 566-577, Dezembro de 2009.

UNESCO. **Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos**. 2005.

UNICEF. **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê**. São Paulo: Globo, 2011.

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

WELZER-LANG, Daniel. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Revista Estudos feministas**. Universidade Federal de Santa Catarina. v 09. n. 02, 460-481, p. 2001,

YU, Pai Ching. **Registro nacional de operações não cardíacas**: aspectos clínicos, cirúrgicos, epidemiológicos e econômicos. Tese de Doutorado (Faculdade de Medicina - Programa de Cardiologia) São Paulo: USP, 2010, 115 f.

APÊNDICE A - Roteiro das entrevistas com os médicos obstetras e residentes

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Data:

Número da entrevista:

I) Dados de Identificação

- Sexo
- Idade
- Cor
- Naturalidade
- Situação conjugal
- Orientação religiosa

II) Formação profissional

- Local de formação
- Tempo de formado (a)
- Pós-graduação
- Motivo da escolha da profissão e da especialização
- Tipo de enfoque dado pela residência médica
- Expectativa com a especialização
- Tempo no atendimento obstétrico
- Dificuldades encontradas ao longo da carreira

III) Qualificação para o atendimento obstétrico

- Abordagem para atender às mulheres que procuram os serviços de obstetrícia
- Cursos e capacitações realizados nessa área

IV) Atuação profissional

- Tempo na unidade de saúde
- Perfil das usuárias do serviço de saúde
- Orientações fornecidas às usuárias
- Dificuldades relatadas pelas usuárias aos profissionais de saúde
- Tipo de atendimentos realizados na unidade de saúde
- Atendimento a mulheres que realizaram aborto legal e ilegal

V) Política de humanização

- Conceito sobre humanização do parto
- Conhecimento sobre a Rede Cegonha
- Conceito de violência obstétrica

- Participação de outros profissionais no parto

VI) Representações de gênero

- Conceito de família
- Conceito de maternidade
- Concepção sobre o aleitamento materno
- Noções sobre os direitos reprodutivos das mulheres
- Noções sobre desigualdade de gênero e cidadania
- Conceito sobre aborto legal e ilegal

APÊNDICE B - Roteiro das entrevistas com as usuárias do serviço de saúde

ROTEIRO DA ENTREVISTA (partos e curetagens)

Data:

Número da entrevista:

I) Dados de Identificação

- Idade
- Cor
- Naturalidade
- Bairro
- Situação conjugal
- Orientação religiosa
- Profissão
- Escolaridade

II) Experiência na unidade de saúde

- Avaliação das condições materiais da unidade de saúde
- Avaliação do tempo de espera
- Avaliação da qualificação dos profissionais de saúde
- Avaliação do atendimento oferecido pelos profissionais de saúde

III) Representações de gênero

- Conceito de família
- Conceito de maternidade
- Concepção sobre o aleitamento
- Expectativas sobre a maternidade
- Noções sobre os direitos reprodutivos das mulheres
- Noções sobre desigualdade de gênero e cidadania
- Conceito de violência de gênero
- Conceito sobre aborto

IV) Preparação para o parto (para as parturientes)

- Avaliação do atendimento pré-natal
- Expectativa sobre o parto

V) Preparação para a curetagem (para os casos de aborto)

- Motivo da procura da unidade de saúde
- Avaliação do atendimento

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: “Meu corpo me pertence?” Maternidade, aborto e poder médico em Campos dos Goytacazes/RJ.

Prezado (a),

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Meu corpo me pertence?” Maternidade, aborto e poder médico em Campos dos Goytacazes/RJ, que tem como objetivo avaliar o atendimento às gestantes em trabalho de parto, assim como às mulheres que necessitam de curetagem no Hospital dos Plantadores de Cana, além de analisar como se dá a formação dos médicos obstetras no Município de Campos dos Goytacazes. A pesquisa tem como objetivo subsidiar a tese de doutorado desta pesquisadora. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os resultados serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. As pessoas, por acaso, referidas durante a entrevista também terão suas identidades mantidas em sigilo. Os dados coletados serão utilizados para fins acadêmicos e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Sua participação nesta pesquisa se dará através de entrevistas sobre atendimento e formação obstétrica em Campos dos Goytacazes. As entrevistas serão gravadas e, posteriormente, será realizada a transcrição das mesmas. As gravações serão destruídas após 5 (cinco) anos do término da pesquisa. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza. Os benefícios relacionados com a sua participação referem-se ao conhecimento que poderá ser produzido sobre a qualidade dos serviços obstétricos, bem como sobre a formação dos médicos obstetras no Município de Campos dos Goytacazes. A devolução dos resultados desta pesquisa ocorrerá através da apresentação dos resultados à direção da Unidade de Saúde e da Faculdade de Medicina de Campos. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o e-mail da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu _____ abaixo assinado (a) concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo.

(Assinatura)

(data)

Pesquisadora: Sana Gimenes Alvarenga Domingues - OAB/RJ n.º 147834
Doutoranda em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF) Tel: 988210804 - E-mail: sanagimenes@hotmail

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PESQUISA HOSPITALAR E CONSULTA DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS



Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro
Centro de Ciências do Homem – CCH
Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PESQUISA HOSPITALAR E CONSULTA DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS


Pesquisa: “Meu corpo me pertence?” Maternidade, aborto e poder médico em Campos dos Goytacazes/RJ.

Ilmo. Diretor do Hospital dos Plantadores de Cana.

A pesquisa “Meu corpo me pertence?” Maternidade, aborto e poder médico em Campos dos Goytacazes/RJ tem como objetivo avaliar o atendimento às gestantes em trabalho de parto, assim como às mulheres que necessitam de curetagem no Hospital dos Plantadores de Cana, além de analisar como se dá a formação dos médicos obstetras no Município de Campos dos Goytacazes, através da Faculdade de Medicina de Campos. A mencionada pesquisa subsidiará a tese de doutorado da pesquisadora abaixo assinada. Todos os levantamentos realizados no Hospital dos Plantadores de Cana serão tratados de forma anônima e confidencial. As pessoas, por acaso, referidas durante as entrevistas também terão suas identidades mantidas em sigilo. Os dados coletados serão utilizados para fins acadêmicos e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Não haverá riscos de qualquer natureza. Os benefícios relacionados a esse estudo referem-se ao conhecimento que poderá ser produzido sobre os serviços obstétricos, bem como sobre a formação dos médicos obstetras no Município de Campos dos Goytacazes. A devolução dos resultados desta pesquisa ocorrerá através da apresentação da tese de doutoramento à direção desta Unidade de Saúde e também da Faculdade de Medicina de Campos.

Por todo o exposto, solicita-se, através da assinatura abaixo, que seja autorizada a realização da pesquisa de campo no setor de obstetrícia do Hospital dos Plantadores de Cana. Pede-se, também, a autorização para a consulta dos prontuários médicos correspondentes. Contando com a colaboração desta Instituição, a pesquisadora coloca-se à disposição para qualquer esclarecimento e reafirma o compromisso com os procedimentos éticos e legais previstos nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Campos dos Goytacazes, 05 de dezembro de 2013.

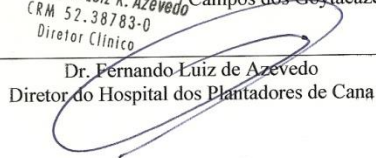

Sana Gimenes Alvarenga Domingues
OAB/RJ n.º 147834

Doutoranda em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)
Tel: 988210804

E-mail: sanagimenes@hotmail.com

Dr. Fernando Luiz R. Azevedo
CRM 52.38783-0
Diretor Clínico

Campos dos Goytacazes, 09 de dezembro de 2013.


Dr. Fernando Luiz de Azevedo
Diretor do Hospital dos Plantadores de Cana

APÊNDICE E – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Faculdade de Medicina de Campos

FACULDADE DE MEDICINA DE
CAMPOS/FUNDAÇÃO
BENEDITO PEREIRA NUNES



Continuação do Parecer: 524.513

serão realizadas observações participantes nas instituições mencionadas e serão feitas entrevistas com o corpo médico envolvido nos procedimentos obstétricos em foco, bem como com as mulheres que foram submetidas a esses procedimentos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não haverá riscos.

Produzir uma avaliação sobre o atendimento obstétrico dado às mulheres no Município de Campos dos Goytacazes, bem como uma reflexão sobre a formação dos médicos obstetras, sob a ótica dos estudos de gênero, com o objetivo de contribuir para a consolidação dos direitos reprodutivos das mulheres.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nenhum comentário ou considerações a fazer.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto de pesquisa apresentou todos os requisitos exigidos e de acordo com as resoluções nº 196/96 e novas normatizações da Plataforma Brasil.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Como resultado desta análise e com base nas resoluções nº 196/96 e nº 340/2004, o projeto de pesquisa foi aprovado por seus próprios fundamentos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Avenida Dr. Alberto Torres, 217

Bairro: Centro

CEP: 28.035-580

UF: RJ

Município: CAMPOS DOS GOYTACAZES

Telefone: (22)2101-2948

Fax: (22)2101-2929

E-mail: cepfmc@fmc.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
CAMPOS/FUNDAÇÃO
BENEDITO PEREIRA NUNES



Continuação do Parecer: 524.513

CAMPOS DOS GOYTACAZES, 07 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
ISRAEL NUNES ALECRIN
(Coordenador)

Endereço: Avenida Dr. Alberto Torres, 217

Bairro: Centro

CEP: 28.035-580

UF: RJ

Município: CAMPOS DOS GOYTACAZES

Telefone: (22)2101-2948

Fax: (22)2101-2929

E-mail: cepfmc@fmc.br