

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE DIREITO “PROFESSOR JACY DE ASSIS”

Érica Chamorro Ramos Dias

**VIOLAÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS DAS PARTURIENTES SUBMETIDAS À
EPISIOTOMIA DE ROTINA: POLÍTICAS PÚBLICAS COMO INSTRUMENTOS
DE RECONHECIMENTO DA IGUALDADE DA MULHER**

Uberlândia
2020

Érica Chamorro Ramos Dias

**VIOLAÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS DAS PARTURIENTES
SUBMETIDAS À EPISIOTOMIA DE ROTINA:**

Políticas públicas como instrumentos de reconhecimento da igualdade da mulher

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Uberlândia como requisito para a obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Cândice Lisbôa
Alves

Uberlândia – Minas Gerais

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Secretaria da Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Direito
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3D, Sala 302 - Bairro Santa Mônica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: 3239-4051 - mestradodireito@fadir.ufu.br - www.cmdip.fadir.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Direito				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico, número 143, PPGDI				
Data:	Vinte e cinco de novembro de dois mil e vinte	Hora de início:	15:00	Hora de encerramento:	17:00
Matrícula do Discente:	11812DIR009				
Nome do Discente:	Érica Chamorro Ramos Dias				
Título do Trabalho:	VIOLAÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS DAS PARTURIENTES SUBMETIDAS À EPISIOTOMIA DE ROTINA: POLÍTICAS PÚBLICAS COMO INSTRUMENTOS DE RECONHECIMENTO DA IGUALDADE DA MULHER				
Área de concentração:	Direitos e Garantias Fundamentais				
Linha de pesquisa:	Tutela Jurídica e Políticas Públicas				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Efetividade e Devolução de Conceitos Sociais				

Reuniu-se, utilizando tecnologia de comunicação à distância, conforme previsto na Portaria n°. 36 da CAPES, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Direito, assim composta: Professoras Doutoras: Bartira Macedo de Miranda - UFG; Daniela de Melo Crosara - UFU; Cândice Lisbôa Alves - UFU - orientador(a) do(a) candidato(a).

Iniciando os trabalhos o(a) presidente da mesa, Dr(a). Cândice Lisbôa Alves, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato(a), agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovado(a).

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Neste ato, e para todos os fins de direito, os examinadores e a discente autorizam a transmissão ao vivo da atividade e a gravação das suas imagens e vozes para fins de registro e arquivo junto à Secretaria do Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade Federal de Uberlândia. As imagens e vozes não

poderão ser divulgadas em nenhuma hipótese, exceto quando autorizadas expressamente pelos examinadores e pela discente. Por ser esta a expressão da vontade, nada haverá a reclamar a título de direitos conexos quanto às imagens e vozes ou quaisquer outros, nos termos firmados na presente.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Candice Lisboa Alves, Professor(a) do Magistério Superior**, em 10/12/2020, às 20:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daniela de Melo Crosara, Professor(a) do Magistério Superior**, em 04/01/2021, às 12:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Érica Chamorro Ramos Dias, Usuário Externo**, em 21/01/2021, às 19:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **BARTIRA MACEDO DE MIRANDA, Usuário Externo**, em 17/03/2021, às 16:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2443780** e o código CRC **DA16A172**.

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

D541 2020	<p>Dias, Erica Chamorro Ramos, 1993- Violação dos direitos sexuais das parturientes submetidas à episiotomia de rotina [recurso eletrônico] : políticas públicas como instrumentos de reconhecimento da igualdade da mulher / Erica Chamorro Ramos Dias. - 2020.</p> <p>Orientadora: Cândice Lisbôa Alves. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Direito. Modo de acesso: Internet. Disponível em: http://doi.org/10.14393/ufu.di.2020.656 Inclui bibliografia.</p> <p>1. Direito. I. Alves, Cândice Lisbôa, 1980-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Direito. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU: 340</p>
--------------	--

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091

ÉRICA CHAMORRO RAMOS DIAS

**VIOLAÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS DAS PARTURIENTES
SUBMETIDAS À EPISIOTOMIA DE ROTINA:**

Políticas públicas como instrumentos de reconhecimento da igualdade da mulher

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Uberlândia como requisito para a obtenção do título de mestre.

Uberlândia, 21 de Outubro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a. Cândice Lisbôa Alves
Universidade Federal de Uberlândia

Prof.^a. Dr.^a. Daniela de Melo Crosara
Universidade Federal de Uberlândia

Prof.^a. Dr.^a. Bartira Macedo de Miranda
Universidade Federal de Goiás

RESUMO

A presente pesquisa pretende analisar a adoção de políticas públicas como instrumentos hábeis para o reconhecimento dos direitos sexuais no parto, consistente na proteção da sexualidade das mulheres que são submetidas à episiotomia, um procedimento obstétrico adotado rotineiramente apesar da existência de recomendações para o uso restrito, uma vez que a realização sem necessidade clínica se caracteriza como uma espécie de violência obstétrica

A episiotomia como violência obstétrica pode assumir diversas feições, mas neste estudo realça-se o prisma dos direitos sexuais (violência obstétrica sexual) e também a vertente pela qual se trata de uma violência institucional perpetrada pelo Estado por intermédio das equipes de saúdes dos estabelecimentos de saúde que compõem o Sistema Único de Saúde ao negligenciar a ocorrência de tratamentos tortuosos.

Há também o intento de demonstrar que a episiotomia consiste em uma violência direcionada às mulheres e revelar que isso está imbuído no contexto de dominação simbólica, exercício do biopoder estatal e de acesso sexual ao corpo feminino. Por fim, o último escopo é analisar a existência de políticas públicas sob o viés da Teoria do Reconhecimento no Município de Uberlândia com o intuito de averiguar se os direitos sexuais são contemplados por tais instrumentos como forma de combate à episiotomia violenta e para a concretização da igualdade das mulheres com perante a distribuição de poder desigual entre os gêneros.

Palavras-chaves: Direitos sexuais – Episiotomia – Políticas Públicas

ABSTRACT

This research analyzes the adoption of public policies as skillful instruments for the recognition of sexual rights in childbirth, consisting in the protection of the sexuality of women who are submitted to episiotomy, an obstetric procedure routinely adopted despite the display of recommendations for restricted use, a since the performance without clinical evidence is a kind of obstetric violence

Episiotomy as obstetric violence can take on several forms, but in this study, the prism is highlighted of sexual rights (sexual obstetric violence), as well as the aspect of institutional violence perpetrated by the State through the health teams of health establishments. that make up the Unified Health System by neglecting the occurrence of tortuous treatments.

There is also the intention to demonstrate that episiotomy consists of violence directed at women and to reveal that this is imbued in the context of symbolic domination, exercise of state biopower and sexual access to the female body. Finally, the last scope is to analyze the existence of public policies under the bias of the Theory of Recognition in the City of Uberlândia in order to ascertain whether sexual rights are contemplated by such instruments as a way of combating violent episiotomy and achieving equality of women. women with unequal power distribution between genders.

Keywords: Sexual rights - Episiotomy - Public Policies.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS: UM OLHAR A PARTIR DA EPISIOTOMIA	14
2.1	DIREITOS HUMANOS E O RECONHECIMENTO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS E SEXUAIS.....	14
2.2	A INCORPORAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS NO DIREITO PÁTRIO E OS DIREITOS FUNDAMENTAIS	22
2.3	PRINCÍPIOS ÉTICOS DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	34
2.4	EPISIOTOMIA COMO CISÃO VIOLADORA DOS DIREITOS SEUXAIS DAS PARTURIENTES.....	43
3	EPISIOTOMIA: ENTRE A DOMINAÇÃO E A VULNERABILIDADE DO FEMININO	57
3.1	O ACESSO SEXUAL VIOLENTO AO CORPO FEMININO.....	57
3.2	SEXUALIDADE E AS RELAÇÕES DE PODER PELA PERSPECTIVA DE GÊNERO E INSTITUCIONAL	74
3.3	A TEORIA DO RECONHECIMENTO E A VULNERABILIDADE DA PARTURIENTE	98
4	POLÍTICAS PÚBLICAS COMO INSTRUMENTOS DE RECONHECIMENTO DOS DIREITOS SEXUAIS DAS PARTURIENTES NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA	115
4.1	AS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO INSTRUMENTOS DE INTERVENÇÃO ESTATAL DIANTE DA VULNERABILIDADE DA PARTURIENTE E DA VIOLAÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS NO PARTO	115
4.2	POLÍTICAS PÚBLICAS E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NO MOMENTO DO PARTO.....	126
4.3	ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO INSTRUMENTOS DE TUTELA DOS DIREITOS SEXUAIS DO MUNICÍPIO DE	145

4.3.1	Lei nº 12.315, de 23 de novembro de 2015.....	149
4.3.2	Apice On e Projeto “Parto Adequado”	160
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	169
	REFERÊNCIAS	174

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa, intitulada “Violação dos direitos sexuais das parturientes submetidas à episiotomia de rotina: políticas públicas como instrumentos de reconhecimento da igualdade da mulher” problematiza a adoção da episiotomia de rotina, consistente em um procedimento controverso, de recomendações restritas e que configura violência obstétrica.

A violência obstétrica passou a ser contemplada normativamente em 2007 através da edição da Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma vida livre de violência na Venezuela e logo ganhou vulto na comunidade internacional, figurando diversos diplomas combatentes da violência à mulher. Trata-se de uma espécie de violência de gênero, que também assume caráter institucional e sexual e que apesar de corriqueira nos hospitais, até aquele momento permanecia sem o devido reconhecimento pela esfera do Direito.

Uma das formas mais comuns da violência obstétrica é a episiotomia, um procedimento cirúrgico destinado a aumentar a abertura do canal vaginal a partir da cisão de músculos e nervos vaginais e vulvares para que o neonato seja expelido mais rapidamente. A episiotomia, “pique” ou simplesmente “episio” é um procedimento controverso cuja recomendação é restrita desde a década de 1980 quando as evidências demonstravam que o corte perineal apresentava mais efeitos adversos e não protegia o períneo.

Os saberes relacionados à gestação e ao parto foram realocados do saber feminino ao longo do processo iniciado no período renascentista. A partir do momento em que os procedimentos obstétricos foram perfilhados pela ciência médica, a alienação do corpo, do conhecimento e da psique feminina foi institucionalizada sob um pretexto que se justificava em nome de “algo maior”, que não é a mulher nem seus direitos.

A episiotomia de rotina, além de ser um retrato da subjugação da mulher e de seu corpo, realça outro fenômeno: a falta de reconhecimento que, por sua vez, escancara a posição de vulnerabilidade que se encontra a mulher e o aspecto violentador do corte no períneo.

A falta de reconhecimento sobre a gravidade e o caráter tortuoso da

episiotomia de rotina possui diversos fatores, entre eles a naturalização das agressões sofridas no parto que se atrela à noção de biopolítica desenvolvida por Foucault, segundo o qual o poder sobre a vida e a morte assumiu duas formas distintas que se complementam a partir do século XVII.

A primeira forma desse poder parte da consideração do corpo como uma máquina a ser disciplinada, o que foi expresso por Foucault como “anátomo-política do corpo humano”. Note-se que o corpo assumiu uma posição extremamente relevante para se conceber o poder do soberano, pois a existência biológica tornou-se uma questão estratégica para os Estados (FOUCAULT, 1988, p.129). A segunda forma é mais recente que a primeira, datando da segunda metade do século XVIII e considera o corpo como espécie, isto é, como suporte de processos biológicos e passível de controles e intervenções, caracterizando o que Foucault chamou de “biopolítica da população” (FOUCAULT, 1988, P. 131).

O poder passou a significar a administração de corpos e gestão da vida da população, um reflexo da biologia na política. Os rudimentos das formas do biopoder foram capazes de garantir a manutenção das relações de produção, sendo que as técnicas de poder presentes no nível social funcionaram como fatores de desagregação e hierarquização social, além de garantir relações de segregação e hierarquização consolidando as relações de dominação e efeitos de hegemonia (FOUCAULT, 1988, p. 133).

Neste íterim, FOUCAULT destaca a importância do sexo para a compreensão desta nova forma de poder, uma vez que “[...] O sexo é acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie.” (1988, p. 137) e disso resulta a disciplina do corpo desde o século XIX, pois tornou-se uma operação política passível de intervenção econômica, o que se dá através do controle de procriação.

Vislumbra-se a importância da sexualidade para a concepção da vida e, respectivamente, do corpo para os processos biológicos, como gerar vida e nascer, processos que notadamente acontecem no corpo feminino. Daí a necessidade em se controlar o corpo feminino que somado à subjugação do gênero feminino enseja condutas como a episiotomia violenta. Como medida de combater essa opção política de gerir o corpo feminino através da dor, surgem as políticas públicas, que podem ser tanto ações governamentais como não governamentais como alternativa de tutela ao corpo e à sexualidade da mulher no momento do parto.

A problematização do tema advém de uma inquietação que tem por fim auxiliar na defesa dos direitos humanos e da dignidade das mulheres no momento do parto. O problema emerge, em verdade, da constatação de que a episiotomia consiste em um procedimento considerado obsoleto desde a década de 1980 e permanece sendo aplicado de maneira profilática, com o suposto objetivo de proteger o períneo durante o parto. Entretanto, desde a década de 1980 há evidências de que o corte no períneo favorece à celeridade do parto vaginal enquanto se mutila a região do sexo feminino.

A permanência da realização da episiotomia de maneira violenta e abusiva pode ser a expressão de uma negligência estatal ao permitir que os corpos femininos sejam manejados e a sexualidade das parturientes violadas, denotando ainda a precariedade social, política e jurídica das mulheres, inclusive no momento de dar à luz. Sendo assim, o problema que se formula é: a implementação de políticas públicas que tutelem os direitos sexuais das parturientes são estratégias hábeis para combater a realização da episiotomia de rotina?

Tem-se por hipótese fundamental que a implementação de políticas públicas que contemplem os direitos sexuais e o corpo da parturiente como bens contribuem para o combate à episiotomia como espécie de violência obstétrica, além de promover o reconhecimento das violações de direitos às quais as mulheres são submetidas no momento do parto. Admitindo-se as políticas públicas como instrumentos de reconhecimento, há a perspectiva de atribuir às mulheres submetidas à episiotomia visibilidade social, política e jurídica e diminuir a precariedade e a vulnerabilidade das parturientes diante desta violência institucional que atinge a sexualidade feminina. O principal objetivo do desenvolvimento desta pesquisa é contribuir para o combate à violência obstétrica, em especial, à episiotomia, buscando demonstrar que se trata de um procedimento obstétrico violador de direitos humanos e fundamentais, assentado em condutas que caracterizam negligência e omissão estatal no sentido de perpetuar o estado de precariedade do gênero feminino.

Para tanto, reunir-se-ão conhecimentos de diversos segmentos da área de saúde, sociologia, filosofia, e claro, do direito com a finalidade de apresentar as políticas públicas contemplativas do corpo e dos direitos sexuais das parturientes como instrumentos aptos para superar a precariedade política e social das

mulheres vítimas de episiotomias violentas, através do reconhecimento destes direitos. Além disso, apresentam-se como objetivos específicos:

1) Contextualizar a episiotomia no âmbito jurídico (o tratamento jurídico de um evento cirúrgico, a caracterização como fato jurídico, bens jurídicos envolvidos, os principais documentos normativos que versam sobre o procedimento, diferenciação do tratamento jurídico no âmbito do direito internacional e no direito pátrio);

2) Estabelecer a episiotomia como uma violência institucional que ofende os direitos sexuais das parturientes e traduz a vulnerabilidade do gênero feminino e aprofundar a análise sobre o caráter institucional desta violência que acontece no ambiente hospitalar a partir da perspectiva da dominação simbólica e buscar compreender se a postura do Estado diante da permanência da adoção deste procedimento caracteriza-se como manifestação de seu biopoder;

3) Propor a teoria do reconhecimento de Axel Honneth associada às políticas públicas como instrumentos de intervenção do Estado para a promoção e a tutela dos direitos sexuais das parturientes.

4) Examinar a existência de leis, políticas públicas e outros mecanismos contrários à episiotomia violenta e/ou que tutelem os direitos sexuais das parturientes no Município de Uberlândia e de outros Municípios para comparação ou para proposição análoga;

Quanto ao tipo de pesquisa, realizou-se uma pesquisa exploratória e bibliográfica com o empenho de reunir conhecimentos disponíveis sobre o tema, tornando a pesquisa abrangente e profunda, de modo que fosse possível traçar a linha evolutiva da concepção da episiotomia como um evento obstétrico para um fenômeno situado no mundo jurídico, como uma espécie de violência obstétrica. Percorreu-se pelas ordens jurídicas internacional (sistema internacional de proteção aos direitos humanos) e nacional (compreendido pela Constituição Federal de 1988, leis infraconstitucionais e atos normativos do Poder Executivo) a fim de se desvendar quais as repercussões da episiotomia no mundo jurídico.

Investigou-se aspectos filosóficos e sociológicos sobre a postura do Estado perante a adoção de um procedimento com feições tortuosas, além da análise nas principais fontes para criar o contexto jurídico, social e político mais verossímil possível que revele as principais razões da vulnerabilidade das mulheres no

momento parto. Por fim, empenhou-se na abordagem que considera a associação entre a Teoria do Reconhecimento às políticas públicas, com o objetivo de promover a humanização do parto com a tutela dos direitos sexuais e o combate à episiotomia de rotina.

O método de abordagem é dedutivo a partir da análise dos tratados internacionais e demais disposições de ordem internacional ratificados pelo Estado Brasileiro, analisando-se os principais aspectos atinentes à violência obstétrica no Brasil, ao passo em que se caminhou para espaços de observação cada vez mais específicos, isto é, na consideração da episiotomia em contextos que extrapolam o âmbito da ciência médica, pois possui repercussões jurídicas, além de ser permeado por outras ciências tais como a Sociologia e a Filosofia para a obtenção dos parâmetros da natureza jurídica da episiotomia violenta.

A mesma abordagem se deu no âmbito bibliográfico, passando-se dos aspectos gerais aos específicos na busca dos principais materiais sobre violência obstétrica e episiotomia no âmbito jurídico, bem como nas perquirições sobre a acesso sexual ao corpo feminino, o exercício do biopoder estatal e vulnerabilidade feminina, para enfim, tratar da aptidão das políticas públicas para a tutela dos direitos sexuais das parturientes.

Quanto à coleta, análise e abordagem de dados optou-se pelo estudo de caso estabelecendo como objeto o Município de Uberlândia com o intuito de averiguar se existe proposta normativa que atende como política pública ou contempla a implementação de políticas públicas voltadas para a proteção dos direitos sexuais das parturientes uberlandenses.

Os métodos de procedimentos adotados foram o monográfico e comparativo. O trabalho em desenvolvimento tem por objetivo o aprofundamento da questão sobre como se dá a apreciação da episiotomia na ordem jurídica, partindo-se de uma ótica que contempla o sistema de proteção dos direitos humanos e Constituição como abrigo da dignidade da pessoa humana, da igualdade entre os gêneros, os direitos sexuais, além de outros direitos fundamentais. Para tanto, buscar-se-á conhecimentos em suas diversas fontes, tais como livros, dissertações, monografias, artigos, dentre outras, além da busca de dados contidos em relatórios ou documentos similares disponibilizados por instituições com repercussão sobre o tema.

O procedimento técnico utilizado é a pesquisa bibliográfica, consistente na busca por informações e fundamentações a partir de livros, teses, dissertações, monografias e artigos científicos, além da investigação da realidade social com a procura de informações relevantes.

2 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS: UM OLHAR A PARTIR DA EPISIOTOMIA

2.1 DIREITOS HUMANOS E O RECONHECIMENTO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS E SEXUAIS

A violência contra a mulher é um fato histórico e social, assim como as outras espécies de violências contra as minorias. Trata-se de um dado cultural arraigado profundamente em algumas sociedades, principalmente em sociedades como a brasileira com histórico de patriarcalismo, servidão e machismo. Como o Direito exerce a função de proteger os valores essenciais à humanidade, perante o desrespeito às minorias, tem um papel fundamental na promoção da dignidade humana, da igualdade, da integridade física e moral, além de outros direitos inerentes aos seres humanos, tais como os direitos reprodutivos e sexuais.

Assumindo o seu papel como regulador de condutas a fim de que o pacto social tenha seja adimplido, o Direito deve intervir com a finalidade de erradicar, contornar e prevenir a desigualdade, com destaque a desigualdade entre os gêneros, assim como prevenir e sancionar negativamente o tratamento violento dedicado às mulheres. Apesar de histórica, a violência contra a mulher não recebeu tratamento combativo pelo Direito até o século passado. Antes de receber tratamento estatal, o assunto se tornou uma das pautas do direito internacional, alocando-se nas discussões sobre os direitos humanos, razão pela qual o início do estudo que se irá desenvolver inicia-se por tal seara.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) é o documento que assinala o marco inaugural da trajetória dos direitos humanos. Proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948, a declaração estabelece a proteção destes direitos como uma norma comum a todos os povos e nações, ao afirmar em seu artigo 1º que: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos” (ONU, 1948).

O teor da declaração é contra qualquer distinção entre os seres humanos, conforme se lê no artigo 2º:

Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades

proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação [...] (ONU, 1948).

Embora haja a previsão acima, o fato não impediu a diferenciação entre os sexos, tanto que em relação à proteção específica do direito das mulheres, a Assembleia Geral declarou o ano de 1975 como o Ano Internacional das Mulheres, sendo que neste mesmo ano aconteceu a I Conferência Mundial sobre as Mulheres na Cidade do México. Nesta conferência foram reafirmados direitos como a autonomia para decidir sobre o próprio corpo e integridade física. Subsequentemente a esta conferência, a década compreendida entre os anos de 1976 e 1985 foi enunciada como a “Década das Mulheres”, como reflexo e fomento ao avanço do movimento feminista internacional (ONU BRASIL).

Em 1979, registrou-se a adoção da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women - CEDAW), tida como uma Carta Internacional dos Direitos da Mulher que conclama todos os Estados a se comprometerem a combater quaisquer tratamentos discriminatórios direcionados ao gênero feminino. No Brasil, a convenção foi ratificada em 1984 e, finalmente promulgada por meio do decreto nº. 4.377, de 13 de setembro de 2002.

Dando atenção especial à violência de gênero, em 1993, a Organização das Nações Unidas (ONU) editou a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres sendo este o primeiro ato normativo dedicado a uma definição do que seria o conceito de violência contra gênero¹. No ano seguinte, 1994, aconteceu no Brasil, em Belém do Pará, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Essa convenção entrou em vigor no âmbito internacional em 3 de março de 1995 e foi promulgada nacionalmente pelo Decreto nº 1.973/1996, de 1º de agosto de 1996.

De acordo com a Convenção, entender-se-á como violência contra a mulher “[...] qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como

¹ “[...] any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, **physical, sexual** or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary **deprivation of liberty**, whether occurring in public or in private life” (p. 3, grifo nosso)

na esfera privada” (BRASIL, 1996, p. 2).

Apesar destes documentos inaugurarem as definições sobre violência contra gênero, não fazem sequer menção à violência que acomete às mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério. Desde a Década da Mulher (1975-1985), foi possível observar avanços sobre a proteção dos direitos das mulheres. Entretanto, ressalta-se que na década de 1970, os direitos reprodutivos não haviam sido reconhecidos formalmente, mas a reprodução estava nas pautas de reivindicações das mulheres na época, permeada por questões como aborto, fecundidade e contracepção, bem como autonomia corporal e atenção à saúde reprodutiva.

Duas décadas mais tarde, essas reivindicações culminaram na realização da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Egito, na Cidade do Cairo em 1994. O evento foi importante para a definição dos direitos sexuais e reprodutivos nas relações entre os sexos, mas principalmente das mulheres e meninas a nível internacional.

O Plano de Ação resultante desta conferência é importantíssimo para a inclusão de discussões sobre gênero, além da superação da reprodução como uma preocupação atinente somente ao desenvolvimento da população. Da sua leitura é possível compreender que os direitos de reprodução dizem respeito ao poder decisório sobre a geração ou não de filhos, o número de descendentes e o espaçamento entre eles.

Os direitos sexuais, por sua vez, relacionam-se com o desenvolvimento saudável da sexualidade, permeados pela liberdade, igualdade, informação e tendo como pressupostos saúde e educação. Estes direitos pressupõem um serviço público de saúde de qualidade, acesso à informação, liberdade, não discriminação, não coerção, sem o prejuízo de outros direitos fundamentais (ONU, 1994).

A partir da Conferência do Cairo, as violações sofridas no âmbito da reprodução passaram a ser consideradas como violações de direitos humanos. O Plano de Ação é considerado o marco introdutório do conceito de direitos reprodutivos como direitos humanos e sinalizou para a necessidade de reconhecimento dos direitos sexuais.

No ano subsequente à Conferência do Cairo, 1995, ocorreu a “IV Conferência Mundial sobre a Mulher: Igualdade, Desenvolvimento e Paz”, em

Pequim, China. O documento resultante desta conferência reafirmou alguns direitos humanos específicos das mulheres e que guardam relação com a reprodução e com a sexualidade. Conferiu-se destaque para a autonomia e a autodeterminação, a igualdade e a segurança sexual e reprodutiva, uma vez que se relacionam com a saúde reprodutiva e sexual.

De acordo com Miriam Ventura:

A importância dos documentos resultantes das Conferências Internacionais realizadas no Cairo e em Pequim, para a agenda dos direitos humanos, foi o reconhecimento da sexualidade e da reprodução como bens jurídicos merecedores de proteção e promoção específicas, em prol da dignidade e do livre desenvolvimento humano. Os documentos do Cairo e de Pequim, ao reafirmarem o dever dos Estados na promoção, inclusive, da saúde sexual, independentemente da saúde reprodutiva, como integrante não só do direito à saúde, mas de outros direitos individuais e sociais fundamentais para o exercício da sexualidade e reprodução, vêm favorecendo à ampliação gradativa do conteúdo desses direitos, inclusive, dos direitos sexuais (2009, p. 37).

Perceba-se que a constituição dos direitos reprodutivos e sexuais como bens jurídicos tutelados como direitos humanos foi e continua sendo uma construção social e cultural contemplada pela ordem jurídica internacional a partir do reconhecimento pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Egito, pois anteriormente, mesmo que houvesse menção a estes direitos, eles repercutiam apenas como uma preocupação demográfica.

No âmbito do debate sobre os direitos reprodutivos e sexuais na seara dos direitos humanos, há ainda que se discutir sobre o tratamento de ambos os conceitos de forma indistinta. Para tanto, chama-se a atenção preliminarmente para a definição de direitos reprodutivos para mais adiante trazer o conceito de direitos sexuais.

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 natureza (VENTURA, 2009, p. 19).

Diante dos direitos reprodutivos, os direitos sexuais ainda não possuem um conceito que defina a sua real extensão. Em geral, os direitos sobre a sexualidade são retratados sem autonomia, por meio da utilização de expressão “direitos sexuais e reprodutivos” (VENTURA, 2009, p. 21) ou imiscuídos na temática de saúde sexual, sem atenção aos demais aspectos atinentes ao sexo e a vivência sexual. Desta forma:

O conceito de direitos sexuais tem uma história distinta e mais recente. Sua formulação inicial se dá nos anos 90, no âmbito dos movimentos gay e lésbico europeus e norte-americanos, produzindo-se, em seguida, uma sinergia com os segmentos dos movimentos feministas. No Programa do Cairo, a expressão “direitos sexuais” não consta no documento final, entretanto, o texto inclui de modo explícito o conceito de “saúde sexual”, adotando a definição da OMS para a “saúde sexual” como parte integrante da saúde reprodutiva [...] (BRASIL, 2013, p. 13).

Apesar de os dois conceitos possuírem uma relação que denota uma imbricação que decorre aparentemente da própria sexualidade presente nos dois complexos de direitos, deve-se atentar que a reprodução existe independentemente do exercício da sexualidade a partir do avanço das tecnologias especializadas em reprodução humana. Então, a sexualidade possui um viés dentro dos direitos reprodutivos, mas não os esgotam.

O tratamento destes direitos requer uma conceituação e delimitação que lhes contemplem a autonomia de cada um e que seja adequadamente utilizada com a finalidade fim de evitar obliquidades. Entretanto, pode-se avocar o tratamento jurídico e social como uma das causas da limitação conceitual dos direitos sexuais, uma vez que refletem uma cultura resistente em compartilhar diversas moralidades sobre sexualidade, além dos preconceitos e discriminações associados às práticas, condições e identidades sexuais (VENTURA, 2009, p. 23).

Uma vez que se reconhece os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, estes se tornam instrumentos normativos e políticos aptos para intervir em contextos de desigualdade com o fim de reparar e reconstruir os direitos e as obrigações que permeiam o exercício das funções reprodutivas e sexuais. Todavia, a abordagem conjunta dos conceitos representa um prejuízo na aplicação e efetividade dos mesmos.

Assim, sem uma formulação sólida do significado e extensão dos direitos sexuais, que transcenda os tabus morais e sociais e apresentem coerência jurídica com os sistemas de normas vigentes, a inexistência de uma definição autônoma impede que estes direitos sejam bem aplicados e respeitados. Os direitos reprodutivos também passam por dificuldades, mas de ordem política e normativa que acontecem principalmente pela dificuldade em ser pensado juntamente com os conceitos liberdade e de cidadania.

Em razão da confusão que comumente ainda se faz e que em maior grau ou em menor grau é respaldada pelos documentos normativos, que não arriscam estabelecer limites na conceituação destes direitos e perpetuam essa obscuridade conceitual, acompanhe-se a seguinte síntese do conteúdo destes direitos, a começar pelos direitos reprodutivos como:

[...] os direitos de adotar decisões relativas à reprodução sem sofrer discriminação, coerção ou violência; b) o direito de decidir livre e responsabilmente o número de filhos e o intervalo entre seus nascimentos; c) o direito de ter acesso à informações de métodos anticoncepcionais, meios seguros (serviços) disponíveis, acessíveis à toda a tecnologia disponível para ter ou não filhos; d) o direito de acesso ao mais elevado padrão de saúde reprodutiva; a reprodução como direito da personalidade. Por sua vez, os direitos sexuais compreendem a) o direito de decidir livremente e responsabilmente sobre sua sexualidade; b) o direito a ter controle sobre o seu próprio corpo; c) o direito a viver livremente sua orientação sexual, sem sofrer discriminação, coação ou violência; d) o direito a receber educação sexual; e) o direito à privacidade; f) o direito a fruir do progresso científico e a consentir livremente com a experimentação, com os devidos cuidados éticos recomendados pelos instrumentos internacionais; g) o direito de ter a prática sexual desvinculada da gerência do Estado e da reprodução; h) a sexualidade como direito da personalidade (MARIANI, NASCIMENTO NETO, p. 55, 2016 *apud* TAMANINI, 2009, p. 55).

Ao esmiuçar os conteúdos que estão comportados dentro de cada conceito é possível assinalar a existência autônoma do direito sexual em relação aos direitos de reprodução, sendo que a sexualidade se atrela à personalidade, além da autonomia para decidir e dispor sobre o próprio corpo. Trabalhar os dois conceitos é um procedimento metodológico importante para atingir os objetivos deste trabalho que aborda sobre as violações dos direitos sexuais das mulheres que passam pela episiotomia.

As reivindicações incidentes sobre o modelo de assistência no ciclo gravídico-puerperal foram fundamentais para que os direitos reprodutivos e sexuais alcançassem o *status* de direitos humanos. E um dos fatores para essa repercussão foi a consideração do parto como um evento atinente à sexualidade feminina.

Sexualidade pode ser entendida:

[...] como toda uma série de excitações e atividades presentes desde a infância que proporcionam prazer irredutível a alguma necessidade fisiológica fundamental e vital (respiração, fome, excreção, parto) e que se encontram presentes como componentes da chamada forma normal do amor sexual. Ela é polimorfa, polivalente, ultrapassa a necessidade fisiológica e tem a ver com a simbolização do desejo. Num contexto mais amplo, considera-se que a influência da sexualidade permeia todas as manifestações humanas, do nascimento até a morte, e tem na genitalidade um de seus aspectos. Desta maneira, o parto deve ser incluído como uma vivência sexual da mulher, pois gera uma série de excitações que poderá lhe proporcionar prazer (PROGIANTI, ARAÚJO, MOUTA, 2008, p. 46).

Pode-se depreender que a sexualidade compreende excitações oriundas de uma série de necessidades fisiológicas, sendo algo extremamente complexo que pode ser expresso pela genitalidade, mas que também permeia instâncias simbólicas do ser humano, como se estudará no capítulo seguinte. Desta forma, o parto pode ser perfeitamente contemplado como uma experiência sexual, para além da genitalidade, pois são processos que também são vividos em cesarianas, não somente em partos normais e naturais.

Do ponto de vista da fisiologia, o trabalho de parto, o parto e a fase inicial da amamentação são partes integrais da vida sexual da mulher, pois nestes momentos dois grupos de hormônios estão sempre presentes, ocitocina e as endorfinas. A ocitocina, entre suas outras funções, estimula as contrações uterinas durante o orgasmo, o trabalho de parto e parto, e as endorfinas são responsáveis pelas sensações de recompensa, gratificação e prazer. Acrescenta-se ainda que um meio cultural, ao interferir rotineiramente na fisiologia do parto, o faz também com a sexualidade (PROGIANTI, ARAÚJO, MOUTA, 2008, p. 46).

Uma vez que se firmou o parto como uma experiência sexual da mulher, resta evidente que as violações ocorridas no parto, em especial aquelas que

atingem o corpo físico e afetam a sexualidade constituem uma patente violação aos direitos humanos das parturientes. Assim, as variadas formas de violência obstétrica podem ser retratadas como violência de gênero, inseridas no rol de proteção dos direitos humanos desde 1967, quando a Declaração sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres foi criada.

Entretanto, a referida Declaração sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres não se efetivou como instrumento normativo e por isso, não impôs obrigações aos Estados. Somente em 1979 foi editada a Convenção para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres (CEDAW, em inglês) e finalmente a violência contra a mulher passou a ser um crime contra a humanidade.

A partir deste momento, embora o termo “violência obstétrica” não fosse utilizado, era possível constatar a episiotomia como um procedimento violador dos direitos humanos de mulheres no momento do parto. Subsequentemente, chamou-se a atenção para os crimes internacionais contra a sexualidade, sendo que em 1998, o Tribunal Penal Internacional, por meio do Estatuto de Roma, reconheceu a violação sexual como um crime contra a humanidade também (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008, p. 106).

O reconhecimento da violência sexual como crime contra humanidade tornou visível diversas práticas culturais e tradicionais que violam esses direitos das mulheres, tais como os estupros coletivos, a escravatura sexual, a prostituição forçada, as esterilizações compulsórias e as mutilações genitais. Destacar-se-á, brevemente, estas últimas, em razão do caráter de semelhança com a episiotomia.

A mutilação genital é uma prática realizada em algumas culturas do mundo islâmico, em que as partes genitais femininas são rudemente retiradas. O procedimento chamou a atenção internacionalmente e duas correntes se levantaram, uma culturalista e outra universalista. Para a última todas as pessoas são sujeitos de direitos humanos, enquanto para a primeira, aspectos culturais são capazes de legitimar a não observância destes direitos.

[...] a universalista e a culturalista. A primeira (que prevaleceu) entende que os direitos humanos são intrínsecos à pessoa, justamente pelo fato de que é um ser humano, não podendo ser condicionado por qualquer autoridade. A corrente culturalista entende que, em nome da “cultura”, num sentido muito amplo, é legítima a não-universalidade dos direitos humanos. Portanto,

aceita que existem direitos humanos especificamente femininos e especificamente masculinos. Por exemplo, no primeiro caso está o direito de não ser violada, de não ser forçada a abortar, não ser mutilada genitalmente e de ser mãe; no segundo o de não ser violado, não ser castrado e de ser pai. Lopes (2005) complementa com a constatação de que, no encontro de Viena, prevalecera uma teoria universalista, ao passo que, em Pequim, houve uma tentativa de forçar por um posicionamento culturalista. Tentou-se que hábitos e tradições, como a mutilação genital feminina ou a submissão total da mulher dentro do casamento, prevalecessem sobre os direitos humanos. O argumento, vindo especialmente dos países de orientação islâmica, era de que a cultura ocidental não tinha direito de intervir na sua cultura e tradições (ainda que as suas próprias Constituições políticas garantam a igualdade de direitos entre os sexos) (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008, p. 107).

A despeito dos debates entre as correntes do universalismo e do relativismo dos direitos humanos, que serão abordadas no item a seguir, o procedimento é considerado como violento e existem grupos de direitos humanos que o combatem. A discussão sobre a mutilação abriu as portas para a caracterização da episiotomia como uma forma de violência de gênero e sexual.

A partir da configuração da episiotomia como um caso análogo à mutilação genital ou de dano sexual/genital, combatido pelos adeptos da corrente universalista dos direitos humanos, não resta dúvidas de que a adoção das episiotomias de rotinas, por analogia, configura por si só um caso patente de desrespeito aos direitos humanos.

2.2 A INCORPORAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS NO DIREITO PÁTRIO E OS DIREITOS FUNDAMENTAIS

A afirmação dos direitos sexuais no âmbito de proteção internacional dos direitos humanos representa a trajetória da constituição da sexualidade como bem jurídico e faz com que esteja imbuída nas noções de universalidade, essencialidade, ou superioridade normativa (preferenciabilidade) e reciprocidade.

A universalidade consiste no reconhecimento de que os direitos humanos são direitos de todos, combatendo a visão estamental de privilégios de uma casta de seres superiores. Por sua vez, a *essencialidade* implica que os direitos humanos apresentam valores indispensáveis e que todos devem protegê-los. Além disso, os direitos humanos são *superiores* a demais normas, não se

admitindo o sacrifício de um direito essencial para atender as “razões de Estado”; logo, os direitos humanos representam *preferências* preestabelecidas que, diante de outras normas, devem prevalecer. Finalmente, a reciprocidade é fruto da teia de direitos que une toda a comunidade humana, tanto na *titularidade* (são direitos de todos) quanto na sujeição passiva: não há só o estabelecimento de deveres de proteção de direitos ao Estado e seus agentes públicos, mas também à coletividade como um todo. Essas quatro ideias tornam os direitos humanos como vetores de uma sociedade humana pautada na igualdade e na ponderação dos interesses de todos (e não somente de alguns) (RAMOS, 2017, p. 22-23).

No tópico anterior apontou-se o embate existente entre os universalistas e os relativistas no tocante à mutilação genital, entretanto deve ficar claro que o conflito diz respeito ao atributo da universalidade dos direitos humanos e ao alcance das normas de direitos humanos. Os relativistas defendem o pluralismo cultural e o respeito às diferenças culturais de cada povo, questionando também a adoção de um parâmetro internacional mínimo que, em tese, flexibiliza a soberania nacional e a jurisdição doméstica.

Para os relativistas, a noção de direito está estritamente relacionada ao sistema político, econômico, cultural, social e moral vigente em determinada sociedade. Sob esse prisma, cada cultura possui seu próprio discurso acerca dos direitos fundamentais, que está relacionado às específicas circunstâncias culturais e históricas de cada sociedade. Nesse sentido, acreditam os relativistas, o pluralismo cultural impede a formação de uma moral universal, tornando-se necessário que se respeitem as diferenças culturais apresentadas por cada sociedade, bem como seu peculiar sistema moral. A título de exemplo, bastaria citar as diferenças de padrões morais e culturais entre o islamismo e o hinduísmo e o mundo ocidental, no que tange ao movimento de direitos humanos. Como ilustração, caberia mencionar a adoção da prática da clitorectomia e da mutilação feminina por muitas sociedades da cultura não ocidental (PIOVESAN, 2013, p. 132).

Os relativistas refutam a existência de uma moral universal ao confrontarem a pretensão dos direitos humanos consubstanciada na DUDH de proteger os direitos e liberdades fundamentais de todas as pessoas. Nessa perspectiva, sobreleva-se a fundamentalidade do direito de exercer a própria cultura, argumentando-se que a primazia de um mínimo ético sobre cultura é a manifestação do imperialismo ocidental na tentativa de impor suas próprias

crenças.

Os universalistas, por sua vez, alegam que:

[...] a posição relativista revela o esforço de justificar graves casos de violações dos direitos humanos que, com base no sofisticado argumento do relativismo cultural, ficariam imunes ao controle da comunidade internacional. Argumentam que a existência de normas universais pertinentes ao valor da dignidade humana constitui exigência do mundo contemporâneo. Acrescentam ainda que, se diversos Estados optaram por ratificar instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos, é porque consentiram em respeitar tais direitos, não podendo isentar-se do controle da comunidade internacional na hipótese de violação desses direitos e, portanto, de descumprimento de obrigações internacionais (PIOVESAN, 2013, p. 133).

Com a adoção da Declaração de Viena em 1993 prevaleceu o universalismo formalizado na redação do § 5º, no qual se lê:

Todos os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. A comunidade internacional deve tratar os direitos humanos globalmente, de maneira justa e equânime, com os mesmos parâmetros e com a mesma ênfase. As particularidades nacionais e regionais e bases históricas, culturais e religiosas devem ser consideradas, mas é obrigação dos Estados, independentemente de seu sistema político, econômico e cultural, promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais (ONU, 1993).

Pode-se dizer que desde 1993 existe o esforço para consolidar a compreensão de que as peculiaridades culturais devem ser respeitadas, ressalvados os casos em que sejam utilizadas como justificativas para denegar ou violar direitos humanos. Contemporaneamente, fomenta-se o diálogo intercultural, consagrando a diversidade e a dignidade da pessoa humana.

Nesse contexto, os tratados internacionais voltados à proteção dos direitos humanos, ao mesmo tempo que afirmam a personalidade internacional do indivíduo e endossam a concepção universal dos direitos humanos, acarretam aos Estados que os ratificam obrigações no plano internacional. Com efeito, se, no exercício de sua soberania, os Estados aceitam as obrigações jurídicas decorrentes dos tratados de direitos humanos, passam então a se submeter à autoridade das instituições internacionais, no que se refere à tutela e fiscalização desses direitos em seu território. Sob esse prisma, a violação de direitos humanos constantes dos

tratados, por significar desrespeito a obrigações internacionais, é matéria de legítimo e autêntico interesse internacional [...] (PIOVESAN, 2013, p. 47)

Outro atributo que merece destaque é a preferenciabilidade, pois suscita questões relacionadas à soberania dos Estados, à incorporação dos direitos humanos nos ordenamentos estatais, além da hierarquia concedida às normas de direitos humanos na sistemática jurídica doméstica.

Sobre a incorporação dos direitos humanos no direito pátrio, deve-se considerar primeiramente que o sistema internacional de direitos humanos das Nações Unidas compreende os direitos e liberdades individuais contidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, além de outros atos normativos e jurisprudências internacionais, sem o prejuízo de outros documentos firmados consensualmente.

Desde 1988, com o advento da Carta Republicana do Brasil reconheceu-se a existência de uma vasta gama de direitos e garantias fundamentais, além da previsão da aplicação dos princípios e das normas de direitos humanos não expressos no texto constitucional que decorrem de tratados internacionais ratificados pelo Brasil (CF, art. 5º, § 2º)².

Em 2004, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 45, a qual acrescentou o § 3º no artigo 5º no texto da Constituição de 1988³, prevendo que os tratados e convenções internacionais de direitos humanos possuem força de emenda constitucional, e não de lei ordinária, caso sejam aprovados no Congresso Nacional por um quórum específico.

Ao efetuar a incorporação, a Carta atribui aos direitos internacionais uma natureza especial e diferenciada, qual seja, a natureza de norma constitucional. Os direitos enunciados nos tratados de direitos humanos de que o Brasil é parte integram, portanto, o elenco dos direitos constitucionalmente consagrados. Essa conclusão advém ainda de interpretação sistemática e teleológica do Texto, especialmente em face da força expansiva dos valores

² Artigo 5º, § 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.

³ Artigo 5º, § 3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)

da dignidade humana e dos direitos fundamentais, como parâmetros axiológicos a orientar a compreensão do fenômeno constitucional (PIOVESAN, 2013, p. 73-74).

A hierarquia das normas de direitos humanos não é um assunto pacificado no Brasil. Persiste a divisão entre aqueles que defendem a tese da supralegalidade e a tese da constitucionalidade dos tratados de direitos humanos. De acordo com a primeira tese, a Constituição Federal (CF/88) possui primazia absoluta na pirâmide que representa o ordenamento jurídico. Para a segunda, a ordem jurídica poderia ser representada por um trapézio, cujo ápice é ocupado pela Constituição e pelos tratados de direitos humanos.

A primeira tese é a majoritária. Nesse entendimento, as normas oriundas dos tratados possuem *status* privilegiado, com caráter supralegal (acima das leis ordinárias, mas inferior às constitucionais). Flávia Piovesan (2013, p. 138) advoga a favor do trapézio, salientando que mesmo a partir do julgamento do Recurso Extraordinário 466.343, em 03 de dezembro de 2008, ocasião em que se consolidou o paradigma jurisprudencial da tese da supralegalidade, uma interpretação integrativa e axiológica conduz à constitucionalidade das normas internacionais oriundas dos tratados.

Maria Gisela Bester compartilha da tese majoritária nos seguintes termos:

É que no Brasil há direitos humanos que são ao mesmo tempo direitos fundamentais. Quer dizer: quando o Brasil firma pactos, acordos, convenções ou tratados internacionais que preveem direitos humanos, isto não significa que todos estes direitos humanos passem a valer internamente na categoria “direitos fundamentais”, situados na Constituição Federal de 1988 e nela protegidos enquanto cláusulas pétreas. Isto ocorre porque a leitura que o STF fez da CF/88 faz esta “prescrever” que a forma de internalização de direitos provindos de pactos internacionais segue um caminho que os internaliza de modo a passarem a valer em nosso ordenamento não como normas de *status* constitucional, mas simplesmente como leis ordinárias (federais, mas de toda sorte ordinárias), significando que os direitos que tais normas veiculam não têm qualquer força para se impor à Constituição como ainda podem a qualquer momento ser revogados por outra lei ordinária (BESTER, 2005, p. 561-562).

A mesma doutrinadora ao abordar sobre a aplicabilidade das normas de

direitos e garantias fundamentais prevista no artigo 5º, § 1º da CF/88⁴ também suscita que uma interpretação sistemática e axiológica fundada no princípio da dignidade da pessoa humana diferencia as normas de direito internacional quanto ao conteúdo e aplicabilidade. Dessa maneira, o conteúdo sobre direitos humanos se reveste de fundamentalidade.

Uma interpretação sistemática da Constituição, a partir do seu principal fundamento, qual seja, a proteção da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III), deve ser capaz de diferenciar entre os tratados que tenham como conteúdo direitos humanos (fundamentais) e os demais (que tenham normas de outras naturezas, como comercial ou tributária). Assim os primeiros, com a simples ratificação já ingressariam na ordem interna com hierarquia constitucional e, por força do § 1º do art. 5º, com aplicabilidade imediata; já os segundos sim ingressariam cumprindo o itinerário que os leva ao *status* de leis ordinárias (BESTER, 2005, p.563).

Considerando-se a importância da incorporação para a eficácia das previsões contidas nos tratados, bem como o tratamento dispensado pela Constituição às normas de direitos e garantias fundamentais sob a luz de uma hermenêutica sistemática e valorativa, elege-se a constitucionalidade das normas de direitos humanos no ordenamento. Pode-se afirmar, portanto, que os direitos humanos foram recepcionados pelo ordenamento pátrio e incorporados pela Constituição Federal de 1988 como direitos fundamentais e gozam desse *status* constitucional, com proteções e garantias específicas (VENTURA, 2009, p.56).

Uma consequência importante sobre a incorporação das normas de direitos humanos nos ordenamentos jurídicos é a possibilidade de responsabilização do Estado violador, seja por ação ou omissão, própria ou de suas instituições. No tocante à soberania é forçoso vislumbrar que a ratificação é um ato que manifesta a soberania estatal mesmo que implique na submissão à autoridade de instituições internacionais.

O reconhecimento de que os seres humanos têm direitos sob o plano internacional implica a noção de que a negação desses mesmos direitos impõe, como resposta, a responsabilização internacional do Estado violador. Isto é, emerge a necessidade de delinear limites à noção tradicional de soberania estatal, introduzindo formas de responsabilização do Estado na arena

⁴ Artigo 5º, § 1º As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.

internacional, quando as instituições nacionais se mostram omissas ou falhas na tarefa de proteger os direitos humanos internacionalmente assegurados (PIOVESAN, 2013, p. 47).

As violações às normas de direitos humanos induzem não apenas à paralização do agravo, mas enseja a reparação judicial em relação às vítimas e perpetradores. Assim, a violação aos preceitos humanitários do direito internacional acarreta a responsabilização do Estado, a punição dos autores do ato comissivo ou omissivo, sendo cabível indenização ou medidas para reabilitar a vítima (PIOVESAN, 2013, p. 47).

Cabe salientar, que ao lado de um sistema global de direitos humanos, existe também sistemas regionais que funcionam complementarmente e um grande diferencial destes sistemas regionais é a possibilidade de oferecer denúncias perante as violações de direitos humanos. Um exemplo de um órgão jurisdicional que compõe um sistema regional é a Corte Interamericana de Direitos Humanos.

As convenções e os pactos internacionais que foram ratificados pelo Brasil, preveem instrumentos de fiscalização, sendo a apresentação de relatórios aos comitês de fiscalização da ONU um dos instrumentos utilizados quando se trata do sistema global. Há também os órgãos dos sistemas regionais, aos quais também devem ser apresentados relatórios. Estes são apreciados e os Comitês publicam recomendações gerais, além de indicar medidas administrativas, legislativas e judiciais a serem tomadas por cada Estado-membro.

O Brasil apresenta avanços significativos na implementação dos direitos humanos, tanto que em 1996, através do Decreto Federal nº 1.904 de 13 de maio de 1996, instituiu o Programa Nacional de Direitos Humanos⁵. Este programa estabelece metas e ações, dentre as quais estão a identificação dos principais obstáculos para a promoção e defesa dos direitos humanos, a propositura de ações governamentais e não-governamentais voltadas a estes direitos, a redução de condutas e atos de violência, entre outros, que passaram a compor o planejamento do governo federal.

Sobre a ação governamental no que diz respeito aos direitos sexuais, tem-se que o governo brasileiro, em cumprimento da CEDAW, apresentou o primeiro

⁵ Revogado pelo Decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009, o qual aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH-3 e dá outras providências.

relatório em 2002, referente aos anos de 1985 a 2001. Miram Ventura (2009, p. 43) destaca que dentre as medidas adotadas pelo Estado brasileiro estava a punição e prevenção da violência sexual contra mulheres e meninas.

A recepção e tratamento dos direitos humanos como direitos fundamentais realça a importância da definição dos direitos sexuais como direitos humanos, atentando-se para a implementação e efetividade destes direitos. Em razão dos parágrafos do artigo 5º da Constituição Federal, pode-se aduzir que compete aos poderes estatais conferir a máxima eficácia e imediata aplicabilidade a estes direitos através de um regime jurídico específico que assegure a imperatividade dos direitos de cunho fundamental (PIOVESAN, 2013, p. 61).

Neste sentido e em atenção aos direitos sexuais, tem-se que o Programa Nacional dos Direitos Humanos, em sua segunda edição, trouxe a proposta de humanização do parto e do nascimento, no intuito de fortalecer o Sistema Único de Saúde e a universalização do acesso à saúde, atentando-se para programas voltados à assistência integral da saúde da mulher.

A humanização do parto trata-se da proposição de uma assistência baseada nos direitos humanos das gestantes e parturientes. Todavia, o termo “humanização” chama a atenção porque desde a origem o parto é um fenômeno extremamente humano. Porém a alienação gerada pelo modelo de assistência tecnocrática, de forma bem sucinta, afastou a humanidade das mães e bebês.

Nas ciências sociais, iniciativas de questionamento da prática usam o termo humanização da assistência, já na década de 1970 (Howard & Strauss, 1975). A chamada Antropologia do Parto, ao final dos anos 70, mostrou a assistência como construto social, sua reveladora variabilidade cultural e seu caráter ritual – tanto nas sociedades tidas como primitivas quanto nas chamadas sociedades complexas. Mostra os diferentes conhecimentos autoritativos – o conhecimento que baseia as decisões na assistência (Jordan, 1979), entre eles, o do chamado modelo tecnocrático, caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas, e por sua suposta neutralidade de valores. Essas autoras documentaram extensivamente as relações da assistência ao parto com a sexualidade, com as relações de gênero e com o corpo feminino. Analisaram as contradições com as evidências científicas, e os rituais da assistência como expressões do medo extremo, em nossa sociedade tecnocrática, dos processos naturais dos quais esta sociedade depende para continuar sua existência (Davis-Floyd, 1992). Constitui um campo de pesquisa muito produtivo, freqüentemente ligada ao ativismo feminista e/ou

ao de mudança nas práticas.

Nas ciências da saúde, a crítica à assistência foi relegada à condição de marginal até o final da década de 1970, quando é publicado *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*, de Roberto Caldeyro-Barcia (1979), que constituiu uma cunha no discurso médico, partindo de um pesquisador de ponta da fisiologia obstétrica. Redescreve o modelo de assistência como inadequado e propõe mudanças na compreensão das dimensões anátomo-fisiológicas e emocionais do parto. Foi recebida com frieza e certa hostilidade. O texto 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. No campo da saúde pública, a crítica do modelo tecnocrático se acelera no Ano Internacional da Criança (1979), com a criação do Comitê Europeu para estudar as intervenções para reduzir a morbimortalidade perinatal e materna no continente. Se detectavam os mesmos problemas de hoje: aumento de custos, sem a respectiva melhoria nos resultados da assistência; falta de consenso sobre os melhores procedimentos, e a total variabilidade geográfica de opiniões. O Comitê é composto inicialmente por profissionais de saúde e epidemiologistas, e posteriormente por sociólogos, parteiras e usuárias. A partir desse trabalho, vários grupos se organizam para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto, apoiado pela OMS. (CIELLO *et al*, 2012, p. 12-13).

Carmen Simone Grilo Diniz, médica e docente com experiência clínica e acadêmica em assistência materna, direitos sexuais e reprodutivos, dentre outros temas afins, fez diversas considerações sobre a humanização do parto, as quais foram sistematizadas por Daphne Rattner e apreciadas pelo dossiê “Parirás com dor”. A seguir, destacar-se-á as mais relevantes:

[...]

b) Humanização como a legitimidade política de reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, famílias) na assistência ao nascimento – ou uma assistência baseada nos direitos, demandando um cuidado que promova o parto seguro, mas também a assistência não-violenta, relacionada às idéias de “humanismo” e de “direitos humanos”. Nesse entendimento, as usuárias têm o direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos no parto sem complicações. Seria uma estratégia mais diplomática do que falar da violência no parto e de gênero, permitindo um diálogo com os profissionais de saúde. Entre os direitos, estão: o direito à integridade corporal (não sofrer dano evitável); o direito à condição de pessoa (direito à escolha informada sobre os procedimentos); o direito de estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante (prevenção de procedimentos físicos, emocional ou moralmente penosos); o direito

à equidade, tal como definida pelo SUS.

[...]

f) Humanização como a legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, com melhora da relação profissional-usuária. Há ênfase na importância do diálogo, inclusão de acompanhante no parto, seja o pai ou doulas, e há negociação sobre os procedimentos de rotina. Nessa abordagem prevalece a tradição liberal, dos direitos da consumidora à escolha, surgindo uma “rede privada de assistência humanizada” e reiterando a legitimidade da Medicina Baseada em Evidências, que estava restrita ao setor público.

[...]

g) Humanização como direito ao alívio da dor, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos ditos humanitários e antes restritos às clientes do setor privado. Esta é uma abordagem mais frequente entre médicos menos próximos do ideário baseado em evidências ou baseado em direitos. Para eles humanização é sinônimo de acesso à analgesia de parto. A autora recorda que a dor no parto pode ser potencializada por medidas que o iatrogenizam, como: a solidão, imobilização, uso abusivo de ocitócicos, manobra de Kristeller, episiotomia e episiorrafia desnecessárias, entre outras (CIELLO *et al*, 2012, p. 14-15)⁶.

Tratando-se propriamente da episiotomia de rotina, como violência obstétrica que consubstancia na violação aos direitos sexuais, não há tanta repercussão quanto a questão das cesarianas desnecessárias. O país empenhou uma campanha a favor da redução das cesarianas eletivas e neste contexto, os partos normais e naturais ganharam notoriedade, já com a nova roupagem congruente com o propósito de humanização.

Neste contexto, a humanização do parto enseja a abertura de um espaço político para reivindicações que tenham como pano de fundo a defesa dos direitos das gestantes, parturientes e puérperas. Instaurando-se a humanização, a não-violência durante o parto assume-se como parte da defesa dos direitos humanos das mulheres e para tanto, enseja o reconhecimento destes direitos e escancara a situação de violência que alguns procedimentos obstétricos estabelecem, como é o caso da episiotomia de rotina.

Em razão de sua origem, a efetivação dos direitos sexuais, assim como dos

⁶ Para Regina Paolucci El Dib: “A medicina baseada em evidências (MBE) é definida como o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica¹⁻². Em outras palavras, a MBE utiliza provas científicas existentes e disponíveis no momento, com boa validade interna e externa, para a aplicação de seus resultados na prática clínica” (2007, p.1). Na assistência obstétrica humanizada significa garantir um tratamento seguro, digno e qualificado às gestantes, parturientes e puérperas, evitando-se intervenções desnecessárias ao reconhecer o parto como um processo natural (RAMOS, 2016, p. 18)

direitos reprodutivos no direito brasileiro requer uma incessante busca através da identificação de princípios e normas nacionais para atribuir a este complexo de direitos consistência normativa e assim, aproximá-los de sua aplicação conforme o que está disposto nos instrumentos normativos internacionais.

As normas internacionais cujo conteúdo contemplam direitos essenciais ao ser humano são recepcionadas com *status* constitucional por força do artigo 5º, § 2º da Constituição Federal de 1988. A abertura constitucional aos direitos constantes em tratados internacionais celebrados pelo Brasil implica na fundamentabilidade dos direitos humanos (RAMOS, 2017, p. 22)

[...] direitos humanos aparece “como um conceito de contornos mais amplos e imprecisos que a noção de direitos fundamentais”, enquanto que os direitos fundamentais “possuem um sentido mais preciso e estrito, já que só descrevem o conjunto de direitos e liberdades jurídica e institucionalmente garantidos pelo Direito positivo. Neste último caso trata-se sempre de direitos “delimitados espacial e temporalmente, cuja denominação corresponde a seu caráter *básico* ou *fundamentador* do sistema jurídico-político do Estado de Direito.” (BESTER, 2005, p. 558-559).

Preleciona-se que os direitos humanos são objetos de regulamentação do direito internacional, ao passo que os direitos fundamentais são aqueles consagrados no ordenamento pátrio. Há ainda, quem prefira dedicar-lhes o mesmo tratamento decorrente de uma interpretação conglobada dos princípios jurídicos atinentes aos sistemas internacional e constitucional. Assim é o entendimento de José Afonso da Silva:

Direitos fundamentais do homem constitui a expressão mais adequada a este estudo, porque, além de referir-se a princípio que resumem a concepção do mundo e informam a ideologia política de cada ordenamento jurídico, é reservada para designar, *no nível do direito positivo*, aquelas prerrogativas e instituições que ele concretiza em garantias de uma convivência digna, livre e igual de todas as pessoas. No qualificativo *fundamentais* acha-se a indicação de que se trata de situações jurídicas sem as quais a pessoa humana não se realiza, não convive e, às vezes, nem mesmo sobrevive; *fundamentais do homem* no sentido de que a todos, por igual, devem ser, não apenas formalmente reconhecidos, mas concreta e materialmente efetivados. Do *homem*, não como o macho da espécie, mas no sentido de *pessoa humana*. *Direitos fundamentais do homem* significa *direitos fundamentais da pessoa humana ou direitos fundamentais* (2005, p. 178, grifos do autor).

Em outro viés, André de Carvalho Ramos suscita que a aproximação entre os sistemas jurídicos alcançou um patamar no qual a distinção entre os direitos não se faz imprescindível. Principalmente quando se tem em perspectiva o estado brasileiro, que conta com a previsão no artigo 5º, § 3º, o qual define um rito especial para a aprovação dos tratados internacionais que lhes atribui status constitucional.

No tocante aos direitos sexuais e reprodutivos, observa-se que não há registro de menção no texto constitucional. Entretanto, a ausência do termo na Constituição não significa que não houve a recepção, nem que estes direitos não desfrutem de um *status* especial. José Afonso da Silva, ao classificar os direitos constitucionais, faz as seguintes especificações que correspondem aos direitos mencionados:

[...] (2) *direitos individuais implícitos*, aqueles que estão subentendidos nas regras de garantias, como o direito à identidade pessoal, certos desdobramentos do direito à vida, o direito à atuação geral [...]; (3) *direitos individuais decorrentes do regime e de tratados internacionais* subscritos pelo Brasil, aqueles que não são nem explícita nem implicitamente enumerados, mas provêm ou podem vir a provir do regime adotado, como o *direito de residência*, entre outros de difícil caracterização *a priori*. (2005, p. 194, grifos do autor)

Depreende-se que os direitos sexuais se encontram implícitos no âmbito constitucional e apesar de sua natureza dicotômica advinda de sua principiologia, a qual será abordada no próximo item, enquadram-se nessa classificação como direitos decorrentes de regimes e tratados, uma vez que repercutem nas relações de poder, buscando preservar aquele que se encontra em estado de vulnerabilidade, protegendo-o da ação ou omissão do Estado e de suas instituições.

Os direitos sexuais implicam em um conjunto de direitos que se relaciona com o exercício e vivência da sexualidade inerente a todos os seres humanos sem discriminações ou violências de qualquer espécie. Desta maneira, são direitos que pressupõe o respeito à igualdade, à integridade física, moral e psíquica e à liberdade e autonomia pessoal. Verifique-se a concepção dos direitos sexuais e reprodutivos a partir da sistemática constitucional:

Importante lembrar que o principal objetivo do novo conceito é

reduzir as violações à autonomia pessoal, integridade física e psicológica de que são alvo indivíduos e coletividades, e garantir os meios necessários para o ser humano alcançar seu bem-estar sexual e reprodutivo. Isto significa garantir não só direitos sociais como o da saúde, educação e trabalho, como também, direitos individuais à vida, igualdade, liberdade e inviolabilidade da intimidade etc. (VENTURA, 2009, p.56).

A proteção dos direitos humanos requer a composição um sistema especial de proteção e garantias individuais, sociais e políticas que contemplem os direitos sexuais e reprodutivos, uma vez que não basta apenas a existência de um arcabouço normativo que permita a compreensão dos direitos sexuais como direitos fundamentais para dar-lhes efetividade.

2.3 PRINCÍPIOS ÉTICOS DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Uma vez que já foi abordado o processo de reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como se transpôs a problemática referente à conceituação com a distinção entre estes direitos, cabe ressaltar ainda os princípios éticos que norteiam tanto uns quanto outros. Sendo assim:

O conceito de direitos sexuais e reprodutivos traz à tona os quatro princípios éticos inegociáveis que estes direitos envolvem: a igualdade, a diversidade, a autonomia pessoal ou princípio da personalidade, e a integridade corporal (PROGIANTI, ARAÚJO, MOUTA, 2008, p. 46).

A igualdade resgata a universalidade e indivisibilidade dos direitos humanos porque basta a condição de pessoa para ser titular destes direitos, independentemente de gênero, raça, religião, etc. porque são inerentes ao gênero humano. Miriam Ventura (2003, p. 52) também esclarece que o discurso atinente à principiologia dos direitos humanos parte para a superação da dicotomia entre os discursos liberais e sociais, pois a igualdade fica ao lado da liberdade, compondo uma perspectiva integral e indivisível dos direitos humanos.

A indivisibilidade é uma característica dos direitos humanos que se instaura com a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e significa que:

[...] garantia dos direitos civis e políticos é uma condição para a

observância dos direitos sociais, econômicos e culturais e vice-versa. Quando um deles é violado, os demais também o são. Os direitos humanos compõem assim uma unidade indivisível, interdependente e inter-relacionada, capaz de conjugar o catálogo de direitos civis e políticos ao catálogo de direitos sociais, econômicos e culturais (PIOVESAN, p. 2).

A autonomia pessoal insere-se no campo da liberdade, compreendendo o livre exercício da sexualidade e da reprodução por homens e mulheres e diz respeito à maneira pela qual as decisões relativas à reprodução humana são tomadas, bem como pelo modo que cada indivíduo exerce sua sexualidade (PROGIANTI, ARAÚJO, MOUTA, 2008, p. 46).

A autonomia pessoal para ser exercida requer a proteção de direitos tipicamente civis, tais como a privacidade, intimidade e autodeterminação, devendo estar a salvo de qualquer discriminação, coerção ou violência (PIOVESAN, p. 12), o que demonstra a importância da adoção de um subtexto que mescla direitos liberais e sociais.

A integridade corporal, por sua vez, é fundamento para a liberdade sexual e reprodutiva no sentido de subsumir a prerrogativa de controlar e decidir sobre o próprio corpo, livre de coerções, violências e discriminações em uma concepção na qual o corpo é inviolável porque integra a dignidade da pessoa humana.

Como se pode perceber, os princípios éticos atinentes aos direitos sexuais e reprodutivos relevam o caráter dicotômico destes direitos porque possuem duas vertentes que apesar de diferentes são complementares. Essas vertentes foram destacadas por Miriam Ventura (2003, p. 51), sendo que a primeira é individual e abrange direitos civis como a liberdade, intimidade, privacidade e autonomia, além do livre exercício da reprodução e da sexualidade. Trata-se de um terreno em que impera a não intervenção do Estado.

A outra vertente, por sua vez, requer que o Estado adote medidas no sentido de garantir a efetividade destes direitos aos indivíduos, com consciência e responsabilidade. Inserem-se aqui direitos indispensáveis, tais como o acesso à informação e à educação sexual, aos serviços de saúde adequados, assim como aos serviços sociais, legais e relacionados à segurança sexual. É diante dessas obrigações estatais que se abre o debate sobre a implementação de políticas públicas na tutela do corpo e da sexualidade.

Há que se fazer o esforço de garantir a normatividade e efetividade da sexualidade, integridade física e autonomia das parturientes o que implica um combate ao contexto de violação de direitos como ocorre no caso da episiotomia. Sendo assim, as premissas que servem de substrato para a tutela dos direitos sexuais da parturiente no sistema jurídico brasileiro encontram-se no texto constitucional, o qual reconhece direitos como a vida, a liberdade, a igualdade, os direitos da personalidade, o acesso à saúde, dentre outros.

O direito à vida encontra-se tutelado pelo artigo 5º, *caput* e inciso X do diploma constitucional, traduzindo a vida como um bem jurídico inviolável ao lado dos direitos da personalidade, que incluem intimidade e privacidade. Nesta perspectiva, ultrapassa-se o direito de não ser morto e impõe-se uma vida digna como parâmetro em diversos aspectos, tais como o físico, o psicológico e o sexual.

Na seara cível, a integridade corporal está contemplada na proteção destinada aos direitos da personalidade, sendo que no artigo 13 do Código Civil é possível ler a seguinte disposição: “Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes” (BRASIL, 2002).

Quando se trata da episiotomia, existe o impasse entre a exigência médica e a proteção contra um procedimento que viola a integridade corporal. Isso chama a atenção ao fato de que apesar de ser um procedimento que deveria ser evitado, o “pique” continua acontecendo rotineiramente, violando os direitos humanos e fundamentais de diversas mulheres⁷⁸ A experiência constata outro agravante que torna a episiotomia mais vil ainda: a ausência de informação e consentimento.

Adiante, verifique-se o alerta para essa nuance do procedimento que o torna mais degradante e sustenta, sobremaneira, a episiotomia como mutilação genital:

A episiotomia é a única cirurgia do Brasil, realizada sem o consentimento da paciente e sem tampouco a informação sobre os riscos, possíveis benefícios e efeitos adversos, contrariando os preceitos da Medicina Baseada em Evidências (BEM) (CIELLO et al, 2012) e vilipendiando os direitos da parturiente, uma vez que

⁷ Conforme dados obtidos através da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher (2006), 71,6% das mulheres que tiveram parto normal passaram pelo processo de episiotomia.

⁸ De acordo com a Pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento no Brasil”, em 2011 a porcentagem de mulheres que foram submetidas à episiotomia é de 53,5%.

como todo procedimento cirúrgico, a episiotomia só deveria ser realizada com o consentimento pós-informação da paciente, sendo, portanto, considerada uma mutilação genital feminina. (AMORIM; KATZ, 2008). Conforme Diniz (2003) o uso indevido da episiotomia e da posterior costura (episiorrafia) é um exemplo de violação do direito humano de estar livre de tratamentos cruéis, humilhantes e degradantes e constitui um exemplo típico de apropriação ao corpo da mulher e desrespeito ao seu direito de informação, vilipendiando ainda o princípio da autonomia (SERRA; SILVA, 2012, p. 12

Assim como nos demais procedimentos médicos e cirúrgicos, a parturiente deve **consentir** sobre a realização de toda e qualquer intervenção que venha a ocorrer no momento do parto, inclusive quando se trata da incisão no períneo. Entretanto, a tomada de decisão em relação a submissão a um procedimento ou não requer informações claras que possibilitem uma escolha autônoma e esclarecida.

O consentimento está previsto no artigo 6º, alínea “a”, da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (DUBDH – UNESCO), onde se lê:

Artigo 6 – Consentimento

a) Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito.

O consentimento relaciona-se intimamente com o princípio bioético da autonomia com previsão no artigo 5º da DUBDH – UNESCO⁹. No caso da episiotomia, este princípio diz respeito à prerrogativa de as parturientes decidirem livremente, sem coerção (SILVA; SERRA, 2017, p. 10)¹⁰ sobre a disposição de seus corpos, sua integridade física e psíquica, dentre outras decisões atinentes ao momento do parto.

⁹ DUBDH – UNESCO, art. 5º: A autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. No caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses.

¹⁰ Código de Ética Médica, art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

A autonomia assenta-se sobre a responsabilidade individual, preponderando a capacidade de tomar decisões das pacientes ao consentir sobre a adoção de determinado procedimento. A autonomia para ser exercida requer liberdade, dado que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” (artigo 5º, II, CF/88) e isso está incutido na Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, ao prever que o consentimento deverá ser “livre, voluntário e esclarecido” no inciso V do seu artigo 5º¹¹.

Liberdade e esclarecimento, neste caso, dependem de informação e esta foi historicamente tirada das mulheres e reservada aos ambientes hospitalares em um contexto interventivo, medicalizado e patologizado. De acordo com a Portaria nº 1.820/2009, a qual dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários de saúde, a informação além de ser um direito constitucional (artigo 5º, inciso XXXIII, CF/88), também ampara o direito de o paciente receber um tratamento médico adequado ao seu problema de saúde.

Neste intuito, leia-se as disposições da referida norma enumerando as informações sobre as quais os pacientes devem ter acesso, com destaque para aquelas que são relevantes para o tema trabalhado:

Art. 3º Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.

Parágrafo único. É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, para isso deve ser assegurado:

[...]

II -informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível quanto a:

- a) possíveis diagnósticos;
- b) diagnósticos confirmados;
- c) tipos, justificativas e riscos dos exames solicitados;
- d) resultados dos exames realizados;
- e) objetivos, riscos e benefícios de procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou de tratamento;**
- f) duração prevista do tratamento proposto;
- g) quanto a procedimentos diagnósticos e tratamentos invasivos ou cirúrgicos;**
- h) a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração;

¹¹ Art. 5º Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, garantindo-lhe:

V - o consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais;

i) partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou consequências indesejáveis;

j) duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação;

k) evolução provável do problema de saúde;

l) informações sobre o custo das intervenções das quais a pessoa se beneficiou;

m) outras informações que forem necessárias;

III - toda pessoa tem o direito de decidir se seus familiares e acompanhantes deverão ser informados sobre seu estado de saúde (BRASIL, 2009, grifos nossos).

Se de acordo com o artigo 6º, parágrafo único, o inciso V da DUBDH – UNESCO o consentimento pressupõe responsabilização¹², o contexto de violação de direito fica ainda mais horrendo. Pois como responsabilizar as parturientes por um procedimento que sequer tiveram a oportunidade de se manifestarem sobre a realização ou não? Que sequer tiveram a oportunidade de tomarem consciência de que a episiotomia não se trata de um procedimento benéfico e necessário?

O Princípio da autonomia que rege as relações bioéticas confere ao paciente o direito de escolha sobre qual conduta terapêutica a ser realizada, desde que esteja em condições para tomar esta decisão. Em contrapartida, existe o dever de informação a ser observado pela equipe médica de forma adequada e suficiente. Neste sentido, o artigo 34 do Código de Ética Médica dispõe que

É vedado ao médico:

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

Além do dever de informação, compete à equipe médica a obtenção do consentimento para a realização de quaisquer condutas ou procedimentos que envolvam o bem estar físico ou não do paciente. Somente estando ciente de todos os aspectos relacionados ao seu estado de saúde, assim como de todas as possíveis consequências e tratamentos, além dos riscos e benefícios de cada

¹² Art. 6º Toda pessoa tem responsabilidade para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção.

Parágrafo único. Para que seja cumprido o disposto no caput deste artigo, as pessoas deverão: V - assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde;

possibilidade, o paciente pode exercer a sua autonomia.

Neste sentido, dispõe o Código Civil que “Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” (BRASIL, 2002). Coadunando com o diploma civil, o Código de Ética Médica: disciplina que “É vedado ao médico: [...] Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010)

Se o Princípio da autonomia como prerrogativa de escolha livre, voluntária e esclarecida está para o paciente, assim como o dever de informar está para o médico e sua equipe, o Conselho Nacional de Saúde já havia editado a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, com a previsão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

II.11-Consentimento livre e esclarecido -- anuência do participante da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar (BRASIL, 1996).

Infelizmente, os contornos da episiotomia revelam um cenário de privação de direitos humanos, em que as muitas mulheres sequer sabem que a episiotomia existe e que consiste em um procedimento altamente invasivo e desnecessário na maioria dos casos. E pior, não existe a consciência de que se trata de um procedimento violento que elas poderiam evitar se tivessem sido informadas e tido a chance exercer e proteger seus direitos.

Neste contexto, a vulnerabilidade da mulher em trabalho de parto resta sobrelevada porque se encontra dependente do saber médico para que sua autonomia seja respeitada. Assim, compete ao médico e sua equipe a promoção do direito à informação para a concretização de um consentimento livre e esclarecido.

Sob essa perspectiva, diante da necessidade de promover a autonomia do paciente, cabe ao médico prover a informação. Nesse sentido, o direito à informação atrela-se ao princípio da

autonomia, uma vez que somente com a informação clara acerca dos procedimentos que serão realizados, o paciente é capaz de realizar escolhas autônomas. Desta forma, em nenhuma hipótese, pode o profissional de saúde persuadir o paciente a aceitar um determinado tratamento com o qual não concorde, através de coação, assim, o grau de entendimento e liberdade de coerção são fatores preponderantes na tomada de decisão (SILVA; SERRA, 2017, p. 11).

A ausência de consentimento da parturiente ocorre diante da utilização arbitrária do saber da equipe médica e constitui violação do Código de Ética Médica, uma vez que é vedado ao médico deixar de obter o consentimento do paciente, salvo nos casos de risco de morte iminente, conforme a redação do artigo 22 do respectivo Código, já mencionado anteriormente.

Deste modo, a realização da episiotomia sem o consentimento das pacientes reforça o quadro anômico em que se insere o ideário do corpo feminino maleável ao ponto de ter sido padronizada uma intervenção considerada como violenta sem informar à parturiente suas consequências e recolher seu consentimento como previsto no Código de Ética Médica e na Portaria nº 1.820/2009 do Ministério da Saúde.

Além de ser a única cirurgia realizada sem consentimento e informação da paciente, Delmo Mattos da Silva e Maiane Cibele de Mesquita Serra (2017) destacam que muitas vezes o corte perineal é apenas o começo do processo tortuoso. No Brasil é comum a realização da sutura do corte da episiotomia, denominada episiorrafia ou vulgarmente conhecida como “ponto do marido”, uma vez que se costura a lesão no períneo para que a abertura da vagina fique mais estreita, relembrando a condição vaginal e garantindo o prazer daquele a quem estes pontos são dedicados: o homem.

Panoramicamente tem-se que o direito de decidir sobre qual tratamento médico será adotado está compreendido na esfera dos direitos de personalidade, ao passo que o dever de informar e obter o consentimento livre e esclarecido contempla-se como uma violação destes direitos. Em um episódio de episiotomia violenta porque não houve informação e consentimento, o descumprimento dos direitos personalíssimos da parturiente é evidente e significam também a violação de direitos humanos.

Nesse sentido, menciona-se o dano iatrogênico que abarca lesões

decorrentes tanto de erro médico, quanto agravos que são considerados como uma consequência do tratamento médico adotado. Neste último caso, entende-se que apesar de não caracterizar erro médico, o profissional de saúde deve repassar à paciente todas as informações relativas ao procedimento, inclusive sobre as consequências negativas de um tratamento adotado que previsivelmente acarretará malefícios, além das alternativas existentes para que o consentimento seja realmente consciente.

Pode-se conceituar dano iatrogênico nos dizeres abaixo:

[...] Dano iatrogênico, etimologicamente advindo do termo iatrogenia, que se refere a um estado de doença ou complicação causada por/ou resultante de tratamento médico[1]. Ao contrário do que se pensa, o Dano iatrogênico não se refere necessariamente à lesão decorrente de um erro médico, mas àquela que emana da escolha, pelo profissional, acerca de determinado tratamento, cuja consequência é um resultado não pretendido, mas possível e naturalmente decorrente deste tratamento. (MARTINHO, 2016)

Perceba-se que nos casos de episiotomia violenta, a utilização do termo “dano iatrogênico” acaba menosprezando os danos aos quais as parturientes foram submetidas. Isso porque a lesão não se origina naturalmente do parto, mas decorre exclusivamente da adoção de um protocolo médico defasado, que expõe a saúde das mulheres a riscos desnecessários que poderiam ser evitados com a eleição de abordagens alternativas, mais humanitárias e respeitosas.

A naturalização das dores provocadas no parto normal/natural hospitalar começa a ser desfeita a partir do momento em que se passa a contemplar o dano aos direitos reprodutivos e sexuais relacionados ao ciclo gravídico-puerperal por meio da adoção de termos como “lesão genital”, “agravo” e “ferimento sexual” (CIELLO *et al*, 2012, p. 88).

Enfim, a objetificação dos corpos femininos, da sexualidade e direitos das mulheres gestantes e em trabalho de parto é mais profunda do que o corte no períneo porque é um retrato do imaginário social de mulheres sem autonomia, pois ao vilipendia-las e manusear seus corpos como coisas, sem sequer conceder-lhes informações sobre o procedimento ao qual estão sendo submetidas, retira-lhes valor, desconsiderando por completo a sua humanidade e igualdade, bem como o poder decisório sobre seu corpo e seus direitos sexuais, além de desvalorar os

danos sofridos, sem o devido reconhecimento de seus direitos.

2.4 EPISIOTOMIA COMO CISÃO VIOLADORA DOS DIREITOS SEXUAIS DAS PARTURIENTES

Em 2007, a legislação venezuelana¹³ reconheceu uma espécie de violência contra a mulher que apesar de bastante presente no ambiente hospitalar, não era discutida abertamente o que dificultou ou mesmo impossibilitou seu reconhecimento. Pela primeira vez falou-se em violência obstétrica definida normativamente como uma forma de maus tratos às mulheres antes e durante o parto ou durante uma emergência de caráter obstétrico (VENEZUELA, 2007, p. 12)¹⁴.

Academicamente, o termo foi utilizado pelo presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio, em um editorial online do *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, em 2010¹⁵. Desde então, o termo foi assumido por movimentos que enfrentam as violências praticadas contra as mulheres, principalmente dentre aqueles que lutam pela humanização da assistência materno-infantil (PULHEZ, 2013, p. 1).

Por conseguinte, passou a ser utilizado amplamente para denominar a violência dirigida à mulher durante os estágios da gravidez, seja o pré-natal, parto e o nascimento ou o pós-parto. De acordo com a legislação venezuelana,

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por um agente de saúde, que se expressa em um tratamento desumanizante, no abuso de medicação e patologização de processos naturais, trazendo consigo a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida dessas mulheres (VENEZUELA, 2007, p. 30, tradução nossa)¹⁶

¹³ Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma vida livre de violência, promulgada em 16 de março de 2007. Disponível em: < https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf >. Acesso em: 25 de julho 2018.

¹⁴No texto legislativo, na parte introdutória encontra-se a seguinte definição: “[...] violencia obstétrica, consistente en determinadas formas de maltrato debidamente definidas en la norma, ejecutados en contra de la mujer antes y durante el parto o durante una emergencia obstétrica [...]”

¹⁵ Artigo original disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/figo_-_violencia_obstetrica_-_legislacao_na_venezuela.pdf>.

¹⁶ O artigo 15 da Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma vida livre de violência estabelece

A violência obstétrica expressa-se de diversas formas, possuindo como traço caracterizador o tratamento desumano no exercício dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres. Assim, poderá assumir caráter físico quando impacta o corpo feminino, causando-lhe dor ou dano físico; caráter psicológico quando impinge à mulher sentimentos negativos como inferioridade, insegurança, indignidade, abandono; caráter sexual quando sua intimidade é violada, afetando seu senso de integridade reprodutiva e sexual, independentemente do acesso às suas partes íntimas ou aos órgãos sexuais propriamente ditos; caráter institucional quando a estrutura organizacional do ambiente da violência imponha obstáculos ao exercício de direitos constituídos, como, por exemplo, a omissão sobre os direitos da gestante ou da puérpera (CIELLO *et al*, 2012, p. 60-61).

Em consonância com os conceitos supramencionados, evidenciar-se-á o caráter institucional e sexual da violência obstétrica que se dá mediante a apropriação do corpo da mulher, assim como dos processos reprodutivos e parturitivos pelo profissional ou equipe de saúde encarregados dos cuidados à parturiente. Esta situação pode se dar tanto no ambiente da medicina privada quanto da pública, todavia neste trabalho o enfoque será direcionado para as vivências cotidianas das usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

A violência mencionada é evidenciada quando a mulher não protagoniza o evento do nascimento, e se encontra em uma postura hierarquicamente inferior perante os profissionais de saúde, os quais detém naquele momento de vulnerabilidade tanto o saber quanto os atos de disposição sobre o corpo da mulher, o que redundando em escolhas que embora sejam na essência da mulher são transferidas, sem consentimento expresso, para tais profissionais de saúde.

A perda da autonomia feminina no parto principia durante o Renascimento, momento em que a obstetrícia foi racionalizada e especificou-se como um ramo das ciências médicas. O parto e o nascimento foram implantados em um âmbito totalmente dominado por homens e consolidou-se como uma disciplina técnico-

as formas de violência de gênero que acometem as mulheres e a violência obstétrica consta no item 13, com a seguinte redação: “13.- Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.”

científica. A partir de então, observou-se um incentivo crescente à hospitalização e à medicalização do corpo feminino no parto (VELHO, SANTOS; COLLAÇO, 2014, p. 283).

Anteriormente, o parto era um processo vivenciado intimamente, compreendido como um evento natural e realizado em ambientes privados, geralmente, nas próprias casas das gestantes. As mulheres protagonizavam todo o processo e tinham o domínio sobre si mesmas, sendo, portanto, as protagonistas na parturição. Nos hospitais, o protagonismo foi transferido para o procedimento e o corpo da mulher passou a ser percebido como um meio para o nascimento, um meio defeituoso e imperfeito que necessitava de intervenções, cortes e suturas.

Os saberes relacionados à gestação e ao parto foram roubados das mulheres ao longo do processo iniciado no período renascentista. A noção de que o parto é um processo fisiológico natural foi abandonada para ser substituída por uma ideia patológica que pressupõe e justifica toda uma série de procedimentos invasivos que dão azo, não raro, à ocorrência de violência obstétrica.

A partir do momento em que os procedimentos obstétricos foram perfilhados pela ciência médica, institucionalizou-se a alienação do corpo, do conhecimento e da subjetividade feminina sob um pretexto que se justificava em nome de “algo maior”, que não é a mulher nem seus direitos. Ao contrário de ser valorizada por gerar a vida, a mulher é percebida como alguém que não tem o domínio sobre si e depende de informações a serem prestadas pelos profissionais que, não raras oportunidades, tornam-se seus algozes.

O distanciamento da parturiente de seu corpo durante o processo da parturição releva a ausência de uma abordagem que considere a mulher como um fim em si mesma ao lado do neonato. Desde que o conhecimento foi concentrado nas mãos e habilidades da equipe médica, a vulnerabilidade das mulheres foi acentuada, pois passou a ser tratada como um veículo de passagem para a vida extrauterina.

A violência obstétrica revela os traços de uma cultura patriarcal fundada na discriminação dos gêneros pela ótica da dominação simbólica, a qual demarca os corpos das mulheres, impingindo-lhes inferioridade física e moral ao coisificá-los e torná-los objetos do manejo médico na obstetrícia. Constata-se que os hospitais se estabeleceram como espaços sociais reprodutores de desigualdades fundadas em

relações de poder (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006, p. 110).

Diante da situação abusiva de desrespeito às mulheres durante o parto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) posicionou-se contra a violência obstétrica e a fim de promover a assistência humanizada para todas as mulheres, editou em 2014 o documento “Prevenção e eliminação dos abusos, desrespeito e maus tratos às mulheres no parto”, consistente em uma declaração com diversas recomendações de programas governamentais nesse sentido¹⁷.

Não sendo bastante, em 2018, a Organização Mundial de Saúde (OMS) editou as “Recomendações de cuidados intraparto para uma experiência de parto positivo” (WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience, em inglês). Nesta oportunidade, a organização dedicou-se às formas mais comuns de ocorrência da violência obstétrica e uma dessas formas é a episiotomia realizada corriqueiramente, isto é, sem qualquer necessidade clínica comprovada. Sublinhe-se que ambos os documentos internacionais editados pela OMS não foram ratificados pelo Estado brasileiro, conforme se pode verificar ao pesquisar os atos normativos nacionais.

A episiotomia, conhecida popularmente como “episio” ou “pique”, consiste em “[...] um corte cirúrgico feito no períneo (entre a vagina e ânus) realizado com tesoura ou bisturi, para aumentar a abertura vaginal e facilitar a saída do bebê” (NAZÁRIO; HAMMARSTRON, p. 8). O corte perineal

[...] afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris. (CIELLO *et al*, 2012, p. 80).

A recomendação para a realização da episiotomia é restrita aos casos em que existe a necessidade de ampliar o canal vaginal para facilitar e acelerar o nascimento diante de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto ou iminência de laceração de 3º grau, inclusive de mulheres que tiveram laceração de 3º grau em parto anterior (CUNHA, 2015, p. 16). Além da adoção irrestrita, existem fatores

¹⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção e eliminação dos abusos, desrespeito e maus tratos às mulheres no parto.** 2014. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf >. Acesso em: 27 de agosto de 2018.

que agravam os malefícios de sua ocorrência como a realização sem consentimento da paciente, a ausência de informações sobre a recomendação clínica, bem como de suas implicações, sejam estas positivas ou negativas e a omissão de tratamentos alternativos.

Em 2014, o Fórum de Mulheres do Espírito Santo e a rede Parto do Princípio de São Paulo, desenvolveram uma cartilha com o intuito de conscientizar sobre a violência que consubstancia a episiotomia de rotina: “Episiotomia: não é só um cortezinho”. O documento é fruto da colaboração de diversas pessoas, contando com referências da área e um conteúdo primoroso com linguagem acessível. Destaca-se as possíveis complicações elencadas na cartilha:

A episiotomia pode provocar vários problemas, alguns deles muito graves, ainda que raros. A episiotomia de rotina (praticada na maioria dos partos vaginais) pode causar maior perda de sangue, mais dor durante o parto, hematoma, maior risco de laceração do ânus (que pode causar incontinência fecal), mais dor no pós-parto, complicações na cicatrização como deiscência (pontos podem abrir), infecção, mais tempo para cicatrização, sutura mal feita, mal posicionamento das bordas da sutura, endometriose na cicatriz, pontos demasiadamente apertados, maior tempo de recuperação, dor para sentar, dor para subir escadas, dor no ato sexual (dispareunia), risco aumentado de lacerações no parto seguinte, resultados estéticos insatisfatórios, autoestima afetada devido à estética da cicatriz, menos satisfação com o parto, autoestima afetada devido à dor no ato sexual, constrangimento em relação com o(a) parceiro(a) e necrose. No lugar onde foi feita a episiotomia, pode ficar uma cicatriz visível ou mesmo um queiloide (cicatriz grande e endurecida). O risco de ter laceração perineal nos partos seguintes é maior para as mulheres que sofreram episiotomia, principalmente as lacerações mais graves (de terceiro ou quarto grau) (EPISIOTOMIA, 2014, p. 4).

Apesar das complicações possíveis, um dos argumentos que são levantados a favor da episiotomia é a prevenção da lesão perineal. Períneo designa a musculatura compreendida entre a vagina e o ânus responsável pela sustentação dos órgãos sexuais, além da contenção urinária e fecal, dentre outras funções.

Ao contrário do que se dissemina, o trauma perineal pode decorrer tanto de lacerações em partos sem nenhuma intervenção quanto de episiotomias. Neste último caso, a episiotomia sempre constitui uma lesão de segundo grau, ou superior (CIELLO *et al*, 2012, p. 82). Parecendo desconhecer esse fato,

[...] médicos com frequência afirmam que a não realização desse procedimento acarreta inevitavelmente lacerações graves, o que também não tem base científica (AMORIM; KATZ, 2008; ROBINSON, 2012). Outra alegação para realização da episiotomia consiste na prevenção de incontinência urinária e fecal, fato não comprovado cientificamente. Não há, até o momento, estudos de longo prazo que verifiquem a ocorrência de incontinência em idades mais avançadas da mulher, relacionando-a à realização ou não da episiotomia. Porém, estudos que compreendem horizontes mais curtos apontam que a episiotomia tem justamente o efeito contrário, de provocar ou agravar incontinência urinária, fecal e de flatos (AMORIM; KATZ, 2008; ROBINSON, 2012; VISWANATHAN, M. et al., 2005). (CIELLO *et al*, 2012, p. 82)

Pode-se depreender que a melhor prevenção contra o trauma perineal é o respeito à fisiologia sexual feminina durante o trabalho de parto e o nascimento, evitando-se a realização desnecessária da episiotomia. Esse argumento ganha força diante da comprovação clínica de que é possível um parto vaginal em que a mulher permaneça com a musculatura pélvica íntegra após a expulsão do neonato (CIELLO *et al*, 2012, p. 81).

O parto espontâneo, isto é, sem a episiotomia, mesmo com pequenos cortes na pele e na mucosa, tende a cicatrizar com facilidade, sem necessidade de suturas, uma vez que o corte espontâneo se apresenta menos extenso e profundo do que o corte perineal. Mesmo quando ocorre lacerações mais graves, de segundo grau, que atingem a musculatura genital, a área lesionada pode precisar de pontos ou não. Entretanto, como a episiotomia é um corte que sempre atinge a musculatura da vagina, a sua não realização favorece uma melhor cicatrização (EPISIOTOMIA, 2014, p. 4).

Existem ainda lacerações de terceiro e quarto graus. Estas atingem o esfíncter do ânus e ocorrem raramente. Em razão da gravidade da lesão em profundidade e em extensão, a realização da sutura é indicada com o intuito de preservar as estruturas genitais, evitando prejuízos das funções de continência urinária e fecal.

O corte perineal se recobre de polêmica desde 1742, ano que data a sua primeira realização. Em 1957, a incisão no períneo recebeu o nome de “episiotomia” pelo obstetra austríaco Carl Braun, o qual criticou o procedimento e taxou-o como desnecessário. A episiotomia tornou-se mais frequente no final do século XIX sob a alegação de prevenção de lacerações perineais. Houve um

“boom” de episiotomias nos Estados Unidos após artigos publicados por Pomeroy e DeLee, em 1918 e 1920, respectivamente, que recomendavam a adoção da episiotomia de maneira rotineira e profilática (TOMASSO *et al*, 2002).

A episiotomia justificava-se, basicamente, como um método contrário à dor do parto e que favorecia a partos mais rápidos. Todavia, conforme ressalva TOMASSO *et al* (2002), ao contrário do que se poderia imaginar, não havia evidências científicas que recomendassem a adoção sistemática da episiotomia. Em outras palavras, adotou-se um procedimento altamente invasivo à integridade corporal e à sexualidade feminina sem a verificação da veracidade de seus supostos benefícios à saúde da mulher e do recém-nascido.

E a partir desta perspectiva a questão do parto é aclarada, pois evidencia a forma como a sexualidade feminina foi e continua sendo manejada como um produto na atividade médica-obstétrica. O corpo é o meio pelo qual se manifesta a sexualidade e por meio do qual se dá a reprodução entre os sexos. Conforme, Alessandra Sampaio Chacham e Mônica Bara Maia (2004, p. 75), o corpo constitui-se em linguagem permeada de símbolos e significados, compondo a comunicação das expectativas de um determinado contexto histórico e cultural.

Nessa comunicação social cuja a linguagem é o corpo, reverbera a mensagem de que o corpo feminino é errático e imperfeito, mas passível de correções. Neste sentido, “[...] a maleabilidade das fronteiras corporais no Brasil é reforçada pela fragilidade da noção de direitos individuais e pelo sistema de gênero que define o corpo feminino como um objeto a ser manipulado e controlado [...]” (CHACHAM; MAIA, 2004, p. 80).

A prática da episiotomia rotineira está inserida em um sistema erótico pautado por um esquema de relações homólogas e interconectadas que se encaixam nos binômios “atividade-masculino” e “passividade-feminino”. Conforme DINIZ (2013), na década de 1920 era comum o argumento de que a episiotomia evitaria o afrouxamento da vagina e que assim, a mulher seria capaz de evitar uma traição do parceiro ou o sexo anal.

Logo, não se pode ingenuamente acreditar que a episiotomia serviria à “manutenção” do períneo ou da condição vaginal virginal, ou, no mínimo, deve-se desconfiar de que essa seja a justificativa real para a agressão praticada contra as mulheres quando desnecessária e sem consentimento. Na verdade, o que se revela

é que a adoção da episiotomia de maneira rotineira pouco se relaciona com algum cuidado ou preocupação com a saúde da mulher.

A imagem que o discurso médico sugere é que, depois da passagem de um “falo” enorme - que seria o bebê - o pênis do parceiro seria proporcionalmente muito pequeno para estimular ou ser estimulado pela vagina. Isso poderia implicar uma autorização ao homem para procurar uma mulher “menos usada” ou demandar como alternativa o coito anal. (CIELLO *et al.*, 2012, p.90)

No meio social é disseminada a crença de que ao ceder à passagem do neonato, a vagina se distenderia e não voltaria ao seu tamanho normal. Essa colocação, entretanto, não condiz com estudos médicos que afirmam a desnecessidade da episio para tal finalidade.

A própria natureza humana diz o contrário considerando-se que desde o início dos tempos o parto era natural, sem auxílio de elementos médicos ou técnicas que se voltassem à conservação de algo que por si só se resolve. É desumana e aviltante a preocupação que recai sobre o sexo feminino, bem como o culto à vagina apertada, o que demonstra que por trás da atenção desprendida à saúde gestacional existe o “medo”, o pavor de uma vagina frouxa, alargada ou “mais usada”, preocupações que são, na essência, representações de uma sociedade fálica.

A episiotomia de rotina envolve muito mais uma preocupação que se centra no homem e na sua necessidade de um orifício apertado para estimular o pênis do que com a saúde e a sexualidade da mulher que passa pelo parto. Assim, segue normalizada a crença de que o parto normal seria prejudicial à vivência sexual do homem, que poderia, inclusive, se sentir incentivado à traição e à deslealdade.

Neste cenário, o parto natural (?) deixou de ser promovido para ser prevenido porque além de doloroso, é representado como um evento sexualmente danoso (CIELLO *et al.*, 2012, p. 320). Se se faz acreditar que é preferível que uma mulher tenha sua vagina cortada e costurada do que frouxa porque foi capaz de expelir um conceito, a episiotomia será amplamente aceita, como tem sido, pelas equipes médicas, pelos parceiros e pela sociedade.

No Brasil a incorporação do corte perineal na prática obstétrica com regularidade data do começo dos anos de 1970 (PROGIANTI, ARAÚJO, MOUTA,

2008, p. 46). Somente a partir da década de 1980 surgiram estudos mais contundentes que reafirmavam o posicionamento de Carl Braun, qual seja, a desnecessidade da episiotomia (TOMASSO *et al*, 2002). Consonantemente, as evidências passaram a apontar para o desencorajamento da episiotomia de rotina, com o devido resguardo de seu uso restrito e criterioso para os casos em que realmente fosse necessária.

Uma pesquisa intitulada “Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade”, de autoria de Jane Márcia Progianti, Luciane Marques Araújo e Ricardo José de Oliveira Mouta, já citada neste trabalho, identifica o “pique” no períneo como um evento traumático, pois consiste em um “[...] procedimento externo e necessariamente invasivo da fisiologia que pode resultar em uma experiência dolorosa para a mulher, o bebê e para ambos” (PROGIANTI, ARAÚJO, MOUTA, 2008, p. 47). O trauma foi constatado por meio de relatos que enfatizaram o aspecto doloroso do procedimento que possivelmente podem afetar a integridade psíquica da mulher e seu conceito.

As análises dos depoimentos colhidos evidenciam a associação da episiotomia com dores, incômodos físicos e preocupações, principalmente com a aparência dos órgãos genitais. A episiotomia repercutiu, em muitas mulheres, como “[...] um estrago, porque as mulheres a dimensionaram em função da contagem do número de pontos (sutura) recebidos e da dor sentida pela falta de anestesia” (PROGIANTI, ARAÚJO, MOUTA, 2008, p. 47).

Em relação à sexualidade, acentuou-se a dissociação entre parto e sexualidade. O parto foi retratado uma interferência negativa que afeta o livre exercício da sexualidade feminina no momento do parto e no pós-parto.

[...] a episiotomia se constitui numa violência contra a mulher, pois, ao afetar sua integridade corporal, compromete o senso de segurança, o estado psíquico e emocional da parturiente, violando o direito de controle sobre o próprio corpo, que constitui, possivelmente, o fundamento mais importante da liberdade sexual e reprodutiva (PROGIANTI, ARAÚJO, MOUTA, 2008, p. 48).

No trabalho em questão, foi constatada a tendência à ausência de confronto da episiotomia, embora seja associada negativamente à falta liberdade corporal e como obstáculo ao exercício da sexualidade. Em sentido

contrário, verificou-se que a rejeição incidiu sobre o parto vaginal (e não sobre o corte no períneo), conduzindo as mulheres a optarem por um procedimento cirúrgico com maiores riscos comprovados: a cesariana.

A seguir, leia-se alguns depoimentos extraídos do artigo científico “Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade”:

Depois veio a parte pior que eu achei, foi na hora da costura, senti dor e uma sensação estranha na hora que a linha passava, muito estranha (E9) (p. 47).

Mas o que foi mais difícil para mim foi o momento de dar os pontos. Achava que tinham cortado até o ânus. A sensação que eu tinha era que estava toda aberta, de tanto ponto que me davam. E a anestesia não pegou direito, então eu sentia todos os pontos, um a um, e só imaginava o tamanho do estrago que tinham feito na minha vagina (E7) (p. 47).

... tive mais dificuldade para ter relação... e me sentia arranhando, ardia, me incomodava. Parecia que o corte ainda estava aberto (E2) (p. 48).

Nas duas [episiotomias] imaginava se estavam me deixando toda larga e se ia ficar feio ou não, se ia ficar bem costurado (E5) (PROGIANTI, ARAÚJO, MOUTA, 2008, p. 48, grifos das autoras).

Chama-se a atenção ao caráter tortuoso que assume a execução da episiotomia no parto, relatada pelas sensações dor e estranheza, cisão profunda e extensa na região íntima, denotando preocupação com frouxidão, a ausência de anestesia na durante a sutura (que possui recomendações restritivas e provoca mais dores ainda) e a permanência dos incômodos físicos e das preocupações com os pontos ou com “o tamanho do estrago”, além da dispareunia.

Na cartilha “Episiotomia: é só um cortezinho” (2008) também contém depoimentos sobre o procedimento que seguem adiante:

“Já faz 4 meses e eu ainda estou me recuperando da episio. É difícil ficar sentada e ainda não voltei a ter relações sexuais.”

Carolina sofreu uma episiotomia sem ser avisada a respeito e foi mal suturada. Precisou de mais duas cirurgias para tentar corrigir os problemas causados pela episiotomia. (p. 3).

“Chorei na hora do corte e depois chorei do primeiro ao último ponto. Depois que nasceu, aplicaram anestesia. A anestesia não

pegou e costuraram assim mesmo.”
Priscila (p. 7).

“De tanta dor que senti quando os estudantes estavam me suturando, acabei gritando para eles me darem anestesia.”
Renata, que sofreu uma episiotomia e foi suturada sem anestesia. Além de toda a dor, o corte infeccionou no pós-parto, os pontos abriram, e depois de um ano teve um abscesso na cicatriz. (p. 7).

“Costuraram tudo torto e eu não consigo mais ter relação de tanta dor. Acabaram comigo.”
Betina (p. 8).

A dor provocada pelo procedimento impede que o parto seja vivido como uma experiência sexual saudável, uma vez que a episiotomia afeta os estímulos fisiológicos relacionados ao parto, prejudicando os processos de excitação e a sensação de prazer. Assim, pode-se assentir que qualquer interferência no parto interfere na sexualidade da mulher (PROGIANTI, ARAÚJO, MOUTA, 2008, p. 48).

A dissociação do parto com a sexualidade somada à sensação de dor e mal estar em diversas instâncias da subjetividade feminina são fatos que orientam para uma perspectiva na qual a episiotomia seja adotada somente nos casos em que seja imprescindível. Os questionamentos e as evidências conduzem para a necessidade de reduzir a ocorrência do procedimento, com o auxílio de práticas menos invasivas.

Apesar da notoriedade do caráter violento, que o termo “episiotomia” ou qualquer outra nomenclatura que denote a cisão perineal raramente aparece nos documentos emitidos relacionados à saúde no estado brasileiro. Uma das exceções, está no quarto volume do “Caderno HumanizaSUS” de 2014, que trata sobre humanização do parto e do nascimento.

No documento é possível verificar diversas passagens ao termo “episiotomia” geralmente como exemplo de procedimentos adotados sem razão justificada. Há uma pequena seção destinada ao tema, em que se lê sobre seus supostos benefícios e malefícios.

A episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo inteiro, com a alegação de redução da probabilidade de lacerações perineais do terceiro grau, preservação da musculatura

perineal e função sexual, além da redução de incontinência fecal e urinária. Alega-se que, sendo uma incisão reta e limpa, a episiotomia pode ser mais fácil de ser reparada e cicatrizar melhor que uma laceração. Para o recém-nascido, sugere-se que possa diminuir a probabilidade de asfixia, traumatismo craniano, hemorragia cerebral e retardo mental.

Por outro lado, os seus supostos efeitos adversos são: extensão do corte com lesão de esfíncter anal e retal, resultados anatômicos não satisfatórios tais como pregas cutâneas, assimetria ou estreitamento excessivo do introito, prolapso vaginal, fístula reto-vaginal e fístula anal, aumento na perda sanguínea e hematomas, dor e edema locais, infecção, deiscência e disfunção sexual (BRASIL, 2014, p. 40).

Entretanto, a sessão termina com o parágrafo que segue adiante, no qual há a contraindicação da adoção do procedimento, uma vez que não é pautado em evidências científicas. Indica ainda, alguns casos em que a sua adoção restritiva pode ser mais benéfica do que prejudicial.

Baseado em uma filosofia de cuidados que deve enfatizar o uso de práticas baseadas em evidências científicas e custo-efetivas, a episiotomia de rotina deve ser abandonada da prática obstétrica atual. O seu uso pode ser considerado, mas não mandatório, em situações onde os benefícios possam ser maiores que os riscos tais como: distocia de ombro, parto pélvico, fórceps ou extrações a vácuo, variedades de posições posteriores ou em situações onde seja óbvio que a falha da sua realização possa resultar em trauma perineal maior (BRASIL, 2014, p. 40).

Recentemente, em 2017, o Ministério da Saúde editou as “Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal” com o objetivo de diminuir as intervenções incidentes nos partos vaginais hospitalares em uma perspectiva que contempla a gravidez e o parto como expressões de saúde. Dentre as diretrizes, destacam-se:

141 Não realizar episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo.

142 Se uma episiotomia for realizada, a sua indicação deve ser justificada, recomendando-se a médio-lateral originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus.

143 Assegurar analgesia efetiva antes da realização de uma episiotomia. (BRASIL, 2017, p. 28)

As diretrizes nacionais de assistência ao parto normal desaconselham a

episiotomia rotineira no parto vaginal espontâneo além de orientar que a sua realização seja justificada. As diretrizes recomendam o óbvio, um tratamento humanizado destinado às parturientes em respeito à sua dignidade e à sua integridade física e subjetiva. Todavia, no âmago destas diretrizes pode-se perceber, implicitamente, o reconhecimento da episiotomia como um atentado aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, bem como à sua integridade física e psíquica.

No contexto internacional, as discussões em torno da episiotomia apresentam-se tímidas, sendo que apenas em 2007 o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, em inglês “United Nations Children's Fund”) lançou o “Guia dos direitos da gestante e do bebê” e elencou a episiotomia rotineira como um procedimento incorreto, uma vez que a alegada proteção ao períneo não se verifica clinicamente. Ao contrário, a realização da episiotomia tem acarretado traumas e complicações que afetam a vida da mulher que passa pelo procedimento, muitas vezes, de uma forma que pode se estender por toda a sua vida (UNICEF, 2011, p. 50).

Um dos documentos mais recentes da OMS sobre o tema é “Cuidados intrapartos para uma experiência positiva” (2018), do qual se percebe um sinal de consonância entre as diretrizes nacionais e internacionais, pois pode-se ler que “o uso rotineiro ou liberal da episiotomia não é recomendado para mulheres submetidas a parto vaginal espontâneo.” (OMS, 2018, p. 5, tradução livre)¹⁸.

No decorrer desta seção pôde-se acompanhar a evolução do conceito de violência obstétrica como violência de gênero e sexual através das formulações normativas oriundas do direito internacional e a recepção destes instrumentos pelo Estado brasileiro até a compreensão da episiotomia como uma violação de direitos humanos e fundamentais das mulheres no momento do parto.

Diante tudo o que foi dito até aqui, a realização da episiotomia sem justificativa clínica evidencia um tratamento desumano, o qual extrapola a dimensão de um evento médico e assume contornos jurídicos, como fato violador de direitos humanos das parturientes, ao afrontar patentemente a disposição do artigo 5º da

¹⁸ O texto original contido no item 39 da lista resumida de recomendações sobre cuidados intraparto para uma experiência positiva de parto é: “Routine or liberal use of episiotomy is not recommended for women undergoing spontaneous vaginal birth”.

Declaração Universal dos Direitos Humanos: “Ninguém será submetido à tortura nem a punição ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes” (ONU, 1948).

Por fim, pode-se depreender no lugar de se reconhecer que a episiotomia consiste em uma conduta médica padronizada, que causa danos às mulheres e que por isso deveria ser restrita apenas aos casos em que fosse indispensável, a adoção da episiotomia permanece em um contexto naturalização da dor e do sofrimento da mulher, corroborando com a lesão a direitos básicos como dignidade, saúde, reprodução e sexualidade, além da integridade corporal e da igualdade.

3 EPISIOTOMIA: ENTRE A DOMINAÇÃO E A VULNERABILIDADE DO FEMININO

3.1 O ACESSO SEXUAL VIOLENTO AO CORPO FEMININO

Em uma sociedade como a brasileira, marcada por uma forte herança patriarcal, ao indagar a uma mulher sobre violência, a probabilidade de ela se remeter à violência urbana é maior do que a chance de esta mulher fazer uma associação que tenha em perspectiva o seu gênero como alvo de atos violentos (SAFFIOTI, 2004, p. 46). Isso demonstra que a vulnerabilidade da mulher é olvidada por ela mesma diante da naturalização da violência de gênero em um contexto social com traços de dominação.

O fato de as mulheres não associarem automaticamente o gênero feminino como alvo de violência revela que o patriarcado se logrou como matriz dominante para a maioria dos membros da sociedade. O patriarcado é a ordem política pautada pela diferenciação entre os gêneros ao estabelecer a primazia do gênero masculino e ao fundamentar regimes como, por exemplo, o androcentrismo e a falocracia (SAFFIOTI, 2004, p. 44).

A ausência da percepção da vulnerabilidade e da violência sofridas pelas mulheres é um sinal de que no interior das estruturas patriarcais elas são portadoras de “consciências dominadas” (SAFFIOTI, 2004, p. 46). Assim, pela perspectiva feminina, a leitura de gênero demonstra a absorção da consciência do dominador que, por sua vez, denota também o sucesso do papel desempenhado pelos dominadores em se desincumbirem das transformações sentidas pelas mulheres que vivem sob o jugo da dominação.

Nesse sentido, pode-se apontar que no projeto civilizatório foi imposto às mulheres a adoção de comportamentos ambíguos que são acatados institivamente com a finalidade de sobreviver nessa ordem. Isso cria a ilusão de que as mulheres são livres e iguais aos homens, quando na verdade estão dentro de uma dinâmica que as silenciam (ALVES, 2015, p. 105) na sinuosidade existente em “[...] elas querem, mas não querem, elas sabem, mas não sabem; elas são fortes, mas são frágeis, e assim por diante” (SAFFIOTI, 2004, p. 48).

Como categoria social, os homens gozam de liberdade e autonomia com

limites formais, tal como os inscritos na lei, ao passo que as mulheres ainda não atingiram esse patamar, visto que a violação de seus direitos ainda é uma prática social comum. Heleieth Saffioti (2004, p. 51) esclarece que aquele que possui autonomia tem a capacidade de determinar o destino dos dominados mediante a utilização de mecanismos ideológicos que mistificam a realidade, alienando o dominado que vive dentro de contexto imaginário, mas que acredita ser real.

A história das mulheres está dissolvida nas narrativas impostas pelo patriarcado, que as retratam de maneira ambígua e fomentam a vulnerabilidade feminina, com repercussões na autoestima. A relação entre a violação de direitos humanos e a baixa autoestima das mulheres já foi comprovada (SAFFIOTI, 2004, p. 47) e este fato evidencia a violência como uma forma eficaz de dominação (ALVES, 2015, p. 102).

As narrativas patriarcais também se esforçam em manter as mulheres presas em papéis sociais que favorecem a perpetuação das relações de dominação pela violência ao atribuir-lhes austeridade e passividade. O mal-estar provocado contribui para a permanência da mulher na situação de vulnerabilidade, que já está entranhada nas estruturas sociais e nas relações de poder.

[...] a história das mulheres é a história dos homens, porque elas reiteradamente não são protagonistas da própria vida ou da sua história de vida. Deve-se considerar que quando há apenas esquecimento o fato é ruim, mas tolerável. Entretanto, em grande número das vezes o que ocorre é o desrespeito ou a aniquilação dessas mulheres, que se tornam prisioneiras de relações violentas, simbólica e/ou fisicamente. (ALVES, 2015, p. 95)

Das mulheres tem sido ceifado o protagonismo de suas próprias vidas mediante a objetificação fundada na desconsideração do seu valor como ser humano dotado de dignidade, autonomia e igualdade. Isto se dá em razão do fato de a regulação social ser rotineiramente feita pelos homens, o que acaba molestando ou obstando o empoderamento feminino, sem que as mulheres ou a sociedade se deem conta disso.

Apesar da passagem do tempo, das declarações de direitos e das alterações promovidas pelos movimentos sociais, as relações sociais e políticas permanecem marcadas pela dominação masculina e a correspondente submissão da mulher mediante a violência. A dominação da mulher pelo homem pode se

manifestar objetivamente no plano físico ou subjetivamente, pelo viés simbólico, de forma consciente ou não.

A violência física, que expõe a fragilidade corporal é facilmente lembrada por suas marcas visíveis. Entretanto, a violência pode ocorrer sutilmente e ainda assim deixar suas marcas. Fala-se da dominação simbólica que pode se manifestar em diversos planos como o linguístico, o cultural, o étnico e do gênero. De todas as formas de submissão, a simbólica converte-se em lei social, tal qual a supremacia do patriarcado, uma lei incorporada e que se inscreve nos corpos e no que há de mais íntimo nestes na forma de predisposições, aptidões e inclinações (BOURDIEU, 2012, p. 51).

Desta forma, no plano simbólico, a diminuição do valor da mulher como sujeito social juntamente com a destituição de sua autonomia constituiu-se em normas resultantes da naturalização de processos violentos contra as mulheres que foram chancelados socialmente, inclusive, pelas próprias mulheres porque não se trata de algo que se possa ser obstado pela vontade e liberdade, pois se trata de algo invisível, inscrito no inconsciente.

Conseqüentemente, a dor feminina é silenciada, tomada como natural pelo discurso preponderantemente escrito pelos homens. Todavia, conforme asseverou Cândice Lisbôa Alves (2015, p. 95), o esquecimento é ruim, mas a aniquilação das mulheres é intolerável, principalmente dos direitos humanos das mulheres diante de todo o aparato que sustenta a violência e todas as espécies de violações do feminino.

A violência obstétrica, uma espécie da violência de gênero, aniquila corpos femininos, especificamente, vulvas e vaginas, além do intangível como a intimidade e outros direitos humanos e fundamentais. Pior que a destruição física dos corpos é o fato de que essa destruição não é mencionada ou considerada como destruição, ou seja, órgãos genitais femininos são feridos dentro de uma “aparência de normalidade” sem possibilidade de retorno ao estado anterior e sem a chance de que a mulher se dê conta de que o ocorrido foi uma lesão que transcende a corporalidade.

É importante ressaltar que a assistência obstétrica está intimamente relacionada com a cultura sexual de uma determinada sociedade (DINIZ, 2009, p. 318). O direito também possui uma dimensão cultural e diante disto torna-se

imprescindível a abordagem que considera o viés do gênero na violência obstétrica, mais especificamente da episiotomia e a forma como esse fenômeno é tratado juridicamente.

“Gênero” é um termo científico e acadêmico muitas vezes utilizado como sinônimo de “mulheres” e com a intenção de atribuir seriedade aos trabalhos dedicados ao tema, uma vez que “gênero” se apresenta mais neutro e objetivo em relação ao uso do termo “mulheres”. Neste viés, o termo possui certa vagueza analítica, pois não implica a adoção de um posicionamento sobre a desigualdade e a distribuição de poder entre os sexos (SCOTT, 1995, p. 75).

O termo “gênero” também pode ser “[...] utilizado para sugerir que qualquer informação sobre as mulheres é necessariamente informação sobre os homens, que um implica o estudo do outro” (SCOTT, 1995, p. 75). Essa utilização implica a constatação de que o universo feminino faz parte do masculino e desta forma, não se pode separá-los ou considerá-los isoladamente porque são interligados.

A palavra “gênero” também pode designar as relações sociais estabelecidas entre os sexos, rejeitando as explicações fundadas na biologia, tais como as que justificam a subordinação feminina em virtude da força muscular do homem e pelo fato de as mulheres gerarem e parirem. Assim, “gênero” remete às construções culturais e sociais sobre os papéis dos homens e das mulheres. Nessa acepção, trata-se de “[...] uma categoria social imposta a um corpo sexuado” (SCOTT, 1995, p. 75) e uma forma de se referir às identidades subjetivas dos sexos.

A utilização de gênero é recente na história, iniciada pelas feministas norte-americanas na década de 1980. Apesar da polissemia, em certa medida, assinala que as relações entre os sexos são sociais e descritivamente refere-se ao estudo de temáticas referentes às mulheres. Deste modo, assente-se às palavras da historiadora norte-americana Joan Scott:

A palavra indicava uma rejeição do determinismo biológico implícito no uso de termos como "sexo" ou "diferença sexual". O termo "gênero" enfatizava igualmente o aspecto relacional das definições normativas da feminilidade. Aquelas que estavam preocupadas pelo fato de que a produção de estudos sobre mulheres se centrava nas mulheres de maneira demasiado estreita e separada utilizaram o termo "gênero" para introduzir uma noção relacional em nosso vocabulário analítico. Segundo esta visão, as mulheres e os

homens eram definidos em termos recíprocos e não se poderia compreender qualquer um dos sexos por meio de um estudo inteiramente separado (SCOTT, 1995, p. 72).

O termo se destaca nos estudos que se empenham em teorizar as origens do patriarcalismo. Aparece principalmente nas tentativas de explicar a subordinação das mulheres. As tentativas apontam para a reprodução e para a sexualidade. A reprodução é tratada por muitas teóricas como uma armadilha para as mulheres, conforme explica a historiadora:

[...] O princípio da continuidade geracional restaura a primazia da paternidade e obscurece o trabalho real e a realidade social do esforço das mulheres no ato de dar à luz. A fonte da libertação das mulheres reside numa "compreensão adequada do processo de reprodução", numa avaliação das contradições entre a natureza do trabalho reprodutivo das mulheres e a mistificação ideológica (masculina) deste (SCOTT, 1995, p. 77).

Quanto à sexualidade, retrata-se a relação sexual como desigual, vinculando-se o ato com a palavra e essa percepção transborda para o sistema social, como ato primal do processo de objetificação sexual da mulher. Entretanto, a vinculação da desigualdade entre os gêneros com a relação sexual entre um homem e uma mulher não oferece maiores explicações, devendo-se atentar que a sexualidade subsumida ao ato sexual é uma perspectiva bastante estreita.

Joan Scott assevera que uma análise de gênero que contemple exclusivamente diferenças físicas está fadada à incompletude e a rigidez porque são atributos fixos e imutáveis, que desconsideram as construções sociais e culturais, além de ignorar as demais formas de desigualdades que podem repercutir no campo do gênero (SCOTT, 1995, p. 78).

Considerando o que foi dito até aqui, fica claro que o gênero e a divisão sexual não são atributos naturais, por mais que sejam embasados pela biologia. A distinção da espécie humana em gêneros transformou a reprodução e a sexualidade em produtos da atividade humana aptos a satisfação de necessidades oriundas de dinâmicas atinentes ao exercício de poder nas relações sociais (DINIZ, 2009, p. 318).

Gênero é uma divisão dos sexos imposta socialmente. É um

produto das relações sociais de sexualidade. [...] Homens e mulheres são, naturalmente, diferentes. Mas eles não são diferentes como o dia e a noite, terra e céu, yin e yang, vida e morte. Na verdade, da perspectiva da natureza, homens e mulheres são mais próximos um do outro que o são de qualquer outra coisa [...] embora exista uma diferença normal entre pessoas do sexo masculino e pessoas do sexo feminino no que tange a diversos traços, a gama de variações desses traços mostra que há uma considerável área coincidente. [...] Mas a idéia de que homens e mulheres são duas categorias mutuamente excludentes deve ter origem em algo que não uma oposição “natural”, que verdade não existe. Longe de ser uma expressão de diferenças naturais, a identidade de gênero exclusiva é a supressão das semelhanças naturais. Ela exige repressão: no homem, de qualquer versão de traços “femininos”; nas mulheres, a de traços definidos como “masculinos”. A divisão dos sexos resulta na repressão de algumas características de personalidade de praticamente todo mundo, homens e mulheres. O mesmo sistema social que oprime as mulheres em suas (do sistema) relações de troca, oprime a todo mundo em sua insistência numa rígida divisão de personalidade (RUBIN, 1993, p. 27-28).

Com o aporte da psicanálise lacaniana, Joan Scott adentra ao universo do simbolismo para explicar o caráter relacional do gênero. Desta forma, a linguagem é o meio de acesso à ordem simbólica e também é o meio pelo qual se constrói a identidade generificada. Percebe-se o caráter relacional desde a infância a partir das interações com o poder e a identificação de gênero que são essencialmente diferentes entre meninos e meninas.

A linguagem é o centro da teoria lacaniana; é a chave de acesso da criança à ordem simbólica. Através da linguagem é construída a identidade generificada. Segundo Lacan, o falo é o significante central da diferença sexual (*gendered*). Mas o significado do falo deve ser lido de maneira metafórica. O drama edipiano, para a criança, coloca em ação os termos da interação cultural, já que a ameaça de castração representa o poder, as regras da lei (do Pai). A relação da criança com a lei depende da diferença sexual, de sua identificação imaginativa (ou fantasmática) com a masculinidade ou a feminilidade. Em outras palavras, a imposição de regras de interação social é inerente e especificamente generificada, pois a relação feminina com o falo é forçosamente diferente da relação masculina. Mas a identificação de gênero, mesmo que pareça sempre coerente e fixa, é, de fato, extremamente instável (SCOTT, 1995, p. 82).

A construção do feminino e do masculino ocorre por processos de diferenciação e de distinção, supressão de oposições e ambiguidades com o fulcro

de criar, mesmo que ilusoriamente, fatores de compreensão e coerência que sejam comuns a todos na ordem social. Assim, a oposição entre o feminino e o masculino, se dá com a repressão do feminino no sujeito masculino e a repressão dos aspectos masculinos nos sujeitos femininos.

O desejo, mesmo que reprimido e, portanto, contido no inconsciente, representa uma ameaça à unidade forçada pela oposição entre masculinidades e feminilidades, tornando a identificação de gênero instável, pois estão sujeitas a alterações contextuais. Desta forma, o sujeito encontra-se em constante processo de construção, permeado por seus desejos conscientes e inconscientes, cuja manifestação se dá pela linguagem com o apoio dos sistemas de significação (SCOTT, 1995, p. 82).

O lugar que cada sexo representa é um produto cujo significado é atribuído pelas interações sociais. O significado é dado pelo sujeito individual e também pela organização social. Nesta acepção, entende-se o poder disperso entre relações desiguais que se constroem discursivamente e no meio das quais formam-se as identidades subjetivas dentro de uma sociedade que possui limitações e uma linguagem que possibilita a negação, a reinterpretção e a resistência como um espaço simbólico.

Para Joan Scott, o gênero é um elemento que constitui as relações sociais a partir das diferenças entre os sexos e uma forma de atribuir significado às relações de poder (1995, p. 82). Assim, qualquer alteração nas relações sociais, repercutem no gênero e modificam as representações simbólicas, os conceitos normativos e as estruturas do poder.

Para Gayle Rubin (1993, p. 27), o gênero é uma forma de organização social, um conjunto de disposições alicerçado na repressão da sexualidade feminina através do incremento da passividade nas meninas.

O incremento da passividade na menina se deve à tomada de consciência da impossibilidade de realizar seu desejo ativo, e dos termos desiguais da luta. Freud localiza o desejo ativo no clitóris e o desejo passivo na vagina, e descreve então a repressão do desejo ativo como a repressão do erotismo clitoriano, em favor de um erotismo vaginal passivo. Nessa concepção, os estereótipos culturais foram localizados nos órgãos genitais. Desde o trabalho de Masters e Johnson, é evidente que essa divisão genital é falsa. Qualquer órgão – pênis, clitóris, vagina – pode ser o lócus de um erotismo ativo ou passivo. O que é importante na concepção de

Freud, porém, não é a geografia do desejo, mas sua autoconfiança. Não é um órgão que é reprimido, mas um segmento de possibilidade erótica. Freud observa que “mais repressão foi empregada contra a libido quando ela se fez em proveito da função feminina...”.⁴⁵ A menina foi espoliada (RUBIN, 1993, p. 45)

O antropólogo Gayle Rubin analisa o complexo de Édipo pelas lentes freudianas. A divisão sexual repercute de maneiras diferentes para meninos e meninas no processo denominado “crise edipiana”. Este momento é marcado pela descoberta das diferenças sexuais e pela tendência da criança se volver ao outro sexo. É também o momento da introjeção da proibição do incesto e da troca de mulheres¹⁹.

A mãe pertence ao pai e por isso não pode pertencer a nenhum dos filhos, independentemente do sexo e é assim que se descobre que homens e mulheres não possuem as mesmas prerrogativas. O menino renuncia a sua mãe por ter medo de ser castrado pelo pai. Simbolicamente essa renúncia significa que o filho honra a relação de seu pai com sua mãe e que deve aguardar o momento da maturidade para estabelecer relações com outra mulher.

Note-se que a mulher é um ser que está disponível apenas para quem possui o falo. A troca das mulheres é uma possibilidade exclusiva dos homens, uma vez que apenas quem possui o falo tem o direito de ter uma mulher. Assim, ao renunciar sua mãe, simbolicamente o menino troca-a por um falo, para mais tarde ter acesso a outra mulher.

No curso normal dos fatos, o menino renuncia a sua mãe por medo de ser castrado pelo pai (recusando-se a lhe dar o falo, o que faria dele uma menina). Mas no ato de renunciar o menino afirma as relações que deram sua mãe a seu pai e que lhe darão, se ele se tornar um homem, uma mulher. [...] O contrato social com o qual ele concordou terminará por reconhecer os seus direitos e lhe dar uma mulher (RUBIN, 1993, p. 43).

¹⁹ Para Gayle Rubin o tabu do incesto e a troca de mulheres fazem parte do conteúdo do contrato social original. De acordo com o antropólogo, o complexo de Édipo é introduzido pela informação de que a mãe não possui o falo. A crise edípica começa, portanto, com a informação da castração da mãe e pela percepção de que o falo apenas deve passar por ela em razão do parentesco. Toda relação entre dois seres do sexo masculino, passa por uma mulher “Um homem se liga ao seu filho pela mulher, ao seu sobrinho por uma irmã (RUBIN, 1993, p. 42)”. O poder é masculino e a sua transmissão deve ser intermediado por uma mulher. Daí advém a atribuição de incapacidade às mulheres, uma vez que elas não são capazes de possui o poder que é transmitido através delas.

Para a menina, o tabu do incesto é amplo e abrange não só sua mãe, mas todas as mulheres, uma vez que a heterossexualidade é uma regra. Logo percebe que as mulheres são amadas apenas por quem possui falo e que está destinada a outro homem. A menina não possui o objeto de troca simbólico para a obtenção de uma mulher (RUBIN, 1993, p. 44).

Nasce, então, um sentimento de inferioridade relacionado aos órgãos genitais porque se conclui que o pênis é indispensável para possuir a mãe e as demais mulheres. A superioridade do falo decorre desse sistema de troca de mulheres e a regra do heterossexualismo. Ademais, a menina é sempre castrada e ao amadurecer apenas passará pelo falo durante uma relação sexual (RUBIN, 1993, 45).

Após a crise edípica, o “normal” é a aceitação da castração e a menina se desenvolver em uma “mulherzinha”, feminina e passiva. Note-se que o patriarcalismo está impregnado nas bases da cultura e da sociedade e se baseia no apelo à natureza e no argumento de que a função natural da mulher de procriar prescreve seu lugar doméstico e subordinado na ordem das coisas (PATEMAN, 2013, 62)

A partir de uma abordagem contratualista, Carole Pateman (1993) traz à baila as implicações do contrato social na situação de subordinação, dominação e violência enfrentada pelas mulheres, bem como as repercussões na esfera política. A autora defende que esta condição imposta aos sujeitos do gênero feminino já estava instaurada no estado de natureza por meio do exercício do poder paterno, que antecedeu a constituição do poder político.

Apesar de a maioria dos contratualistas defenderem que no estado de natureza todos os indivíduos eram pessoas livres e iguais, inclusive as mulheres, a alegoria do contrato social padece de contradições no tocante ao indivíduo do sexo feminino que demonstram que o contrato social ao criar a sociedade civil estabeleceu também uma ordem social patriarcal.

De acordo com a autora, apesar de o contrato social estar convencionalmente associado à troca das inseguranças do estado de natureza pela liberdade civil, a sombra que ninguém ilumina é que esta liberdade é sustentada pela dominação dos homens sobre as mulheres e o contrato social criou o direito

masculino de acesso sexual regular às mulheres ao suplantarem o direito paterno. Assim,

[...] o contrato social cria ambas, a liberdade e a dominação. A liberdade do homem e a sujeição da mulher derivam do contrato original e o sentido da liberdade civil não pode ser compreendido sem a metade perdida da história, que revela como o direito patriarcal dos homens sobre as mulheres é criado pelo contrato. A liberdade civil não é universal – é um atributo masculino e depende do direito patriarcal (PATEMAN, 1993, p. 16-17).

O contrato social ao criar o direito de acesso sexual à mulher apresenta um cunho sexual usualmente ignorado pelas análises contratualistas. Em seu empenho de explorar a faceta sexual do acordo originário da sociedade civil, Carole Pateman (1993, p. 21) afirma que a diferença sexual é uma diferença política, uma vez que no estado de natureza não existiam condições que sustentassem a falácia da igualdade e liberdade de todos os indivíduos.

Apesar de ser falaciosa a afirmação de que no estado de natureza homens e mulheres viviam em igualdade, há que se destacar que o contrato social tem uma forte dimensão fraternal. Nesse propósito, suscitando Sigmund Freud, Carole Pateman afirma que o contrato sexual está à guisa da composição do parentesco na sociedade civil e possui a natureza fraternal do contrato originário.

Na teoria freudiana, os fundadores da fraternidade civil eram todos irmãos, filhos de um mesmo pai e compactuaram para realizar o parricídio que instaurou a sociedade civil. Em consequência da morte do soberano absoluto diante da união destas masculinidades, surgem as leis para regular a liberdade de cada indivíduo perante o outro e perante ao Estado, que surge como a alegoria contratualista do poder absoluto que antes pertencia ao pai.

Entretanto, é velado que além do desejo de suplantarem o pátrio poder, os irmãos tinham o desejo de manter dois aspectos do direito político do pai, quais sejam: o direito paterno e o direito conjugal. Desta forma, os filhos cometem o parricídio para obterem a liberdade pautada pelas leis e também o acesso sexual às mulheres, uma vez que o pai mantinha todas as mulheres para seu próprio uso sexual (PATEMAN, 1993, p. 154).

Desta forma,

[...] O direito político origina-se no direito sexual ou conjugal. O direito paterno é somente uma dimensão do poder patriarcal e não a fundamental. O poder de um homem enquanto pai é posterior ao exercício do direito patriarcal de um homem (marido) sobre uma mulher (esposa). Os teóricos do contrato não tinham intenção de contestar o direito patriarcal original em seu ataque violento ao direito paterno. Em vez disso, eles incorporaram o direito conjugal em suas teorias e, ao fazê-lo, deram ao preceito do direito sexual masculino sua forma contratual moderna. O patriarcado deixou de ser paternal há muito tempo. A sociedade civil moderna não está estruturada no parentesco e no poder dos pais; no mundo moderno, as mulheres são subordinadas aos homens *enquanto homens*, ou enquanto fraternidade. O contrato original é feito depois da derrota política do pai e cria o *patriarcado fraternal* moderno. (PATEMAN, 1993, p. 17-18)

As leis, neste contexto, possuem um aspecto moral decorrente do mal estar que sucedeu o assassinato do pai. Assim, a fim de que o ato jamais fosse repetido, acordou-se que nenhum dos irmãos usurparia o poder e se tornaria um *patria potestas* ou um pai com poder absoluto. Ficou convencionado, tacitamente, que nenhum dos cidadãos é forte o suficiente para derrotar o outro, pois descobriram que a associação entre eles era mais forte do que a convergência do poder em apenas um deles.

Assim, o contrato social dá lugar às leis públicas e imparciais, suplantando as leis do pai arbitrário e parcial porque monopolizava todo o poder. Este é o momento em que o nascimento biológico é transmutado para a origem política do indivíduo e do Estado por meio do contrato social, consistindo em

[...] um exemplo da apropriação pelos homens da impressionante dádiva que a natureza lhes negou e de sua transmutação na capacidade criadora masculina. Os homens dão à luz ao “corpo artificial e coletivo” [...]. Entretanto, a criação do corpo político civil é um ato de razão ao invés de ser analógica ao ato físico da procriação (PATEMAN, 1993, p. 153).

Nas pesquisas da autora em destaque, ela descobre a história incidente sobre as diferenças políticas entre os homens e as mulheres, além da importância da diferença natural entre os sexos, pois é isso que vai estruturar a sociedade e dividir os papéis entre os gêneros. Pateman, descobre em Freud e Rousseau que é a significação atribuída à mulher na sociedade civil que fundamenta a supremacia do masculino. Conforme os autores mencionados: “[...] As mulheres são criaturas

com desejos insaciáveis, incapazes de sublimar suas paixões como os homens, os quais se estabelecem como indivíduos civis. [...]” (PATEMAN, 1993, p. 150).

Por conseguinte, foi retratado que nas mulheres surge um sentimento de recalque pela sua feminilidade em comparação aos atributos masculinos que somado a uma suposta ausência de racionalidade, fazendo com que sejam amesquinhas e tratadas como incapazes:

[...] As mulheres são incapazes de superar a hostilidade em relação à participação dos homens na vida civil, ou de se juntar a eles nos deveres civis. As mulheres continuam a ser uma ameaça permanente à ordem social e política, porque seu superego é mais fraco, ou até inexistente, o qual é o “representante interno” em cada indivíduo da moral e das normas políticas, e inicia “todos os processos que visam a fazer os indivíduos encontrarem um lugar na comunidade cultural” (PATEMAN, 1993, p. 150).

A sociedade civil foi parida pela razão fraterna compartilhada entre os homens e a mulheres foram excluídas da concepção e da parturição do corpo político, apesar de todo o engodo de igualdade que reverbera. A questão é que as diferenças biológicas entre os sexos assumem importância quando passam a estruturar a sociedade civil e se considera que os homens são os únicos com aptidões naturais para assumir o *status* de indivíduo civil.

As diferenças biológicas dizem respeito também sobre os corpos e uma das principais diferenças entre o corpo masculino e o feminino reside na questão do consentimento. É assim também que sistematiza Pierre Bourdieu ao esclarecer como a moral enquanto padrão normativo de conduta diferenciada pelos sexos impõe às mulheres a adoção de uma postura corporal de sujeição, como se o corpo devesse se portar espreitando a dominação, para reconhecê-la e assenti-la.

Assim como a moral da honra masculina pode ser resumida em uma palavra, cem vezes repetida pelos informantes, *qabel*, enfrentar, olhar de frente e com a postura ereta (que corresponde à de um militar perfilado entre nós), prova da retidão que ela faz ver,⁴³ do mesmo modo a submissão feminina parece encontrar sua tradução natural no fato de se inclinar, abaixar-se, curvar-se, de se submeter (o contrário de “pôr-se acima de”), nas posturas curvas, flexíveis, e na docilidade correlativa que se julga convir à mulher. (BOURDIEU, 2012, p. 38)

Desta forma, como repercussão da qualidade de sujeito político, compete aos homens a iniciativa e o controle da vida sexual, uma vez que uma mulher adequada para ser esposa, de acordo com Rousseau, é capaz de passar por cima de sua “natureza” e controlar os seus desejos. Para tanto, deve manifestá-los da maneira mais indireta possível, respeitando a iniciativa do homem. (PATEMAN, 1993, p. 151).

As mulheres, seus corpos e suas paixões carnis, representam a “natureza” que tem que ser controlada e superada para que a ordem social seja criada e mantida. No estado de natureza, a ordem social da família é mantida somente se o marido for o senhor. O desejo feminino insaciável tem que ser controlado pelo direito patriarcal. As relações das mulheres com o mundo social têm que ser sempre submetidas à razão do homem; os corpos das mulheres têm de ser sempre submetidos à razão e às decisões do homem para que a ordem social não seja ameaçada [...] O significado do estado natural e da sociedade civil pode ser compreendido somente na conjunção um do outro. A “base natural” do direito masculino é a impossibilidade de as mulheres desenvolverem a moralidade política necessária aos participantes da sociedade civil. A “feminilidade” e a “masculinidade” no estado natural são construídas teoricamente para refletirem a deficiência das mulheres [...] As mulheres estão excluídas da condição de indivíduos livres e iguais porque estão privadas das habilidades para serem submetidas à transformação extraordinária que, segundo Rousseau, aconteceu com os homens quando a sociedade civil e a “justiça enquanto norma de conduta” foram criadas. Apenas os homens são capazes de desenvolver o senso de justiça necessário para manter a ordem civil e sustentar as leis universais e civis, enquanto cidadãos. Como Juliet Mitchell glosa Freud nessa questão, uma mulher não pode receber o “toque” da lei; sua submissão a ela deve estar na identificação dela própria como o oposto da instituição legal. (PATEMAN, 1993, p. 151-152)

Se na sociedade civil quem detém a razão é o homem e a mulher deve ter sua natureza sexual controlada, logo se pode compreender porque foram os homens os escolhidos para chefiar as famílias e possuírem acesso sexual ao corpo das mulheres, mesmo que atualmente este fato seja rechaçado pelo direito, ao menos em sede de normatividade, conforme se pode verificar no Código Civil brasileiro onde se lê “Art. 1.565. Pelo casamento, homem e mulher assumem mutuamente a condição de consortes, companheiros e responsáveis pelos encargos da família” (BRASIL, 2002).

Historicamente, lembre-se que as mulheres foram socializadas para uma existência ambígua (SAFFIOTI, 2004, p. 48) e assim eram impedidas de manifestar seus desejos diretamente. Consonantemente, o acesso sexual “[...] não pode ser fruto de um acordo mútuo porque os corpos das mulheres e dos homens não têm o mesmo significado político” (PATEMAN, 1993, p. 151).

A desigualdade biológica entre os homens e mulheres foi utilizada como esteio para a desigualdade política fundada na presunção de que as mulheres são inaptas à moralidade civil porque são passionais e, portanto, ameaçam a organização social, devendo ser mantidas sob controle, enquanto a determinação patriarcal inscreve papéis e lugares sexuados na realidade social em que “[...] o pai/autoridade transita pelas relações familiares e políticas, mas que coloca a mulher restrita a um lugar privado/doméstico/familiar (NOVAES, 2015, p. 64)”.

Resta claro, portanto, que as mulheres não são sujeitos para o Direito, para as leis, para a justiça ou qualquer que seja a instituição criada a partir do mesmo processo tido como “racional”. Essa circunstância ilustra bem o direito de acesso sexual ao corpo feminino instaurado no contrato social. Lembra-se que no contratualismo, o indivíduo é o proprietário de sua pessoa, o que inclui seus atributos, tal como o corpo (PATEMAN, 1993, p. 87).

Se a mulher não é considerada como um indivíduo nessa estrutura, ela também não pode exercer autonomia sobre seu corpo, pois o consentimento é uma atribuição entre iguais. Concomitantemente, como a mulher é considerada inferior ao homem, resta-lhe apenas contentar-se com seu estado de submissão.

De acordo com a autora que faz uma análise de Thomas Hobbes, a submissão é trasladada para a sociedade civil como a submissão patriarcal do contrato de casamento, regido pelas leis fraternas da razão dos homens.

[...] Hobbes supõe que, na sociedade civil, a sujeição das mulheres aos homens é assegurada através de um contrato; dessa vez, não um contrato “imposto”, um contrato de casamento. Os homens não tem necessidade de subjugar as mulheres, uma vez que a legislação garante a eles seu direito político patriarcal por meio do contrato de casamento. Hobbes afirma que na sociedade civil o marido detém o domínio “porque a maioria das comunidades foi erigida pelos pais, e não pelas mães de família” [...]. (PATEMAN, 1993, p. 78)

Conforme Pateman (1993, p. 133), a autoridade política de Adão sobre Eva já estava assegurada antes dele se tornar pai, estando a origem do direito político no poder marital exercido sobre Eva, que aparentemente lhe foi concedida para que ele governasse seus desejos. Nesta perspectiva, os homens naturalmente podem ser tidos como os mais importantes na procriação, uma decorrência do exercício do direito conjugal.

As mulheres são meros recipientes vazios para o exercício do poder sexual e reprodutor do homem. O direito político originário que Deus concede a Adão é o direito, por assim dizer, de preencher o recipiente vazio. Adão, e todos os homens, têm que o fazer para e tornarem pais, ou seja, para exercerem o poder de reprodução ou de procriação masculino. O poder de procriação tem uma aparência dupla. A gênese de uma nova vida biológica está nas mãos dele, e não no recipiente vazio. A capacidade reprodutora dos homens cria uma vida nova; os homens são os “principais agentes da procriação”. O argumento patriarcal refuta, assim, qualquer reconhecimento da aptidão e da capacidade criadora exclusiva das mulheres. Os homens se apropriam da capacidade criadora natural das mulheres, de sua aptidão física de dar à luz – mas também fazem mais do que isso. O poder de procriação do homem se estende a outro domínio; eles transformam aquilo de que se apropriaram em outra forma de procriação e criação, a capacidade de criar uma nova vida política, ou de dar à luz o direito político. (PATEMAN, 1993, p. 134-135)

Nas discussões sobre contratualismo a dimensão sexual e conjugal do contrato originário fica acobertada pelo tratamento imodesto que se atribui à paternidade. Isto porque, nos escritos bíblicos, Eva não foi criada *ab initio* como Adão, mas sim a partir dele e após toda a criação divina, isto é, depois das plantas e dos animais. Adão é, portanto, uma espécie de pai para Eva e dizer que ele exercia poderes paternais quer dizer que ele exercia poderes políticos sobre Eva.

O “nascimento” de Eva é um dos exemplos mais antigos do poder de procriação dos homens, que não diz respeito ao ato de conceber, gerar e parir um ser humano. Esse poder usurpado foi desenvolvido até significar dar luz a um corpo fabuloso, uma ficção que comunga da racionalidade fraterna dos homens. Essa figura paterna é vista pela última vez no século XVII, com o contratualismo, pois é este “pai” que tem o poder de originar a sociedade civil, as cidades modernas e as instituições (PATEMAN, 1993, p. 137).

Mas também foi nesse momento que o direito sexual se desvencilha do

direito público gerado pelo contrato social porque não era mais compatível sustentar que os homens exerciam poderes sobre as mulheres, uma vez que o contrato carecia da igualdade entre os gêneros. Desta forma, o direito sexual, bem como as desigualdades entre os homens e as mulheres tornaram-se apolíticas, uma vez que ultrapassavam as barreiras impostas pela organização social.

Neste ponto, fica vívida como a questão da dicotomia entre o público e o privado sustenta-se na divisão sexual. Essa questão será abordada no próximo item. Por ora, frise-se que as mulheres destituídas dos atributos necessários para a vida pública, foram destituídas também de poderes políticos e relegadas ao âmbito familiar, em sujeição aos poderes paterno e marital.

A base teórica para a separação liberal do público e do privado foi oferecida no *Segundo tratado* de Locke. Ele argumentou, contra Filmer, que o poder político é convencional e só pode ser exercido justificadamente sobre indivíduos adultos livres e iguais com o consentimento desses indivíduos. O poder político não deve ser confundido com o poder paterno sobre os filhos na esfera familiar privada, que é uma relação natural que termina com a maturidade e, portanto, com a liberdade e a igualdade, dos filhos (homens). Os observadores geralmente não conseguem perceber que a separação que Locke faz do familiar e do político também é uma divisão sexual. Embora tenha argumentado que as diferenças naturais entre homens, como idade ou talentos, são irrelevantes para sua igualdade política, ele concorda com a afirmação patriarcal de Filmer de que as diferenças naturais entre homens e mulheres implicam a sujeição delas a eles, ou, mais especificamente», das esposas aos maridos. Na verdade, em sua declaração no início do *Segundo tratado*, de que vai mostrar por que o poder político é distintivo, Locke dá como certo que o controle de maridos sobre esposas está incluído em outras formas (não políticas) de poder. Ele concorda explicitamente com Filmer em que a subordinação da esposa ao seu marido tem um “Fundamento na Natureza” e que a vontade do marido deve prevalecer na casa, já que ele é, naturalmente, o “mais capaz e mais forte” (Locke, 1967, 1, § 47, II § 82). Mas um subordinado natural não pode ser, ao mesmo tempo, livre e igual Assim, as mulheres (esposas) são excluídas da condição de “indivíduos” e, portanto, de participar do mundo público da igualdade, do consentimento e das convenções (PATEMAN, 1993, p. 58).

Diante da incongruência que incide no fato de mulheres livres, iguais e racionais se submeteram ao jugo dos homens, mesmo que seja a partir de um acordo civil, tal como o casamento, a autora chega aos seguintes pressupostos:

[...] Primeiro, que os maridos são senhores civis porque os homens (“pais”) fizeram um contrato social original do qual surgiu a legislação civil. Os homens que fazem o pacto original garantem a manutenção do direito político patriarcal na sociedade civil. Segundo, que há somente uma maneira através da qual as mulheres – Que no estado natural têm o mesmo *status* de indivíduos livres e iguais aos homens – podem ser excluídas do contrato social. E elas têm de ser excluídas para que o contrato seja ratificado; mulheres racionais, livres e iguais não concordariam em participar de um pacto que as subordinassem aos homens na sociedade civil. É preciso supor que, quando o contrato original foi feito, todas as mulheres da condição natural haviam sido conquistadas pelos homens e eram seus objetos (servas). Se algum homem também tivesse sido submetido e estivesse numa condição de servidão, ele também seria excluído do contrato social. Apenas os homens livres e senhores de “família” iguais aos outros farão parte do contrato. (PATEMAN, 1993, p. 78-79, grifos da autora)

Assim, para Carole Pateman, as mulheres já viviam em estado de submissão antes da realização do pacto social e esta condição se perpetua através da instituição do casamento, sendo que na teoria hobbesiana, os cidadãos estão submetidos ao Leviatã e podem se beneficiar de privilégios, ao contrário dos servos, tais como as mulheres, mas sem que haja impedimentos para a realização de contratos da ordem civil.

Para Hobbes, a submissão patriarcal consiste em um direito político, o que Pateman refuta invocando Pufendorf, que afirma ser o casamento um contrato desigual, no qual a mulher deve obediência ao marido em troca de proteção. Todavia, um marido não detém o poder sobre a vida e morte de sua esposa, como o Leviatã possui em face de seus cidadãos.

Portanto, o direito do marido não é propriamente político. Mas também não advém da natureza; O direito conjugal se origina num “pacto interveniente e na submissão voluntária por parte da esposa. O *status* das mulheres enquanto “indivíduos”, portanto, imediatamente solapado do estado natural. Seres que sempre fazem um contrato no qual se submetem a outros que detêm uma superioridade natural não podem ser livres e iguais a outros e, conseqüentemente, não podem se tornar indivíduos civis quando se faz a passagem para a sociedade civil (PATEMAN, 1993, p. 82)

A partir dos estudos de Carole Pateman fica clara que a desigualdade entre os gêneros já estava estabelecida no estado de natureza e essa condição se

perpetuou com a instauração da sociedade civil. Nessa organização, fez-se acreditar que a mulher carecia de atributos para ser considerada como indivíduo igual e livre.

Ademais, conjunturalmente percebe-se que o corpo mulheril não possui a mesma importância política e é visto como algo que pode ser manuseado sem consentimento porque as mulheres não são iguais para consentir. Afora isso, o corpo mulheril é indispensável para o prosseguimento da vida e da sociedade civil, estando aqui a grande perplexidade da situação: útil e necessária para prosseguir com a vida, e desqualificada para dirigir ou autogestar a própria vida, escolhas ou mesmo o corpo.

Sobre o parto, é possível reconhecer que o nascimento do Estado moderno é um exemplo de usurpação das capacidades de gestar e parir femininas e isso reflete no tratamento do assunto hodiernamente, pois a mulher ainda não é a protagonista desse momento, sofrendo diversas violências sobre seu corpo e sexualidade porque seus direitos não são reconhecidos.

Por fim, não resta dúvidas de que os estereótipos sociais vigentes desde o estado de natureza sobre as mulheres e a sua sexualidade, fortalecem a dominação entre os sexos e fomenta a violência. A percepção de sujeito, seja social ou jurídica, sofre as influências da alienação proposta no pacto social, culminando na objetificação da subjetividade feminina, bem como do corpo e da sexualidade da mulher.

3.2 SEXUALIDADE E AS RELAÇÕES DE PODER PELA PERSPECTIVA DE GÊNERO E INSTITUCIONAL

Mesmo que do ponto de vista teórico ou deôntico homens e mulheres sejam iguais, na prática a desigualdade se delinea em aspectos culturais e sociais em um sem número de vezes, como o hábito peculiar de o nome masculino se apresentar primeiro, de o coletivo ser posto no masculino, enfim, em uma espécie de naturalização onde homens vem primeiro que mulheres, não apenas na ordem, mas na direção das relações sociais.

Uma vez que as mulheres se encontram em posição de inferioridade (fática) e a partir do momento que se tem em mente que o Estado oferece proteção aos

indivíduos em troca de sua obediência às leis de preservação da espécie e manutenção da ordem, não causa estranheza que o contrato de casamento²⁰ foi o arranjo encontrado para que as mulheres recebessem a “proteção” de seus maridos amparados pelo contrato social dando em troca a gestão da própria vida, o que inclui o seu corpo e, conseqüentemente, sua sexualidade.

O casamento foi pensado como o meio de inserção da mulher na sociedade através do marido, o qual passa a possuir livre acesso à sua sexualidade e outros aspectos de sua intimidade, conforme evidenciado por Carole Pateman (1993). A dicotomia entre espaço público e privado se reafirma e as mulheres permaneceram relegadas à vida privada, sem poder participar da vida pública porque eram (e às vezes permanecem sendo) consideradas passionais e parciais.

O livre trânsito do homem entre os espaços públicos e privados a despeito da insistência em se relegar às mulheres ao âmbito privado requer atenção. Saliente-se que terminologicamente a utilização dos vocábulos “público” e “privado” provoca ambigüidade, uma vez que “público” é utilizado para nomear o Estado, distinguindo-o do “privado” que contemplaria a sociedade civil e a vida doméstica (OKIN, 2008, p. 306). Por vezes, “público” é utilizado como sinônimo de “político”, podendo incluir ou não a esfera civil. Ou ainda, o “público” compreende o político, a sociedade civil e o mercado em oposição à intimidade e ao espaço doméstico e familiar como o “privado” (ABOIM, 2012, p. 96).

A questão da ambigüidade ou indistinção terminológica chama a atenção para o tratamento político destinado ao gênero, que faz transparecer uma neutralidade inverídica, que no fundo, demarca negligência e compactua com a falta de aprofundamento reflexivo sobre essa dicotomia (OKIN, 2008, p. 309). Destaca-se o empenho das teóricas feministas para sanar essa negligência ao trabalhar a temática de gênero argumentando que:

[...] poder e práticas políticas e econômicas são estreitamente relacionados às estruturas e práticas da esfera doméstica, [as teóricas feministas] expuseram o quanto a dicotomia entre público e doméstico, também reificada e exagerada pela teoria liberal,

²⁰ O casamento aqui mencionado era o regido pelo Código Civil de 1916 e as ordenações anteriores. Ainda que no modelo de casamento ou união estável atual mulheres e homens sejam iguais, ainda há resquícios de subordinação ou diferenciação não homogênea entre homens e mulheres nas relações sociais atuais, o que não remete a uma generalidade de situações, mas visa a pontuar a continuidade que até hoje se apresenta sem tantas dificuldades.

serve igualmente a funções ideológicas (ABOIM, 2012, p. 312).

Neste sentido, assinala-se que, contemporaneamente à alegoria do contrato social, no século XVII foi proposta a metodologia cartesiana por René Descartes consistente em um método científico fundado na separação entre sujeito e objeto. Admitindo-se que a ciência se fundamenta em representações sobre a realidade social, pode-se compreender que o patriarcalismo se incorpora também nas produções científicas e isso pode repercutir amplamente.

O dualismo é um padrão de pensamento anterior à Descartes e o método cartesiano, mas os pressupostos fundados na dualidade que separa cultura e natureza, razão e emoção, mente e corpo concretiza a simetria e a desigualdade por meio de oposições, uma vez que:

Seguindo a conduta cartesiana, a ciência tomou a natureza como objeto a ser dominado, ao mesmo tempo em que estendeu tal dominação à concepção que associa a natureza à mulher. Considerando-se que o saber científico cartesiano pressupõe uma postura de domínio e posse em relação à natureza, percebe-se que a ideologia da naturalização feminina vem apenas reforçar o subjugo da mulher no contexto da ciência. Daí a dominação da natureza se estender à subjugação teórica e concreta da mulher, historicamente mantida (NOVAES, 2015, p. 51).

A associação feita entre masculino/público e feminino/privado passou a vigorar como preceito liberal e capitalista, pois anteriormente, tanto o homem quanto a mulher eram responsáveis pelo trabalho reprodutivo e pela manutenção da família (NOVAES, 2015, p. 53). A assimetria resultante disso compõe a base do patriarcado ao lado da divisão sexual do trabalho que transformou o público e o privado em lugares socialmente sexados.

Os séculos XVII e XVIII foram marcados pela ascensão do liberalismo e de seus princípios de “igualdade, liberdade e fraternidade”. Entretanto, apesar do cunho universal, os direitos individuais decorrentes dessa matriz principiológica fazia jus somente ao homem adulto e chefe de família. Quanto às mulheres, Elizabeth David Novaes (2015) realça o movimento de retração em direção ao espaço privado familiar como esfera predominantemente feminina.

É nos séculos XVII e XVIII que ocorre a subversão das concepções

políticas, através da emergência dos princípios liberais de “igualdade, liberdade e fraternidade”. O liberalismo, como um conjunto de ideias éticas, políticas e econômicas da burguesia, que se opunha às ideias da nobreza feudal, trouxe a separação entre Estado e Sociedade, definindo atividades específicas do indivíduo (especialmente econômicas), tendo como propósito a separação entre o público e o privado, no sentido de reduzir a intervenção do Estado na vida privada. Por consequência, as teorias liberais restabeleceram a oposição entre público e privado, a separação entre político e doméstico e entre masculino e feminino, reforçando a esfera privada a partir de uma lógica assentada no poder masculino e no contrato sexual (NOVAES, 2015, p. 54).

A dicotomia vai além, pois os direitos liberais cujo intuito era manter os indivíduos livres da intromissão estatal ou de outras instituições públicas, representavam também a prerrogativa de os chefes de família exercerem seus poderes assimetricamente no âmbito da privacidade, instaurando desigualdade e opressão contra os vulneráveis. Desta forma, os direitos liberais consistiam no direito dos homens:

[...] não sofrerem interferência no controle que exerciam sobre os outros membros da sua esfera de vida privada – aqueles que, seja pela idade, sexo ou condição de servidão, eram vistos como legitimamente controlados por eles e tendo sua existência limitada à sua esfera de privacidade (OKIN, 2008, p. 308).

O princípio da não-intervenção aumentou as desigualdades no âmbito privado ao colocar em confronto o público e o privado (OKIN, 2008, p. 320) e ao afirmar que os direitos da privacidade diziam respeito aos chefes de família sem incluir as relações com aqueles que lhes eram subordinados, tais como as mulheres, as crianças e os servos (OKIN, 2008, p. 321).

A questão da submissão das mulheres ficou obscurecida o pelo liberalismo e sua principiologia dentro de uma ordem que se supostamente universal e igualitária. Para Carole Pateman (2013, p. 56) a divisão ente público e privado não é produto da ordem patriarcal do Estado burguês, mas sim uma consequência do desenvolvimento do Estado liberal burguês. Essa dicotomia não diz respeito essencialmente ao patriarcalismo, mas sim ao liberalismo e serviu para a manutenção deste último.

No século XIX a dicotomia entre público e privado foi substrato para a consolidação das democracias modernas a partir do amadurecimento da divisão

entre o Estado e o indivíduo. Assim, reforçou-se a relação entre o público e o político, juntamente com a exclusão das mulheres.

Na sociedade burguesa ocorreu a separação entre os locais de produção e consumo, situando formalmente o homem na fábrica e a mulher no espaço doméstico, sendo tal divisão justificada por um discurso biologizante que naturalizou papéis sociais de forma sexuada, atrelando a mulher ao estereótipo da reprodução, dos sentimentos, da intimidade e o homem ao cérebro, à inteligência, à razão (NOVAES, 2015, p. 54).

A consideração de que o público e o privado são esferas excludentes decorre de uma confusão que se faz quando se contempla a intimidade como um espaço feminino, em razão do papel que a mulher ocupa na reprodução e que permeia a naturalização do seu vínculo supostamente intrínseco com a afetividade e os cuidados na esfera doméstica.

Tome-se nota da ressalva feita por Elizabeth David Novaes que evidencia o caráter relacional dessa dicotomia, uma vez que o público e o privado se articulam no plano concreto. Essa abordagem afasta o tratamento dicotômico e a rigidez atribuída a essas esferas:

Contudo, vale considerar que, embora distintos, espaços público e privado estiveram historicamente articulados em sua dimensão concreta, ainda que ideologicamente representados como distantes e separados pela proposta política liberal. Homens e mulheres participavam das duas esferas, ainda que de formas distintas, o que não significa dizer que a mulher estava exclusivamente reclusa no lar, transitando pelas duas esferas, embora de maneira não explícita ou ostensiva (NOVAES, 2015, p. 55).

As perspectivas que separa o público e o privado são frutos do patriarcalismo como ideologia dominante que se incute nas representações sociais e faz prevalecer o papel da mulher como ser humano inferior, submisso e incapaz. Entretanto, o recente empenho na desconstrução dos espaços público e privado valoriza a dinâmica relacional, expõe a desigualdade ao demonstrar que estes espaços não são estáticos e que o equilíbrio pode estar justamente na interação a partir de uma ótica dessexualizada.

Mas, em suma, uma das grandes mais-valias que podemos atribuir

ao feminismo foi a de, em certo sentido, decompor a própria distinção entre público e privado, destruindo a categoria de privado como realidade ontologicamente anterior ao público, e cuja ascensão poderia gerar a desordem e uma cultura egocêntrica e narcísica. Os ideais de família, e da intimidade nela vivida, como refúgio contra a esfera pública são também negados, pois é muitas vezes na esfera privada que são vividas algumas duras formas de opressão. Desde logo, a associação do feminino ao privado e do masculino ao público é vista como uma fonte de desigualdade e injustiça. Desigualdade, aliás, que só pode ser combatida pela intrusão do político, do público, na esfera privada, tomando como unidade o indivíduo, e não o coletivo, como aliás tem sido notado pelos teóricos da individualização. É, afinal, através da conquista progressiva da cidadania e do abandono de uma condição associada à natureza, à reprodução e à maternidade que as mulheres têm adquirido maiores direitos. A erosão da família patriarcal é consequência do alargamento da cidadania, da igualdade e da autonomia como valores morais constituintes da própria modernidade [...]. (ABOIM, 2012, p. 107)

O acesso sexual sobre as mulheres é transposto do estado natural para a sociedade civil por meio do contrato de casamento, obscurecido pela ideia de consentimento entre indivíduos livres e iguais. O que se nota é que a perpetuação do estado de submissão da mulher poderia causar estranheza quando se tem em mente que na sociedade civil todos são livres e iguais.

Entretanto, o que foi constatado é que a mulher foi excluída do pacto original por não possuir as capacidades e competências necessárias a um indivíduo para compor a sociedade. Desta forma, a despeito da invenção fabulosa de igualdade entre todos, as mulheres continuaram em situação de indignidade e sujeitas à dominação dos homens ao contrário de serem consideradas como sujeitos sociais, políticos e jurídicos.

Assim como o acesso sexual, um dos poderes que foi transposto do estado de natureza para a sociedade civil é o poder sobre a vida e a morte²¹. Desta vez, a representação do pai está encerrada na figura do Estado, que passa a dispor sobre

²¹ A ideia de que a vida e a morte era um poder disponível na sociedade civil pode causar espanto, mas as Ordenações Filipinas, conjunto normativo português adotado no Brasil em 1603, que dispunham que “[...] toda a mulher, que fizer adulterio a seu marido, morra por isso” (SALGUEIRO, SANTOS; CAMPONÊS; ALMEIDA; COSTA; DIAS, 1998). A lei autorizava que o marido retirasse a vida de sua mulher, mesmo que a traição não passasse de um boato. A mesma prerrogativa não era dada às mulheres. Adiantando-se no percurso histórico, tem-se que em 1830, com o Código Criminal do Império haviam justificativas para o assassinato de mulheres e amantes. Na década de 1920, sobressai a defesa do homicídio contra as mulheres como proteção da honra, sendo a passionalidade masculina causa de exclusão de ilicitude (LIMA, [s.d.]).

a vida e a morte de seus súditos. Todavia, esta disposição ocorre de forma atenuada pela racionalidade e sem olvidar o parricídio, como um impedimento moral tácito, que selou o pacto entre a fraternidade fundante da sociedade civil.

O Estado como soberano utiliza-se do poder de dispor sobre a vida e a morte apenas quando precisa se defender ou está diante de uma ameaça à sua soberania. Teoricamente, não se trata mais de um poder absoluto e incondicionado entre o soberano e os súditos.

[...] O soberano só exerce, no caso, seu direito sobre a vida, exercendo seu direito de matar ou contendo-o; só marca seu poder sobre a vida pela morte que tem condições de exigir. O direito [...] que é formulado como "de vida e morte" é, de fato, o direito de causar a morte ou de deixar viver. [...] O poder era, antes de tudo, nesse tipo de sociedade, direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, finalmente, da vida; culminava (FOUCAULT, 1988, p. 127-128).

Michel Foucault preleciona que a partir do período clássico observa-se que o Estado vai abandonando o confisco como instrumento de imposição e manutenção da ordem e isso reverbera com transformações profundas na relação com os súditos, pois começa a assumir uma nova roupagem, “[...] como o simples reverso do direito do corpo social de garantir sua própria vida, mantê-la ou desenvolvê-la” (FOUCAULT, 1988, p. 128).

Desta forma, o direito sobre a vida e a morte passa a se apresentar como um poder positivo, principalmente sobre a vida, administrado através do exercício de controles e regulações direcionados aos súditos. A interface jurídica desse poder principia a coexistir com o biológico, focada nos fenômenos relacionados à população, interferindo nos diferentes níveis do desenvolvimento da vida.

Foucault assinala que a partir do século XVII intensifica-se a regulação do corpo vivo e da distribuição das forças biológicas, o que o filósofo denomina de biopoder. Este poder contempla duas formas, a primeira é a anátomo-política do corpo humano, cujo o foco é extrair do corpo humano sua força produtiva por dispositivos disciplinares e a segunda é a biopolítica que se refere à regulação de processos biológicos da população.

[...] esse poder sobre a vida desenvolveu-se a partir do século XVII, em duas formas principais; que não são antitéticas e constituem, ao

contrário, dois pólos de desenvolvimento interligados por todo um feixe intermediário de relações. Um dos pólos, o primeiro a ser formado, ao que parece, centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos — tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: *anátomo-política do corpo humano*. O segundo, que se formou um pouco mais tarde, por volta da metade do século XVIII, centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e *controles reguladores: uma bio-política da população*. [...] organização do poder sobre a vida. (FOUCAULT, 1988, p. 131, grifos do autor).

Foucault realça que a imposição do biopoder favoreceu a expansão do capitalismo que, por sua vez, exigiu a criação e implementação de técnicas para atuarem economicamente para expandir as forças produtivas, além de tornar os indivíduos mais úteis e dóceis, sem tornar a sobrevivência mais difícil ao mesmo tempo que favorecia a repartição diferencial do lucro.

[...] Mas, o capitalismo exigiu mais do que isso; foi-lhe necessário o crescimento tanto de seu reforço quanto de sua utilizabilidade e sua docilidade; foram-lhe necessários métodos de poder capazes de majorar as 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 Exército, a escola, a polícia, a medicina individual ou a administração das coletividades), agiram no nível dos processos econômicos, do seu desenrolar, das forças que estão em ação em tais processos e os sustentam; operaram, também, como fatores de segregação e de hierarquização social, agindo sobre as forças respectivas tanto de uns como de outros, garantindo relações de dominação e efeitos de hegemonia; o ajustamento da acumulação dos homens à do capital, a articulação do crescimento dos grupos humanos à expansão das forças produtivas e a repartição diferencial do lucro, foram, em parte, tornados possíveis pelo exercício do bio-poder com suas formas e procedimentos múltiplos. O investimento sobre o corpo vivo, sua valorização e a gestão distributiva de suas forças foram indispensáveis naquele momento. (FOUCAULT, 1988, p. 132-133)

O Estado participou deste processo desenvolvendo os aparelhos estatais para manter as relações sociais e de produção com técnicas políticas que se infiltraram em vários níveis da vida biológica através das instituições, como a escola, a polícia e a medicina. Note-se que a vida biológica adentra à política, tornando-se um objeto interessante para a intervenção do poder.

Outro aspecto importante é que nesse período a norma assume uma importância maior porque passa a integrar diversos aparelhos institucionais com funções reguladoras (FOUCAULT, 1988, p. 135). A vida torna-se objeto político e, conseqüentemente, de reivindicação. A repercussão deste movimento foi o surgimento do direito à vida e outros como o direito à saúde que antes seriam impensáveis na estrutura estatal clássica.

O corpo é a materialização da vida biológica e tornou-se objeto do interesse político, uma vez que a intenção era discipliná-lo e intervir no corpo social. Tendo isso em perspectiva, fica perceptível que o sexo assume importância nos cenários de disputa política porque se trata de um canal de acesso à vida e ao corpo.

[...] o sexo pertence à regulação das populações, por todos os efeitos globais que induz. Insere-se, simultaneamente, nos dois registros; dá lugar a vigilâncias infinitesimais, a controles constantes, a ordenações espaciais de extrema meticulosidade, a exames médicos ou psicológicos infinitos, a todos um micropoder sobre o corpo; mas, também, dá margem a medidas maciças, a estimativas estatísticas, a intervenções que visam todo o corpo social ou grupos tomados globalmente. O sexo é acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie. [...] Mas vêmo-la também tornar-se tema de operações políticas, de intervenções econômicas (por meio de incitações ou freios à procriação), de campanhas ideológicas de moralização ou de responsabilização: é empregada como índice da força de uma sociedade, revelando tanto sua energia política como seu vigor biológico. De um pólo a outro dessa tecnologia do sexo, escalona-se toda uma série de táticas diversas que combinam, em proporções variadas, o objetivo da disciplina do corpo e o da regulação das populações (FOUCAULT, 1988, p. 136).

Para Foucault, o sexo consiste em uma convergência entre o corpo e a população, o primeiro objeto de disciplina e a segunda de regulação. A sexualidade, por sua vez, consiste em um dispositivo atrelado às técnicas de poder. Esta, portanto, comunga-se com o sistema normativo ao passo que quanto mais é

afastada da noção do sexo, mais se torna um objeto manuseado pela ordem política.

Repare-se que a sociedade civil, contraria sua dita natureza racional e incita a sexualidade para reprimi-la. Neste movimento repressor, o distanciamento com o sexo fica cada vez mais profundo e a sexualidade deixa de se identificar simplesmente com as funções reprodutivas para se tornar um instrumento de poder. Entretanto, a elisão entre sexualidade e corpo configura uma castração porque se trata de uma perspectiva na qual o sexo está ausente (FOUCAULT, 1988, p. 141).

Nesta configuração, o sexo seria a manifestação da sexualidade. Entretanto, conforme assinala Foucault, somente no século XIX a partir do desenvolvimento do dispositivo da sexualidade, o sexo passa a abrigar noções complexas, uma somatória entre funções anátomo-fisiológicas, sensações e prazer com leis e propriedades próprias (FOUCAULT, 1988, p. 142).

[...] a noção de "sexo" permitiu agrupar, de acordo com uma unidade artificial, elementos anatómicos, funções biológicas, condutas, sensações e prazeres e permitiu fazer funcionar esta unidade fictícia como princípio causal, sentido onipresente, segredo a descobrir em toda parte: o sexo pôde, portanto, funcionar como significante único e como significado universal. Além disso, apresentando-se unitariamente como anatomia e falha, como função e latência, como instinto e sentido, pôde marcar a linha de contato entre um saber sobre a sexualidade humana e as ciências biológicas da reprodução; desse modo aquele saber, sem nada receber realmente dessas últimas — salvo algumas analogias incertas e uns poucos conceitos transplantados — ganhou, por privilégio de vizinhança, uma garantia de quase cientificidade; mas através dessa mesma vizinhança, certos conteúdos da biologia e da fisiologia puderam servir de princípio de normalidade à sexualidade humana. Enfim, a noção de sexo garantiu uma reversão essencial; permitiu inverter a representação das relações entre o poder e a sexualidade, fazendo-a aparecer não na sua relação essencial e positiva com o poder, porém como ancorada em uma instância específica e irreduzível que o poder tenta da melhor maneira sujeitar; assim, a ideia "do sexo" permite esquivar o que constitui o "poder" do poder; permite pensá-lo apenas como lei e interdição. O sexo, essa instância que parece dominar-nos, esse segredo que nos parece subjacente a tudo o que somos, esse ponto que nos fascina pelo poder que manifesta e pelo sentido que oculta, ao qual pedimos revelar o que somos e liberar-nos o que nos define, o sexo nada mais é do que um ponto ideal tornado necessário pelo dispositivo de sexualidade e por seu funcionamento. Não se deve imaginar uma instância autônoma do

sexo que produza, secundariamente, os efeitos múltiplos da sexualidade ao longo de toda a sua superfície de contato com o poder. O sexo é ao contrário, o elemento mais especulativo, mais ideal e igualmente mais interior, num dispositivo de sexualidade que o poder organiza em suas captações dos corpos, de sua materialidade, de suas forças, suas energias, suas sensações, seus prazeres (FOUCAULT, 1988, p. 144).

A noção que foi desenvolvida sobre o sexo permitiu uma reversão no poder, pois a sexualidade assumiu uma instância de poder irreduzível e específica. Nesse contexto, o sexo ressurgiu como um elemento de fascínio, seduzindo as outras instâncias de poder e por isso passou a ser subjugado, tornando-se objeto de castração e interdição. A reversão consiste no fato de que o sexo se tornou um dispositivo da sexualidade de forma essencial, sendo esta, por sua vez, um dispositivo político, focado na gestão dos corpos, seus prazeres e sensações.

De acordo com Foucault, o sexo possui uma faceta prática. É o meio pelo qual tem-se acesso à totalidade do corpo que, em certa medida, representa-o como um todo por conter um elemento produtor de sentido, mas que se mantém oculto porque pertence aos movimentos biológicos, à vida dentro do corpo que se materializa no próprio corpo e em cada um, tornando-se também um meio de acessar à identidade (FOUCAULT, 1988, p. 145). Consequentemente, o sexo também representa simbolicamente todo o corpo.

Um dos méritos de utilizar o sexo como dispositivo da sexualidade é a possibilidade de investir em técnicas de poder sobre a vida, negando-se o sexo a fim de dominá-lo, subjugá-lo, simbolizando a castração do acesso à manifestação do poder biológico do corpo e tudo aquilo que está oculto. Isso tornou o sexo desejável porque acessá-lo significaria entrar em contato com princípios essenciais de funcionamento da vida e do corpo, ou seja, sexo representa poder.

Portanto, a desejabilidade do sexo encerra o desejo de saber, de conhecer suas leis e poder para se libertar, ascender, possuir, ter prazer, viver. Se a vida está em jogo, a outra face é a morte. O desejo do sexo faz uma vinculação ao dispositivo da sexualidade e pela perspectiva do poder, os direitos do sexo surgem como uma miragem, pois fazem com que se acredite que seja possível afirmar estes direitos contra toda a estrutura do poder (FOUCAULT, 1988, p. 145).

[...] Se, por uma inversão tática dos diversos mecanismos da

sexualidade, quisermos opor os corpos, os prazeres, os saberes, em sua multiplicidade e sua possibilidade de resistência às captações do poder, será com relação à instância do sexo que deveremos liberar-nos. Contra o dispositivo de sexualidade, o ponto de apoio do contra-ataque não deve ser o sexo-desejo, mas os corpos e os prazeres (FOUCAULT, 1988, p. 145)

O desejo do sexo vai se desenvolver e culminar com a criação dos direitos sexuais séculos mais tarde e através do sistema internacional de direitos humanos. Uma vez que o sexo e a sexualidade foram utilizados como instrumentos de poder e, neste ponto, foram negados parcialmente ou intencionalmente com o intuito de regular e disciplinar o corpo e a população, pode-se fazer uma análise que considere a sexualidade, a mulher e o poder.

Como comprova Carole Pateman (1993), a mulher encontra-se em estado de submissão desde o estado de natureza e assim se manteve, mesmo depois da concretização da sociedade civil. O Estado como soberano exerce o que Foucault denomina de biopoder, que traduz o controle sobre os corpos através de técnicas políticas que incidem sobre o biológico, mais propriamente, o corpo e a vida.

Ficou claro que a distorção do sexo e da sexualidade consistem em dispositivos de poder, manipulados pelas instituições, inclusive pelo Estado. Neste sentido, pode-se afirmar que o biopoder permite ao Estado a gestão do direito à vida e à morte, fomentando a vida de uns e deixando outros morrerem. Tendo isso em mente, a questão que surge é: Qual é a relação entre o biopoder do Estado e a sexualidade da mulher?

Pierre Bourdieu, em "A dominação masculina", aborda sobre as estruturas do poder com base na diferença sexual biológica, um elemento que também era importante para Foucault e Pateman, estando inserido no contexto do exercício de biopoder e dominação da mulher. A diferenciação sexual enseja ao exercício de um poder simbólico, caracterizado por um estado de objetivação, em que se qualifica e atribui características sexuadas às pessoas, órgãos, instituições, etc... e isso parece invisivelmente reger as relações de poder.

A divisão entre os sexos parece estar "na ordem das coisas", como se diz por vezes para falar do que é normal, natural, a ponto de ser inevitável: ela está presente, ao mesmo tempo, em estado objetivado nas coisas (na casa, por exemplo, cujas partes são todas "sexuadas"), em todo o mundo social e, em estado incorporado, nos

corpos e nos *habitus* dos agentes, funcionando como sistemas de esquemas de percepção, de pensamento e de ação. (BOURDIEU, 2012, p. 17, grifos do autor)²².

Eminentemente, a criação do Estado pode ser pensada, como tratado até aqui, como usurpação de uma atribuição do sexo feminino pelo poder masculino e essa noção é reforçada pela posição superior, instituidora do Direito e pela caracterização como espaço público como se apresenta desde os primórdios até os dias atuais com diferenciações e flexibilizações, mas não ao ponto de modificar o contexto em si.

A mulher, por sua vez, em posição de submissão é associada à inferioridade, ao torto e avessa ao Direito (ao longo da história sua imagem era vista eminentemente como passiva e havia a necessidade de que alguém – um homem ou o Estado – suprisse a suposta passividade e parcialidade que as impediam de viver como indivíduos na sociedade civil) e afastadas do espaço público. Se a dominação é exercida pelo poder masculino, homologamente as mulheres são dominadas e isto está impregnado nas estruturas sociais.

A dominação masculina encontra, assim, reunidas todas as condições de seu pleno exercício. A primazia universalmente concedida aos homens se afirma na objetividade de estruturas sociais e de atividades produtivas e reprodutivas, baseadas em uma divisão sexual do trabalho de produção e de reprodução biológica e social, que confere aos homens a melhor parte, bem como nos esquemas imanentes a todos os *habitus* (BOURDIEU, 2012, p. 41, grifos do autor).

Neste sentido, Bourdieu estabelece o Estado como uma instituição dominante, posto que está atrelado ao masculino na dinâmica sexualizante. De acordo com o autor, o corpo biológico dentro dessa perspectiva foi dividido e visto por essa ótica sexualizada e isso foi incorporado ao mundo social. Uma das constatações do sociólogo é que a anatomia do corpo biológico já dividida e

²² Digno de nota é o conceito de *habitus*, que na obra “Sociologia”, Pierre Bourdieu define como “[...] um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma *matriz de percepções, de apreciações e de ações* – e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas [...]” (1983, p. 65, grifos do autor). De acordo com Maria da Graça Jacintho Setton (2002) trata-se de um conceito que compreende um sistema flexível, adaptável e que denota a construção constante da relação entre indivíduo e sociedade.

sexualizada foi utilizada como fundamento para a diferenciação sexual dos gêneros, tratando-se de um sistema de justificação que claramente se retroalimenta.

O mundo social constrói o corpo como realidade sexuada e como depositário de princípios de visão e de divisão sexualizantes. Esse programa social de percepção incorporada aplica-se a todas as coisas do mundo e, antes de tudo, ao *próprio corpo*, em sua realidade biológica: é ele que constrói a diferença entre os sexos biológicos, conformando-a aos princípios de uma visão mítica do mundo, enraizada na relação arbitrária de dominação dos homens sobre as mulheres, ela mesma inscrita, com a divisão do trabalho, na realidade da ordem social. A diferença *biológica* entre os sexos, isto é, entre o corpo masculino e o corpo feminino, e, especificamente, a diferença *anatômica* entre os órgãos sexuais, pode assim ser vista como justificativa natural da diferença socialmente construída entre os gêneros (BOURDIEU, 2012, p. 18 e 20, grifos do autor).

A diferenciação sexual representa a manifestação das ideologias patriarcais que se utilizam das diferenças biológicas entre homens e mulheres para justificar a exclusão das mulheres ou mesmo da categoria “gênero” dos espaços públicos construídos como arenas de poder fundamentalmente cravadas no arquétipo masculino e voltadas para os interesses dos homens.

Apesar de as diferenças biológicas relacionadas aos sexos e à reprodução terem sido levantadas, inclusive pelas feministas, para explicar a submissão feminina, Susan Moller Okin (2008, p. 316) demonstra que no atual estágio de discussão sobre o tema, tem se consolidado a compreensão do gênero como um atributo político e social, afastando os argumentos baseados na diferenciação sexual biológica.

A rejeição ao determinismo biológico aliado à consideração do gênero como relacional, em um contexto em que se vislumbra a conexão entre patriarcado e outras formas de dominação, como por exemplo, o capitalismo (NOVAES, 2015, p. 52), contribuem para evidenciar o papel das mulheres como agentes sociais dotados de capacidade histórica transformadora,

Todavia, sobreleva-se que por consequência da sexualização referida por Bourdieu, o *nomos* social foi naturalizado como uma necessidade da natureza (*physis*) a partir de um sistema em que cada relação encontra correspondência em um esquema homólogo e interconectado entre os sexos, bem como as suas

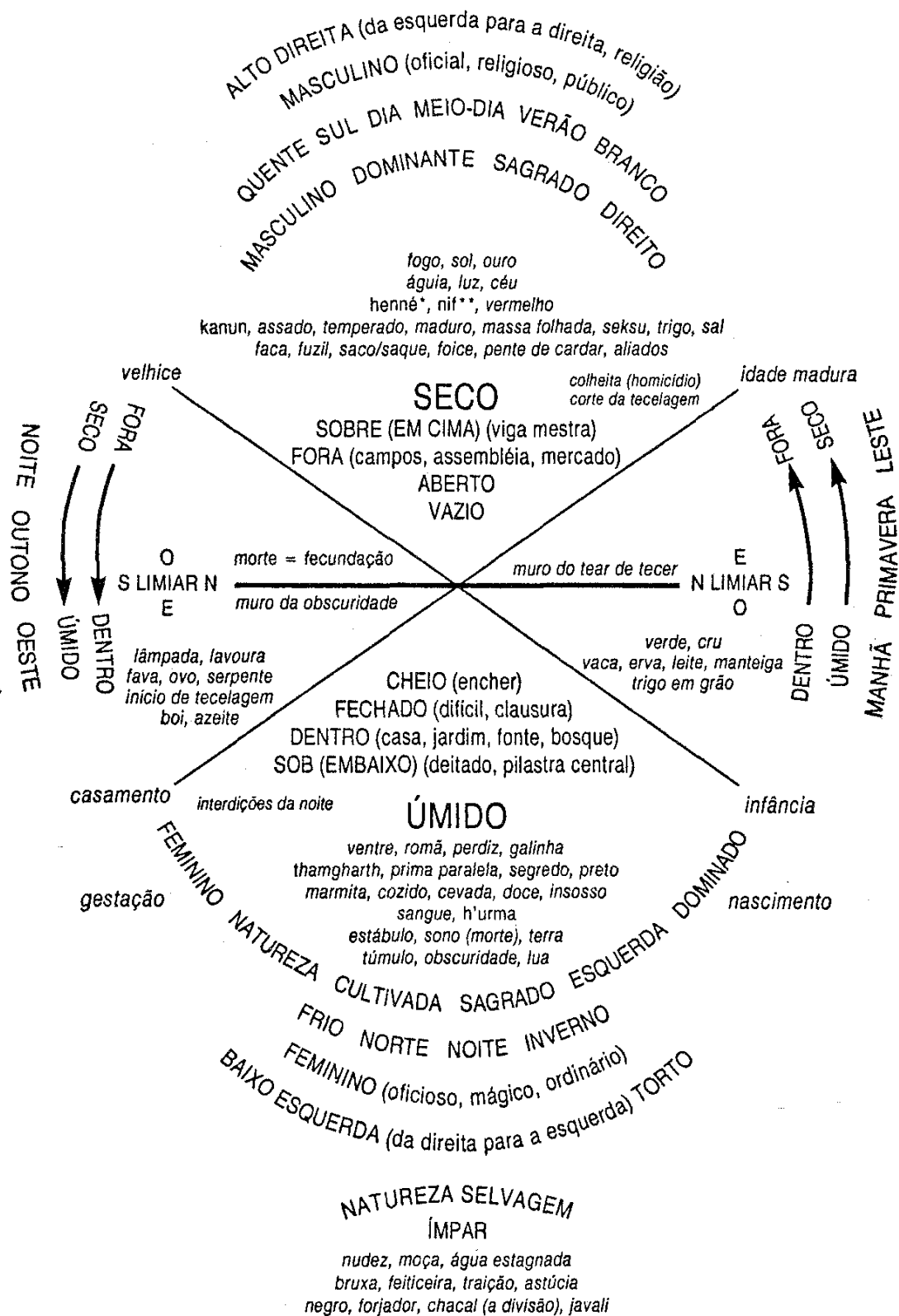
representações sociais.

No tocante ao masculino, a referência é o falo, que é erétil, ascendente. De forma análoga ao que acontece no sexo, o masculino, assim como o pênis simboliza o enchimento, sendo vazio porque transmite seu conteúdo de cima para baixo e de fora para dentro às mulheres, consideradas como meras receptoras.

A simbologia dos órgãos sexuais foi empregada para os sexos e seus papéis na sociedade. É por isso que Bourdieu (2012, p. 22) diz que a natureza foi instituída como norma social ao mesmo tempo em que a própria distinção biológica entre os genitais justifica as diferenças biológicas entre os homens e as mulheres.

A relação entre os sexos e suas respectivas representações foi retratada por Simone de Beauvoir. A escritora evidenciou como a subjetividade feminina é reduzida a processos hormonais, ao passo que ao homem é atribuída objetividade, em detrimento da consideração de que o corpo masculino possui estruturas análogas.

[...] Praticamente, assim como para os Antigos havia uma vertical absoluta em relação à qual se definia a oblíqua, há um tipo humano absoluto que é o masculino. A mulher tem ovários, um útero; eis as condições singulares que a encerram na sua subjetividade; diz-se de bom grado que ela pensa com suas glândulas. O homem esquece soberbamente que sua anatomia também comporta hormônios e testículos. Encara o corpo como uma relação direta e normal com o mundo que acredita apreender na sua objetividade, ao passo que considera o corpo da mulher sobrecarregado por tudo o que o especifica: um obstáculo, uma prisão [...] (BEAUVOIR, 1970, p. 10).



(BOURDIEU, 2012, p. 19)

Neste cenário de diferenciação ordenada pelos sexos, constituiu-se um esquema fechado no qual toda relação obedece a essa dinâmica, registrando e

ratificando propriedades biológicas com status de indiscutíveis. É essa associação que permite “[...] a inserção de cada relação (cheio/vazio, por exemplo) em um sistema de relações homólogas e interconectadas, para converter a arbitrariedade do *nomos* social em necessidade da natureza (*physis*)” (BOURDIEU, 2012, p. 22, grifos do autor).

Atentando-se ao referido esquema transposto da obra “A dominação masculina” é possível fazer algumas inferências:

1) casamento, gestação, nascimento e infância inserem-se no quadrante feminino, enquanto que a vida madura e a velhice encontram-se homologamente no quadrante superior, do masculino;

2) o movimento que se faz do nascimento à infância é ascendente até a vida adulta que parece ser um ápice marcado pelas características do masculino;

3) o casamento representa uma ruptura no movimento de ascensão com a retomada ao quadrante inferior e disto pode-se inferir que:

3.a) o movimento de subida é próprio do masculino e o casamento representa um acontecimento na vida adulta que o interconecta a vida pública e a vida privada;

3.b) ao contrário dos homens que transitam entre o público e o privado, as mulheres estão reclusas na vivência privada, sequer ascendendo à vida madura (ora, são supostamente passionais, irracionais, completamente incompatíveis com a maturidade);

3.c) o movimento das mulheres é horizontal, no interlúdio entre a infância e a vida adulta o movimento é da direita para esquerda, para o casamento e não se trata de um movimento autônomo e independente, pois prescindem necessariamente de um homem para essa trajetória;

4) a velhice é um movimento decadente, sendo o extremo da vida adulta, ambos alocados no quadrante masculino. Ainda assim, é um movimento de cima para baixo, mas em direção ao fim da vida denotando um retorno a uma situação de inferioridade e vulnerabilidade, característica do quadrante inferior;

5) o masculino simboliza o sol ao meio dia, quente e dominante (luz que faz sombra), é o ápice do movimento da esquerda para a direita. Representa a instituição do Direito, a manifestação do público e do oficial, é onde se situa o Estado e seus aparatos.

O esquema de Bourdieu é uma representação da ideologia patriarcal estruturando a sociedade com base em diferenças biológicas. Todavia, pauta-se na divisão biológica entre os sexos e não considera o gênero como uma construção intersubjetiva. Apesar de ser um marco para a compreensão da desigualdade entre os gêneros, apresenta-se como uma teoria que reforça o binarismo sexual e reforço um modelo de poder exclusivamente masculino, pois desconsidera a possibilidade de as mulheres exercerem poderes, tanto na vida privada, quanto na vida pública.

A perspectiva sexuada dos papéis sociais, desconsidera a existência de uma configuração na qual o trabalho não seja dividido com base nesse critério. Isso é, trata-se de uma perspectiva que não permite a contemplação de que os homens podem se envolver ou responsabilizar pelos cuidados da família ou de que as mulheres possam assumir papéis de relevância social.

Neste sentido, Elizabeth David Novaes, assinala a revolução industrial como um período de produção dicotomizada, em que se separou o reprodutivo e o produtivo, o masculino e o feminino. Esse movimento de associação do feminino à reprodução, ao privado e do masculino ao público e ao produtivo demonstra um dos méritos da teoria de Bourdieu, mas revela também a possibilidade de trânsito das mulheres além das relações privadas.

[...] é importante ressaltar que o trabalho das mulheres, antes do advento da revolução industrial, que separou as esferas da produção e reprodução, possibilitava-lhes mobilidade, autonomia e independência econômica. A mulher estava durante toda a jornada diária arando, plantando, colhendo, tecendo, comercializando, atuando, portanto, no micronível do lar e no macronível do mercado, de modo que homem e mulher podiam ser parceiros no cotidiano produtivo (NOVAES, 2015, p. 58).

Susan Moller Okin também atribui à divisão social do trabalho a criação das diferenças entre homens e mulheres que determinam seus papéis na sociedade e adverte para a necessidade de levar em consideração explicações além do determinismo social, que considerem outros aspectos, como os históricos, por exemplo.

[...] A partir do momento em que admitimos a idéia de que diferenças significantes entre mulheres e homens são criadas pela divisão do trabalho existente na família, nós começamos a perceber

a profundidade e a amplitude da construção social do gênero. Explicações como essas para as diferenças entre os sexos em termos de aspectos centrais da própria estrutura social revelam a impossibilidade de desenvolver uma teoria política humana, em oposição a uma teoria patriarcal ou masculina, sem incluir a discussão sobre gênero e seu eixo principal, a família (OKIN, 2008, p.317).

A associação do Estado ao masculino parece ser muito natural quando se tem em mente que foi gestado e parido pela razão dos homens, conforme levantado por Carole Pateman (1993). O Estado composto pela fraternidade entre os homens está acima das mulheres e do feminino. O esquema de Bourdieu (2012) vai além, denotando que ventre, gestação e nascimento se situam embaixo do Estado e do Direito e pode-se supor que por isso sofrem a violência da dominação masculina institucionalizada.

Inevitavelmente a relação de dominação entre homens e mulheres é espelhada na relação que se estabelece entre o Estado e a mulheres consequentemente projetada no parto biológico como algo eminentemente feminino, que carece ser dominado violentamente. Nesta perspectiva, a violência ao gênero feminino, incluindo a violência obstétrica e, em especial, a episiotomia ficam justificadas nessa ótica sexualizada e desigual em que as mulheres são descaracterizadas subjetivamente e inferiorizadas, a ponto de um corpo clínico adquirir autonomia para decidir sobre seu corpo sem sequer anunciar os atos e consequências médicas, além de burlar o princípio do consentimento motivado, já trabalhado.

De acordo com Bourdieu, a dominação entre os sexos ocorre de maneira “natural” por meio da violência simbólica. Essa forma de violência foi incorporada às estruturas sociais a partir da diferenciação sexual e da divisão sexual dos papéis sociais. O homem e tudo aquilo que é associado ao masculino, tal como Estado, exerce seu poder e domina violentamente subjugando as mulheres.

[...] A violência simbólica se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante (e, portanto, à dominação) quando ele não dispõe, para pensá-la e para se pensar, ou melhor, para pensar sua relação com ele, mais que de instrumentos de conhecimento que ambos têm em comum e que, não sendo mais que a forma incorporada da relação de dominação, fazem esta relação ser vista como natural; ou, em outros termos,

quando os esquemas que ele põe em ação para se ver e se avaliar, ou para ver e avaliar os dominantes (elevado/baixo, masculino/feminino, branco/negro etc), resultam da incorporação de classificações, assim naturalizadas, de que seu ser social é produto. (BOURDIEU, 2012, p. 47)

A definição de violência simbólica contém elementos que permitem o acondicionamento da violência obstétrica pelo viés institucional. Partindo da associação entre o masculino e o Estado, além do poder sobre a vida e morte através do biopoder, pode-se inferir que se trata de uma violência que o Estado negligencia de fato, apesar de se comprometer a erradicar no plano dos ideais, fundamentos e princípios constitucionais.

Entretanto, em razão da natureza simbólica, as condutas violentas no momento do parto, assim como a episiotomia, são naturalizadas. A naturalização decorre da falta de instrumentos que permitam às mulheres - e a todos inseridos neste contexto – tomar ciência de que se trata de um cenário de dominação violenta sobre corpos e sexualidades femininas. A incorporação da diferenciação do sexo resulta na reprodução dessa estrutura em que a mulher, por se reconhecer como inferior, não pode deixar de assentir.

Essa compreensão não poderia ser feita sem a consideração dos efeitos da dinâmica sexualizante que coloca os homens como dominantes e as mulheres como dominadas para afastar o risco de colocar a mulher como conivente das violências que sofre. Bourdieu esclarece que a dominação simbólica não obedece a uma lógica cognoscente, requerendo a observação de *habitus* porque se manifesta na ação e na percepção, distante da vontade e da consciência porque a incorporação e justificação na natureza a torna obscura.

O efeito da dominação simbólica (seja ela de etnia, de gênero, de cultura, de língua etc.) se exerce não na lógica pura das consciências cognoscentes, mas através dos esquemas de percepção, de avaliação e de ação que são constitutivos dos *habitus* e que fundamentam, aquém das decisões da consciência e dos controles da vontade, uma relação de conhecimento profundamente obscura a ela mesma. Assim, a lógica paradoxal da dominação masculina e da submissão feminina, que se pode dizer ser, ao mesmo tempo e sem contradição, *espontânea* e *extorquida*, só pode ser compreendida se nos mantivermos atentos aos efeitos duradouros que a ordem social exerce sobre as mulheres (e os homens), ou seja, às disposições espontaneamente harmonizadas com esta ordem que as impõe. (BOURDIEU, 2012, p. 49-50, grifos)

do autor)

Considerando o ato sexual como espelho para as relações, inclusive as políticas, tal como a relação entre o Estado e a mulher, percebe-se que a dominação é uma realidade, pois “[...] as práticas e as representações dos dois sexos não são, de maneira alguma, simétricas [...] o ato sexual em si é concebido pelos homens como uma forma de dominação, de apropriação, de "posse" [...]” (BOURDIEU, 2012, p. 30).

Tendo isso em consideração, o parto foi colocado em um contexto erotizado e por envolver tamanha proximidade com os órgãos sexuais da mulher, tende a ser afastado da sexualidade como dispositivo de poder e tal como o sexo sofre castração. A vulva e a vagina são tratadas como objetos de fetichismo em franca dissociação às sensações e organicidade biológicas.

Simbolicamente, a mulher perante o Estado figura “[...] como uma entidade negativa, definida apenas por falta, suas virtudes mesmas só podem se afirmar em uma dupla negação, como vício negado ou superado, ou como mal menor” (BOURDIEU, 2012, p. 37). A socialização das mulheres consistiu nas incorporações de limitações, as quais foram também inscritas no corpo feminino como manifestação biológica.

A introjeção social acerca da inferioridade da mulher é profunda, estrutural e sistemática. Está na base do funcionamento da sociedade, do Estado e das leis²³. É uma peça essencial que está presente nas relações, no exercício dos poderes, seja qual for a natureza. A superioridade do Estado (e porque não dizer a sua supremacia) nasceu junto com a colocação da mulher em uma posição de subjugação, em sua desqualificação como sujeito público e na tentativa de deixá-

²³ O desequilíbrio nas relações de gênero é um fato amplamente reconhecido, inclusive pela ordem jurídica. Em destaque, tem-se a Constituição Federal de 1988, a qual contempla dispositivos que preveem tratamento diferenciado às mulheres, tais como a igualdade de gênero (art. 5º, *caput* e I), aposentadoria com menor tempo de contribuição e menos idade, em comparação aos homens (art. 201, § 7º, I e II, CF/88); proteção à maternidade (art. 6º e 201, II); licença-maternidade não inferior a 120 dias (art. 7º, XVIII); proteção ao trabalho da mulher (art. 7º, XX), proibição de diferença salarial por motivo de sexo (art. 7º, XXX), direitos e deveres conjugais exercidos igualmente pela mulher e pelo homem (art. 225, §5º). No plano legislativo, há a Lei Maria da Penha (Lei Federal nº 11.340/2006), os art. 318 e art. 318-A do Decreto Lei nº 3.689 de 03 de Outubro de 1941 (Código de Processo Penal, que preveem a substituição da prisão preventiva pela domiciliar quando a agente for gestante, mulher com filho de até 12 anos incompletos e a Lei do Acompanhante (Lei Federal nº 11.108/2005), que garante a presença de acompanhante durante todo o período de gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto (BRASIL, 2019).

la exclusivamente na seara privada. Este fato, conforme Susan Moller Okin (2008, p. 308), é difícil de ser superado ou modificado ainda em tempos atuais.

As mudanças em prol da igualdade são efetuadas lentamente, como se pode verificar com a desigualdade entre os gêneros que perdura na história da humanidade. Além dos atos, fatos e circunstâncias que caracterizam a desigualdade, é importante considerar as pessoas que sofrem violência ou qualquer tipo de opressão. Nesse sentido, Bourdieu (2012) deixa claro que a violência simbólica atua de forma tão sutil que a fronteira entre o dominado e o dominante é mágica, impalpável como um truque que não está ao alcance dos olhos.

Desta forma, os limites em relação ao dominado são maleáveis e a força empenhada na violência simbólica requer pouco esforço, pois simplesmente desencadeia, como uma mola propulsora, inculcações que advêm de um processo duradouro de estruturação da dominação nas interações humanas. A força da natureza simbólica não é exercida por meios materiais, mas é *invisível e insidiosa*, sentida nos corpos (BOURDIEU, 2012, p. 50), apesar da ausência de toque, curvando-os e impulsionando-os a operar de modo a não oferecer resistência a dominação.

Para Pierre Bourdieu, além de se manifestar na forma de condutas e comportamentos, a dominação atinge os corpos, sendo possível afirmar que desencadeia emoções, as quais se expressam corporalmente, podendo então ocorrer uma espécie de somatização, indicando que o que está por trás dos atos de conhecimento e reconhecimento práticos não são tão naturais assim (ou inteiramente fáticas ou biológicas).

Os atos de conhecimento e de reconhecimento práticos da fronteira mágica entre os dominantes e os dominados, que a magia do poder simbólico desencadeia, e pelos quais os dominados contribuem, muitas vezes à sua revelia, ou até contra sua vontade, para sua própria dominação, aceitando tacitamente os limites impostos, assumem muitas vezes a forma de emoções corporais — vergonha, humilhação, timidez, ansiedade, culpa — ou de paixões e de sentimentos [...]. (BOURDIEU, 2012, p. 51).

Admitindo-se que a dominação provoca manifestações corporais, emoções e sentimentos, procede que para os dominados se trata de um mal-estar decorrente

da incorporação da inferioridade, do sentir-se como o negativo, o invertido ou o avesso. Bourdieu trouxe como exemplos os sentimentos de vergonha, humilhação e culpa que contribuem para uma espécie de doutrinação a fim de que o corpo do dominado se torne “[...] *sensível* a certas manifestações de poder [...]” (BOURDIEU, 2012, p. 53, grifos do autor).

Tratando-se das mulheres, na mesma linha de Simone de Beauvoir, há uma disjunção: elas são retratadas como o negativo do homem, o outro, seu avesso. Leia-se o seguinte trecho da obra “O segundo sexo”.

O homem representa a um tempo o positivo e o neutro, a ponto de dizermos “os homens” para designar os seres humanos [...]. A mulher aparece como o negativo, de modo que toda determinação lhe é imputada como limitação, sem reciprocidade. Agastou-me, por vezes, no curso de conversações abstratas, ouvir os homens dizerem-se: “Você pensa assim porque é uma mulher”. Mas eu sabia que minha única defesa era responder: “penso-o porque é verdadeiro”, **eliminando assim minha subjetividade**. Não se tratava, em hipótese alguma, de replicar: “E você pensa o contrário porque é um homem”, pois está subentendido que o fato de ser um homem não é uma singularidade; um homem está em seu direito sendo homem, é a mulher que está errada (BEAUVOIR, 1970, p. 9, grifo nosso).

Sobre a questão de gênero, Bourdieu ressalta que as mulheres não possuem uma tendência natural à condição de dominadas e destaca que a despretensiosa ausência de resistência consiste na introjeção estrutural do poder masculino simbólico sobre o feminino.

Lembrar os traços que a dominação imprime perduravelmente nos corpos e os efeitos que ela exerce através deles não significa dar armas a essa maneira, particularmente viciosa, de ratificar a dominação e que consiste em atribuir às mulheres a responsabilidade de sua própria opressão, sugerindo, como já se fez algumas vezes, que elas escolhem adotar práticas submissas (“as mulheres são seus piores inimigos”) ou mesmo que elas gostam dessa dominação, que elas “se deleitam” com os tratamentos que lhes são infligidos, devido a uma espécie de masoquismo constitutivo de sua natureza. Pelo contrário, é preciso assinalar não só que as tendências à “submissão”, dadas por vezes como pretexto para “culpar a vítima”, são resultantes das estruturas objetivas, como também que essas estruturas só devem sua eficácia aos mecanismos que elas desencadeiam e que contribuem para sua reprodução. (BOURDIEU, 2012, p. 52)

Já foi dito que a dominação pela violência simbólica está implicada em uma sistemática que se retroalimenta. Nesse sentido, a dominação produz esquemas daquilo que a constitui. Como se pode ler na citação acima, esses esquemas são os pensamentos e as suas respectivas percepções que são estruturados em conformidade com a dominação.

Desta forma, os atos de conhecimento e de reconhecimento apresentam certa fungibilidade de forma que o dominante não sabe que domina e o dominado não sabe que é dominado, uma espécie de naturalização que na essência subtrai a neutralidade dos atos e condiciona os comportamentos em clara vantagem para o masculino. Entretanto, os processos do mundo real exigem observação para confrontar a realidade e conferir se há correspondência. Da própria binaridade do sistema sexual imposto na percepção e divisão do mundo emerge uma luta cognitiva.

Quando os dominados aplicam àquilo que os domina esquemas que são produto da dominação ou, em outros termos, quando seus pensamentos e suas percepções estão estruturados de conformidade com as estruturas mesmas da relação da dominação que lhes é imposta, seus atos de *conhecimento* são, inevitavelmente, atos de *reconhecimento*, de submissão. Porém, por mais exata que seja a correspondência entre as realidades, ou os processos do mundo natural, e os princípios de visão e de divisão que lhes são aplicados, há sempre lugar para uma *luta cognitiva* a propósito do sentido das coisas do mundo e particularmente das realidades sexuais. [...] mulheres podem se alicerçar nos esquemas de percepção dominantes (alto/baixo, duro/mole, reto/curvo, seco/úmido) que as levam a uma representação bastante negativa do próprio sexo. (BOURDIEU, 2012, p. 22-23, grifos do autor)

A partir da luta cognitiva abre-se a possibilidade para percepções dentro da dinâmica da violência simbólica. Considerando as mulheres, assim como Bourdieu o fez, tem-se que apesar da ausência de consciência acerca do seu estado de submissão, a luta cognitiva gera uma tensão que desencadeia a percepção dos esquemas dominantes e nesse movimento as mulheres são conduzidas à integração do feminino como o avesso do masculino e, portanto, inferior.

A negação da mulher enquanto sujeito é a afirmação de sua inferioridade. A aparência de normalidade que paira hodiernamente é resultado da introjeção de poderes simbólicos. A normalidade é uma ilusão encobrindo as violências que as

mulheres não podem conhecer, mas é só lançar os olhos para os partos com atenção que se pode dar luz ao obscurantismo da dominação.

3.3 A TEORIA DO RECONHECIMENTO E A VULNERABILIDADE DA PARTURIENTE

Embora o reconhecimento sobre a dominação e o estado de subordinação não ocorra porque está fundamentalmente naturalizado, a luta cognitiva está por trás das conquistas das mulheres porque o mal-estar gerado pela inferioridade incomoda e fomenta o desejo de se tornar igual, ou ainda, de que a igualdade seja reconhecida como inata a todos os seres humanos, independente de sexo, gênero e outros atributos.

Desde o fundamento do Estado um dos espaços para a luta cognitiva é a esfera jurídica, com o reconhecimento de direitos, liberdades e imposição de limites a fim de pacificar e harmonizar a convivência. Hodiernamente, a luta cognitiva possui diversos *topois* e a desigualdade do gênero feminino acende vários deles. Um é vulnerabilidade, um conceito trabalhado por Axel Honneth ao desenvolver sua teoria da luta por reconhecimento.

Axel Honneth propõe uma perspectiva emancipatória de sociedade, buscando compreender os arranjos sociais e institucionais na configuração dos conflitos para entender a lógica que está por trás da dominação e da interação conflituosa nos tecidos sociais. Desta forma, além das pretensões universalistas, há a preocupação em torno do desenvolvimento de cada indivíduo.

A noção de conflito social, para o autor, engloba questões atinentes ao desrespeito social, que pode ser um ataque na esfera pessoal ou coletiva. De frente ao ataque, a intenção é buscar uma solução que repare essas relações a partir do reconhecimento mútuo. Assim, pode-se dizer que o reconhecimento contempla uma força moral que propulsiona o desenvolvimento desta natureza.

A partir do conceito de dependência intersubjetiva, as desigualdades, inclusive entre os gêneros, podem vir a compor lutas por reconhecimento na vivência interpessoal partindo da mútua concessão de valores. Em outras palavras, a dependência é vivenciada no processo de formação subjetiva que se dá em âmbito relacional, consigo mesmo e com o outro.

Essas relações, sejam fundadas em vínculos afetivos, jurídicos ou de solidariedade institucionalizam o reconhecimento na sociedade. Considerando os modos de reconhecimento e as dimensões da personalidade, para Axel Honneth, o reconhecimento possui três dimensões: o amor, o direito e a solidariedade.

A dimensão do amor no reconhecimento é o campo de aprendizado sobre si e o outro mediante os processos de diferenciações, construção de segurança e confiança para a constituição sólida da autonomia que possibilitará as interações intersubjetivas em sociedade. É nesse sentido que o amor estrutura a ética, pois a contar da delimitação do próprio *self* torna-se possível estabelecer relações com o outro, respeitando a autonomia de cada um (HONNETH, 2003, p. 178).

A outra dimensão do reconhecimento é a jurídica e pressupõe a autonomia individual, como pressuposto construído na dimensão afetiva. O Direito requer a capacidade de decidir racionalmente sobre questões morais para atribuir imputabilidade ao sujeito.

Em cada sociedade existe um procedimento básico de acordo racional que participa da definição das propriedades que uma pessoa deve possuir para ser considerada como igual e participar dos acordos racionais. Eis a dependência relativa do ser quanto ao exterior, pois o que define a humanidade de um indivíduo está diretamente relacionado com os pressupostos subjetivos que o tornam capaz de participar do processo de formação racional de vontade.

É assim que se processa a imputabilidade moral de um sujeito (HONNETH, 2003, p. 188), a qual tangencia a questão entre reconhecimento jurídico e estima social, pois como se verá adiante, em termos de estima social, formula-se a autoestima como autorrelação prática, que se dá em um processo de autoavaliação. A explicação de Axel Honneth é a seguinte:

[...] um homem é respeitado em virtude de determinadas propriedades, mas no primeiro caso se trata daquela propriedade universal que faz dele uma pessoa; no segundo caso, pelo contrário, trata-se das propriedades particulares que o caracterizam, diferentemente das outras pessoas (2003, p. 187).

O reconhecimento jurídico gira em torno da propriedade universal que constitui a pessoa como tal, ao passo que a estima social diz respeito a um sistema referencial e valorativo utilizado para medir o valor das propriedades particulares

de cada um. Em outras palavras, deve haver um acordo sobre o que faz com que os indivíduos se respeitem mutuamente e se reconheçam como seres humanos e, portanto, sujeitos de direito.

Desta forma, é possível reconhecer a humanidade de uma pessoa, sem necessariamente estar atrelado ao encargo de estimá-lo pelo seu caráter ou demais características individuais.

[...] visto que tudo o mais depende agora de saber como as propriedades de uma pessoas, exercendo obrigação normativa, podem ser definidas, pelo menos a estrutura do reconhecimento jurídico tornou-se um pouco mais transparente: confluem nela, por assim dizer, duas operações da consciência, uma vez que, por um lado, ela pressupõe um saber moral sobre obrigações jurídicas que temos de observar perante pessoas autônomas, ao passo que, por outro, só a interpretação empírica da situação os informa sobre se se trata, quanto a um defrontante concreto, de um ser com a propriedade que faz aplicar aquelas obrigações. Por isso, na estrutura do reconhecimento jurídico, justamente porque está constituída de maneira universalista sob as condições modernas, está infrangivelmente inserida a tarefa de uma aplicação específica à situação: um direito universalmente válido deve ser questionado, à luz das descrições empíricas da situação, no sentido de saber a que círculo de sujeito ele deve se aplicar, visto que eles pertencem às classes de pessoas moralmente imputáveis [...] (HONNETH, 2039, p. 186).

Baseando-se no esquema histórico de ampliação dos direitos individuais fundamentais desenvolvido pelo sociólogo britânico Thomas Humphrey Marshall, Axel Honneth preconiza que a ampliação de direitos é fruto de lutas por reconhecimento, movidas por grupos desfavorecidos destituídos das propriedades necessárias para compor igualmente algum acordo racional.

Da constatação de que a proteção jurídica da esfera da liberdade contra intervenções do Estado e de terceiros não era suficiente, depreende-se que a adjudicação de direitos apenas faz sentido quando acontece concomitantemente à ampliação das pretensões jurídicas individuais ao lado da extensão das condições de participação no processo público de formação de vontade (HONNETH, 2003, p. 188-189).

Assim, a concepção de moral se altera a cada ampliação das atribuições jurídicas relativas aos indivíduos, porque somente se pode esperar obediência individual se se considera que todos os membros são capazes de assentirem

racional e autonomamente à ordem jurídica instaurada. Percebe-se, pois, que as lutas de reconhecimento guardam em si o anseio de ampliar a participação nos processos de formação racional de vontade.

Honneth destaca que as inovações do direito moderno alteraram o sentido do princípio da igualdade. Além do aspecto objetivo, o princípio ganhou novas atribuições que se estendem ao social, aumentando a quantidade de membros da sociedade que gozam do *status* decorrente da igual. Paralelamente, a adjudicação de direitos alcança cada vez mais pessoas que se encontravam no grupo de excluídos ou desfavorecidos.

Na luta por reconhecimento o foco subjetivo é alçado para aqueles que experimentam o desrespeito. Na dimensão do amor, o reconhecimento busca a autonomia. Assim como a criança confia que suas carências serão sanadas quando exprimidas, o adulto também tende a conceber que a manifestação de sua autonomia será respeitada.

Então, fala-se de autorrespeito quando o próprio indivíduo se considera moralmente imputável e digno de respeito. Entretanto, para que essa suposição seja verossímil, a adjudicação de direitos universais deve ser equânime de forma que o indivíduo esteja imbuído na sua capacidade de formar juízos autônomos para reconhecer a si mesmo como sujeito de direitos (HONNETH, 2003, p. 195).

O fatalismo da suposição acima é a desconsideração da realidade empírica e é justamente nessa dimensão que se percebe a grandeza do autorrespeito diante do sofrimento daqueles que são atingidos pela privação de direitos e, conseqüentemente, tem o processo de reconhecimento denegado. Aquele que é desrespeitado não possui possibilidades de construir seu autorrespeito individual.

Além do amor e da relação jurídica, existe outra dimensão de reconhecimento: a estima social ou solidariedade. Trata-se de outra forma de reconhecimento recíproco e consistente na oportunidade de o indivíduo “[...] referir-se positivamente a suas propriedades e capacidades concretas [...]” (HONNETH, 2003, p. 198).

O reconhecimento jurídico aponta para as propriedades universais que caracterizam a humanidade do ser. A estima social, por sua vez, diz respeito

[...] às propriedades individuais que caracterizam os seres humanos

em suas diferenças pessoais: por isso, enquanto o direito moderno representa um *medium* de reconhecimento que expressa propriedades universais de sujeitos humanos de maneira diferenciadora, aquela segunda forma de reconhecimento requer um *medium* social que deve expressar as diferenças de propriedades entes sujeitos humanos de maneira universal, isto é, subjetivamente vinculante (HONNETH, 2003, p. 199)²⁴.

O indivíduo a partir de suas propriedades particulares desempenha suas capacidades na sociedade. Essas realizações passam por um sistema de atribuição de valores em relação aos demais membros da sociedade. Aquilo que é tido como valioso gera uma confiança emotiva, que Axel Honneth chama de “autoestima” e esclarece que nessa dimensão, “[...] o indivíduo não precisa mais atribuir a um grupo inteiro o respeito que goza socialmente por suas realizações conforme os *standards* culturais, senão que pode referi-lo a si próprio [...]” (HONNETH, 2003, p. 210).

Nas palavras do autor, o reconhecimento na esfera social torna possível a formulação de relações simétricas com o respectivo respeito a si mesmo e ao outro:

[...] a solidariedade está ligada ao pressuposto de relações sociais de estima simétrica entre os sujeitos individualizados (e autônomos): estimar-se simetricamente nesse sentido significa considerar-se reciprocamente à luz de valores que fazem as capacidades e as propriedades do respectivo outro aparecer como significativas para a práxis comum. Relações dessa espécie podem se chamar “solidárias” porque elas não despertam somente a tolerância para com a particularidade individual da outra pessoa, mas também o interesse afetivo por essa particularidade: só na medida em que eu cuido ativamente de que suas propriedades, estranhas a mim, possam se desdobrar, os objetivos que nos são comuns passam a ser realizáveis [...]. “simétrico” significa que todo sujeito recebe a chance, sem graduações coletivas, de experimentar a si mesmo, em suas próprias realizações e capacidades, como valioso para a sociedade [...] (HONNETH, 2003, p. 211).

Pode-se depreender que somente quando o sujeito atingiu a autonomia e o autorrespeito é que ele se torna capaz de perceber a si mesmo nas relações intersubjetivas e avaliar o valor de suas capacidades e propriedades dentro da

²⁴ *Medium* é um termo utilizado por Hegel para designar as interações entre os usos e costumes dentro que uma sociedade. *Medium* social é, portanto, o espaço no qual se desenvolve a liberdade em sua dimensão ampliada, que contempla tanto a liberdade individual como a liberdade coletiva (HONNETH, 2003, p. 166).

estrutura social, sem a necessidade de remeter esses valores aos outros, pois uma vez que encontra o reconhecimento na esfera jurídica e está munido de direitos oriundos do autorrespeito, ele se torna capaz de viver a experiência emotiva da autoestima.

A ausência de reconhecimento é o desrespeito, a denegação ou falsa atribuição de valor aos componentes da personalidade dentro da dinâmica das relações intersubjetivas. Para cada dimensão do reconhecimento existem formas de desrespeito correspondente, conforme se pode conferir adiante:

Segundo Honneth, para cada forma de reconhecimento (amor, direito e solidariedade) há uma autorrelação prática do sujeito (autoconfiança nas relações amorosas e de amizade, autorrespeito nas relações jurídicas e autoestima na comunidade social de valores). A ruptura dessas autorrelações pelo desrespeito gera as lutas sociais. Portanto, quando não há um reconhecimento ou quando esse é falso, ocorre uma luta em que os indivíduos não reconhecidos almejam as relações intersubjetivas do reconhecimento. Toda luta por reconhecimento inicia por meio da experiência de desrespeito. O desrespeito ao amor são os maus-tratos e a violação, que ameaçam a integridade física e psíquica; o desrespeito ao direito são a privação de direitos e a exclusão, pois isso atinge a integridade social do indivíduo como membro de uma comunidade político-jurídica; o desrespeito à solidariedade são as degradações e as ofensas, que afetam os sentimentos de honra e dignidade do indivíduo como membro de uma comunidade cultural de valores (SALVADORI, 2001, p. 191).

Identificada com o conceito de desrespeito está a vulnerabilidade em uma equação que contempla individualização e reconhecimento. Sendo assim, a vulnerabilidade tem em perspectiva o ser humano em sua individualidade e o modo como é considerado, partindo de sua autoimagem normativa até o exterior. A vulnerabilidade é um conceito plenamente aplicável às mulheres, incluindo as parturientes que são o objeto de análise desta pesquisa, porque estão inseridas em um contexto de desigualdade oriundo da estrutura simbólica da distribuição de poder que permeia as relações.

É do entrelaçamento interno de individualização e reconhecimento esclarecido por Hegel e Mead, que resulta aquela vulnerabilidade particular dos seres humanos, identificada com o conceito de “desrespeito”: visto que a autoimagem normativa de cada ser humano, de seu “Me”, como disse Mead, depende da possibilidade de um resseguro constante no outro, vai de par com a experiência

de desrespeito o perigo de uma lesão, capaz de desmoronar a identidade da pessoa inteira (HONNETH, 2003, p. 213-214).

Constata-se a vulnerabilidade quando a equação entre a individualização e o reconhecimento é negativa. Negativa porque há desvalor, depreciação e, claro, subtração. Cada ser humano faz de si uma imagem que também possui uma dimensão normativa. Inserido em sociedade, existe a possibilidade de que o valor concebido pelo sujeito sobre si na individualização seja referendado pelos outros, no que Honneth chama de resseguro, pois é a atribuição do outro naquilo que se concebeu sobre si. Quando isso acontece, verifica-se o reconhecimento, que se dá na esfera social.

Diferentemente da primeira possibilidade, quando a sociedade “não cobre” o valor subjetivo porque não atribui ou subtrai valor, não há o reconhecimento. Desencadeia-se um processo de depreciação à imagem subjetiva que se dá pelo desrespeito. Neste caso, o sujeito não reconhecido que experiencia o desrespeito torna-se vulnerável diante do perigo ou da concretização de lesão. Dado que a autoimagem é normativa, o perigo de lesão enseja à violação em diversas dimensões, inclusive na jurídica, no tocante aos direitos concernentes à subjetividade, tal como a autonomia, a integridade física, a sexualidade e a reprodução.

Pode-se dizer, pois, que a vulnerabilidade existe a partir da prática de um tratamento de desqualificação subjetiva. Considerando-se a mulher, tem-se a depreciação do gênero feminino e o estabelecimento de relações de submissão na ótica patriarcal, ainda que de forma velada, mas, ao mesmo tempo, reconhecida como natural, conforme a trajetória já desenvolvida na pesquisa.

O reconhecimento como teoria contemporânea traduz a insuficiência das grandes narrativas para a compreensão dos conflitos sociais nas sociedades que passaram pelo capitalismo tardio. Isto porque os conflitos sociais atuais não se encerram em torno da propriedade ou da distribuição de renda. Estes, são mais abrangentes e contemplam uma diversidade de pautas relacionadas à afirmação das minorias e às possibilidades de ação política para transformar e mediar processos sociais (MELO, 2014, p. 17-18).

O desrespeito, como já se viu, priva o sujeito do reconhecimento na esfera afetiva, jurídica e solidária. Mas serve como motivação para a ação social, pois o

impulso daquele que tem o seu reconhecimento denegado é reestabelecer os laços para restaurar uma autorrelação prática positiva ou recriar condições que tornem as experiências de reconhecimento recíproco possíveis (MELO, 2014, p. 22).

A ideia básica da gramática moral dos conflitos sociais parece ser simples. Os conflitos sociais emanam de experiências morais decorrentes da violação de expectativas normativas de reconhecimento firmemente arraigadas. Essas expectativas formam a identidade pessoal, de modo que o indivíduo pode se autocompreender como membro autônomo e individualizado, reconhecido nas formas de sociabilidade comum. Quando essas expectativas são desapontadas, surge uma experiência moral que se expressa no sentimento de desrespeito. O sentimento de desrespeito, por sua vez, somente pode se tornar a base motivacional de uma mobilização política se for capaz de expressar um ponto de vista generalizável, dentro do horizonte normativo de um grupo (MELO, 2014, p. 23).

A partir da teoria é possível identificar os padrões de reconhecimento e remeter-se a um referencial normativo que está implícito nas relações sociais e que se estendem aos conflitos. Há um conceito de ética no reconhecimento que ao ser transposto para a dinâmica conflituosa permite verificar se existe possibilidade de contribuição social para reestabelecer a autorrelação prática e ao (re)instaurar formas de reconhecimento sem deformação (MELO, 2014, p. 25).

Tendo o desrespeito como um sentimento moral que conduz à ação para a transformação e tendo a teoria do reconhecimento como aporte para identificar as causas dos conflitos sociais, a partir da análise das dimensões de reconhecimento é possível enxergar formas de solucionar os respectivos conflitos, chamando-se a atenção para o sistema jurídico como “[...] expressão dos interesses universalizáveis de todos os membros da sociedade, de sorte que ele não admita mais, segundo sua pretensão, exceções e privilégios” (HONNETH, 2003, p. 181).

É na esfera do reconhecimento jurídico que se atrela a dignidade ao sujeito numa dinâmica recíproca em que os sujeitos de direito se reconhecem como pessoas capazes de decidir autonomamente sobre normas morais e conduzir seu comportamento à obediência das normas jurídicas diante da expectativa de que as outras pessoas as assentiram e são capazes de decidir e se comportar rumo à obediência com autonomia.

A teoria do reconhecimento integra as pautas e reivindicações dos grupos sociais ao compreender as motivações para a ação política com base no sentimento de desrespeito e com isso amplia o espaço para o engajamento dos sujeitos no sentido de se articularem na promoção de novas estruturas de reconhecimento fundadas na autoconfiança, dignidade, humanidade, valor social.

Os movimentos sociais devem discernir e demonstrar coerência com o progresso moral, adotando como propósito a emancipação do sujeito das estruturas deturpadoras do reconhecimento. Nesse sentido, a esfera jurídica permite transpor a frustração pessoal quanto à autoimagem normativa do sujeito para o campo coletivo, pois é nessa dimensão que se encontram os pressupostos universais de humanidade.

Considerando a relevância dos movimentos sociais, sublinha-se que o movimento feminista foi responsável por grandes conquistas jurídicas, a começar pelo surgimento da pauta dos direitos humanos das mulheres. Dentre as contribuições, que não seja olvidada a contribuições para a superação da visão dicotômica e restrita de sexo para a composição da noção de gênero mais ampla e complexa, que compreende em si outras constituições além da biológica.

O movimento feminista foi um dos propulsores que alçaram os desrespeitos sofridos pela mulher para a dimensão jurídica, rompendo com o silêncio e a perpetuação dessa situação. Entretanto, na estrutura social e jurídica hodierna os problemas que envolvem gênero deixaram claro que não basta a simples disposição de igualdade formal constante nos diplomas jurídicos. Faz-se necessário que a igualdade se materialize reestruturando as dimensões de reconhecimento e, neste sentido, as políticas públicas se tornam instrumentais na solução.

O movimento feminista, ao longo de sua história, combateu o patriarcado reivindicando o espaço das mulheres na vida pública e a defesa de seus direitos e de sua integridade física e moral na vida privada. As conquistas constitucionais e legislativas de direitos para as mulheres refletem o resultado dessa luta. Para que a igualdade jurídica seja efetivada, no entanto, é preciso ultrapassar a previsão legal, por meio de políticas públicas e ações afirmativas que modifiquem o quadro de desigualdades entre os gêneros (ELIAS, 2015, p. 266).

A conceituação da violência obstétrica como uma violência de gênero também é fruto do movimento feminista, conforme foi demonstrado na seção 2 e evidencia a desqualificação do feminino durante a gestação, parto e pós-parto, especialmente nos casos de episiotomia desnecessária, que consubstancia atos que contrariam o livre exercício da sexualidade feminina, e não é demais ressaltar que quando a abordagem incide sobre partos, trata-se especificamente do corpo de uma mulher.

Sob a perspectiva corporal, a episiotomia lesiona o corpo mulheril na delicada região íntima, cortando o sexo e por vezes, mais do que isso, estabelecendo um corte entre um antes e um depois terrível, cujo o marco é exatamente a cisão perineal. Desta forma, o procedimento obstétrico enquadra-se nos moldes de desrespeito à integridade corporal, categoria que inclui maus tratos e a tortura, conforme se verifica adiante:

[...] parece fazer todo sentido partir de um tipo de desrespeito que toca a camada da integridade corporal de uma pessoa: aquelas formas de maus-tratos práticos, em que são tiradas violentamente de um ser humano todas as possibilidades da livre disposição sobre o seu corpo, representam a espécie mais elementar de rebaixamento pessoal. A razão disso é que toda tentativa de se apoderar do corpo de uma pessoa, empreendida contra a sua vontade e com qualquer intenção que seja, provoca um grau de humilhação que interfere destrutivamente na autorrelação prática de um ser humano, com mais profundidade do que outras formas de desrespeito, pois a particularidade dos modos de lesão física, como ocorrem na tortura ou na violação, não é constituída, como se sabe, pela dor puramente corporal, mas por sua ligação com o sentimento de estar sujeito à vontade de um outro, sem proteção, chegando à perda do senso de responsabilidade [...]. (HONNETH, 2003, p. 215)

O apoderamento do corpo alheio e o manejo destrutivo da sexualidade afetam a autoimagem que as mulheres possuem de si. Partindo do pressuposto de que o desrespeito se dá por meio de uma violação, como por exemplo o tolhimento de sua autonomia, sem falar de outros direitos, a mulher que passa pela violência obstétrica é privada do reconhecimento como pessoa, e da livre disposição do próprio corpo, além de sua autonomia e dos direitos sexuais propriamente ditos.

Um dos efeitos devastadores é a depreciação subjetiva ocasionada pela ausência de reconhecimento. Por mais que a vida e o nascimento sejam

sacralizados, ao engravidar a mulher se distancia do ideal virginal e a eminência do parto é o ponto cabal do distanciamento deste imaginário. Seu corpo profano e profanado há de ser corrigido. As mulheres vivem sob essa ameaça desde o momento que nascem porque são capazes de gestar e parir.

Partindo-se da concepção de que a episiotomia configura-se como uma ação danosa sobre o corpo de uma mulher, decorrente de uma conduta médica anômala a maus-tratos corporais e a tortura. Fica claro que a ausência da parturiente na esfera de reconhecimento parece ser uma consequência inevitável mediante a supressão de direitos dentro de uma sociedade patriarcal:

Como foi dito, a falta de reconhecimento desapossa o torturado (assim pode ser pensada a situação das mulheres que passam por uma episiotomia) de determinados direitos no meio social. Consequentemente, estes sujeitos ao passarem pelo processo de tortura ou por um procedimento tortuoso não recebem o mesmo valor moral concedido aos demais membros da sociedade.

Honneth desenvolve a questão da falta de reconhecimento e as suas repercussões na esfera do autorrespeito moral. Da leitura abaixo, pode-se depreender que a destruição de aspectos subjetivos também alcança as mulheres que foram vítimas da episiotomia:

[...] maus tratos corporais que destroem a autoconfiança elementar de uma pessoa, termos de procurar a segunda forma naquelas experiências de rebaixamento que afetam seu autorrespeito moral: isso se refere aos modos de desrespeito pessoal, infligidos a um sujeito pelo fato de ele permanecer estruturalmente excluído da posse de determinados direitos no interior de uma sociedade. De início, podemos conceber como “direitos”, *grosso modo*, aquelas pretensões individuais com cuja satisfação social uma pessoa pode contar de maneira legítima, já que ela, como membro de igual valor em uma coletividade, participa em pé de igualdade de sua ordem institucional; se agora lhe são denegados certos direitos dessa espécie, então está implicitamente associada a isso a afirmação de que não lhe é concedida imputabilidade moral na mesma medida que aos outros membros da sociedade [...] (HONNETH, 2003, p. 216).

O tratamento que hodiernamente é ofertado às mulheres que estão em trabalho de parto não raras vezes submete-as a situações humilhantes e degradantes, as quais somam-se a dor física, o desrespeito aos limites corporais, a violação de seus direitos sexuais e a subtração violenta de suas autonomias. O

que Axel Honneth destaca é que diante de uma degradação, isto é, de uma circunstância valorativa negativa, retira-se desses sujeitos “[...] a possibilidade de atribuir um valor social às suas próprias capacidades” (2003, p. 217).

No tocante à atribuição de valor social às capacidades das mulheres sob o viés da episiotomia, a ação física sobre o corpo e na sexualidade da mulher, como um corte na vulva e sobre sua intimidade, atinge a esfera psicológica afetando a sua autoimagem com a produção de uma imagem de incapacidade e falta de autonomia, podendo provocar “[...] *sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio.*” (CIELLO *et al*, 2012 p. 60).

Se o desrespeito se caracteriza pela ameaça de lesão ou pela lesão de fato e afeta a autoimagem normativa, na esfera pessoal produz o sentimento de indignidade quanto à concessão e gozo de determinados direitos porque fazem-se crer serem moralmente inimputáveis em relação aos demais membros da sociedade.

Uma vez que foram submetidas a um tratamento tortuoso, a noção de sujeito de direitos aliada à legitimidade não subsiste e dá lugar a uma experiência de rebaixamento pessoal. Daí naturaliza-se o sofrimento com a atribuição da dor ao fenômeno do parto. Neste contexto, desconsidera-se por completo o caráter interventivo que recobre o nascimento hospitalar (BRASIL, 2009, p. 162).

O desrespeito por meio de maus tratos também possui implicações no âmbito da igualdade, uma dimensão extremamente relevante quando se discute gênero. Como foi dito, as pessoas que passaram pela tortura não se sentem com aptidão para o gozo e o exercício de direitos, nem sentem que possuem o mesmo valor como outros membros da sociedade. É a repetição da naturalização da submissão feminina, além de um castigo por ser mulher, já que reiteradamente ouve-se que a dor do corte faz parte do parto.

No caso das mulheres que passaram por uma episiotomia, há o rebaixamento pessoal decorrente dos maus tratos, da lesão perineal, além da ofensa aos seus direitos fundamentais, tal como a disposição sobre o próprio corpo, sexualidade e reprodução. Soma-se a isso o fato de que o discurso social é de que a dor no parto é inevitável e que o avanço da ciência proporciona uma experiência

mais célere com as suas intervenções. Neste ponto, percebe-se o caráter institucional que a mutilação genital assumiu.

Atendendo tanto à estrutura do poder simbólico do masculino sobre as mulheres, quanto ao exercício do biopoder, as mulheres são inferiorizadas na relação de dominação, enquadradas em estereótipos passivos, permissivos e de sujeição a violências. No contexto da gestação, parto e pós-parto é evidenciado o rebaixamento da autonomia do sujeito feminino, pois o retrato é de imperfeição.

Esses estereótipos servem de justificativa para perpetuar as relações de dominação e ao mesmo tempo criam e fomentam insegurança feminina que decorre de um problema de autoestima, fazendo com que as mulheres tendam a não mudar seu status social, permanecendo, por muitos momentos em uma situação de subalternidade (MATTOS, 2006, p. 156).

As mulheres sofrem com baixa autoestima estrutural e fundamental na sistemática binária entre os sexos. Conseqüentemente, a distribuição de valores, sentimentos, emoções e comportamentos por dispositivos de poder faz com que o *status quo* inferiorizado seja reforçado. Alienadas de sua sexualidade e corpo, com a destituição de sua autonomia e igualdade, a mulher se sente impotente e carente da figura de um guardião.

A leitura desses padrões de comportamento subliminarmente serve para alienar a mulher, e fazê-la crer ser impotente frente à vida, criando a ficção de que para seguir adiante precisam de um guardião para sua existência, alguém com austeridade moral e racional [...] (ALVES, 2015, p. 100)

Durante a gestação e principalmente no momento do nascimento, a mulher depende das orientações do médico obstétrica e de sua equipe, os quais detêm todo o conhecimento formal e científico sobre o parto hodiernamente. A mulher encontra-se em uma posição de dependência deste(s) profissional(is) porque não é mais a protagonista do parto, nem é o sujeito dominante na técnica do parto (a)normal hospitalar, medicalizado e patologizado.

Neste cenário, a equipe obstétrica são os sujeitos que ocupam o personagem de guardião diante de uma mulher que se encontra fragilizada durante toda a gravidez, especialmente durante o parto. Guardião significa aquele que é

responsável pela guarda de algo ou alguém, tendo a prerrogativa de decidir pelo guardado/tutorado. Por outro lado, aquele ou aquela que necessita de um guardião é porque não vale por si mesmo (não tem autonomia) ou é pequeno em relação a algo (desigual).

Nos casos de episiotomia rotineira, a equipe médica pode ser a incorporação de crenças infundadas e condutas violentadoras do corpo, da sexualidade e da reprodutividade feminina que foram transmitidas pelo discurso acadêmico. Comumente, os membros da equipe guardam os elementos para a perpetuação do desvalor às mulheres e seus corpos, além de continuar com a promoção da representação patológica do parto e de uma concepção equivocada sobre reprodução e sexualidade, na qual está incluída uma percepção errônea dos órgãos relacionados ao parto.

Essa situação denota como o poder simbólico rege as relações enquadrando-as em uma divisão entre os sexos, com atribuição de valor superior a tudo aquilo que pertence ou pode ser associado ao masculino, ao passo que é subtraído valor daquilo que pertence ao pode ser associado ao feminino. Tendo isso em consideração, fica claro porquê o corpo mulheril é retratado como algo maleável, um objeto a ser dominado pela força e violência simbólicas.

Infelizmente, como já fora dito, desde a década de 1980 existem provas científicas contundentes de que a episiotomia não deve ser realizada rotineiramente. A sua prática constante deslegitima a mulher perante os seus direitos reprodutivos e sua sexualidade, reforça o imaginário de que o corpo feminino é maleável e passível de correção ao mesmo tempo em que oculta a prática de atos violentadores a partir de um “saber científico” cujo respaldo advém de crenças sociais anacrônicas.

Investido de prerrogativas de biopoder porque lida diretamente com a vida e a morte, além do sexo como fonte de vida, sem desvelar-se de seu caráter oculto que instiga à disputa por poder, o médico também se utiliza de dispositivos da violência simbólica como violação dos limites corporais, a desconsideração da sexualidade e dos órgãos sexuais das parturientes, bem como a ausência de consentimento para a realização de procedimentos conforme as prerrogativas legais estabelecem.

Inegavelmente, a episiotomia é um procedimento que pode acarretar

consequências nefastas para a vida das mulheres na maior parte dos casos. Não faz sentido que as mulheres sejam destituídas do poder de dispor sobre os seus corpos, alienadas dos mesmos e de sexualidade ao ponto de sofrerem intervenções que muitas vezes não poderiam sequer autorizar porque não foram orientadas, nem tiveram oportunidade de consentir ou não.

Hodiernamente parecem existir duas forças, uma que compele as mulheres a entregarem seus corpos às equipes médicas em uma relação de confiança que se respalda nas estruturas da dominação simbólica ao passo que existe outra força, humanizada e, portanto, contrária à primeira, que repele a episiotomia como um procedimento liberal, buscando recobrar o poder das mulheres sobre suas decisões e seus corpos, tendo em perspectiva a integralidade da mulher como sujeito de direitos e capaz de tomar suas próprias decisões.

O parto, que antes era uma experiência familiar e comunitária foi institucionalizado, encerrado nos hospitais sob intervenções e medicalizações que tornaram a mulher alheia do processo parturitivo. Esse fenômeno principiado no período renascentista marca a apropriação simbólica do parto pela ciência médica e pelos membros das equipes obstétricas, representantes do poder masculino estrutural, o qual se mantém a partir da representação da mulher como inferior. As intervenções e as medicações que entorpecem a autonomia das parturientes é um reflexo da apropriação do parto e do domínio do corpo e da sexualidade das mulheres pelo masculino.

Quando o protagonismo do parto é ceifado das mulheres e elas passam a serem consideradas apenas um meio de passagem para o nascimento do bebê, a parturição assume feições políticas, pois torna-se um campo de relações de poder. Segundo a teoria de Honneth, pode-se afirmar que as intervenções que ofendem a integridade física da mulher, inclusive as que violam seus genitais como expressão de sua sexualidade, tal como ocorre na episiotomia, pois denega-se o reconhecimento afetivo, o jurídico na forma dos direitos fundamentais e humanos e também a dimensão da solidariedade.

O desrespeito do ato violento abre ensejo para que a liberdade quanto ao parto, o desejo pelo tratamento humanitário e para que os direitos fundamentais e médicos sejam respeitados seja uma vertente de luta por reconhecimento. A cognição e a emoção do desrespeito compelem à tensão transformadora. Na seara

jurídica, percebe-se a repercussão dos direitos humanos da mulher e a constitucionalização dos mesmos, sendo o parto um tema recorrente e objeto de legislações mais específicas.

Diante do estabelecimento de relações jurídicas, resultado das lutas cognitivas encampadas pelas mulheres em nome do seu reconhecimento como sujeito de direitos, o desrespeito assume-se como injustiça e repercute como a privação de direitos e a exclusão. No contexto do parto, pode-se relacionar a ausência do reconhecimento jurídico refletindo na declaração de direitos na tentativa de reestabelecer vínculos saudáveis de autorrespeito.

Entretanto, apesar das disposições e prescrições normativas, as ameaças de desrespeito no momento do parto permanecem se concretizando, indicando que as parturientes não foram alcançadas pela ampliação das propriedades que atribuem humanidade à pessoa. Também não foram inseridas no processo de composição de acordo racional, isto é, não são tratadas como iguais, além de ter sua autonomia ignorada ao ser tratada como algo maleável para dar à luz a uma vida.

Quanto à solidariedade, evidencia-se que o parto na perspectiva da dominação simbólica que dá corpo e fomenta as estruturas em uma sociedade preponderantemente patriarcal não é uma capacidade feminina avaliada como valiosa. Inclusive, deve-se ter em mente que no modelo tecnocrático de parto, o parto é uma experiência médica e assim recebe valor através da dominação, controle e intervenção.

Deflagra-se a ausência de reconhecimento na dimensão da solidariedade quando o parto é alijado da feminilidade, o que anula todas as condições para a mulher desenvolva estima por si, uma vez que são podadas as possibilidades de a mulher se interessar afetivamente pelo parto e considerar positivamente suas capacidades e propriedades atinentes ao feminino.

Partir de uma perspectiva humanizada das mulheres no momento do parto é importante para recobrar a igualdade (formal e material) após a cisão vaginal feita sem necessidade clínica comprovada, tirando a mulher do rebaixamento pessoal decorrente da experiência corporal do “pique”, que afeta sua autoimagem negativamente, com depressão de sua autoestima e prejuízo no seu entendimento como sujeito de direitos. A violação de direitos, vista dessa forma, tem sua origem

na falta de reconhecimento da mulher e da sua condução de humana, atrelada à sua posição de vulnerabilidade diante da sociedade.

A humanização do parto é uma tentativa de recolocar a mulher como protagonista da parturição e assim realocar o parto como uma experiência feminina. A humanização do parto, é assim, uma luta por reconhecimento movida pelos desrespeitos em todas as dimensões de reconhecimento que acometem as gestantes e as parturientes.

Desta forma, tem-se que sob as lentes da teoria reconhecimento não há dúvidas de que a episiotomia como violência obstétrica ofende a integridade física e social das parturientes, além da honra e dignidade das mesmas. E diante deste quadro, o grande mérito da teoria de Axel Honneth, por meio das dimensões de reconhecimento, é a cognição das formas de desrespeito sofridas no momento do parto, o que permite identificar qual é a dimensão subjetiva afetada e com base nisso, propor meios para a reestruturação das relações.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS COMO INSTRUMENTOS DE RECONHECIMENTO DOS DIREITOS SEXUAIS DAS PARTURIENTES NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA

4.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO INSTRUMENTOS DE INTERVENÇÃO ESTATAL DIANTE DA VULNERABILIDADE DA PARTURIENTE E DA VIOLAÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS NO PARTO

O objetivo deste trabalho é apresentar as políticas públicas como instrumentos aptos à superação da vulnerabilidade da mulher no parto, situação que enseja a violação de seus direitos sexuais, em especial, quando submetidas à episiotomia de rotina. Por se tratar de uma violência de gênero, a violência obstétrica abriga a desigualdade entre o feminino e o masculino que sustenta a sociedade, o Estado e a política.

Anteriormente falou-se da dominação simbólica, das relações de poder ao redor do gênero, traçou-se a perspectiva de coisificação e maleabilidade da mulher nas estruturas das relações sociais e políticas, destacando sua vulnerabilidade e considerando a dependência intersubjetiva e institucional para o estabelecimento de relações respeitadas, com atribuição de valores, alçando as mulheres à igualdade, principalmente no tocante à humanidade no tratamento obstétrico a fim de que não tenha sua integridade e dignidade violadas por tratamentos desumanos e tortuosos como a episiotomia de rotina.

Diante disto, avoca-se às políticas públicas como instrumentos disponíveis ao poder estatal e demais poderes políticos e sociais para se combater a desigualdade entre os gêneros com a atribuição de visibilidade social, política e jurídica às parturientes por meio da promoção dos direitos sexuais das mulheres no combate à episiotomia de rotina, espécie de violência obstétrica.

Políticas públicas emergem da desarmonia social e apontam para a solução de problemáticas que assumem feição pública ou dizem respeito a algum interesse geral. As políticas públicas, portanto, firmam-se como mecanismos legítimos de intervenção do Estado ou outra entidade diante de conflitos ou problemas sociais com a finalidade de reestruturar as relações. Daniela de Melo Crosara ressalta que:

[...] o elemento que melhor permite caracterizar uma ação como política pública é o problema ou conflito que ela pretende solucionar. Se o conflito surge ou se transforma em um problema de caráter público, ou seja, de interesse geral, independentemente de onde surja a ação para solucioná-lo ou mitigá-lo, tal medida será uma política pública [...] (2017, p. 57).

As políticas públicas originaram-se na Índia e nos Estados Unidos e foram desenvolvidas conceitualmente pelas Ciências Políticas, como uma tentativa de solucionar a desigualdade racial latente nesses Estados. Somente após a segunda metade do século passado é que se tornou um ramo autônomo. Portanto, é um ramo relativamente novo (CROSARA, 2017, p. 57).

No início do século XX, para os americanos significava uma ação de legitimidade exclusiva do Estado ou do governo, relacionando-se com a promoção de programas sociais e econômicos. Esse recorte prescindiu de instrumentalização, tornou-se mais complexo e destacou-se como autônomo e mais abrangente, incluindo também a análise de problemas administrativos e as respectivas soluções.

Entretanto, neste ponto, é forçoso pontuar que apesar da nomenclatura, “público” refere-se ao caráter dos problemas contemplados, uma vez que as políticas públicas não se encerram na figura centralizadora do Estado. Isso é natural, uma vez que se contempla a sua formação emergindo dos conflitos sociais, sendo pertinente a participação da sociedade civil na solução desses impasses.

Desta forma, as políticas públicas podem ser formuladas pelo Estado, bem como por grupos da sociedade civil (CROSARA, 2017, p. 57). Entretanto, invariavelmente, as políticas públicas envolvem a atuação do Estado no sentido de reconhecer e buscar ao menos minimizar as repercussões negativas do estado de desigualdade.

Diante da tensão social que deriva a política pública, requer-se que o Estado intervenha de forma a restaurar a paz social e estabelecer a igualdade material. Neste sentido, não basta uma postura estatal meramente abstencionista, o Estado é incitado a agir, de maneira positiva e concreta promovendo a igualdade e reparando os efeitos perversos da discriminação.

O Estado, portanto, diante de uma situação discriminatória e excludente deve posicionar-se combatendo a perpetuação desse *status quo*, eliminando as

origens desse tratamento – quais sejam políticas, sociais, filosóficas, dentre outras causas – ou minimizando os impactos nas populações afetadas. A política pública é uma medida instrumental que reconhece o estado de desigualdade e busca atuar transformando as condições fáticas.

Apesar de ter suas características definidas, não há um consenso sobre o que sejam as políticas públicas. Isso, em grande medida, se deve à obscuridade existente quanto ao responsável pela sua elaboração. Admitindo-se que somente o Estado pode ser o formulador de tais políticas, tem-se uma abordagem estadocêntrica. Por outro lado, considerando-se que ao lado dos Estados, as organizações privadas, organizações não governamentais e outras entidades civis também podem formular políticas públicas, tem-se uma abordagem multicêntrica ou policêntrica (CROSARA, 2017, p. 62).

A abordagem policêntrica é a abordagem adotada neste trabalho, uma vez que o principal fator considerado para a definição de políticas públicas é finalidade em buscar soluções para problemas que possuem caráter público, imbuindo o Estado como principal responsável, mas não o exclusivo, admitindo-se a presença e atuação de entidades privadas.

No Estado brasileiro, somente após a promulgação da Constituição de 1988 implantou-se um cenário propício para o combate à desigualdade em razão do movimento de democratização consumado no texto constitucional. A desigualdade entrou para a agenda política e isso se reflete com a inserção de um amplo rol de direitos sociais no texto constitucional, com a finalidade de garantir a igualdade em seu aspecto material (CROSARA, 2017, p. 39).

Desta forma, tem-se que as políticas públicas são um conceito elástico, capaz de compreender uma gama de situações nas quais a desigualdade pode se instaurar. Destaca-se que em relação à violação de direitos sociais, tais como saúde e educação (HÖFLING, 2001, p. 30-31), a relevância do Estado depende de suas feições, uma vez que é incitado a intervir para reestruturar as relações sociais e o faz em atenção aos seus princípios e valores constitucionais.

Quando se trata de restaurar a harmonia social desenvolvendo a igualdade, ao assentir as políticas públicas como mecanismos institucionais do Estado, cria-se um “campo de possibilidades”, no qual é possível estabelecer a aproximação entre a desigualdade e o reconhecimento com o fortalecimento cognitivo e material

dos sujeitos sociais na constituição de um processo político caracterizado pela tomada de decisões e execução de ações.

[...] as políticas de reconhecimento são mais uma possibilidade no campo que se abre para os sujeitos individuais e coletivos buscarem a superação das condições em que se encontram sujeitados. Assim, é necessário agir com certa prudência quanto ao potencial redutor das desigualdades apresentado por estas políticas sociais (PIZZIO, 2008, p. 85).

Frise-se que o intento jamais deve ser minimizar as diferenças. Essas devem ser realçadas com respeito em nome da diversidade. É desta forma que as políticas públicas são lançadas como uma alternativa de estabelecimento de relações paritárias e respeitosas, que permitam a contemplação positiva do sujeito em todas as dimensões.

Conglobando o que foi o exposto até aqui, elenca-se o seguinte conceito que traz elementos interessantes para ampliar a compreensão sobre políticas públicas:

Las políticas públicas pueden definirse como aquellos mecanismos mediante los cuales se institucionalizan los procesos que desarrollan los organismos de planificación y dirección, responsables de ejecutar los programas gubernamentales mediante la asignación de recursos para corregir las desigualdades sociales y mejorar las condiciones de vida de la población (VISBAL, 2002, p. 127).

Se as políticas públicas são mecanismos para a intervenção estatal é importante deixar claro a diferença entre Estado e governo a fim de que se possa ampliar a compreensão sobre as políticas públicas. Tendo estas em perspectivas, consente-se com as considerações de Eloiza de Mattos Höfling, para a qual Estado é o “conjunto de instituições permanentes – como órgãos legislativos, tribunais, exército e outras que não formam um bloco monolítico necessariamente” que tornam possível a atuação governamental” (2001, p. 31). Ao passo que governo designa

[...] o conjunto de programas e projetos que parte da sociedade (políticos, técnicos, organismos da sociedade civil e outros) propõe para a sociedade como um todo, configurando-se a orientação política de um determinado governo que assume e desempenha as funções de Estado por um determinado período (HÖFLING, 2001,

p. 31).

As políticas públicas partem de uma intervenção estratégica governamental, mas dependem das estruturas estatais e da concepção política adotada. Isto porque tais políticas reúnem fatores como a tomada de decisões, o estabelecimento de um plano de implementação e definição de métodos de avaliação que determinam seus resultados (HÖFLING, 2001, p. 30).

O “sucesso” de uma política pública depende do delineamento de ações organizadas em conjunto por órgãos públicos ao lado de organismos e agentes sociais dentro de um projeto político com a intenção de transformar uma realidade social a partir da implementação de medidas que também devem contemplar a manutenção dessa composição social.

Vislumbra-se, portanto, que as políticas públicas requerem a movimentação de personagens diversificados, que não estão restritos ao âmbito estatal e instauram movimentos dialógicos que podem conter contradições ou ressoar diferentes interesses políticos que podem afetar o resultado das medidas implementadas (HÖFLING, 2001, p. 35).

Indiscutivelmente, as formas de organização, o poder de pressão e articulação de diferentes grupos sociais no processo de estabelecimento e reivindicação de demandas são fatores fundamentais na conquista de novos e mais amplos direitos sociais, incorporados ao exercício da cidadania (HÖFLING, 2001, p. 39).

De acordo com Höfling, outro aspecto que deve ser levado em consideração é a relação entre Estado e sociedade, sobre a qual deve-se observar o grau de distanciamento ou aproximação, a existência de canais de comunicação entre os órgãos públicos e os cidadãos, bem como a forma como se dá essa comunicação, o exercício da cidadania, organização das relações de poder e a incorporação de fatores culturais.

Quanto a este último fator, a cultura, remete-se às construções das representações ao longo do tempo no interior de uma determinada sociedade. Essas representações são passíveis de aceitação ou rejeição e o grau de incorporação influi no resultado da política pública, pois traduzem as interações intersubjetivas de poder e a forma como eles se articulam.

Neste sentido, Mônica Bara Maia (2010, p. 51) preleciona que a implementação de políticas públicas é a continuação de um jogo político, uma vez que após a elaboração de uma política, outros fatores podem intervir e não necessariamente se resumem em problemas administrativos ou técnicos. Desta forma, a autora entende que a execução pode ser compreendida como:

[...] as atividades individuais ou organizativas que transformam condutas com base em um marco prescritivo estabelecido por uma autoridade pública competente. A execução teria, assim, duas faces: uma orientação normativa, que pode incluir a mudança social, e um sistema de ação e seus atores (MAIA, 2010, p. 51).

Mônica Bara Maia realça o aspecto prescritivo das políticas públicas, o qual é dado por orientação normativa instituída por uma autoridade pública. Apesar de a autora não desenrolar a questão sobre a titularidade da formulação das políticas públicas, percebe-se que para a autora, a responsabilidade pelas políticas públicas pertence ao Estado, inclusive quanto ao campo organizacional. Entretanto, frise-se que ela não exclui a possibilidade de entidades privadas executarem tais políticas (MAIA, 2010, p. 117), coadunando com a abordagem adotada.

As ações prescritivas perturbam a ordem anteriormente estabelecida ao impelir uma mudança eminente, que já ultrapassou o âmbito administrativo e burocrático. O jogo político evidencia-se em razão da pluralidade de personagens envolvidos em um sistema de ações que intentam transformar condutas. Assim, ao se analisar uma política pública deve-se considerar o processo de execução, o qual compreende a prescrição normativa e a estrutura da execução que se dá em função das características dos programas e das relações intersubjetivas.

Entretanto, mesmo que se admita que a execução das políticas públicas é um terreno passível de distorções e disfunções, deve-se vislumbrar que existem mecanismos formais no âmbito público que podem monitorar ou exercer algum controle nas etapas de implementação e execução das políticas públicas (MAIA, 2010, p. 53).

Além do mais, deve-se sempre ter em mente que as políticas públicas existem em razão dos direitos dos cidadãos e todo o processo de criação, execução e manutenção das ações deve resguardar estes direitos. Conforme Letícia A. Visbal:

Para que las políticas públicas garanticen los derechos ciudadanos deben interpretar los intereses y necesidades del conjunto de la sociedad, cualquiera que sea el sistema que se utilice para la legitimación del poder público. En general, los gobiernos deben velar por el pleno ejercicio de estos derechos, a lo que, de otro lado, compete que los organismos del Estado respondan a las necesidades de los ciudadanos reconocidos en la normativa con equidad y honestidad (2002, p. 127).

Contemplando as mulheres, frisa-se que dentro de uma cultura predominantemente machista e patriarcal, é eminente o conflito de interesses entre a permanência da representação da mulher submissa e a materialização de sua igualdade pela perspectiva do gênero. Esse conflito transparece quando se verifica a existência de mecanismos combativos que não produzem os efeitos esperados. No momento do parto não é diferente, principalmente quando se tem em mente que a violência obstétrica está entranhada por mecanismos de poder associados à dominação masculina.

Hoje no Brasil tem diferentes mecanismos legais que coíbem veementemente a prática da violência contra a mulher, a própria Constituição Federal/1988, a Lei Maria da Penha (Lei Federal nº 11.340 de 7 de agosto de 2006), a Convenção de Belém do Pará e a Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), dentre outros mecanismos. Portanto, a grande luta da atualidade para as mulheres não gira em torno da conquista literal de direitos e sim de mecanismos que garantam a sua aplicabilidade no cotidiano. Dessa forma as políticas públicas se apresentam como a ponte necessária a ser construída entre o universo das leis [...] e a realidade social das mulheres, ainda cruel, desumana e desigual. (CURADO; AUAD, 2008, p. 54 e 55)

Apesar de não se tratar da concepção atual de políticas públicas, as primeiras intervenções estatais no âmbito da saúde ocorreram na Europa do século XVIII, dentro de um bojo de transformações políticas, sociais e econômicas. O intuito era controlar a sociedade, privilegiando áreas como a higiene, a infância e a medicalização da família.

As crianças assumiram certa centralidade na família e assim, tornou-se conveniente limitar a natalidade, de forma que fosse possível destinar uma atenção adequada aos filhos (COSTA *et al.*, 2010, p. 57). Nesse sentido:

Uma das medidas implementadas para o exercício do controle estatal foi a institucionalização do parto, constituindo-se numa das tentativas de se controlar e monitorar o desenvolvimento da população. Desde então, o entendimento sobre os processos fisiológicos e patológicos referentes à gestante, ao parto e ao recém-nascido avançaram pelo desenvolvimento científico e tecnológico, permitindo a intervenção médica para melhoria das condições de saúde materno-infantil (COSTA *et al.*, 2010, p. 57).

Todo esse contexto retrata o exercício do biopoder estatal, para o qual a medicina teve um papel fundamental para a obtenção de corpos aptos aos objetivos da sociedade capitalista emergente. O enfoque na vida reprodutiva das mulheres, favoreceu a vivência da sexualidade com mais autonomia e anos depois, culminou com a formulação dos direitos reprodutivos e sexuais, já no final do século XX (SILVA, 2019, p. 42-43).

A saúde reprodutiva da mulher como assunto público, ao longo dos últimos séculos, foi tratada meramente como uma forma de exercer o controle sobre a concepção, sem atentar à subjetividade feminina e distante do enfoque de gênero. No fim, formou-se o que um ciclo tecnológico da saúde reprodutiva, que integrado:

[...] pela: contracepção medicalizada, pelo parto cirúrgico, pela esterilização e pela reprodução assistida. Percebe-se um interesse pelo corpo da mulher através da obstetrícia, é também através desta área que a medicina e as políticas públicas de saúde conseguem acesso aos corpos destas mulheres (SILVA, 2019, p. 45-46).

A partir desse enfoque dado a reprodução, a atenção estatal não compreendia os processos que constituem as desigualdades entre os homens e as mulheres em níveis simbólicos, normativos, institucionais e subjetivos (VISBAL, 2002, p. 128).

Ademais, a contemplação do gênero na temática da saúde torna possível a constatação de que homens e mulheres são submetidos a agravos diferentes, principalmente em razão da dupla responsabilidade da mulher: a social de reproduzir força de trabalho e a biológica de reprodução da espécie (gravidez, parto e puerpério). Mais uma vez a dicotomia público e privado se faz presente, o homem é associado ao espaço público e ao âmbito produtivo, ao passo que as mulheres

se atribuem a reprodução e os cuidados dentro do espaço doméstico.

El género, como categoría instrumental, debe ser utilizada como herramienta en el dictamen de políticas y en el hacer del derecho. Para ello, tanto los “sujetos” que hacen las políticas y las ejecutan, así como aquellos y aquellas que son “objeto” de las mismas, tienen que deconstruir y construir sobre nuevas bases la representación real de la desigualdad que entrañan las asignaciones culturales que diferencian el accionar social de hombres y mujeres, para ello es necesario mantener una transversalidad dialogante con todos los involucrados en el proceso. La comprensión de estos efectos y procesos que generan las inequidades sociales de género, sólo es dable si sujetos y objetos de derecho conocen y entienden la diversidad, la desigualdad y las formas de hacer, con el propósito de disminuir los efectos negativos en términos económicos, sociales y de bienestar en la población (VISBAL, 2002, p.132).

Os direitos reprodutivos, assim como os direitos sexuais são abordados em vários instrumentos normativos internacionais, conforme foi exposto na seção 2. Tratando-se da formulação de políticas públicas, ressalta-se, mais uma vez a IV Conferência Mundial Sobre a Mulher e a Convenção de Belém do Pará. Da articulação entre ambas é possível estabelecer parâmetros para ações voltadas ao combate da violência contra a mulher e a garantia dos direitos sexuais, inclusive o acesso equânime à saúde (SILVA, 2019, p. 59).

Em virtude das conjunturas políticas e sociais, bem como as relações de poder orientadas pela violência simbólica e pelo biopoder, ressalta-se que não são todas as políticas públicas voltadas para as mulheres que se comprometem com a questão de gênero, e isso se relaciona com as estruturas patriarcais presentes na sociedade brasileira.

Apesar do projeto de governo ser determinante na criação, implementação e manutenção das políticas públicas, deve-se destacar que as políticas inerentes ao gênero não são políticas de governo, mas sim de Estado, em razão dos postulados do Estado Democrático Brasileiro que proíbem a adoção de quaisquer tratamentos discriminatórios em razão de gênero, dentre outros atributos humanos, alinhando com a concretização da justiça social e da igualdade formal e material (CROSARA, 2017, p. 22).

Oportunamente, insta diferenciar as políticas públicas de gênero e as políticas dirigidas para as mulheres. Estas não são direcionadas à redução das

desigualdades entre os gêneros, tampouco promovem a autonomia das mulheres, conforme se pode aduzir nas linhas abaixo:

As políticas públicas para as mulheres têm centralidade no feminino essencializado, como parte da reprodução social e da manutenção da família, o que implica não priorizar os significados estabelecidos no relacionamento entre os sexos ou a autonomia das mulheres. Com frequência baseiam-se em práticas assistencialistas, executadas pontualmente para determinado grupo. Tais políticas, em geral, acabam por restringir a mudança das formas sociais estruturais, uma vez que reforçam a ideologia patriarcal. Por não terem clareza desses pressupostos, os/as agentes públicos/as tratam, por exemplo, a violência contra a mulher nela mesma, e não nos padrões de comportamento entre os sexos, o que acaba reduzindo as possibilidades de sua superação (BANDEIRA; ALMEIDA, 2013, p. 38).

As políticas públicas com perspectiva de gênero coadunam com a diversidade, sendo mais amplas, contemplando aspectos relacionais e se apresentando como uma crítica frontal à desigualdade. Graças a esses aspectos, repercutem no âmbito da subjetividade, pois lidam com relações interpessoais entre homens e mulheres, sem perder de vista suas representações sociais, além de considerar as estruturas intersubjetivas destas relações.

Evidenciando a subjetividade, torna-se premente a adoção de referências que a tenham em consideração e estejam em consonância com a humanização do parto, modelo de assistência obstétrica que pauta as diretrizes brasileiras e o qual coaduna o projeto de humanização derivado dos direitos humanos, inclusive com a emancipação do sujeito feminino.

Antes de adentrar às políticas de assistência ao parto, ilustrativamente, recorre-se a alguns dados da pesquisa de opinião pública realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo (FPA) em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC) denominada “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”. A amostragem é composta por um universo de 2.365 mulheres, além de 1.181 homens distribuídos em 25 unidades federativas.

A primeira informação relevante diz respeito às perspectivas sobre o espaço privado e 37% dos pesquisados consideraram que as melhores coisas de ser homem consistiam em “Não engravidar/ parir/ não sentir dor no parto; Ser mais forte fisicamente; Não menstruar; Ser respeitado/ ser mais respeitado que a mulher”. Os

critérios rememoram o determinismo biológicos e os atributos físicos e biológicos para justificar a primazia de um dos sexos sobre o outro (FPA; SESC, 2010, p. 49).

Note-se que no universo composto por estes 37% dos entrevistados não compreendem o gênero como uma construção social e cultura, nem reconhecem seu caráter relacional. Desta feita, a reprodução feminina é desvalorada, principalmente a menstruação ao passo que a constituição corpórea masculina é sobrelevada. Ademais, o parto é retratado como um evento doloroso e por isso torna a experiência masculina mais valorosa.

Tratando especificamente da violência obstétrica (apesar de o documento não abordar essa nomenclatura), a pesquisa dividiu em dois momentos: pré-natal, no qual considera o atendimento nas maternidades com exceção do parto e a análise especificamente sobre o momento do parto. Quanto ao pré-natal, a base da amostragem foi composta por mulheres que tiveram seus filhos de forma natural (71% da amostragem total) e 12% das entrevistadas alegaram maus-tratos (FPA; SESC, 2010, p.172).

Em relação ao momento do parto, considerou-se entrevistadas que tiveram filhos naturais na rede pública e privada e 25% dessas mulheres afirmaram ter sofrido violência (FPA; SESC, 2010, p.173). Dentre as violências mais comuns, que somadas perfazem 38%, estavam o exame de toque realizado de forma dolorosa (10%), negativas para alívio da dor (10%), gritos (9%) e ausência de informações sobre os procedimentos que estavam sendo realizados (9%). Perceba-se que as violências mais comuns demonstram a alienação promovida entre a parturiente e o processo parturitivo e a obliteração da autonomia da mulher sobre seu corpo e para tomar decisões.

A pesquisa deu enfoque às violências verbais, sendo que 23% das entrevistadas afirmaram ter ouvido algum despropósito durante o atendimento do parto. As frases mais comuns foram “não chora não que ano que vem você está aqui de novo” e “na hora de fazer não chorou/não chamou a mamãe/ por que está chorando agora?”, sendo que 15% ouviram a primeira ou algo parecido e 14% tiveram que escutar a segunda frase e suas variações (FPA; SESC, 2010, p.177).

Quanto à rede em que o parto foi feito, tem-se que 65% ocorreram na rede pública, 16% na rede privada e 8% em ambas. Tendo isso em mente, a pesquisa revela que 74% das violências ocorreram na rede pública, 17% na rede privada e

8% em ambas (FPA; SESC, 2010, p.174). A confluência destes dados demonstra que não existe uma diferença significativa entre a ocorrência de violência obstétrica em ambas as redes.

Há uma década a Fundação Perseu Abramo e o SESC disponibilizaram estes dados e continua sendo um referencial na análise de violência contra o gênero feminino (diante da escassez de análises como esta), principalmente por considerar a dicotomia público e privado, a questão do gênero e o parto. A pesquisa apontou para a necessidade de se repensar o parto em um contexto que contempla a problemática do gênero e a dicotomia gênero e privado.

Considerando-se que em 2000 foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), percebe-se que o tratamento humanizado ainda não tinha se tornado uma referência no atendimento à gestante e à parturiente. A pesquisa da FPA em parceria com o SESC confirma esse panorama demonstrando que uma a cada quatro mulheres sofreu algum tipo de violência durante o trabalho de parto e no parto.

No tocante à episiotomia, a pesquisa “Nascer no Brasil” realizada em 2011 pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) demonstrou que 53,5% das mulheres que tiveram parto vaginal (nas redes pública e privada) sofreram episiotomia, ou seja, mais da metade passaram por este procedimento controverso (LEAL; GAMA, 2011, p. 8).

Uma vez demonstrado o cabimento de políticas públicas como instrumentos disponíveis para o combate à violência obstétrica e, em especial a episiotomia, adiante far-se-á uma análise da assistência à mulher no momento do parto no Brasil para prosseguir com a análise sob o recorte territorial incidente sobre o Município de Uberlândia.

4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NO MOMENTO DO PARTO

A hipótese é que a proteção dos direitos sexuais é uma das maneiras de combate à violência obstétrica ao (re)estabelecer novas relações intersubjetivas, uma delas como a valorização e do resgate do parto como uma experiência sexual cujo protagonismo é da mulher.

A abordagem do modelo de assistência à saúde da mulher no Brasil se faz valiosa para a compreensão do papel das políticas públicas no parto e para a verificação quanto à possibilidade de reconhecimento da vulnerabilidade ou precariedade da mulher e da necessidade da proteção dos seus direitos sexuais durante o parto.

O modelo de assistência à saúde no Brasil é marcado desde o início por dicotomias, exclusão e desigualdade. Antes da chegada da família real, a saúde não estava incluída como uma preocupação colonial. No Brasil imperial assistiu-se as primeiras ações de saúde, fortemente concentradas na capital, Rio de Janeiro e voltadas principalmente para o controle de epidemias e inspeção sanitária (MAIA, 2010, p. 20).

Após a proclamação da República, percebeu-se a intervenção governamental mediante a adoção de políticas públicas como mecanismos interventivos perante problemas de caráter público. As principais ações foram a criação de centros de formação de profissionais de saúde, além de centros de pesquisa e estudo (MAIA, 2010, p. 20-21).

Nas primeiras décadas do século XX assistiu-se a saúde tornando-se pública por meio de uma política nacional e a distribuição de competências entre os estados e a União com a finalidade de diminuir os impactos das condições precárias de saúde da população na economia. Na década de 1920, houve diversas ações estatais, mas que ensejavam ampliar as políticas de saúde territorialmente, mas ostentavam cunho intervencionista e autoritário.

Da década de 1920 adiante, diversos mecanismos foram criados para efetivar e garantir a incorporação da assistência médica de forma ampla à população brasileira. Um desses mecanismos foi a Lei Eloy Chaves criada em 1923 e a qual implementou a criação das caixas de previdência restritas aos trabalhadores ferroviários, marítimos e estivadores.

As Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) forneciam benefícios previdenciários, assistência médica e medicamentos. O financiamento era compartilhado entre o Estado, os empregadores e os trabalhadores, mas a organização era competência das empresas. Desta forma, a saúde foi atrelada à previdência e embora recebesse a intervenção estatal, não se tratava de um serviço amplo e garantido a todos, uma vez que cada empresa possuía seu próprio

regulamento.

Mais tarde, nos anos de 1930 criou-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), os quais substituíram as CAPs e consubstanciavam um modelo mais conciso em razão do controle estatal mais próximo e o caráter nacional. Entretanto, tratava-se de um sistema excludente, pois a assistência à saúde não era um direito de todos, mas somente de quem estava integrado ao mercado de trabalho formal.

Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) a partir da unificação do sistema de previdência, com vinculação ao Ministério do Trabalho e à Previdência Social. A unificação ampliou a cobertura dos serviços a classes que anteriormente não eram contempladas, como os trabalhadores rurais. Com o fortalecimento do Ministério da Previdência Social, ficou-lhe incumbido as ações individuais de saúde, ao passo que ao Ministério da Saúde competia às ações relativas à saúde pública (MAIA, 2010, p. 22).

Nesta época, após 1964, vigia o regime autoritário marcado pela centralização de receitas e funções estatais. Assim, a saúde se tornou uma responsabilidade predominante da União. Concomitantemente, os estados e municípios perdiam sua autonomia como gestores. A maior consequência desse processo a opção em priorizar os serviços do setor privado, em detrimento do setor público que ficou fragilizado.

Mudanças significativas começaram a ocorrer no final da década de 1970, início da transição democrática paralela ao fortalecimento de entidades internacionais como a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Neste contexto, destaca-se a ocorrência da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cujas resoluções repercutiram na Constituição de 1988.

A Constituição de 1988 é um marco na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde coletiva e determina, no seu artigo 198, que as ações e serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam um sistema único. O Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado de acordo com os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Sua implementação tem como base as diretrizes de hierarquização, descentralização e participação da comunidade. A assistência privada à saúde é livre e as instituições privadas podem participar de forma complementar ao SUS, mediante contrato de direito público ou convênio, sendo dada preferência às entidades

filantrópicas e sem fins lucrativos (MAIA, 2010, p. 25).

No tocante à assistência da saúde da mulher, tem-se que até a década de 1980, a atenção à saúde da mulher dedicava-se somente ao ciclo gravídico e puerperal e a atenção voltada para o binômio mãe-bebê. A seguir, este modelo passou a ser questionado e verificou-se um incremento de uma nova perspectiva que contemplava o ser humano integralmente.

O ato simbólico desse momento da atenção à saúde da mulher no Brasil é o Programa “Assistência Integral à Saúde da Mulher” (Paism) apresentado em 1983. Marcou a ruptura da assistência focada na atenção materno-infantil, definindo como prioridade a adoção de medidas a serem definidas a partir das necessidades da população feminina.

O Paism é um documento histórico no tocante aos aspectos filosóficos e políticos, uma vez que trouxe o conceito de equidade na atenção à saúde, propôs tratamento simétrico entre as mulheres e os profissionais de saúde no intuito de promover a autonomia sobre a vida, corpo e saúde da mulher, além de contemplar todas as fases da reprodução, desde o planejamento reprodutivo até o puerpério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [s.d.]).

A consagração da equidade e do tratamento simétrico inscritos no Paism circunscrita ao parto pode ser considerada o ponto inicial para a política de humanização que foi lançada décadas mais tarde. A equidade requer que a mulher seja ouvida, vista e tida em consideração durante o parto. Desta forma, a centralidade do médico pode ser repensada a partir da valorização da parturiente.

A partir de então, pôde-se pensar em novas abordagens e configurações que contribuíssem para o bem estar da parturiente, pois abria-se mão do domínio do obstetra sobre todo o processo. Neste cenário, ensejou a abertura do espaço para os acompanhantes, obstetizes e doulas, que com base na equidade e no tratamento simétrico, são personagens importantes no combate à violência obstétrica.

Rememore-se que os conhecimentos sobre obstetrícia não pertencem exclusivamente ao domínio da medicina, pois antes do Renascimento, as parteiras eram as detentoras da “arte de patejar”. Atualmente as obstetizes estão conquistando o reconhecimento formal deste conhecimento e passam a ser mais

constantes nos processos parturitivos.

Mônica Bara Maia acentua as diferenças entre a abordagem do tratamento do parto sob o viés da medicina e da enfermagem. Neste último, afasta-se a noção de patologia com o reconhecimento de que se trata de um processo natural, ao qual cabe apenas dar assistência e não intervir.

Assim, de maneira geral, se por um lado os médicos obstetras percebem o parto como um processo potencialmente patológico e que demanda intervenções a fim de se manter o controle sobre a mulher e o nascimento, as enfermeiras o veem como processo fisiológico a ser realizado com pouca ou nenhuma intervenção, no qual o bem-estar geral das parturientes e suas emoções devem ser considerados (Davim & Bezerra, 2002; Angulo-Tuesta *et al.*, 2003; Sodré & Lacerda, 2007). A própria forma como o profissional nomeia a sua assistência ao parto é um importante sinal dessa diferença: o médico “faz” ou “conduz” o parto, enquanto a enfermeira o “assiste” (neste caso, quem faz o parto é a parturiente) (MAIA, 2010, p. 69-70).

As doulas, por sua vez, são mulheres treinadas para dar apoio consistente em suporte emocional, físico e fornecer orientações, além de auxiliar na formação do vínculo com os profissionais no âmbito hospitalar (MAIA, 2010, p. 113). O exercício da doulagem encontra grandes óbices, principalmente quanto ao acesso e permanência nos estabelecimentos de saúde ao lado da gestante ou parturiente²⁵

Verifica-se que os valores do Paism serviram para dar base à implementação de outras abordagens mais centradas na vivência da mulher. Isso é verificado em 2004, quando houve a edição do “Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes” pelo Ministério da Saúde, oportunidade em que se analisou a atenção obstétrica e a mesma foi definida como precária (BRASIL, 2004, p. 28).

A atenção ao parto e nascimento é marcada pela intensa medicalização, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre ainda o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia (BRASIL, 2004, p.

²⁵ Encontra-se em tramitação na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 8.363/2017, o qual propõe a regulamentação da doulagem no Brasil. No Município de Uberlândia, já existe a Lei nº 12.314, de 23 de novembro de 2015 que obriga as maternidades, casas de parto e estabelecimentos congêneres a permitirem a presença de doula durante todo o trabalho de parto, sem prejuízo da presença do acompanhante.

29).

Embora houvesse a intenção em retomar a autonomia da mulher, o parto permaneceu um evento violento, marcado pela institucionalização e medicalização. Registrou-se que no interior dos hospitais eram adotados protocolos rígidos, sem o devido respeito à unicidade de cada caso, evidenciando que as boas práticas de acompanhamento do trabalho de parto não eram adotadas (BRASIL, 2004, p. 29).

O Paim também recebeu críticas pela forma como a atenção à saúde da mulher foi direcionada. Foi apontado que o enfoque adotado era restritivo, o que redundou no comprometimento de abordagens mais amplas, como as que integram gênero e raça, além da ausência de articulação com outras áreas. Assim, não foi dado o devido foco a temas como infertilidade e reprodução assistida, a saúde da mulher na adolescência. As mulheres rurais, lésbicas, presidiárias, indígenas e com deficiência também não foram contempladas, o que afasta o programa do seu ideal de equidade (BRASIL, 2004, p. 19).

Note-se que o Paim ainda atrelava à saúde da mulher à saúde materna e ao processo de reprodução biológica. Esse enfoque não considera os direitos sexuais, assim como as demais questões de gênero. Desta forma, o projeto desalinha-se do conceito de gênero como construção social e política, além de não reconhecer as intervenções oriundas dos símbolos, normas, convenções e instituições sociais que obstam a vivência do parto como uma experiência feminina, sexual e valorosa para as parturientes e para a sociedade.

Contemporaneamente ao Paim, no circuito internacional, ampliava-se o debate sobre os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres. Ressalta-se, mais uma vez o Plano de Ação resultante da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo - 1994) e o documento final da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim – 1995), como um dos marcos inaugurais da politização de temas anteriormente reclusos à esfera privada, tais como gestação e parto.

A partir deste momento, é que estes direitos sexuais e reprodutivos passam a centralizar legislações e políticas públicas. De acordo com MAIA:

Os direitos reprodutivos trazem para o debate público temas considerados da esfera privada (gestação, parto, morte materna, contracepção, aborto) e, até então, impossíveis de serem problematizados em sua perspectiva política e de cidadania. Os

Estados e os governos são chamados a garantir esses direitos por meio da elaboração de legislação e da implantação de políticas específicas. Tais direitos diferem dos civis ou direitos de liberdade – garantidos quando o Estado não intervém – e se assemelham aos sociais ou direitos de poderes [...] (2010, p. 47).

Reflexo da abordagem dos direitos sexuais como direitos humanos, bem como da adesão do Estado brasileiro aos pactos e convenções sobre o tema, Ministério da Saúde edita a Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, a qual institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), cuja finalidade é garantir melhorias no acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que **é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética** e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um **ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher**. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, **evitando práticas intervencionistas desnecessárias**, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002, p. 6, grifos nossos).

A respectiva portaria estabelece que o programa será executado de forma articulada entre os Estados, Municípios e Distrito Federal, com o objetivo de desenvolver e ampliar ações de promoção, prevenção e assistência no ciclo gravídico-puerperal. O documento também apresenta os princípios estruturantes do PHPN:

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

- a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal

adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

c - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

d - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;

e - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;

f - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima (BRASIL, 2000).

Além dos princípios acima, a portaria conta com dois anexos, sendo que o primeiro contém os princípios gerais para o adequado acompanhamento pré-natal e no segundo consta os princípios gerais e condições para a adequada assistência ao parto, no qual se lê:

A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas (BRASIL, 2000).

Em 2014 o Caderno HumanizaSUS, mencionado anteriormente, trouxe os princípios e fundamentos do modelo de assistência obstétrica e neonatal detalhadamente. O primeiro é o parto como uma experiência humana. Nessa afirmação contempla-se cada parto como único e indelével e em razão disso deve-se cuidar para que o local do parto não seja hostil, nem possua condutas rígidas, tal como a separação entre mãe-filho. Assim, a mulher deve receber cuidados de acordo com as suas necessidades, sentir-se segura e protegida, além de ter acompanhamento encorajado (BRASIL, 2014, p. 28).

A assistência centrada na mulher e na família também aparece como princípio e objetiva a promoção do parto como uma experiência positiva para a mulher e sua família. Para tanto, sua saúde física e emocional deve ser considerada, assim como seus valores devem ser reconhecidos afim de que o cuidado seja individualizado e ocorra dentro das expectativas da humanização.

A mulher como foco na assistência obstétrica favorece para a retomada de

sua autonomia durante o parto, uma vez que prevê o estabelecimento de uma boa comunicação entre a equipe, mulher e família, sendo que para a sua concretização é essencial que:

Todos os procedimentos a serem realizados devem vir acompanhados de uma explicação sobre o motivo da sua adoção e a mulher deve sentir que os mesmos são realmente necessários e que poderão contribuir tanto para o seu bem-estar, como para o seu filho ou sua filha (BRASIL, 2014, p. 29).

O acesso e o acolhimento como fundamento da atenção obstétrica dizem respeito à organização dos serviços de forma integrada e harmônica, de forma satisfatória e apta aos cumprimentos dos princípios de universalidade de acesso, equidade e integralidade. Isto é, o atendimento à mulher grávida, em trabalho de parto ou puérpera deve ser acolhedor e garantido em uma unidade de referência, evitando-se a peregrinação de um local de atendimento ao outro, de forma insegura (BRASIL, 2014, p. 29).

O fortalecimento e a participação da mulher na tomada de decisões também é um dos fundamentos da assistência obstétrica humanizada, perfazendo-se em valorizar e tratar a mulher com dignidade, favorecendo a sua autoestima e sua participação no planejamento de todo o ciclo gravídico. Nesta perspectiva, nega-se quaisquer atitudes violentas e agressivas, inclusive o tratamento por chamamentos como “mãezinha”, prevalecendo o atendimento pelo primeiro nome da paciente (BRASIL, 2014, p. 29-30). A prerrogativa é que as mulheres se sintam vistas e respeitadas.

Dentro da dinâmica dos princípios e fundamentos da assistência obstétrica tanto a gravidez e o parto devem abordados como processos saudáveis e fisiológicos. Esse é o fundamento que afasta as intervenções desnecessárias, como é o caso da episiotomia. As práticas com embasamentos científicos são utilizadas para a facilitação do parto, a fim de que aconteça dentro de suas características próprias. As intervenções justificam-se apenas em contextos fora da normalidade, constatado a partir de controles maternos e fetais periódicos, com avaliações contínuas.

No mesmo sentido, o uso de tecnologias deve ser apropriado. Nos grupos de baixo risco, a relação entre a equipe médica e seus pacientes deve ser

preponderante, uma vez que o cuidado, o apoio e a observação direta podem contribuir potencializando o tratamento. Por outro lado, diante de casos com riscos comprovados, a utilização ostensiva de tecnologias interventivas, bem como a vigilância tecnológica intensiva devem ser utilizadas atentando-se às necessidades da mulher e do bebê, no âmbito perinatal (BRASIL, 2014, p. 30).

A assistência humanizada às gestantes, parturientes, puérperas e aos recém-nascidos se concretiza através do trabalho integrado entre uma equipe multiprofissional que pode ser composta por outros sujeitos, tais como obstetras, doulas, psicólogos, de forma que a comunhão de saberes e habilidades favoreça vivências positivas.

Muitos resultados adversos relacionados à mortalidade e à morbidade materna e perinatal têm sua origem em um trabalho em equipe fraco e desarticulado. Em muitas mortes de crianças e mulheres, relacionadas às complicações da gravidez e do parto, identifica-se que a equipe não atua de forma conjunta e coesa e que a forte hierarquia presente entre os seus membros, destacando-se a hegemonia médica, dificulta, e muitas vezes impossibilita, que outras categorias profissionais possam atuar de forma a contribuir para melhorar os resultados (BRASIL, 2014, p. 31).

A assistência humanizada tem como fundamento a adoção de práticas baseadas em evidências científicas com vistas a um parto seguro, com o mínimo de intervenções. Em casos de complicações e riscos verificados, somente práticas validadas cientificamente devem ser validadas. Este cuidado é essencial para que o parto e o nascimento sejam experiências respeitadas para a mãe e o bebê, uma vez que existem várias evidências que prescrevem o abandono de práticas obsoletas e que continuam a ser adotadas rotineiramente, como a episiotomia, o uso de fórceps, dentre outras.

O PHPN apresentou alguns princípios focados na assistência à gestação, parto e puerpério pautados pela dignidade e cidadania com atenção aos princípios que estruturam o Sistema Único de Saúde, quais sejam a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação social. Desta maneira, previu a realização de uma série de atividades tendentes ao tratamento humanizado desde a primeira consulta do pré-natal até o puerpério, além de ter traçado, componentes de incentivo, definindo obrigações aos Estados e aos Municípios a serem

remuneradas após passarem por avaliação.

Neste aspecto, a Portaria nº 569/2000 apresenta relevante cunho administrativo-organizacional ao estabelecer competências aos gestores e procedimentos a serem adotados no sentido que garantirem o incentivo pago pela adoção da referência efetiva do parto humanizado. No tocante às políticas públicas, o documento enseja a criação e articulação de ações voltadas ao propósito do programa de forma abstrata.

Em 2004, as elevadas taxas de mortalidade materna e neonatal ensejaram a formulação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal como uma expressão política do enfrentamento deste problema de saúde pública que configura uma violação dos Direitos Humanos e possui repercussões sociais e que configura uma violação dos Direitos Humanos. No ano de 2002 registrou-se 74,5 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2004, p. 5), ao passo que a relação nos ditos “países desenvolvidos” era de 6 a 20 óbitos por 100.000.

Ao contextualizar o problema, evidenciou-se duas dificuldades na obtenção dos dados: a subinformação (preenchimento incorreto das declarações de óbito ou a omissão que a morte estava relacionada à gestação, parto ou puerpério) e o sub-registro das declarações de óbito (omissão do registro de morte em cartório). O documento ainda trabalhou com a seguinte hipótese:

Existe, ainda, grande possibilidade de que os óbitos femininos e infantis sejam menos registrados que os masculinos, pelo fato de que o status diferenciado da mulher torna a D.O. das mulheres um documento sem importância imediata do ponto de vista legal. Dificilmente as mulheres de baixa renda ou da zona rural, onde ocorrem mais sub-registros, tem herança ou qualquer tipo de benefício previdenciário a ser recebido (BRASIL, 2004, p. 4).

As DSTs²⁶ eram os principais fatores associados às complicações e danos graves à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Dentre estas, a mais comum

²⁶ A partir de 2016, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST HIV/Aids e das Hepatites Virais adotou a nomenclatura “IST” (infecções sexualmente transmissíveis) no lugar de “DST” (doenças sexualmente transmissíveis por meio do Decreto nº 8.901/2016 publicado no Diário Oficial da União em 11.11.2016, Seção I, páginas 03 a 17. O termo IST é mais adequado uma vez que o “D” de “DTS” era doença e implicava em “[...] sintomas e sinais visíveis no organismo do indivíduo. Já ‘Infecções’ podem ter períodos assintomáticas (sífilis, herpes genital, condiloma acuminado, por exemplo) ou se mantêm assintomáticas durante toda a vida do indivíduo (casos da infecção pelo HPV e vírus do Herpes) e são somente detectadas por meio de exames laboratoriais.” (Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2017)

era a doença inflamatória pélvica (DIP) cujas sequelas mais comuns eram a infertilidade, dor crônica e a gravidez ectópica. Os dados demonstram que em 2002, 20,8% dos óbitos maternos tinham causas relacionadas à DIP e no puerpério registrou-se a taxa de 5,3%.

Quanto às causas de morte materna, predominam as obstétricas diretas, destacando as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas, que se mantém, há décadas, como as duas principais causas, ora seguidas pelas infecções puerperais e o aborto, ora pelas doenças do aparelho cardiovascular complicadas pela gravidez, parto ou puerpério (BRASIL, 2004, p. 5-6).

O Pacto finaliza com a proposição de diversas estratégias para a redução da mortalidade materna e neonatal, entre elas estão a qualificação e humanização da atenção ao parto e ao nascimento, sugerindo a revisão e adequação ao PHPN; revisão do modelo de gestão dos hospitais e opção por uma gestar humanizada e participativa; garantia de acolhimento, entendendo-se que o parto é uma urgência prevista e não deve peregrinar em busca de atendimento, direito a acompanhante e alojamento conjunto; implementação de parcerias entre diferentes instituições e a efetivação de pactos estaduais e municipais, dentre outras.

Ademais, das ações propostas depreende-se o intento em promover a articulação entre Estados e Municípios, implementando uma gestão humanizada, investimentos em qualificações de profissionais e instituições hospitalares, estabelecimento e acompanhamento de ações que humanizem a assistência à gestação, parto e pós-parto. Aborda-se também a participação da sociedade civil, denotando uma perspectiva multicêntrica de políticas públicas, na qual o Estado não é o único formulador e executor.

Em 2005 foi criada a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, conhecida como a “Lei do acompanhante”. Apresenta conexão com os princípios da humanização no sentido de romper com o isolamento materno que era preponderante no atendimento às gestantes e parturientes até então.

A referida legislação obriga aos estabelecimentos de saúde que fazem parte do SUS, seja da rede própria ou conveniada, a permitir a presença de 1 (um) acompanhante, eleito pela parturiente, uma vez que o direito se estende a todo o período do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

Outro documento que merece destaque é a Portaria nº 1.067, de 6 de julho de 2005, a qual institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, que prevê claramente em seu artigo 1º, parágrafo único:

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal será executada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005).

A referida política dá novas providências relativas aos procedimentos administrativos e burocráticos dispostos no PHPN, bem como abriga disposições no sentido de promover a assistência à saúde na gestação, parto e pós-parto com base no tratamento humanizado de maneira bastante semelhante à disposta no PHPN. Traz em seu Anexo I os princípios gerais e diretrizes, nos quais adota a autonomia e protagonismo das mulheres como valores norteadores.

A humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2005, p. 3).

Naturalmente esta portaria não faz menção ao termo “violência obstétrica”, uma vez que este foi cunhado em 2007, mas a episiotomia é abordada como uma conduta a ser evitada no Anexo I. Neste anexo também há o estímulo para o desenvolvimento de atividades educativas no sentido de fornecer as informações necessárias sobre atividade sexual e violência sexual, conforme se pode ler adiante:

Os estados e os municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contra-referência, considerando os seguintes critérios:

[...]

3. Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:

3.3. Atividades educativas - a serem realizadas em grupo ou individualmente ao longo da gestação, com linguagem clara e compreensível, considerando as especificidades das adolescentes, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias envolvendo os seguintes temas:

[..]

- atividade sexual, incluindo prevenção da sífilis, do HIV e outras DST, e aconselhamento para o teste anti-HIV;
- saúde mental e violência doméstica e sexual;

[...]

11. Prestar assistência qualificada e humanizada à mulher no pré-parto e parto:

[...]

- promover uso restrito de episiotomia (somente com indicação precisa) (BRASIL, 2005, p. 5).

Todavia, não há nenhum indício que a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal partilhe da compreensão de que o parto seja uma expressão da sexualidade feminina. Tampouco se percebe o nexo entre as possíveis violações sofridas no momento do parto com violência de caráter sexual, de gênero ou institucional.

O PHPN ao lado da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal possuem o mérito de instrumentalizar a alteração de perspectiva sobre mulher no parto, ao menos formalmente e se contrapõem ao modelo de parto hospitalar caracterizado pelo excesso de intervenções até então vigente. A autonomia como valor impõe o restabelecimento da subjetividade da mulher na cena do parto, o que implica atribuir-lhe a capacidade (que já lhe é inata) de tomar decisões e dispor sobre o seu corpo.

Perceba-se como a humanização do parto coaduna-se com teoria do reconhecimento, pois ao propor a autonomia e o protagonismo dos sujeitos reconhece, mesmo que implicitamente, a desigualdade existente entre eles. Rememorando dimensões do reconhecimento, tem-se que a autonomia está inserida nas relações afetivas, circunscrita em um âmbito que ainda não contempla as relações em sociedade.

Oportunizar ou reforçar condições para a autorrelação prática de autonomia das parturientes significa retirá-las do campo de ameaça de maus tratos e ofensas à integridade física em um momento tão importante de suas vidas. É uma discussão primária e necessária para se adentrar no âmbito da igualdade, principalmente no

que tange à co-responsabilidade, pois requer imputabilidade e a contemplação da humanidade dos membros sociais.

Claramente, o objetivo almejado desde a implantação do PHPN é a ampliação da adjudicação de direitos que ocorre na dimensão jurídica em relação aos atos de violência obstétrica que deflagram e acentuam a desigualdade que impede que as mulheres não sejam vítimas de atos tortuosos e tenham seus direitos devidamente respeitados.

Dando prosseguimento ao tratamento legislativo do tema, tem-se que em 2008 foi editada a Instrução Normativa nº 2 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dispondo sobre os indicadores para a avaliação dos serviços de atenção obstétrica e neonatal em consideração à redução dos riscos aos quais mãe e recém-nascido poderiam estar submetidos. A episiotomia aparece como um quesito avaliativo destes serviços.

Em 2011 foi instituída pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha, consistente em uma “[...] rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério [...]” (BRASIL, 2011). A inovação desta portaria é o enfoque de gênero ao lado da proteção declarada aos direitos sexuais das mulheres.

A Rede Cegonha foi pensada de forma a tornar possível a adoção contínua de ações voltadas à saúde materna e infantil por meio da articulação entre governanças e sistemas de apoio à saúde. Da leitura do documento, percebe-se a atenção dada ao planejamento reprodutivo e o interesse em ampliar a construção do modelo de atenção ao parto e nascimento com a construção de espaços coletivos e plurais, que compreendem entidades e pessoas da sociedade civil no art. 8º, II, alínea “c”.

Pode-se afirmar que nas duas últimas décadas o Brasil vem sendo incorporado o paradigma da humanização na assistência às gestantes, parturientes e puérperas inscrevendo os princípios e diretrizes nos documentos normativos atinentes à temática. Pode-se notar também que o tratamento aos direitos sexuais é tímido e nem sempre é expresso nos textos.

Sendo assim, tem-se que o assunto é regulado e objeto de políticas públicas no Estado brasileiro desde o começo dos anos 2000. Entretanto, Monica Bara Maia (2010) ressalva que apesar da existência das políticas, o desafio reside na

implementação por envolver mudanças estruturais na organização hospitalar, nos procedimentos obstétricos, além das perspectivas do parto em relação à gestante.

As políticas públicas assumem o papel de transformar uma realidade posta por meio de propostas normativas que podem ser encaradas como desafios pelos sujeitos envolvidos. Sendo assim, a execução das políticas públicas leva em consideração três fatores: as características do programa, o comportamento dos executores e a reação do grupo-alvo (MAIA, 2010, p. 51-52).

Quanto às características das ações propostas na assistência humanizada à gestação, parto e pós-parto, tem-se que estão fundamentadas pela medicina baseada em evidências além de serem apoiadas e propagadas por diversos movimentos e organismos de proteção aos direitos das mulheres. Ainda assim, sofrem resistência por parte dos profissionais de saúde, das organizações hospitalares públicas e privadas, além das próprias mulheres, suas famílias e da sociedade.

Talvez o maior paradoxo da medicina contemporânea seja o conflito entre o discurso da cientificidade e a prática ritualística e baseada na tradição. Apesar de a medicina pós-renascentista ter buscado se associar à ideia do conhecimento científico, a prática médica contemporânea, em larga medida, não está baseada em evidências científicas. Diversas pesquisas indicam que os médicos não estão familiarizados com o conceito de medicina baseada em evidências, e mesmo quando o estão não a aplicam à sua clínica, que funciona com base na “força do hábito” (MAIA, 2010, p. 153).

Como ressalta da transcrição, é paradoxal o embate entre as vertentes da medicina, em que se percebe um apego às práticas oriundas no período renascentista e o descrédito das evidências científicas atuais que se baseiam o modelo de parto humanizado. Neste modelo, o médico é deslocado da figura central e mais sujeitos passam a compor a cena, sendo que a mulher deveria retomar o protagonismo do parto.

Mas não é apenas a tecnologia dos equipamentos que é reificada. Estudantes de medicina associam a ideia de humanização do parto a precariedade e retrocesso. Para eles, é difícil conceber que toda a tecnologia que esteja disponível, tais como ocitocina e analgesia, para todos os partos e todas as mulheres, não seja empregada (Hotimsky & Schraiber, 2005). O avanço inexorável da tecnologia e sua incorporação acrítica na assistência nos defrontam com uma

oferta que cria a demanda. Entretanto, em termos de assistência médica, é preciso avaliar o quanto a tecnologia pode ser iatrogênica – capaz de produzir resultados negativos na prática médica. (MAIA, 2010, p. 152).

Quanto aos comportamentos dos executores, elenca-se a dualidade do sistema de assistência à saúde, em que coexistem, a grosso modo, o financiamento privado e o público (MAIA, 2010, p. 53). O primeiro modelo de financiamento é marcado pela administração burocrática, mas está submetido a mecanismos de monitoramento e controle de forma mais precisa. Por outro lado, os hospitais privados tendem a adotar mais procedimentos intervencionistas atrelados à medicalização e, apesar da existência de regulação formal, tangenciam e obedecem à lógica do mercado.

[...] em termos de acesso, a assistência à saúde no Brasil foi marcada pela exclusão, no seu início, e pela diferenciação, mais recentemente. Em termos de modelo de assistência, privilegiou-se a perspectiva curativa e hospitalar. Em termos de financiamento, constituiu-se de um híbrido público e privado. Em termos de ações e serviços há uma marca do status social do/a usuário/a. Em termos de atuação governamental, o sistema privado resiste às normativas e regulamentações estatais. Tal estrutura complexa se relaciona com o modelo de assistência ao parto praticado hegemonicamente no país, qual seja, um modelo exclusivamente hospitalar, intervencionista e excessivamente medicalizado (MAIA, 2010, p. 48).

Sobre o terceiro e último fator relevante para a implementação das políticas públicas, tem-se as reações do público-alvo, aqui mulheres no processo parturitivo. Nesse aspecto, a adoção do modelo tecnocrático alia-se à falta de informações fazendo com que “[...] as próprias gestantes e suas famílias esperam por um parto, mesmo que normal, intervencionista e tecnológico [...]” (MAIA, 2010, p. 52). A ideia de um parto sem intervenções sustenta uma aparência de perigoso, sujo, inferior e precário.

Coadunando com o que foi dito, assevera-se que a dominação simbólica contribui com as reações negativas das mulheres quanto à humanização do parto, uma vez que fizeram acreditar que são seres destituídos de força e capacidade, sendo o parto retratado como um evento terrível que marca negativamente a vida e, inclusive, a sexualidade da mulher.

Em nome do controle e da previsão, da manutenção da superioridade simbólica e do culto à tecnologia amparado pela depreciação do corpo feminino são adotadas condutas desnecessárias que interveem no processo parturitivo de modo a sobrelevar a imprescindibilidade do médico e da equipe, como guardiões do conhecimento sobre o parto e do corpo feminino.

Rememorando Carole Pateman (1993) sobre a subjugação das mulheres, mesmo após a instauração da sociedade civil, na qual todos eram, supostamente, livres e iguais, eram consideradas como seres inferiores e desarrazoadas ao ponto de necessitarem da guarda e controle do masculino, que por muito tempo se sustentou através do casamento e no campo institucional pelo tratamento dissociado de dignidade destinado à mulher e ao feminino. Junto a isso frise-se a aproximação da racionalidade ao masculino e à ciência de maneira que o imaginário social elegeu um parto hospitalizado e intervencionista como sendo o mais adequado ao modelo social ao qual estamos ainda inseridos.

O nascimento, sem dúvidas, é do recém-nascido, todavia, o parto é um evento fisiológico, cultural e simbólico da mulher. A ideia de que a intervenção desenvolvida pela tecnologia seja dispensável afronta o poder simbólico estabelecido pela superioridade da medicina na figura dos médicos dominando o parto, a mulher, seu corpo e sexualidade.

No modelo humanizado há a premissa singela, mas que parece ser encarada como ameaçadora de que *a priori*, basta uma mulher grávida para que haja o parto. A instituição hospitalar torna-se lugar de acolhimento e a equipe composta pelos profissionais de saúde juntamente com o acompanhante da gestante são expectadores de um processo que tenderia a acontecer naturalmente.

O parto é um fenômeno particular, caracterizado pelas especificidades de cada mulher e seu bebê, além do meio cultural e social. No âmbito político, o parto assume relevância quando se torna um evento a ser controlado com a finalidade de torná-lo previsível a partir da adoção de procedimentos padrões (MAIA, 2010, p. 156). Para isso, transformou-se um acontecimento familiar e da ordem do feminino em um procedimento normatizado pelo poder simbólico sobre a mulher.

A humanização conflita com o parto tecnocrático quando reestrutura as relações que se estabelecem no ciclo gravídico-puerperal. À mulher dá-se autonomia, criam-se relações de respeito e autorrespeito, culminando com o

estabelecimento da autoestima. Não intervir no parto desnecessariamente é primar pela formação de elos de confiança, da parturiente consigo mesma e com a equipe que estará à disposição e atenta para sanar eventuais necessidades ou carências, tal como no amor filial exemplificado por Axel Honneth para abordar a dimensão afetiva do reconhecimento.

Respeitar as normas atinentes ao parto, normas estas pautadas, a princípio, naquela propriedade que define o indivíduo como ser humano e lhe atribui dignidade e imputabilidade moral estabelece o vínculo de respeito entre a parturiente e os demais sujeitos, sejam individuais ou organizacionais. Neste aspecto, evitar uma episiotomia desnecessária, visto que a sua prescrição restrita é contemplada por diversos planos normativos, é a consubstanciação do reconhecimento na esfera jurídica.

Quanto à dimensão afetiva, cabe associar sexualidade e corpo, uma vez que aquela é vivenciada e performada por este. Desta forma, a ameaça ou lesão à integridade física através da episiotomia de rotina consiste em violação tortuosa da subjetividade e dos direitos da parturiente. Enfim, combater a episiotomia de rotina é contribuir para a construção de uma autoimagem saudável, consistente no sentimento de segurança e autoconfiança.

A tortura e o estupro são os exemplos clássicos desse insulto. Para ele, o maior dano causado por essa forma de desrespeito não é a dor física, mas a humilhação da perda da autonomia corporal, que, mais tarde, converte-se em perda de autoconfiança, estranhamento em relação ao mundo e insegurança no contato com outras pessoas. Em suma, a pessoa é ferida em sua autoimagem (COSTA; ESPINDOLA, 2012, p. 94)

Da mesma forma, a privação dos direitos sexuais da parturiente, bem como a sua exclusão da noção de humanidade a partir da objetificação no processo de parturição afetam a sua integridade social, uma vez que não há resseguro. A mulher tem o seu valor denegado no momento do parto, em decorrência da sujeição ao poder simbólico, da negligência à vida e da exposição ao risco pelo biopoder.

Se o desrespeito na dimensão da estima social se dá pela degradação e pela ofensa, tem-se que a honra e a dignidade da mulher gestante e da parturiente são afetadas pelas estruturas simbólicas que coadunam com a permanência e persistência de metodologias arcaicas e interventivas no parto, confabulado com o

desafio de experienciar a sexualidade, o corpo, os direitos e a si mesma numa estrutura patriarcal e, conseqüentemente, impedindo a avaliação dessas experiências como valorosas para si e para a sociedade.

A violação dos direitos sexuais das parturientes submetidas à episiotomia move a luta por reconhecimento da igualdade em humanidade dessas mulheres. Entretanto, alterar o modelo humanizado significa um processo profundo, tanto das instituições e profissionais de saúde quanto das mulheres que foram inseridas em um conjunto de crenças e valores subjetivos sobre o ser mulher e como parir (MAIA, 2010, p. 52).

A promoção dos direitos sexuais das parturientes é uma reivindicação legítima em razão do estado de vulnerabilidade existente no parto. O reconhecimento, por sua vez, favorece o tratamento respeitoso e humanizado em todos os aspectos da personalidade e em todas as dimensões, construindo autorrelações práticas socialmente sadias.

As políticas públicas apresentam-se como um campo de possibilidades, contemplando a construção de uma agenda de decisões e ações tendentes a romper com a dominação e violências simbólicas. É uma possibilidade de romper com a negligência estatal e atualizar as diretrizes de biopoder no sentido de garantir os direitos sexuais em consonância com o arcabouço normativo já existente.

Arrogando-se às políticas públicas com a teoria do reconhecimento intenta-se tutelar a integridade física e sexual das parturientes, criando relações intersubjetivas autônomas e tornando as mulheres mais autoconfiantes. Estabelecer o autorrespeito e a integridade social, resguardando a imputabilidade moral e à obediência às normas jurídicas. E por fim, garantir a autoestima das parturientes ao promover seu protagonismo no parto e assim, consagrar o parto como uma experiência valiosa subjetiva e socialmente.

4.3 ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO INSTRUMENTOS DE TUTELA DOS DIREITOS SEXUAIS DO MUNICÍPIO DE

A hipótese deste trabalho é que as políticas públicas são instrumentos hábeis para tutelar a sexualidade e os direitos das mulheres no momento do parto com o amparo da Teoria do Reconhecimento formulada por Axel Honneth. Para

tanto, configurou-se a vulnerabilidade da mulher no processo parturitivo, bem como a desigualdade de gênero e apresentou-se a instrumentalidade das políticas públicas de humanização no ciclo gravídico-puerperal.

No item anterior apresentou-se políticas públicas de humanização do parto como mecanismo estatal para intervir no quadro de violência obstétrica. Buscando-se dar concretude à abordagem, adota-se o recorte territorial, incidente sobre o Município de Uberlândia como base para a aferição de políticas combativas da episiotomia de rotina como espécie de violência de gênero, institucional e simbólica a fim de se verificar se as políticas públicas existentes promovem os direitos sexuais das parturientes.

Examinar-se-á como a violência obstétrica é tratada especificamente pelas legislações federais, estaduais até atingir as leis municipais, analisando se: 1) consistem em instrumentos normativos que se enquadram no conceito de política pública adotado neste trabalho; 2) oferecem os atributos que tornam a Teoria do Reconhecimento aplicável; 3) caso a resposta aos itens anteriores seja negativa, avaliar-se-á se existem condições para a implementação de políticas no sentido abordado.

Antes de adentrar no âmbito municipal e uma vez que se tratou das políticas no plano federal, convém ressaltar que o Estado de Minas Gerais lançou o “Plano Decenal de Políticas para Mulheres do Estado de Minas Gerais”. A primeira versão foi criada em 2015 com a intenção em articular e fomentar políticas públicas para mulheres no âmbito do governo, em sintonia com as demandas sobre igualdade de gênero. No tocante à temática da saúde, expõe o interesse em “[...] repensar as práticas de saúde pela perspectiva de gênero” (MINAS GERAIS, 2018b, p. 11).

O plano menciona que no ano de 2017, 18,17% do total de internações de mulheres tiveram como causa gravidez, parto e puerpério (MINAS GERAIS, 2018b, p. 84). O dado é analisado da seguinte forma:

Esse dado soma-se ao diagnóstico brevemente apresentado acima, demonstrando a amplitude de necessidades das mulheres durante a gestação, parto e puerpério, as insuficiências de acesso e a urgência de mudança de modelo, em especial para promover melhorias na saúde das mulheres e o combate à violência obstétrica, uma das facetas de violência de gênero (MINAS GERAIS, 2018b, p. 84).

O documento apresenta consonância com o PHPN, reconhece a violência obstétrica como um problema de gênero e propõe garantir o acesso ao atendimento humanizado à mulher no ciclo gravídico-puerperal, além de financiar e reforçar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento por meio da Rede Cegonha. Também alude à autonomia da mulher e ao seu poder decisório, prescrevendo que procedimentos não consentidos ou sem real necessidade, tal qual a episiotomia, não devem ser realizados (MINAS GERAIS, 2018b).

Quanto aos direitos sexuais, não há tratamento exaustivo e o que existe é focado na educação das adolescentes. Entretanto, traz um dado que é digno de nota, no qual se relaciona mortalidade materna com uma perspectiva restrita dos direitos sexuais:

[...] a mortalidade materna é um dos indicadores mais sensíveis do desenvolvimento de uma sociedade. A literatura descreve que 95% dos óbitos maternos no mundo poderiam ser evitados, se os serviços de saúde pública e privados ampliassem os direitos sexuais e reprodutivos à mulher e garantissem uma atenção obstétrica segura e respeitosa (MINAS GERAIS, 2018b, p. 84).

Por fim, além do que foi dito, não há indícios contundentes que fomente a promoção dos direitos sexuais para uma vivência do parto de forma mais saudável, nem a contemplação da violência obstétrica como violência sexual. O termo “episiotomia” é mencionado apenas uma vez, exemplificando atos da violência obstétrica.

Tratando especificamente do Município de Uberlândia e considerando-se o gênero feminino, o parto e os direitos sexuais, tem-se que a Lei nº 6.933 de 13 de maio de 1997 criou o Conselho Municipal da Mulher (C. M. M.) como órgão da administração direta com caráter consultivo, deliberativo e com atribuições de planejar, controlar e fiscalizar políticas e ações relacionadas à mulher. Neste momento, o foco era a ampliação de empregos e eliminar qualquer forma de discriminação contra as mulheres (UBERLÂNDIA, 1997).

A referida lei foi revogada pela Lei nº 8.502 de 22 de dezembro de 2003, que passou a regulamentar o C. M. M. e criou o Fundo Especial dos Direitos da Mulher, destinado a gerir recursos para financiar programas de promoção à mulher e relações de gênero do C.M.M. Nesta legislação há a primeira menção à “política

municipal de promoção da mulher e relações de gênero”, cuja formulação, proposição e supervisão foram atribuídas ao respectivo conselho.

A Lei nº 11.843 de 20 de junho de 2014 revogou a anterior e alterou a nomenclatura do conselho para “Conselho Municipal dos Direitos das Mulheres” (CMDM). Pela primeira vez, vislumbrou-se a saúde da mulher e os direitos reprodutivos e sexuais. Importantes alterações foram feitas pela Lei nº 12.449 de 17 de junho de 2016 no artigo 4º, sobre as competências do CMDM. Leia-se os incisos mais relevantes:

XV - sugerir ações que previnam, protejam e recuperem a saúde, direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, mediante programas e medidas promovidas pelo Ministério da Saúde e Secretarias específicas; (Redação dada pela Lei nº 12.449/2016)

[...]

XIX - desenvolver ações que assegurem a adoção, pelo Município de Uberlândia, das medidas constantes de todas as convenções/tratados/acordos nacionais e internacionais, referentes às mulheres e relações de gênero, das quais o Governo Brasileiro seja signatário; (Redação dada pela Lei nº 12.449/2016)

[...]

XXIII - sugerir ações pela não violência física, sexual, psicológica, moral e patrimonial contra as mulheres, e de ampliação de políticas públicas nesta área, sendo cada segmento com seu enfoque, sem que haja retrabalho ou ações similares e redundantes; (Redação dada pela Lei nº 12.449/2016)

[...]

XXVI - eliminar todas as formas de discriminações de gênero, de classe social, raça/etnia, orientação sexual, geração, moradia, de modo a assegurar-lhes plena participação e equidade nos planos político, econômico, social, cultural, educacional, simbólico, jurídico, trabalhista, de infraestrutura, de saúde, de direitos sexuais e reprodutivos; (Redação dada pela Lei nº 12.449/2016)

[...]

XXIX - priorizar o atendimento às mulheres, especialmente aquelas que estiverem em situações de vulnerabilidade, nas políticas públicas e órgãos/serviços existentes; (Redação dada pela Lei nº 12.449/2016) (UBERLÂNDIA, 2014).

Os dispositivos da Lei nº 11.843/2014, como se pôde ver, estruturam a implementação das políticas públicas atinentes às mulheres em Uberlândia. Percebe-se que o principal intuito é restaurar a igualdade nas relações, assegurando às mulheres prerrogativas equânimes em diversas frentes, tal como a saúde, a educação, o mercado de trabalho, além de outras.

A referida política municipal de promoção da mulher e relações de gênero,

mencionada nas leis municipais desde 2003, não se constituiu em um diploma legal e ao que parece não chegou a ser formulada e proposta formalmente. Entretanto, a Lei nº 11.843/2014 é a norma que mais se aproxima da promoção de gênero, apesar de seus dispositivos possuírem cunho predominantemente administrativo. Panoramicamente, apresenta-se como uma evolução legislativa sobre os direitos da mulher na esfera municipal.

Atentando-se ao parto e à violência obstétrica, a cidade conta com dois hospitais e maternidades públicos, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU – UFU) e o Hospital Municipal “Dr. Odelmo Leão Carneiro”, sendo que ambos possuem projetos de humanização do parto, além de a cidade contar com profissionais adeptos da assistência obstétrica humanizada que atuam em hospitais particulares e grupos de orientação das gestantes (SILVA, 2019, p. 8) com a finalidade de promover o parto como uma experiência saudável, digna e o menos interventiva possível.

Em 2007 foi editada a Lei nº 9.690 de 20 de dezembro de 2007, a qual dispõe sobre o programa “Mãe Uberlândia – Programa de Humanização do Parto”, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Uberlândia. O programa possui foco no pré-natal, na captação de gestantes e na realização de consultas, exames e vacinação nessa fase. Quanto ao parto, a preocupação é evitar a prematuridade (UBERLÂNDIA, 2007). A lei não contempla o parto como uma experiência sexual, passível de violência, tampouco aborda sobre episiotomia.

A violência obstétrica tornou-se matéria legislativa no Município em 2015 com a promulgação da Lei nº 12.315. A partir deste ano, observa-se a implementação de outras duas políticas proeminentes no HCU-UFU. A análise concentrar-se-á nestas políticas que abrangem, em razão da dificuldade em obter dados do Hospital e Maternidade “Dr. Odelmo Leão Carneiro”.

4.3.1 Lei nº 12.315, de 23 de novembro de 2015

A análise da lei uberlandense sobre violência obstétrica será contextualizada perante outros instrumentos normativos sobre o mesmo tema, a fim de que se possa observar qual é o tratamento destinado ao assunto e as possíveis implicações. Assim sendo, no âmbito federal, a primeira ocorrência é o Projeto de

Lei nº 7.633/ 2014 de autoria do deputado federal Jean Wyllys, o qual dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. O documento inaugura as propostas legislativas de combate à violência obstétrica.

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, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério (BRASIL, 2014).

O tratamento dado à violência obstétrica destaca seu caráter desumano. De acordo com o que foi abordado neste trabalho, revela-se que a “apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres” enseja à constatação de traços da dominação inicialmente simbólica. Porém, se observada com atenção, repercute no corpo, como dominação física exercida por meio das instituições e profissionais da medicina. Ademais, note-se que o caráter psicológico da violência obstétrica é olvidado no projeto.

Perda da autonomia corresponde à deturpação do reconhecimento na esfera afetiva através da ofensa à integridade física e constrição à autoconfiança. Ao seu turno, a perda da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade impacta na dimensão jurídica, demonstrando como a imputabilidade moral é afastada das parturientes, uma vez que não são consideradas como iguais para decidirem com autonomia, reverberando na frustração da formulação da autorrelação prática baseada no autorrespeito. Lembre-se que a estima, como processo valorativo de atribuição às próprias capacidades e propriedades só é possível a partir do autorrespeito, não há que se falar em reconhecimento na dimensão da solidariedade.

O projeto de lei visa o controle e a erradicação da violência obstétrica em seu artigo 17, propondo as Comissões de Monitoramento dos Índices de

Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas (CMICBPO) para as notificações, além da denúncia à ouvidoria dos serviços de saúde e aos Conselhos Regionais de Medicina e Enfermagem. Também impõe a responsabilização dos profissionais e instituições, prevendo punições às infringências da possível lei.

Por fim, alude-se ao *caput* do artigo 22, no qual se inscreve a proteção aos direitos sexuais e reprodutivos das parturientes e ao inciso VI que prevê a proteção contra todas as formas de violência à mulher, inclusive a violência simbólica, coadunando com tudo o que foi dito até aqui.

Art. 22 - Mulheres, crianças, homens e famílias devem ter preservados seus **direitos sexuais** e reprodutivos, observando-se, especialmente, o seguinte:

VI – proteção contra quaisquer formas de abuso e violência, principalmente **formas de violência simbólica contra a mulher** e o neonato durante o parto e o nascimento (BRASIL, 2014, grifo nosso);

O Projeto de Lei nº 7.633/2014 permanece em tramitação na Câmara dos Deputados. Até o presente momento, são contados 06 (seis) anos da proposta... Os projetos de lei lançados posteriormente com temáticas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal têm sido apensados a este, inclusive projetos recentes de 2019, mas que não serão abordados aqui, em razão de seus conteúdos não se prestarem aos propósitos desta pesquisa.

Em termos semelhantes ao PL nº 7.633/2014, existe o Projeto de Lei nº 7.867/2017, de autoria da deputada federal Jô Mendes, com a seguinte ementa: “Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério” (BRASIL, 2017).

Adota o conceito de violência obstétrica semelhante ao Projeto de Lei precedente (2014), qual seja, ato de membro de equipe de saúde que ofenda verbal ou fisicamente gestantes ou parturientes. Este conceito assemelha-se ao formulado pela legislação venezuelana (VENEZUELA, 2007), a qual inaugurou a definição normativa desta espécie de violência contra as mulheres.

No Projeto de Lei nº 7.867/2017, a episiotomia é elencada como espécie de violência obstétrica no artigo 4º, inciso XIII. Em suas justificativas, percebe-se a consideração da complexidade nas manifestações da violência obstétrica,

exemplificada com o caráter sexual e físico da episiotomia. Contudo, no corpo do projeto não se aborda os direitos sexuais ou a integridade física da parturiente.

[...] a violência obstétrica pode conter, em sua manifestação (havendo a necessidade, portanto, de considerar cada caso individualmente), os tipos de violência física e sexual, no caso de uma episiotomia consentida, por exemplo, ou física, sexual e psicológica, se não houver consentimento da mulher em submeter-se ao procedimento (BRASIL, 2014).

Perceba-se que desde a década de 1980 a assistência ao parto é um tema que repercute no Estado Brasileiro até este ano, de 2020, não existe uma legislação federal e a razão não é a ausência de propostas. Remete-se a motivação à dominação simbólica, a saúde sexual da parturiente com reconhecimento denegado pelo Estado, reafirmando que se trata de uma conjuntura que reflete no exercício do biopoder negligente quanto ao feminino.

Diante da ausência de legislação federal sobre o tema, alguns Estados tomaram para si a prerrogativa de legislar sobre a temática. O pioneiro foi o Estado de Santa Catarina, com Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017, a qual dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado.

Tem por objetivo implementar medidas de informação e proteção às gestantes e parturientes de Santa Catarina, além de combater a violência obstétrica e divulgar a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Em seu artigo 2º traz o seguinte conceito de violência obstétrica, dentre outras práticas, tipificados no artigo seguinte, de maneira não taxativa.

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério (SANTA CATARINA, 2017).

Episiotomia é mencionada uma única vez como conduta consistente em violência obstétrica, no inciso XIII do artigo 3º

Art. 3º Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

XIII – proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível (SANTA CATARINA, 2017);

A lei catarinense não faz nenhuma abordagem sobre autonomia, integridade física, direitos sexuais ou sexualidade. E atribui a fiscalização e aplicação das sanções pertinentes aos órgãos públicos nos âmbitos de suas atribuições, sem maiores definições.

A exemplo do Estado de Santa Catarina, Minas Gerais instituiu a Lei nº 23.175, de 21 de dezembro de 2018, dispondo sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado.

O artigo primeiro estabelece o direito ao atendimento humanizado durante o todo o ciclo gravídico-puerperal e a prevenção à violência na assistência obstétrica. No artigo 2º há a definição de violência na assistência obstétrica:

Art. 2º Para os fins desta lei, considera-se violência na assistência obstétrica a prática de ações, no atendimento pré-natal, no parto, no puerpério e nas situações de abortamento, que restrinjam direitos garantidos por lei às gestantes, às parturientes e às mulheres em situação de abortamento e que violem a sua privacidade e a sua autonomia (MINAS GERAIS, 2018a).

Destaca-se à referência genérica às restrições de direitos, nos quais se incluem implicitamente os direitos sexuais e a menção à autonomia. A lei mineira não elenca a episiotomia como espécie de violência obstétrica, tampouco aborda explicitamente sobre integridade física, direitos sexuais ou sexualidade.

Existe uma margem de abertura para o tratamento da episiotomia no artigo 3º, inciso I, o qual diz respeito ao direito de a gestante ser informada sobre os riscos e benefícios das intervenções no processo de parturitivo. Conforme já foi dito anteriormente, a informação permite que as mulheres decidam com autonomia no momento do parto.

Adotando-se a metodologia de análise de caso e recorte territorial, delimitou-se o Município de Uberlândia para a análise acerca da existência ou não de políticas públicas contemplativas dos direitos sexuais das parturientes, com foco no combate à episiotomia de rotina para efetuar o reconhecimento da vulnerabilidade das

parturientes e assim intentar a reestruturação das relações sociais.

O recorte se torna profícuo, uma vez que o Município possui papel relevante na gestão e execução de ações e serviços públicos de saúde dentro do Sistema Único de Saúde, criado na Constituição Federal de 1988. Além de se pressupor maior proximidade com o público-alvo.

Para Mercadante (2002), o modelo original do SUS concede protagonismo ao município, revertendo a lógica da centralização federal que marcou o período da ditadura militar. Às secretarias municipais de Saúde são confiadas a gestão e a execução das ações e serviços públicos de saúde, seu planejamento, organização, controle e avaliação. Além disso, o poder municipal também é exercido na celebração de contratos e convênios, controle, avaliação e fiscalização das atividades da iniciativa privada. (MAIA, 2010, p. 120)

O Município de Uberlândia promulgou a Lei nº 12.315, de 23 de novembro de 2015, a qual dispõe sobre a implementação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e a proteção contra a violência obstétrica. Releva-se que a lei uberlandense precede a Lei nº 17.077/2017, do Estado de Santa Catarina.

A definição de violência obstétrica não difere substancialmente do conteúdo da apresentada pela legislação venezuelana, a mesma adotada no PL 7.633/2014 e que retoma o conceito de violência contra a mulher formulado na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher de 1994 (BRASIL, 1994).

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico ou pela equipe do hospital, que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério (UBERLÂNDIA, 2015a).

A Lei do Município de Uberlândia também coloca explicitamente a episiotomia no rol das condutas consideradas violentas e aborda a questão da permissão para a realização de todas as intervenções, condicionando ainda a explicação de forma compreensível.

Art. 3º Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal

ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

[...]

XIII - **proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;**

[...]

XV - fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado (UBERLÂNDIA, 2015a, grifo nosso).

Em sua justificativa constante no Projeto de Lei nº 1.089/2015 (que deu origem à Lei nº 12.315) lê-se que a violência obstétrica ocorre em um cenário no qual a mulher perde sua autonomia e a capacidade de decidir sobre seu corpo e sexualidade. Contudo, a perspectiva do respeito pela integridade física e aos direitos sexuais não foi explicitada no corpo do texto da referida lei.

A violência obstétrica existe e caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicação 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 mulheres [...] (UBERLÂNDIA, 2015b).

Atentando-se à leitura do Projeto de Lei e da respectiva Lei Ordinária fica clara a preocupação incidente sobre a assistência à saúde da mulher gestante e parturiente no Município de Uberlândia. O problema é caracterizado com referência às legislações da Venezuela e Argentina, pelas recomendações da OMS e reportagens que anunciam a ocorrência da violência obstétrica em nível global.

Evidencia-se o problema como um tema de saúde pública atinente aos direitos humanos das mulheres que carece de ação, diálogo e pesquisa a fim de estabelecer uma prática de cuidados respeitosos e sem discriminação destinados às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Sendo assim, a Lei nº 12.315/2015 ostenta-se como uma prescrição normativa dedicada ao combate da violência obstétrica no âmbito municipal.

Os direitos sexuais são contemplados na *mens legis*, mas não aparecem no texto legislativo. E não há mais considerações sobre a episiotomia, além de sua adoção restrita e condicionada à permissão da parturiente. Não há nada que vincule o corte perineal como uma ofensa aos direitos sexuais. Tampouco denota maior

atenção a estes direitos no sentido de uma tutela explícita.

Contando a dita legislação com 5 artigos, o mais eminente é o artigo 3º, cujos incisos definem as condutas que caracterizam a violência obstétrica. São dispositivos proibitórios cuja obediência tende à reafirmação da autonomia da mulher e ao estabelecimento de autorrelações práticas de autorrespeito entre os sujeitos envolvidos.

A lei uberlandense, grosso modo, não apresenta grandes diferenças dentre as demais analisadas, principalmente no tocante aos direitos sexuais. Percebe-se que o tema é reproduzido de forma sistemática nos diplomas legais: instituir o combate à violência obstétrica, defini-la conceitualmente e tipificar suas condutas.

Importante relembrar os princípios éticos norteadores dos direitos sexuais, já abordados previamente no item 2.2, os quais são: a igualdade, a diversidade, a autonomia pessoal e a integridade corporal. Ampliando-se o debate, far-se-á breves comentários, mas oportunos acerca da igualdade e da autonomia.

O princípio da igualdade incide nas relações intersubjetivas, mais precisamente nas relações estabelecidas entre homens e mulheres, âmbito que Jane Márcia Progianti, Luciane Marques Araújo e Ricardo José de Oliveira Mouta (2008) denominam de sistema de gênero na pesquisa “Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade”. É uma concepção fundamental para se quebrar o estigma de inferioridade estabelecida pela dominação simbólica que naturaliza a violência contra as mulheres e uma diretriz a ser adotada em termos de biopoder.

A atuação estatal não pode se esquivar da dicotomia existente entre os gêneros negligenciando as pautas atinentes aos direitos das mulheres, tais como o parto e a sexualidade. O respeito à igualdade pelo Estado no tocante aos direitos sexuais deve ser incorporado na gestão do biopoder e compelir ao tratamento digno e universal a todos, sem discriminação por sexo ou gênero, privando-o os sujeitos de direito da submissão à tratamentos violentos, desumanos, tortuosos ou que representem de alguma forma violação aos seus direitos humanos e fundamentais.

[...] o princípio da igualdade se aplica aos direitos sexuais e reprodutivos em dois âmbitos principais: o campo das relações entre homens e mulheres (sistema de gênero); e a esfera das relações entre as próprias mulheres (definida por condições de classe, raça, etnia, nacionalidade) (PROGIANTI, ARAÚJO, MOUTA, 2008, p. 46).

Outro aspecto considerável é a mitigação das desigualdades existentes entre as próprias mulheres, imbuindo os direitos sexuais realmente no seu caráter universal e indivisível. Mais uma vez, esclarece-se que não se trata de diminuir as diferenças que contribuem para a diversidade, mas sim de diminuir as condições que impossibilitam as gestantes e parturientes de gozarem de seus direitos amparadas pela igualdade.

A igualdade é um aspecto na esfera jurídica da Teoria do Reconhecimento, pois é fundamental para o estabelecimento de relações jurídicas fundadas pela imputabilidade moral e pela liberdade, com a adjudicação de direitos universais a todos os membros da sociedade. Na dinâmica da episiotomia, nada mais é que a concretização da proteção universal conferida aos direitos sexuais.

Contemplando os direitos sexuais no momento do parto, para as parturientes, a autonomia diz respeito à ausência de privação de sua liberdade e à prerrogativa de decidir questões relativas aos procedimentos que possam vir a ser adotados. Para os demais sujeitos, impõe a concordância e adoção das decisões tomadas pelas mulheres, desde que não haja risco para a saúde das mesmas ou de seus conceptos, sem impingir-lhes tratamentos degradantes ou inferiorizá-las.

A autonomia, pela perspectiva da Teoria do Reconhecimento, é a autorrelação prática que estrutura as relações sociais da dimensão do amor. Assim, a autonomia é promovida com o respeito à integridade física, outro princípio ético dos direitos sexuais. Em uma assunção conglobada, a autonomia consagra a humanização do parto, criando relações amparadas pelo tratamento digno e condições de a mulher construir autoconfiança em si mesma para parir, ciente de que não será aviltada.

A autonomia e a igualdade são aspectos essenciais a serem contemplados em todas as frentes de combate à violência obstétrica. Desta forma, devem ser incorporadas em toda proposta que tenha como objetivo a proteção dos direitos sexuais, implícita ou explicitamente.

Analisando a Lei Ordinária nº 12.315/2015, atenta-se para a constatação de que ela está inserida em um cenário mais amplo, que é o da divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, que, conforme já foi demonstrado, tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à

saúde de gestantes e possui a autonomia como valor norteador da humanização.

A respectiva Política encarrega os Estados e Municípios da promoção uma série de ações e procedimentos, dentre os quais destaca-se as atividades educativas sobre aspectos atinentes à sexualidade, saúde mental e violência sexual no item 3.3. do anexo I da Portaria nº 1.067, de 6 de julho de 2005, já transcrito oportunamente.

Quanto ao dever de informação, na legislação uberlandense, há o artigo 4º, com a seguinte disposição: “Os estabelecimentos hospitalares deverão expor cartazes informativos contendo as condutas elencadas nos incisos I a XXI do artigo 3º.” No parágrafo §2º do respectivo artigo, estabelece que os cartazes deverão constar os órgãos e trâmites para a denúncia nos casos de violência, disciplinados nas alíneas.

Quanto aos órgãos destinatários da denúncia, tem-se que, se o parto realizado foi em alguma unidade compreendida pelo Sistema Único de Saúde - SUS, a ouvidoria do hospital deve ser informada por carta, com cópia para a diretoria clínica, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Ministério Público e Delegacia da Mulher. Caso o parto tenha ocorrido em hospital da rede privada, Diretoria Clínica do Hospital também deve ser informada por carta, com cópia para a Diretoria do seu Plano de Saúde, ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e para as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, Ministério Público e Delegacia da Mulher (UBERLÂNDIA, 2015a).

Embora haja a tipificação de condutas consistentes em violência obstétrica, não há a definição ou criação de um órgão ou autoridade competente para a fiscalização do cumprimento do dever de informação. Ademais, acrescenta-se que a divulgação dos referidos incisos não transparecem cuidados evidentes e de fácil compreensão em relação à autonomia, à integridade física, à promoção da igualdade e da diversidade, tampouco da tutela dos direitos sexuais, com exceção tácita da referência à episiotomia a ser evitada.

Adiante, uma transcrição da Flávia Piovesan na qual a autora estabelece o vínculo imprescindível entre a implementação dos direitos sexuais com a adoção de uma ação político-jurídico emancipatória. A Teoria do Reconhecimento é justamente este substrato político-jurídico emancipatório totalmente compatível com os princípios e diretrizes da humanização do parto.

[...] a efetiva implementação dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, sob a perspectiva dos direitos humanos, demanda uma ação político-jurídica emancipatória, criativa e transformadora que, enfrentando tabus, assegure aos indivíduos a titularidade de direitos, garantindo o exercício de sua sexualidade e de sua capacidade reprodutiva, com plena autonomia e dignidade (PIOVESAN, 2003, p. 54)

Tratando-se a lei municipal como política pública é forçoso admitir que embora esteja imbuída no combate à violência obstétrica referendando-a como problema público a ser solucionado e possuir motivações em razões atinentes aos princípios éticos dos direitos sexuais, em especial a autonomia, nos termos da Teoria do Reconhecimento, carece de elementos para promover a tutela dos direitos sexuais das parturientes munícipes.

A efetiva tutela destes direitos requer a emancipação subjetiva e a garantia de tratamento digno, humano, sem discriminação e respeitoso. Entretanto, o que se repara é que a lei do Município de Uberlândia (e as demais) apresenta uma reprodução sistemática das condutas que tipificam a violência obstétrica, estabelecendo protocolos de condutas, sem impingir sanções, processos de responsabilização ou mesmo a fiscalização. A manifestação estatal não faz uso do poder coercitivos, nem impositivos característicos do aparato jurídico.

Permanecendo com a Lei Ordinária nº 12.315/2015 em tela, chama-se a atenção para o foco intersubjetivo que está na relação entre parturiente e equipe médica. A humanização é a condução para se diferenciar o que é violência obstétrica e o que não é e aparece como uma imposição sobre os profissionais de saúde no trato com a parturiente.

Eis que urge ressaltar certa resistência do Estado em assumir o papel de sujeito institucional que está envolvido em relações de poder com as parturientes. Se existe um amplo arcabouço teórico e normativo, baseado em evidências, o que representa a negligência estatal em assumir o viés político da questão e implementar o reconhecimento dos direitos sexuais?

É claro que há diferenças entre políticas que buscam explicitamente a morte de determinadas populações e políticas que produzem condições de negligência sistemática que na realidade permitem que as pessoas morram. Foucault nos ajudou a articular essa

distinção quando falou sobre as estratégias bastante específicas do biopoder, a gestão da vida e da morte, de forma que não requerem mais um soberano que decida e ponha em prática explicitamente a questão sobre quem vai viver e quem vai morrer (BOURDIEU, 2012, p. 12).

Qual é o sentido da replicação de dispositivos nas leis que tratam sobre violência obstétrica? Quais as razões para a demora na tramitação do Projeto de Lei nº 7.633 de 2014, o primeiro em âmbito federal?

Diante dessas inquietações que as políticas públicas figuram como propostas de reconstrução das relações de poder no momento do parto com fundamento na Teoria do Reconhecimento que deve repercutir também no exercício do biopoder. A tutela dos direitos sexuais favorece a proteção da integridade física e sexual das parturientes, concedendo-lhes a autonomia necessária para se reconhecerem livres e iguais no exercício de seus direitos.

Enquanto não houver uma alteração significativa, que ultrapasse a mera adoção formal de convenções e tratados sobre direitos sexuais, as mulheres permanecerão desprotegidas e ameaçadas a serem submetidas a uma episiotomia de rotina desnecessária com o único intento de manter as relações pautadas na subjugação feminina e as diretrizes de biopoder ignorando a precariedade e vulnerabilidade dos corpos mulheres.

4.3.2 Apice On e Projeto “Parto Adequado”

O Hospital de Clínicas de Uberlândia está entre os três maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC). É hospital referência em média e alta complexidade para a região denominada como Triângulo Norte, a qual compreende 86 municípios e é também onde mais de 1.000 profissionais ligados à saúde materna e neonatal executam suas atividades (MORATO, 2019, p. 5).

O HCU-UFU foi um dos cinco hospitais públicos selecionados para compor o Projeto “Parto Adequado” (PPA), desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde (ANS) em conjunto com o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o Institute for Health Care Improvement (IHI), contando ainda com o apoio do Ministério da Saúde. Em 2015 teve início a fase piloto do projeto para testar estratégias baseadas

em evidências científicas com a finalidade de melhorar a assistência ao parto e ao nascimento (ANS, 2016a, p. 18-19).

O principal cuidado é com a redução do número de partos cesáreos sem indicação clínica com a prevenção dos possíveis efeitos adversos desta intervenção no processo parturitivo, que contraria as recomendações internacionais e as evidências científicas atuais. A recomendação da OMS é de até 15% dos partos sejam cesáreos. De acordo com a ANS, em 2015, a média nacional de cesarianas era de 57% (ANS, 2016a, p. 11).

O PPA, na realidade, origina-se a partir de uma ação civil pública promovida pelo Ministério Público Federal contra a ANS, requerendo que a instituições tomasse medidas mais efetivas na redução do elevado percentual de cesarianas desnecessárias no país (ANS, 2016a, p. 9). O projeto adotou uma abordagem que enlaça aprendizagem e ação, com avaliações de indicadores a fim de apurar sua aptidão para ser implementado em larga escala (ANS, 2016a, p. 19).

As principais mudanças concentravam-se em formar coalizões alinhadas em torno da qualidade e segurança na atenção ao parto e nascimento, informar e empoderar gestantes; favorecer a evolução fisiológica do trabalho de parto e capacitar os profissionais de saúde envolvidos (ANS, 2016a, p. 19). Note-se que, para o projeto, o empoderamento da gestante está relacionado com o acesso a informações que permitam fazer as escolhas mais adequadas sobre o trabalho de parto.

A primeira fase do projeto finalizou com o aumento dos partos vaginais nos hospitais pilotos, como a UFU, totalizando 37% em comparação a 22% em 2014. O HCU-UFU estava dentre os nove hospitais pilotos que atingiram a meta de 40% de partos vaginais (ANS, 2016b, p. 67). Entretanto, não foi possível localizar maiores dados, como o número de episiotomias realizadas durante o projeto.

O HCU-UFU está inserido em outro projeto de qualificação de médicos e enfermeiros: Apice On – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino Obstétrico e Neonatologia. Trata-se de uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), Ministério da Educação e Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), sendo

a Universidade Federal de Minas Gerais a instituição executora.

A proposta envolve a qualificação do cuidado nos campos de atenção e cuidado ao parto e nascimento em hospitais de ensino ou que atuam como unidade auxiliar de ensino no âmbito da Rede Cegonha. Constituído por 97 hospitais, busca a incorporação de um modelo de assistência voltado para as necessidades e direitos das mulheres, seus bebês e familiares a partir da adoção das melhores práticas disponíveis (APICE ON, 2018).

Dentre os objetivos do projeto da prática da episiotomia de rotina, bem como de outros procedimentos desaconselhados pelas evidências científicas mais recentes, como a cesárea sem indicação clínica (APICE ON, 2018). O projeto disponibiliza em seu site boletins cujas temáticas dizem respeito às boas práticas na assistência ao parto e nascimento, mas não há relatórios ou documentos semelhantes.

Diante da ausência de dados disponibilizados pela ANS quanto ao número de episiotomias realizadas no HCU-UFU, recorre-se aos dados apresentados por Michelle Gonçalves Vilela de Andrade Morato, em sua dissertação, submetida ao programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, em 2019.

Com o tema “Prática da episiotomia durante a assistência ao parto”, o objetivo da pesquisa em destaque é a análise dos fatores de risco e das tendências associadas à realização da episiotomia no HCU-UFU em um recorte retrospectivo de 5 (cinco) anos, contemplando o período compreendido entre 01 de janeiro de 2013 até 31 de dezembro de 2017.

Selecionou-se os prontuários que continham os seguintes códigos da 10^a Classificação Internacional de Doenças (CID-10): O80 (parto único espontâneo), O81 (parto único com fórceps ou vácuo-extrator) e O82 (parto único por cesariana). Os resultados são os seguintes:

Foram analisados 3318 prontuários de mulheres que tiveram parto vaginal. Dessas, 1.229 foram submetidas à episiotomia. A episiotomia ocorreu em uma taxa de 37,04%, com uma diminuição significativa durante os cinco anos do estudo de 63% para 25% ($p = 0,000$; $X^2 = 268,570$). Os fatores de risco para a realização da episiotomia durante o parto foram: idade materna entre 35-39 anos (RR = 1.592; IC95% 1.118-2.436); etnia negra / parda (RR = 1.100; IC95% 1.040-1.290) e não utilização do partograma durante a

assistência ao trabalho de parto (RR = 1.502; IC95% 1.230-1.891) (MORATO, 2019).

É possível acompanhar como ocorre a redução através dos anos, desde 2013 até 2017 na seguinte tabela:

Table 2. Frequency of episiotomies in vaginal deliveries from January 2013 to December 2017 (n= 3,318)

Year	Episiotomy (%) [*]
2013	63.4
2014	49.7
2015	29.7
2016	29.6
2017	25.7

^{*} Chi-square test (p=0,000; X²=268,570)

(MORATO, 2019, p. 35)

A pesquisa associa a redução do número de episiotomias a uma série de fatores, sendo o mais preponderante a tendência à abolição preconizada pelas evidências científicas da atualidade que integram as fundamentações teóricas dos acordos, convenções, legislações e políticas públicas que encaram o corte perineal como problema de saúde pública e espécie de violência obstétrica (MORATO, 2019, p. 24-25).

A partir disso, destaca-se que em 2013, em âmbito municipal, havia apenas o programa “Mãe Uberlândia – Programa de Humanização do Parto” (Lei nº 9.690/2007), o qual, conforme já foi dito, voltava-se ao pré-natal e a impedir a prematuridade. Apesar da gestão do HCU-UFU ser federal, verifica-se que os princípios do PHPN, assim como da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal não haviam sido devidamente integrados, uma vez que a taxa de partos

cesáreos estava acima de 40% e a taxa de episiotomia em 63,4%.

Em 2014 houve uma redução de 13,7% no total de episiotomias realizadas. Não há como afirmar que existe alguma relação, mas é o ano da edição da Lei nº 11.843/2014, a qual introduz os direitos sexuais e reprodutivos na legislação uberlandense. Convém mencionar que na cidade dois grupos de gestantes consolidavam suas atividades, o “Bom parto” e o “Flore Ser”.

O Grupo Bom Parto foi o primeiro grupo de gestantes e iniciou suas atividades na cidade entre 2010 e 2011. Formado por profissionais interessadas no atendimento humanizado, o grupo promove abriu espaços para a troca de informações em palestras, nas quais divulgam os princípios da humanização do parto e apoiam mulheres que objetivam transformar o parto em uma experiência ativa (SILVA, 2019, p. 63).

O Grupo Flore Ser foi fundado por doulas, em 2013 com atividades inicialmente restritas. No ano seguinte, promoveu a abertura como espaço de apoio e acolhimento às mulheres e passou a organizar encontros sobre gestação, parto e pós-parto. Nestes encontros são transmitidas informações e orientações sobre cada momento do ciclo gravídico-puerperal com a finalidade de promover a conscientização da importância da participação ativa da mulher no parto (SILVA, 2019, p. 79-80).

A redução da taxa de episiotomia entre 2014 e 2015 é de notáveis 20%. Este é o ano da implementação do PPA e da criação da Lei de combate à violência obstétrica (Lei municipal nº 12.315/2015). Apesar de não ser possível, mais uma vez, estabelecer um nexo entre a redução e as ações implementadas, é inegável que havia a composição de um cenário favorável para a redução aferida.

Nos anos seguintes as taxas permanecem em movimento decrescente, apesar de não haver uma diferença significativa. Todavia, lembre-se que em 2016, de acordo com o relatório de resultados da primeira fase do PPA, o HCU-UFU atingiu a meta de 40% de partos vaginais. Neste contexto, o percentual de 25,7% se sobressai como um resultado positivo.

Em 2018 foi realizada uma pesquisa para avaliar a assistência ao parto e ao nascimento oferecida pela HCU-UFU de acordo com o Escore de Bologna. Este instrumento foi desenvolvido pela OMS nos anos 2000 e considera cinco elementos na assistência obstétrica: 1) presença de acompanhante durante o trabalho de

parto; 2) presença de partograma; 3) ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, pressão externa no fundo uterino, episiotomia); 4) parto em posição não supina e 5) contato pele a pele com o recém-nascido, pelo menos 30 minutos na primeira hora de vida. Atribui-se nota “1” para cada elemento presente e “0” para cada ausência. No final, faz-se a soma para a obtenção do resultado. A nota 0 (zero) indica uma assistência de menor qualidade e 5 uma assistência de melhor qualidade (MARTINS, 2018, p. 17).

A pesquisa captou dados das pacientes atendidas entre abril e maio 2018, perfazendo um universo de 124 mulheres entrevistadas. Neste período, 51,62% dos partos foram cesáreos emergenciais, 8,06% cesáreas eletivas e 40,30% foram partos vaginais (MARTINS, 2018, p. 20). É interessante perceber que os dados aferidos estão em congruência com os resultados da primeira fase do PPA, no qual o HCU-UFU atingiu a meta de 40% de partos vaginais.

Entretanto, 20% das mulheres sofreram estimulação durante o trabalho de parto e 50% delas foram submetidas à episiotomia (MARTINS, 2018, p. 21). Considerando-se os partos normais, a maioria contabilizou o escore de 4 pontos e a média final do hospital foi de 3,48²⁷.

Este estudo demonstrou ainda a importância sobre o esclarecimento e a transmissão de informações às gestantes sobre o trabalho de parto, uma vez que foi possível associar o esclarecimento da gestante com a ocorrência do parto planejado:

Das mulheres que declararam ter recebido orientações sobre trabalho de parto, menos de um quarto teve um parto diferente do que haviam planejado. Já no grupo de mulheres que declarou não ter recebido tais orientações, quase a metade teve um parto diferente do que havia planejado. Esses dados confirmam a ideia de que quanto mais informação a mulher recebe, maior é o protagonismo dela no momento do parto, permitindo escolhas conscientes e adequadas para a sua saúde e a do bebê (MARTINS, 2018, p. 22)

²⁷ Cada parto foi analisado individualmente para depois obter-se a média da instituição, conforme se pode verificar adiante: “[...] A instituição teve média final de 3,48 no escore, com resultados variando de 2 à 5 pontos; 2 (16%), 3 (32%), 4 (40%), 5 (12%). A maioria dos partos normais, 40%, recebeu 4 pontos; 84% das mulheres tiveram ao seu lado um acompanhante de sua livre escolha; 58% das mulheres tiveram a evolução de seu parto registrado no partograma; 80% das mulheres não tiveram estimulação para o trabalho de parto; 72% das mulheres tiveram contato pele a pele com o recém-nascido por pelo menos 30 minutos; e, 54% estavam em posição não-supina durante o parto” (MARTINS, 2018, p. 20).

Diante dos dados e informações obtidos não é possível afirmar que a redução no número de episiotomias no HCU-UFU esteja associado à proteção e a promoção dos direitos sexuais das parturientes. Entretanto, é inegável que a formulação de legislações e políticas públicas contribuem para a materialização dos princípios da atenção ao parto e ao nascimento humanizados, bem como para a participação ativa da mulher no parto.

Todavia, deve-se ter em consideração que mesmo sem um percentual definido como aceitável pela OMS e pelo Ministério da Saúde, a recomendação para episiotomia é restrita, limitada aos casos de real necessidade, havendo ainda quem defenda a abolição da episiotomia de rotina, como a médica Carmen Simone Grilo Diniz (2013).

Sendo assim, as taxas verificadas apresentam um percentual distante do ideal, revelando que a violação dos órgãos sexuais e a sexualidade das parturientes segue sendo normalizada. Perante este fato, evidencia-se o partograma, definido como “[...] gráfico no qual são anotadas a progressão do trabalho de parto e as condições da mãe e do feto” (IFF/Fiocruz, 2018, p. 4).

O partograma tornou-se obrigatório nas maternidades desde 1994 por determinação da OMS (BRASIL, 2001, p. 51) e compõe os indicadores do Escore de Bologna desde a sua concepção. No Brasil, é recomendado pelo Ministério da Saúde e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) desde 2001 (BRASIL, 2001).

A utilização do partograma requer o conhecimento sobre a fisiologia do parto, principalmente quanto à dilatação cervical que tende ao movimento gráfico ascendente. Isto é, no começo do trabalho de parto, caracterizado como a fase latente, a velocidade da dilatação é menor até a marca dos 4 (quatro) centímetros. Após isso, evolui-se para a fase ativa (duas a três contrações eficientes em 10 minutos e dilatação acima de 3 centímetros), na qual o trabalho de parto desenvolve-se em uma velocidade maior (BRASIL, 2001, p. 45).

O partograma demonstra se o parto evolui disfuncionalmente e indica a necessidade de intervenção. Dentre as utilidades destas ferramentas, destaca-se a utilização racional das intervenções, principalmente das cesarianas sem indicação obstétrica e o uso de analgesias, além da facilidade nas trocas de plantão

durante o acompanhamento do parto (BRASIL, 2001, p. 51). No tocante à episiotomia, a principal utilidade é quanto à identificação de distocias.

A distocia de ombro consiste na dificuldade de passagem do ombro após a cabeça da criança pela sínfise púbica. É comumente utilizada para justificar a cisão perineal para “facilitar o parto”, apesar de haver recomendação em sentido contrário: “Lembrar que a distócia de ombro é uma impaction óssea e a realização da episiotomia não fará com que o ombro seja liberado” (FIGUEIREDO; PAIVA; FEITOSA, 2015, p. 4).

Ademais, MORATO (2019, p. 26) demonstra que o risco de episiotomia aumenta em 50,2% nos casos em que as mulheres não haviam o partograma registrado no prontuário clínico. Por outro lado, a liberdade de movimentos no trabalho de parto é um fator que diminui o risco de trauma perineal.

A pesquisa dos prontuários no período compreendido entre 2013 e 2017 revelou uma tendência maior para adoção de episiotomia em pacientes com idade mais avançadas. As justificativas levantadas são a perda da elasticidade perineal e o medo de rupturas por parte dos obstetras. Entretanto, de acordo com a autora não encontram respaldo científico (MORATO, 2019, p. 26).

Outro dado importante relaciona raça e episiotomia. De acordo com a pesquisa, a ocorrência aumenta 10% em mulheres de pele negra ou parda. O risco também é maior para a ocorrência de violência obstétrica durante o pré-natal e o parto.

Nas últimas décadas, um corpo substancial de evidências tem mostrado importantes disparidades no Brasil em várias dimensões da vida social, incluindo educação, emprego, condições de vida e saúde. Estudos anteriores demonstram que ser negro ou pardo está associado a menor acesso e uso de serviços de saúde. Essas disparidades refletem marcadamente nas taxas de mortalidade materna. De acordo com os resultados de outros países em todo o mundo, as taxas de mortalidade materna são duas vezes e meia maiores entre negros mulheres no Brasil. Mulheres negras brasileiras também são mais propensas a ter pré-natal inadequado e a probabilidade de receber anestesia local para uma episiotomia é menor. Esses achados estão intimamente relacionados à violência obstétrica. Uma das causas relacionadas à violência obstétrica é o modo de formação de profissionais de saúde nas escolas médicas, principalmente médicos, que tem papel fundamental nas distorções da assistência. Segundo alguns estudos, as mulheres são selecionadas para testar procedimentos, como episiotomias, fórceps ou mesmo cesarianas, com base no

local na hierarquia social. Mulheres que são mais vulneráveis são submetidas a tratamentos mais rudes e humilhantes. Assim, mulheres pobres, negras, adolescentes, aqueles sem atendimento pré-natal completo, sem acompanhante, trabalhadoras do sexo, usuárias de drogas, mulheres sem teto, são as que têm maior probabilidade de sofrer negligência e negação de cuidados (MORATO, 2019, p. 27, tradução livre)²⁸.

Conforme se pode ler, a vulnerabilidade da mulher é agravada no ciclo gravídico-puerperal, realçando a ótica estruturante da submissão feminina por meio da negação da subjetividade e a consequente objetificação do corpo e da sexualidade situadas em um contexto de desrespeito intersubjetivo, que envolve a mulher, os profissionais da saúde e o Estado e caracteriza a violação de direitos humanos e fundamentais.

A implementação e a continuidade de políticas públicas são prementes para o estabelecimento de relações respeitadas e a promoção de direitos das mulheres, principalmente dos direitos da sexualidade, que apesar de positivados, possuem tímida repercussão e ainda não se fazem inteiramente respeitados durante o parto, conforme indica a permanência da realização de episiotomias.

²⁸ Over the past few decades, a substantial body of evidence has shown important racial disparities in Brazil in several dimensions of social life, including education, employment, living and health conditions. Previous studies demonstrate that being black or brownskinned is associated with lower access and use of health services. Such disparities are markedly reflected in maternal mortality rates. In accordance to findings from other countries worldwide, maternal mortality rates are two and a half times higher among black women in Brazil. Brazilian black women are also more likely to have inadequate prenatal care and less likely to receive local anesthesia for an episiotomy. These findings are closely related to obstetric violence. One of the causes related to obstetric violence is the mode of training of health professionals in medical schools, especially doctors, which has a key role in distortions of assistance. According to some studies, women are selected for “training procedures” such as episiotomies, forceps or even caesarean sections, based on their place in social hierarchy. Women who are more vulnerable are subjected to a more rude and humiliating treatment. Thus, poor women, black women, teenagers, those without complete antenatal care, those without a companion, sex-workers, drug users, home-less women, are those more likely to experience negligence and denial of care.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho apresentou-se a formulação dos direitos sexuais dentro do percurso dos direitos humanos das mulheres e a recepção pelo ordenamento pátrio como direitos fundamentais. Caracterizou-se a violência obstétrica como violência de gênero, institucional e simbólica e destacou-se a episiotomia como uma afronta aos direitos da sexualidade mulheril.

Transcorreu-se por atos normativos internacionais e brasileiros que dispõem sobre a igualdade do gênero feminino, suas prerrogativas e proteções inerentes ao ser mulher com o objetivo de deflagrar a insubsistência da permanência da adoção da episiotomia adotada rotineiramente.

Adentrou-se ao plano simbólico, estruturante das relações sociais e evidenciou-se a posição de inferioridade da mulher e de tudo que diz respeito ao feminino, inclusive ao que se relaciona à reprodução, ao exercício da sexualidade, gestação, parto e pós-parto. O desvalor é uma medida corriqueira que subtrai o *status* de igualdade concedido juridicamente às mulheres.

O desvalor atribuído à mulher assinala a exclusão estrutural resultante da desigualdade entre os sujeitos a partir da distribuição de poder entre os sexos, na qual o masculino domina e o feminino é subjugado, além de denotar a constante ameaça de lesão aos sujeitos e direitos femininos. O desvalor é um sintoma de desigualdade e desrespeito.

A invisibilidade social e jurídica da mulher perpassa pelas dimensões do reconhecimento. Ao se pretender a adjudicação ampla de humanidade e a concretização da igualdade, avoca-se à dimensão jurídica como espaço de tensão na luta por reconhecimento diante da negação de direitos.

O Estado como instituição jurídica é uma figura importante na definição sobre as qualidades universais que atribuem humanidade a um indivíduo e diante da denegação do reconhecimento, possui legitimidade para intervir expandindo materialmente o sentido de igualdade.

Apesar de a igualdade entre os gêneros estar declarada positivamente, as mulheres seguem sendo excluídas e privadas do gozo de direitos universais. O reestabelecimento das relações por meio do respeito intersubjetivo, requer o

autorreconhecimento do desrespeito somado ao reconhecimento pelo outro, visto que é uma dinâmica pautada na reciprocidade.

Apesar da centralidade do *self* no reconhecimento, o *alter* é de suma importância para as relações intersubjetivas. A luta pela reestruturação das relações sociais fundadas no respeito emerge do reconhecimento recíproco da situação de desrespeito na constituição da identidade do sujeito, bem como da identidade coletiva.

Tendo isso em mente, o Estado apresenta-se como o outro perante as mulheres ao estabelecer relações de poder pautadas pela dominação simbólica e exercer seu biopoder expondo a vida feminina a riscos e ameaças constantes. Em seu processo de desenvolvimento subjetivo através das dimensões compete ao Estado reconhecer que estabelece relações que reforçam a desigualdade.

Uma vez que a Teoria do Reconhecimento oferece os meios para diagnosticar mazelas sociais e encontrar a solução para as mesmas, as políticas públicas emergem como instrumentos estatais aptos para a criação de novas relações sociais e institucionais voltadas para o respeito recíproco.

Contextualizando a violência obstétrica verificou-se que a partir do momento em que o parto foi institucionalizado e se tornou um procedimento hospitalar, saindo da esfera do saber e do protagonismo da mulher, o processo parturitivo padece de ausência de reconhecimento como um fenômeno inerente ao feminino, sendo desvalorado por meio de intervenções que violam o corpo e a sexualidade das mulheres.

O risco de uma mulher sofrer violência obstétrica é intrínseco porque basta nascer mulher, amadurecer e se reproduzir para estar em uma posição de vulnerabilidade no parto. A episiotomia como todos os maus tratos deste tipo de violência acometem uma mulher, invariavelmente. Trata-se, portanto, de uma violência de gênero, demonstrando também caráter institucional, o qual se infere das relações estabelecidas com o aparato estatal e os profissionais de saúde, que por sua vez se traduzem em representações simbólicas do poder do masculino que se estrutura sobre a suposta inferioridade do sexo feminino.

No Brasil, desde a década de 1980 a assistência à saúde da mulher tem sido objeto de legislações e políticas públicas. Quanto ao parto, a primeira empreitada foi desvelar o modelo tecnocrático e a proposição da centralidade da mulher,

afastando a perspectiva patológica ao tratar o evento como uma manifestação fisiológica saudável.

Em 2000 é editado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento que se afeiçoa como uma política de reconhecimento, pois pela primeira vez assistência humanizada à gestante, parturiente e puérpera foi institucionalizada por meio de princípios e prescrições de ações atinentes aos poderes públicos e sociedade civil a serem cumpridas por profissionais e estabelecimentos de saúde.

Entretanto, verificou-se que diversos fatores dificultam a implementação da humanização do parto, dentre eles a prevalência da mulher em uma ótica binária que lhe atribui inferioridade e prega a necessidade de correções. A dificuldade mencionada é comprovada pela diversidade de normas com o intuito de promover os direitos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, nos planos federal, estadual e municipal.

Há ainda inúmeros projetos de lei em tramitação sobre o tema, inclusive os projetos de lei sobre violência obstétrica. Em âmbito federal, o primeiro projeto foi proposto em 2014 e ainda permanece em trâmite. Diante desta ausência, alguns Estados e Municípios adotaram legislações próprias.

A episiotomia é constantemente elencada como procedimento a ser adotado com cautela, mas sem maiores aprofundamentos. Da mesma forma, é o tratamento dos direitos sexuais, que aparecem comumente atrelados à educação. Neste sentido, não se observa o tratamento da episiotomia como violação dos direitos sexuais, tampouco a promoção destes com o intuito de combater a cisão perineal.

Por outro lado, existe todo um arcabouço normativo propício para o incremento de políticas neste sentido, inclusive quando se recorta o objeto de análise ao Município de Uberlândia, o qual possui a Lei nº 12.315/2015 sobre violência obstétrica em conjunto com outras legislações com foco na igualdade de gênero e na humanização da assistência à saúde da mulher.

A hipótese deste trabalho é que a implementação de políticas públicas que contemplem os direitos sexuais da parturiente como bens jurídicos contribuem para o combate à episiotomia como espécie de violência obstétrica, além de promover a visibilidade social e jurídica das parturientes quanto a estes direitos. A fim de comprovar esta hipótese, tomou-se conhecimento de duas políticas adotadas no

Hospital de Clínicas da Universidade Federal: Projeto “Parto Adequado” e Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia.

Todavia, em razão da dificuldade em obter os dados relativos aos números de episiotomias realizadas, foram utilizados os dados coletados entre 2013 e 2017 apresentados em duas pesquisas acadêmicas. É possível observar a redução da incidência do corte perineal, que ocorre dentro de um contexto que envolve a atuação de grupos de doulas, obstetrizes e gestante e a adoção de políticas públicas atinentes ao parto.

Dentre as políticas adotadas, a mais expressiva é o Projeto “Parto Adequado”, adotado pelo HCU-UFU em 2015, ano em que as taxas começaram a decrescer. O Apice On, foi adotado em 2017 e os resultados não se encontram disponíveis.

Certamente a redução na taxa de episiotomia está dentro de um contexto de adoção de boas práticas obstétricas baseadas em evidências científicas e implementadas e promovidas por políticas públicas. Neste sentido, ressalta-se que em 2015 foi editada a Lei municipal nº 12.315/2015. Entretanto, considerando-se que as referidas políticas apenas mencionam os direitos sexuais e elencam a episiotomia como espécie de violência obstétrica, não se pode correlacionar diretamente a diminuição da incidência do procedimento com a tutela destes direitos.

Sendo assim, a integração da perspectiva de gênero e o combate a todas as formas de violência, dominação e desigualdade é essencial para o reconhecimento dos direitos das mulheres. Tratando-se das políticas de humanização do parto, tem-se a necessidade em se pautar a recomposição das relações intersubjetivas em todas as dimensões.

A partir da Teoria do Reconhecimento, tem-se que o fomento à construção da autoestima das mulheres por meio da promoção da apropriação de seus corpos e sexualidade atrelada à compreensão de sua fisiologia, principalmente no parto podem contribuir para alcançar a autonomia e o protagonismo no ciclo gravídico-puerperal tão prescritos normativamente, mas que ainda carecem de eficácia.

A pluralidade de prescrições sobre humanização e a perpetuação das violações de direitos nos partos, remete à ausência de autonomia e autoestima das mulheres. Todavia, a temática dos direitos sexuais carece de maior

desenvolvimento, propagação e concretização, pois foi possível apreender que o assunto fica restrito a tabus sociais e não são feitas considerações que permitam a sua elucidação, como, por exemplo, a abordagem do campo simbólico, sociológico, histórico, filosófico e a incorporação destes conhecimentos nas políticas em prol da adjudicação ampla de igualdade às mulheres

Ao que se refere ao âmbito afetivo, percebe-se que apesar da promoção à autonomia e de propostas nesse sentido, as mulheres permanecem sofrendo maus tratos e sendo submetidas à episiotomia, sem necessidade clínica e sem o seu consentimento. A construção da autoestima é uma possibilidade de rompimento com os efeitos adversos do patriarcalismo.

Por fim, requer-se mudanças no âmbito da solidariedade dado a persistência do desvalor atribuído ao parto. Reflexo disso é a retratação do parto como patológico, doloroso e danoso sexualmente. Pela perspectiva do reconhecimento, a construção de relações respeitadas nas outras dimensões contribuirá para a atribuição de valor social às mulheres como sujeitos capazes de gestar e parir e ao parto em si, como um fenômeno fisiológico que não carece necessariamente de intervenções.

REFERÊNCIAS

ABOIM, Sofia. Do público e do privado: uma perspectiva de gênero sobre uma dicotomia moderna. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 95-117, maio 2012. ISSN 1806-9584. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2012000100006>. Acesso em: 27 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000100006>

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde** : Projeto Parto Adequado - fase 1 / Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement. – Rio de Janeiro : ANS, 2016a. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf. Acesso em 29 ago. 2020.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Parto adequado: uma jornada de histórias inesquecíveis. Rio de Janeiro : ANS, 2016b. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/parto_adequado/projeto-parto-adequado-apresentacao-operadoras-apoiadoras-celebrando-os-resultados.pdf. Acesso em 29 ago. 2020.

ALT, Sandra Regina; LINHARES, Suzan. Programa de Prevenção e Combate à Violência contra a Mulher de Mato Grosso do Sul: uma política pública com perspectiva de gênero. In: CURADO, Jacy; AUAD; Daniela (orgs.). **Gênero e políticas públicas**: a construção de uma experiência de formação. Campo Grande : UCDB, 2008.

ALVES, Cândice Lisbôa. A mulher atrás do espelho: em busca de uma visibilidade ainda não alcançada. ALVES, Cândice Lisbôa (org.). In: **Vulnerabilidades e invisibilidades: desafios contemporâneos para a concretização dos direitos humanos**. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2015.

APICE ON. O projeto, 2018. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>. Acesso em 29 ago. 2020.

AZAMBUJA, Mariana Porto Ruwef de; NOGUEIRA, Conceição. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. **Saúde e sociedade**. vol.17, nº.3, ISSN 1984-0470, São Paulo, 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300011. Acesso em: 29 Maio 2019. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300011>

BANDEIRA, Lourdes Maria; ALMEIDA, Tânia Mara Campos de. A transversalidade de gênero nas políticas públicas. **Revista do CEAM**, v. 2, n. 1, p. 35-46, 17 dez. 2013. Disponível em:

<https://periodicos.unb.br/index.php/revistadoceam/article/view/10075/8901>. Acesso em 02 maio 2020.

BEAUVOIR, Simone de Beauvoir. **O segundo sexo**: fatos e mitos (Vol. I). 4. ed.. São Paulo : Difusão Europeia do Livro, 1970.

BESTER, Maria Gisela. **Direito constitucional**. V. I fundamentos teóricos. São Paulo : Manole, 2005.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**, 11 ed., Trad.: Maria Helena Kihmer. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BOURDIEU, Pierre. **Sociologia**. São Paulo : Ática, 1983.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 16 jul. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 1.904, de 13 de maio de 1996. **Institui o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1904.htm. Acesso em 15 jun. 2020.

BRASIL. Presidência da República e Ministério da Justiça. Decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009. **Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH-3 e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2009/Decreto/D7037.htm#art7. Acesso em 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, Diário Oficial da União, 1996. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html. Acesso em 03 jul. 2019.

BRASIL. Decreto nº 1.973, de 1º de Agosto de 1996. **Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm. Acesso em 25 jul. 2018.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Institui o Código Civil**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 8, p. 1-74, 11 jan. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm. Acesso em 02 jul. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução normativa nº 2, de 3 de junho de 2008. **Dispõe sobre os Indicadores para a Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_1270192_INSTRUCAO_NORMATIVA_N_2_DE_3_DE_JUNHO_DE_2008.aspx. Acesso em 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 151, de 04 de Fevereiro de 2004. **Cria grupo de trabalho para Análise e Elaboração de Propostas para a melhoria da qualidade da Atenção Obstétrica e Neonatal no Brasil**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0151_04_02_2004.html. Acesso em 04 Maio 2020.

BRASIL. Gabinete do Ministro de Estado da Saúde. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. **Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_395287_PORTARIA_N_1067_DE_4_DE_JULHO_DE_2005.aspx. Acesso em 2 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 18 de Agosto de 2009. **Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde**, Brasília: Diário Oficial da União, 2009.

Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf .
Acesso em: 26 de outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**:: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em 10 out. 2020.

BRASIL Ministério da Saúde. **Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e no nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> . Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf . Acesso em ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 10 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 08 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento**, V. 4. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. **Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em 10 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília : Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/494560/>. Acesso em 14 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal** (versão aprovada na reunião da Comissão Intergestores TRIPARTITE realizada em 18/02/04). Brasília : Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_PACTO_NACIONAL_REDUCAO_MORTALIDADE_MATERNA_NEONATAL_2004.pdf. Acesso em 06 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Ano V, maio/junho de 2004. Brasília:

Editora MS/CGDI/SAA/SE/MS/SAI, 2004. Disponível em:
<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pactopsfinfo22.pdf>. Acesso em 06 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:
https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em 23 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em 29 ago. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 11.108, de abril de 2005. **Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília : Congresso Nacional, 2005. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em 22 ago. 2020.

BRASIL. Projeto de lei nº 7.633 de 2014. **Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências**. Brasília : Congresso Nacional, 2014. Disponível em:
https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=E550046A1EC67C84B213E23B1E680B9D.proposicoesWebExterno1?codteor=1257785&filename=Tramitacao-PL+7633/2014 . Acesso em 14 maio 2020.

BRASIL. Projeto de Lei nº 7.867, de 2017. **Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério**. Brasília : Congresso Nacional, 2017. Disponível em:
https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=AC09E88E486EE2C6AC480F5277D5BCDB.proposicoesWebExterno1?codteor=1574562&filename=Avulso+-PL+7867/2017. Acesso em 14 maio 2020.

BRASIL. Projeto de Lei nº 8.363 de 2017. **Dispõe sobre o exercício profissional da atividade de doula e dá outras providências**. Brasília : Congresso Nacional, 2017. Disponível em:
https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=562202286AF6DA2C3D4D20412CC58868.proposicoesWebExterno1?codteor=1596702&filename=Avulso+-PL+8363/2017#:~:text=A%20Doula%20%C3%A9%20de%20livre,pessoa%20no%20ciclo%20grav%C3%ADdico%20puerperal. Acesso em: 02 ago. 2020

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). **Proteção da mulher** [recurso eletrônico] : jurisprudência do STF e bibliografia temática / Supremo Tribunal Federal. -- Brasília : STF, Secretaria de Documentação, 2019. Disponível em:
http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/publicacaoPublicacaoTematica/anexo/protacao_da_mulher.pdf. Acesso em 15 ago. 2020.

BUTLER, Judith. **Corpos em aliança e a política das ruas**: notas para uma teoria performativa de assembleia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CIELLO, Cariny *et al.* Parto do princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor"**. 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf> . Acesso em: 10 out. 2018.

CHACHAM, Alessandra Sampaio; MAIA, Mônica Bara. Corpo e sexualidade da mulher brasileira. In: VENTURI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol; OLIVEIRA, Suely (orgs.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf> . Acesso em: 26 out. 2018.

COSTA, Jean Carlo; ESPINDOLA, Maíra Lewtchuk. Teoria crítica, reconhecimento social e política educacional: uma análise do discurso do Programa Nacional de Inclusão de Jovens. **Educação**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 89-101, jan./abr. 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/9820>. Acesso em 19 jun. 2020.

COSTA, Roberta; et al. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **História da enfermagem** [Revista eletrônica], v.1, n.1, p. 55-68, 2010. Disponível em: http://www.here.abennacional.org.br/here/n1vol1ano1_artigo4.pdf. Acesso em 26 ago. 2020.

CROSARA, Daniela de Melo. **A política afirmativa na educação superior: contributos e dilemas do sistema de cotas da Lei nº 12.711/2012**. 2017. 290 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/19737> . Acesso em 20 jan. 2020.

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. **Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais**. Universidade de Brasília: Brasília, 2015. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10818/1/2015_CamilaCarvalhoAlbuquerqueCunha.pdf. Acesso em 10 jul. 2018.

D'GREGORIO, Rogelio Pérez. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, 2010. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/figo_-_violencia_obstetrica_-_legislacao_na_venezuela.pdf. Acesso em: em 04 set. 2018.

DIAS. Maria Berenice Dias. **A ONU e a mulher**. Disponível em: [http://www.mariaberenice.com.br/manager/arq/\(cod2_750\)1_a_onu_e_a_mulher.pdf](http://www.mariaberenice.com.br/manager/arq/(cod2_750)1_a_onu_e_a_mulher.pdf) >. Acesso em 15 jul. 2020.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Campanha pela abolição da episiotomia de rotina**, 2013. Disponível em: < <https://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html> >. Acesso em: 28 jul. 2018.

DINIZ, Camen Simone Grilo. **Entre a Técnica e os Direitos Humanos: possibilidades e**

limites da humanização da assistência ao parto. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001. Disponível em: <https://docplayer.com.br/32913-Entrea-tecnica-e-os-direitos-humanos-possibilidades-e-limites-da-humanizacao-da-assistencia-ao-parto.html> . Acesso em 03 maio 2020.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009. Disponível em: http://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14348/art_DINIZ_Genero_saude_materna_e_o_paradoxo_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y . Acesso em: 04 ago. 2018. <https://doi.org/10.7322/jhqd.19921>

EL DIB, Regina Paolucci. **Como praticar a medicina baseada em evidências.** Jornal vascular brasileiro, Porto Alegre , v. 6, n. 1, p. 1-4, 2007 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492007000100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 ago. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1677-54492007000100001>

ELIAS, Miriam Freitas. Violência de gênero, participação política e ações afirmativas: concretização da igualdade jurídica para a mulher. **Revista Direitos Humanos e Democracia**, v. 3, n. 6, p. 244-270, 14 ago. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2317-5389.2015.6.244-270>. Acesso em 23 maio 2020. <https://doi.org/10.21527/2317-5389.2015.6.244-270>

EPISIOTOMIA “é só um cortezinho”: violência obstétrica é violência contra a mulher : mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. São Paulo : Parto do Princípio; Espírito Santo : Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014. Disponível em: <http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-donascero/assets/pdf/controversias/Episiotomia.pdf> . Acesso em 22 set. 2020.

FIGUEIREDO, Elfie Tomáz; PAIVA, Jornada Parente; FEITOSA, Francisco Edson de Lucena. **Distócia de ombro.** EBSEERH, 2015. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/PRO.OBS.009+-+REV1+DISTOCIA+DE+OMBRO.pdf/5703d8e6-02d8-4fb5-b59e-705ad40a4681>. Acesso em 30 ago. 2020.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**, 10. ed.. Tradução de Maria Tereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**, 2. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 2015.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica:** curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; Serviço Social do Comércio (SESC). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado.** 2010. Disponível em: <https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Acesso em 20 ago. 2020.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND UNICEF). **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê.** São Paulo: Globo, 2011. Disponível em:

https://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf . Acesso em: 20 jun. 2018.

GOMES, Joaquim Benedito Barbosa. **Ação Afirmativa & Princípio Constitucional da Igualdade**. Editora Renovar, 2001.

GRIBOSKI; Rejane Antonello; GUILHEM, Dirce. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural da humanização. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis; 15(1): 107-14 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a13v15n1.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2018. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000100013>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). **Pesquisa Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_943835885.pdf. Acesso em 08 out. 2018.

HAMMARSTRON, Fátima Fagundes Barasuol; NAZÁRIO, Larissa. **Os direitos da parturiente nos casos de violência obstétrica**. Disponível em: <https://home.unicruz.edu.br/mercosul/pagina/anais/2015/1%20-%20ARTIGOS/OS%20DIREITOS%20DA%20PARTURIENTE%20NOS%20CASOS%20E%20VIOLENCIA%20OBSTETRICA.PDF> . Acesso em 19 jun. 2018.

HOFLING, ELOISA DE MATTOS. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 21, n. 55, p. 30-41, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622001000300003&lng=en&nrm=iso . Acesso em 22 ago. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0101-32622001000300003>.

HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo : Editora 34, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA (IFF/Fiocruz). Portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente. **Preenchimento de partograma**: Aplicação prática do gráfico de evolução do trabalho de parto, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29761/2/PREENCHIMENTO%20DE%20PARTOGRAMA.pdf>. Acesso em 29 ago. 2020.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, suplemento 1, 2011. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_943835885.pdf . Acesso em 20 ago. 2020.

LIMA, Fausto Rodrigues de. **Adulterio: do assassinato à indenização**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/comunicacao-menu/artigos-menu/1189-adulterio-do-assassinato-a-indenizacao#:~:text=Segundo%20as%20Ordena%C3%A7%C3%B5es%20Filipinas%2C%20norma,exercer%20o%20direito%20de%20morte.>. Acesso em 27 jul. 2020.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 189 p. ISBN 978-85-7541-328-9. <https://doi.org/10.7476/9788575413289>.

MARIANI, Adriana Cristina; NASCIMENTO NETO, José Osório do. **Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada**: breves considerações a

partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. 2016. Disponível em: <http://revistas.unibrasil.com.br/cadernosdireito/index.php/direito/article/view/865/822> . Acesso em 02 jul. 2019.

MARTINHO, Jorge Eduardo de Souza. **A responsabilidade civil médica diante do dano iatrogênico: razoabilidade na aferição do possível**. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 21, n. 4583, 18 jan. 2016. Disponível em: < <https://jus.com.br/artigos/45623> >. Acesso em: 03 out. 2018

MARTINS, Ana Clara Borges. **Uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência em um hospital universitário**. 2018. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Uberlândia, 2018. Disponível em: < <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/23654> >. Acesso em 28 ago. 2020.

MELO, Rúrion. Da teoria à práxis? Axel Honneth e as lutas por reconhecimento na teoria política contemporânea. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 15, p. 17-36, Dec. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522014000300017&lng=en&nrm=iso . Acesso em 11 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-335220141502>.

MINAS GERAIS. Lei nº 23.175, de 21 de dezembro de 2018. **Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado**. Belo Horizonte, 2018a. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=372848>. Acesso em 12 set. 2019.

MINAS GERAIS. Subsecretaria de Políticas para Mulheres – SPM-MG/Sedpac. **Plano decenal de políticas para mulheres**. Belo Horizonte : Editora UEMG, 2018b. Disponível em: <https://www.mpmg.mp.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A91CFA96C1DD8B5016C1F45EC7000CD#:~:text=Mulheres%20e%20do-Plano%20Estadual%20de%20Pol%C3%ADticas%20para%20Mulheres,orienta%C3%A7%C3%A3o%20sexual%20e%20seus%20impactos> . Acesso em 26 ago. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da mulher [s.d.]**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/sobre-a-area#:~:text=O%20Programa%20E2%80%9CAssist%C3%A4ncia%20Integral%20%C3%A0,sobre%20o%20controle%20da%20natalidade..> Acesso em 02 jun. 2020.

MORATO, Michelle Gonçalves Vilela de Andrade. **Prática de episiotomia durante a assistência ao parto: tendência e fatores de risco em uma coorte retrospectiva de cinco anos**. 2019. 65f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2356> . Acesso em: 27 jul. 2020. <https://doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2356>.

NOVAES, Elizabeth David. Entre o público e o privado: o papel da mulher nos movimentos sociais e a conquista de direitos no decorrer da história. **História e Cultura**, Franca, v. 4, n. 3., p. 50-66, 2015. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6077144.pdf> . Acesso em: 27 jul. 2020. <https://doi.org/10.18223/hiscult.v4i3.1691>.

OKIN, Susan Moller. Gênero, o público e o privado. **Revista Estudos Feministas**,

Florianópolis , v. 16, n. 2, p. 305-332, 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000200002&lng=en&nrm=iso . Acesso em 27 jul. 2020.
<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2008000200002>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL (ONU BRASIL). **A ONU e as mulheres**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/mulheres/>. Acesso em 20 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (UNESCO). **Declaração universal sobre bioética e direitos humanos**, 2005. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por . Acesso em: 26 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher** (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women - CEDAW), 1979. Disponível em:
http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw.pdf.
 Acesso em 14 ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração e programa de ação de Viena**. 1993. Disponível em:
<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/viena.htm#:~:text=Todos%20os%20direitos%20humanos%20s%C3%A3o,e%20com%20a%20mesma%20%C3%AAnfase>. Acesso em 20 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher** (Pequim). 1995. Disponível em:
http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/declaracao_pequim.pdf.
 Acesso em 16 jul. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher**, 1967. Disponível em:
<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direitos-da-Mulher/declaracao-sobre-a-eliminacao-da-discriminacao-contra-a-mulher.html>. Acesso em 29 ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres**, 1993. Disponível em:
<https://popdesenvolvimento.org/publicacoes/temas/descarregar-ficheiro.html?path=4%29+Direitos+Humanos%2Fc%29+G%C3%A9nero%2FDeclara%C3%A7%C3%A3o+Sobre+A+Elimina%C3%A7%C3%A3o+Da+Viol%C3%Aancia+Contra+As+Mulheres.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração universal dos direitos do homem**, 1948. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm . Acesso em: 11 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da conferência internacional sobre população e desenvolvimento: plataforma de Cairo**, 1994. Disponível em:
<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em 30 de jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS MULHERES BRASIL. **Conferências mundiais da mulher**. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/planeta5050-2030/conferencias/> >. Acesso em 22 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**, 2014.

Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?ua=1

Acesso em: 18 jul. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience**, 2018. Disponível em:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1)

[eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1). Acesso em: 03 jul. 2018.

PATEMAN, Carole. **Contrato sexual**. São Paulo, Rio de Janeiro : Editora Paz e Terra, 1993.

PATEMAN, Carole. Críticas feministas à dicotomia público/privado. *In*: MIGUEL, Luiz Felipe; BIROLI, Flávia (org.). **Teoria política feminista: textos centrais**, Vinhedo: Editora Belo Horizonte, 2013, p. 55-79. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1844681/mod_resource/content/0/Pateman%2C%20C_Cr%C3%ADticas%20feministas%20%C3%A0%20dicotomia%20p%C3%ABlico-privado.pdf. Acesso em 27 jul. 2020.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 14. ed., São Paulo : Saraiva, 2013.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos reprodutivos como direitos humanos**. Disponível em:

<https://www.passeidireto.com/arquivo/21957396/flavia-piovesan-direitos-reprodutivos-como-direitos-humanos>. Acesso em 01 jul. 2019.

PIZZIO, Alex. **As políticas sociais de reconhecimento como elemento de redução das desigualdades sociais**. Revista de Ciências Sociais Unisinos, São Leopoldo, v. 44, p. 80-86, abr. 2008. Disponível em:

http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/5268/2522 . Acesso em: 14 dez. 2019.

PROGIANTI, Jane Márcia; ARAÚJO, Luciene Marques de; MOUTA, Ricardo José de Oliveira. **Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 12 (1), p. 45-49, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a07.pdf>. Acesso em 11 jul. 2018.

<https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000100007>.

PULHEZ, Mariana Marquez. **A violência obstétrica e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. ISSN2179-510X 2013. Disponível em:

http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1372972128_ARQ_UIVO_PULHEZ_MarianaMarques_fazendogenero10_ST69.pdf. Acesso em: 11 jul. 2018.

RAMOS, ANDRÉ DE CARVALHO. **Manual de direitos humanos**. 4. ed.. São Paulo : Saraiva, 2017.

RAMOS, Wania Maria Antunes. **Assistência da enfermeira obstétrica ao parto baseado em evidências**. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:

<http://www.unirio.br/ppgenf/dissertacoes/dissertacoes-ppgenf-unirio-ano->

[2016/dissertacao-wania-maria-antunes-ramos](#). Acesso em 23 ago. 2020.

RUBIN, Gayle. **O tráfico de mulheres: notas sobre a “economia política” do sexo.**

Recife: S.O.S. Corpo, 1993, p. 1-62. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1740519/mod_resource/content/1/Gayle%20Rubin_trafico_texto%20traduzido%20%286%29.pdf. Acesso em: 27 jul. 2020.

SAFFIOTI, Heleieth. Gênero e patriarcado: violência contra mulheres. In: VENTURI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol; OLIVEIRA, Suely (orgs.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SALGUEIRO, Ângela dos Anjos Aguiar; CAMPONÊS, Jorge Filipe Bandejas de Oliveira; ALMEIDA, Maria Amélia Dias Figueiredo de; COSTA, Sandra Patrícia Bernardo; DIAS, Sara Marisa da Graça. **Ordenações Filipinas:** volume V, 1998. Disponível em: <http://www1.ci.uc.pt/ihti/proj/filipinas/l5ind.htm>. Acesso em 20 jul. 2020.

SALVADORI, Mateus. Honneth, Axel. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. **Conjectura:** filosofia e educação, Caxias do Sul, v. 16, n. 1, p. 189-192, jan./abr. 2011. Disponível em:

<http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/view/895/618>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SANTA CATARINA. Lei nº 17.097, de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2017. Disponível em:

http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 12 set. 2019.

SCHULTZ, Rosângela. As contribuições da teoria do reconhecimento no entendimento das lutas sociais de mulheres em condições de extrema pobreza. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, v. 15, n. 2, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5433/2176-6665.2010v15n2p184>. Acesso em: 30 jan. 2020. <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2010v15n2p184>.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e realidade**, 1995. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>. Acesso em: 27 ago. 2020.

SETTON, Maria da Graça Jacintho. **A teoria do *habitus* em Pierre Bourdieu:** uma leitura contemporânea. Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro, n. 20, p. 60-70, 2002. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 ago. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000200005>.

SILVA, Delmo Mattos da; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. **Violência obstétrica: uma análise sob o prisma da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana.** Revista brasileira de direitos humanos e fundamentais, e-ISSN: 2526-0111, Maranhão, v. 3, n. 2, p. 42 -65, Jul/Dez. 2017. Disponível em:

<http://www.indexlaw.org/index.php/garantiasfundamentais/article/view/2586/pdf>. Acesso em: 05 jul. 2018. <https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2526-0111/2017.v3i2.2586>.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo.** 25. ed., São Paulo : Malheiros, 2005.

SILVA, Lucília Mendes de Oliveira e. **Parto humanizado e empoderamento feminino: estudo de caso do grupo Flore Ser em Uberlândia/MG**. 2019.144 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019. Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2569>. Acesso em: 27 jul. 2020. <https://doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2569>.

TOMASSO, Giselle; ALTHABE, Fernando; CAFFERATA, María L., ALEMÁN, Alicia; SOSA, Claudio; BELIZÁN, José M.. **¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria?**, Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 62(2):115-121, 2002. Disponível em: <https://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia2.html>. Acesso em 14 jun. 2018.

UBERLÂNDIA. Lei municipal nº 6.933, de 13 de maio de 1997. Cria o Conselho Municipal da Mulher e dá outras providências. 1997. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/u/uberlandia/lei-ordinaria/1997/693/6933/lei-ordinaria-n-6933-1997-cria-o-conselho-municipal-da-mulher-e-da-outras-providencias>. Acesso em 27 ago. 2020.

UBERLÂNDIA. Lei municipal nº 8.502, de 22 de dezembro de 2003. Dispõe sobre o Conselho Municipal da Mulher, a Política Municipal da Mulher, cria o Fundo Especial de Direitos da Mulher e revoga a Lei nº 6.933, de 13 de maio de 1997 e dá outras providências. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/u/uberlandia/lei-ordinaria/2003/851/8502/lei-ordinaria-n-8502-2003-dispoe-sobre-o-conselho-municipal-da-mulher-a-politica-municipal-da-mulher-cria-o-fundo-especial-dos-direitos-da-mulher-revoga-a-lei-n-6933-de-13-de-maio-de-1997-e-da-outras-providencias?q=Pol%EDtica%20Municipal%20de%20Promo%E7%E3o%20das%20Mulheres%20e%20Rela%E7%F5es%20de%20G%EAnero>. Acesso em 27 ago. 2020.

UBERLÂNDIA. Lei municipal nº 9.690, de 20 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Mãe Uberlândia – Programa de humanização do parto e dá outras providências, 2007. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/u/uberlandia/lei-ordinaria/2007/969/9690/lei-ordinaria-n-9690-2007-dispoe-sobre-o-programa-mae-uberlandia-programa-de-humanizacao-do-parto-e-da-outras-providencias?q=humaniza%C3%A7%C3%A3o+do+parto>. Acesso em 27 ago. 2020.

UBERLÂNDIA. Lei municipal nº 11.843, de 20 de junho de 2014. Dispões sobre o Conselho Municipal dos Direitos das Mulheres e revoga a Lei nº 8.502, de 22 de dezembro de 2003 e dá outras providências, 2014. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/u/uberlandia/lei-ordinaria/2014/1185/11843/lei-ordinaria-n-11843-2014-dispoe-sobre-o-conselho-municipal-dos-direitos-das-mulheres-e-revoga-a-lei-n-8502-de-22-de-dezembro-de-2003-que-dispoe-sobre-o-conselho-municipal-da-mulher-a-politica-municipal-da-mulher-cria-o-fundo-especial-dos-direitos-da-mulher-revoga-a-lei-n-6933-de-13-de-maio-de-1997-e-da-outras-providencias?q=Pol%C3%ADtica+Municipal+de+Promo%C3%A7%C3%A3o+das+Mulheres+e+Rela%C3%A7%C3%B5es+de+G%C3%AAnero>. Acesso em 27 ago. 2020.

UBERLÂNDIA. Lei municipal nº 12.449, de 17 de junho de 2016. Altera a Lei nº 11.843, de 20 de junho de 2014 e dá outras providências, 2016. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/u/uberlandia/lei-ordinaria/2016/1245/12449/lei-ordinaria-n-12449-2016-altera-a-lei-n-11843-de-20-de-junho-de-2014-que-dispoe-sobre-o-conselho-municipal-dos-direitos-das-mulheres-e-revoga-a-lei-n-8502-de-22-de-dezembro-de-2003-que-dispoe-sobre-o-conselho-municipal-da-mulher-a-politica-municipal-da-mulher-cria-o-fundo-especial-dos-direitos-da-mulher-revoga-a-lei-n-6933-de-13-de-maio-de-1997-e-da-outras-providencias>.

[providencias?q=Pol%C3%ADtica+Municipal+de+Promo%C3%A7%C3%A3o+das+Mulheres+e+Rela%C3%A7%C3%B5es+de+G%C3%AAnero. Acesso em 27 ago. 2020.](#)

UBERLÂNDIA. **Lei municipal nº 12.314, de 23 de novembro de 2015.** Dispõe que maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada de Uberlândia ficam obrigados a permitir a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/u/uberlandia/lei-ordinaria/2015/1232/12314/lei-ordinaria-n-12314-2015-dispoe-que-maternidades-casas-de-parto-e-estabelecimentos-hospitalares-congeneres-da-rede-publica-e-privada-de-uberlandia-ficam-obrigados-a-permitir-a-presenca-de-doulas-durante-todo-o-periodo-de-trabalho-de-parto-parto-e-pos-parto-imediato-sempre-que-solicitadas-pela-parturiente?q=12314>. Acesso em 02 ago. 2020.

UBERLÂNDIA. **Lei municipal nº 12.315, de 23 de novembro de 2015.** Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Uberlândia, 2015a. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/u/uberlandia/lei-ordinaria/2015/1231/12315/lei-ordinaria-n-12315-2015-dispoe-sobre-a-implantacao-de-medidas-de-informacao-a-gestante-e-parturiente-sobre-a-politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal-visando-principalmente-a-protecao-destas-contr-a-violencia-obstetrica-no-municipio-de-uberlandia>. Acesso em 12 set. 2019.

UBERLÂNDIA. Projeto de Lei Ordinária nº 1.089, de 2015. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Uberlândia, 2015b. Disponível em: <https://sistema.camarauberlandia.mg.gov.br/portalcidadao/#88a36458c90deec8b48b605403c8306755d33fe188ae6346fbb5599588713b6de818e6e7b76ba02aa18dde3e3d2821466d5e0235d22ef4a7d8c8d0879878e55cc1efafc26da263894286e952e65fe1cb2f9a6e18e68730abbe736032d993b00f4988428b4e7aa50e24bdf91f86eec92651aacb6acdf76d262155110a6a2d2a1853f901c52372b34085f562645def4a3afb0ed65614386410>. Acesso em 12 set. 2019.

VELHO, Manuela Beatriz. SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos; COLLAÇO, Vânia Sorgatto. **Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0282.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2018.

VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.** 2007. Disponível em: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf. Acesso em 25 jul. 2018.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**, 3. ed.. Brasília : Fundo de População das Nações Unidas, 2009.

VENTURA, Miriam (org.). **Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito.** / Miriam Ventura (org.) com a colaboração de Daniela Ikawa, Flávia Piovesan e Leila Linhares Barsted. Rio de Janeiro :ADVOCACI, 2003

VISBAL, Leticia Artilles. Importancia de la consciencia de género para las políticas

públicas em salud y los derechos ciudadanos. **Revista de Ciencias Sociales**, v. III, n. 97, p. 127-135, 2002. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/153/15309710.pdf>. Acesso em 25 ago. 2020.